

UNIwersYTET W BIAŁYMSTOKU
WYDZIAŁ PRAWA

Marcin Józef Kryński

**POSTĘPOWANIE ZE SKAZANYMI UZALEŻNIONYMI
OD ALKOHOLU W IZOLACJI PENITENCJARNEJ**

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
Prof. dr hab. Ewy Moniki Guzik-Makaruk
w Katedrze Prawa Karnego i Kryminologii

Białystok 2021

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I	
ALKOHOLIZM JAKO ZJAWISKO SPOŁECZNE I CZYNNIK KRYMINOGENNY	19
§ 1. Uzależnienie od alkoholu jako choroba i utrata woli.....	19
§ 2. Alkohol jako czynnik społeczny i kryminogeny	25
ROZDZIAŁ II	
WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W KONTEKŚCIE STANDARDÓW MIĘDZYNARODOWYCH	36
§ 1. Pionierskie inicjatywy międzynarodowe dotyczące postępowania ze skazanymi.....	36
§ 2. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli).....	40
§ 3. Inicjatywy Rady Europy dotyczące skazanych uzależnionych od alkoholu.....	42
ROZDZIAŁ III	
WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W LATACH 1918–1998	47
§ 1. Klasyfikacja i segregacja więźniów jako podstawowy element procesu indywidualizacji oddziaływania penitencjarnego w dwudziestoleciu międzywojennym.....	47
§ 2. Uregulowania prawne dotyczące działalności przeciwalkoholowej w zakładach penitencjarnych w latach 1945–1969	57
§ 3. Indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności w świetle Kodeksu karnego wykonawczego z 1969 r.....	70
§ 4. Postępowanie ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w latach 1970–1998.....	75
§ 5. Prace kodyfikacyjne nad Kodeksem karnym wykonawczym z 1997 r.....	80

ROZDZIAŁ IV	
SYSTEM TERAPEUTYCZNY W ŚWIELE AKTUALNYCH REGULACJI PRAWNYCH.....	88
§ 1. Istota systemu terapeutycznego	88
§ 2. Kategorie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym.....	93
§ 3. Regulamin organizacyjno-porządkowy w postępowaniu indywidualnym ze skazanym	98
§ 4. Przymus kierowania skazanych do systemu terapeutycznego w przypadku braku ich uprzedniej zgody.....	100
 ROZDZIAŁ V	
ORGANY KIERUJĄCE I TRYB UMIESZCZANIA SKAZANYCH W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM BADAŃ OSOBOPOZNAWCZYCH	117
§ 1. Organy kierujące skazanych do systemu terapeutycznego	117
§ 2. Prowadzenie badań osobopoznawczych.....	124
§ 3. Charakterystyka oddziaływań prowadzonych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu	132
 ROZDZIAŁ VI	
PROGRAMY TERAPII PROWADZONEJ W ODDZIALE I POZA ODDZIAŁEM TERAPEUTYCZNYM	140
§ 1. Zasady wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (art. 97 kkw).....	140
§ 2. Działalność grup Anonimowych Alkoholików	143
§ 3. Wykonywanie kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym	154
§ 4. Wykonywanie kary pozbawienia wolności poza oddziałem terapeutycznym	178
§ 5. Dokumentowanie prowadzonych oddziaływań terapeutycznych.....	184
 ROZDZIAŁ VII	
SKAZANI UZALEŻNIENI OD ALKOHOLU ORAZ PERSONEL TERAPEUTYCZNY W ŚWIELE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH	186
§ 1. Charakterystyka wyodrębnionej grupy skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym	186
§ 2. Deskrypcja badanych respondentów	205
§ 3. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanego personelu terapeutycznego	229
 ROZDZIAŁ VIII	
WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM W ŚWIELE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH.....	238
§ 1. Personel terapeutyczny w badanych jednostkach penitencjarnych.....	238
§ 2. Liczebność grup skazanych pozostających pod opieką wychowawców i terapeutów	242
§ 3. Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych skazanych uzależnionych od alkoholu	246

§ 4. Uczestnictwo skazanych w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego	252
§ 5. Rodzaje zajęć i metody pracy ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w badanych oddziałach i poza oddziałem	259
§ 6. Wybrane programy indywidualnego oddziaływania na skazanego	263
§ 7. Motywacja i stopień zaangażowania skazanych w opracowaniu indywidualnych programów terapeutycznych.....	271
§ 8. Ocena skuteczności terapii prowadzonej wobec skazanych	284
PODSUMOWANIE.....	294
BIBLIOGRAFIA	306
SPIS TABEL I WYKRESÓW	324
ANEKS	328

WSTĘP

W 1997 roku uchwalono Kodeks karny wykonawczy¹, którego założenia uwzględniają nowe elementy sytuacji politycznej, ekonomicznej oraz społecznej jaka dokonała się w Polsce po 1989 r.² Nowe prawo karne wykonawcze zostało dostosowane do aksjologii odpowiadającej demokratycznemu państwu prawa. Stąd też w Kodeksie karnym wykonawczym wprowadzono m.in. instytucję – systemów wykonywania kary pozbawienia wolności. Ustanowiono trzy systemy wykonywania kary, tj. system terapeutyczny, programowanego oddziaływania oraz system zwykły. Jak wynika z Uzasadnienia rządowego projektu nowego Kodeksu karnego wykonawczego istotą systemu terapeutycznego jest „stosowanie środków leczniczych i psychokorekcyjnych oraz dostosowanie do indywidualnych potrzeb standardowych metod oddziaływania, np. ergoterapia”³. Z tego względu skazani uzależnieni od alkoholu kierowani są do systemu terapeutycznego. Oprócz tej grupy skazanych do systemu terapeutycznego są kierowani również skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niepełnosprawni fizycznie (art. 96 § 1)⁴. Prowadzenie odrębnego postępowania z każdą z wymienionych grup skazanych pozwala na pełniejszą realizację zasady indywidualizacji wykonywania kary.

Indywidualizacja penitencjarna stanowi ważną zasadę wykonywania kary pozbawienia wolności (np. art. 67, art. 79-100)⁵. Zróżnicowanie oddziaływań penitencjarnych polega na dostosowaniu ich do osobowości skazanego oraz celów

¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).

² *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego*, [w:] *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny wykonawczy*, red. I. Frederich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak, Warszawa 1997, s. 525.

³ *Ibidem*, s. 547.

⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁵ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego...*, s. 548.

wykonywania kary i jest zdaniem P. Stępniaka⁶ jednym z podstawowych europejskich standardów wykonywania kary pozbawienia wolności. Również T. Kalisz⁷ uważa, że zasada indywidualizacji jest jedną z najważniejszych zasad kształtujących założenia nowoczesnych systemów penitencjarnych. Stąd też metody oddziaływania wobec skazanych uzależnionych od alkoholu są zindywidualizowane, zwłaszcza że celem kary jest kształtowanie społecznie pożądanej postawy skazanego i powstrzymanie go od powrotu do przestępstwa (art. 67 kkw), na co zwrócono też uwagę w Uzasadnieniu rządowego projektu nowego Kodeksu karnego wykonawczego (kkw) z 1997 r.⁸ W tym kontekście należy też brać pod uwagę przepisy Kodeksu karnego (kk) z 1997 r. bowiem zgodnie z uzasadnieniem rządowego projektu kk z 1997 r., w zakresie realizacji celu wychowawczego, leczniczego i rehabilitacyjnego uznano, że sąd powinien mieć wpływ na umieszczenie skazanego we właściwym zakładzie karnym. Szczególnie dotyczy to skazanych uzależnionych od alkoholu, ponieważ sąd może określić nie tylko rodzaj i typ zakładu karnego, ale także orzec system terapeutyczny wykonywania kary (art. 62. kk z 1997 r.)⁹. Jest to szczególnie ważne, ponieważ nowy Kodeks karny wykonawczy ujmuje zadania wykonywania kary, różniąc się od poprzedniego tym, że oddziaływania resocjalizacyjne stosowane wobec skazanego powinny być uprawnieniem skazanego lub ofertą ze strony organu wykonującego. Natomiast w przypadku tych skazanych, do których ma zastosowanie przymus leczenia na podstawie przepisów Kodeksu karnego wykonawczego lub innych ustaw stanowiących np. o oddziaływaniu odwykowym wobec alkoholików w trakcie odbywania kary, powyższe uprawnienie nie ma zastosowania¹⁰.

W przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu, uwzględniając właściwości i potrzeby skazanego, ważne jest jego wyleczenie z nałogu w ramach wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Należy podkreślić, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym bazuje na doświadczeniach zdobytych w postępowaniu ze skazanymi z oddziałów dla

⁶ P. Stępniaak, *Indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności w systemach penitencjarnych w Polsce i we Francji*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2010, nr 67-68, s. 9.

⁷ T. Kalisz, *Sędziowski nadzór penitencjarny. Polski model nadzoru i kontroli nad legalnością i prawidłowością wykonywania środków o charakterze izolacyjnym*, Wrocław 2010, s. 357.

⁸ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego...*, s. 526.

⁹ *Ibidem*, s. 156-157.

¹⁰ *Ibidem*, s. 545-546.

skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych. Ponadto w myśl Europejskich Reguł Więziennych w ramach wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym należy uwzględnić wymogi bezpieczeństwa osobistego, instytucjonalnego i dyscypliny, jednocześnie zapewniając warunki osadzenia, które nie naruszają ludzkiej godności i które gwarantują osadzonym konkretne zajęcia zawodowe i programy terapeutyczne i w ten sposób przygotowują ich do reintegracji ze społeczeństwem¹¹.

Sposób i specyfika prowadzonych oddziaływań w odniesieniu do skazanych uzależnionych od alkoholu ewoluuje na przestrzeni lat wraz z pojawieniem się nowych modeli stosowanej terapii. W nowo pojawiających się modelach terapii uwzględnia się związki pomiędzy przestępczością a uzależnieniem oraz podejmuje się działania mające na celu społeczną readaptację skazanych. Ponadto w dyskursie prawniczym, zarówno wśród teoretyków jak i praktyków pojawiają się propozycje mające na celu wzmocnienie skuteczności oddziaływań penitencjarnych¹². Zachodzące zmiany w wykonywaniu kary pozbawienia wolności przyczyniły się do głębokich przeobrażeń rzeczywistości zakładu karnego i postępowania wobec poszczególnych grup skazanych. Zakres tych zmian wydaje się tak znaczący, że wymaga pogłębionych analiz, ponieważ sądy wypowiedane jeszcze kilkanaście lat temu mogą być niezgodne z obecną rzeczywistością wykonywania kary pozbawienia wolności. Warto, więc po prawie 25 latach od wdrożenia systemu terapeutycznego stosowanego w odniesieniu do wyodrębnionej grupy skazanych dokonać ponownego zbadania założeń wprowadzonego systemu terapeutycznego i zweryfikować realizację założeń teoretycznych w praktyce. Wciąż bowiem problem doskonalenia modelu leczenia i rehabilitacji uzależnionych, w tym od alkoholu jest szeroko dyskutowany i zachowuje aktualność. Kwestia ta budzi tym większe zainteresowanie, iż leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych przybiera różne formy organizacyjne,

¹¹ Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, <https://www.sw.gov.pl/assets/98/29/13/4d0aa81edd3ddc0d1132f1bde154ab564484eb10.pdf> (data wejścia: 28.04.2019).

¹² T. Kalisz, *Sędziowski nadzór...*; A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, Warszawa 2017; J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008 w ujęciu doktrynalnym, normatywnym i funkcjonalnym. Kontynuacja czy zmiana?*, Gdańsk 2008; A. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 64-65.

a skuteczność leczenia i rehabilitacji skazanych w warunkach izolacji więziennej zależy od bardzo wielu czynników¹³.

Eksploracja systemu terapeutycznego stosowanego wobec uzależnionych od alkoholu jest też pożądana ze względów społecznych, ponieważ dzięki stosowaniu środków leczniczych i psychokorekcyjnych, uwzględniających właściwości i potrzeby skazanych umożliwi wskazanie działań aktywizujących skazanych do wyjścia z nałogu i trzeźwego powrotu do społeczeństwa¹⁴.

Analiza problematyki wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu jest też uzasadniona z powodu niewystarczającego rozpoznania tej kwestii. Tematyka postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu była podejmowana okazjonalnie w księgach jubileuszowych¹⁵, pracach zwartych¹⁶ i opracowaniach o charakterze przyczyn-karskim¹⁷. Wciąż jednak brakuje kompleksowego opracowania postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w izolacji penitencjarnej. Zatem celowe jest przeprowadzenie systemowych badań dotyczących wymienionego zagadnienia, a tym samym wypełnienie istniejącej luki w dotychczasowych badaniach, zwłaszcza że skazani uzależnieni od alkoholu wymagają indywidualnego traktowania¹⁸. Badania ewaluacyjne systemu terapeutycznego umożliwią też określenie skuteczności tego

¹³ A. Nawój-Śleszyński, *Przymus leczenia i rehabilitacji sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych. Aspekty prawno-kryminologiczne*, [w:] *Uzależnienia chemiczne i przemoc domowa. Konteksty penitencjarne i terapeutyczne*, red. A. Jaworska, P. Kozłowski, Bydgoszcz 2014, s. 9.

¹⁴ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego...*, s. 547.

¹⁵ *Księga jubileuszowa więziennictwa polskiego 1918–1988*, red. A. Marek, Warszawa 1990; *W dziewięćdziesięciolecie polskiego więziennictwa. Księga jubileuszowa*, red. Z. Jasiński, A. Kurek, D. Widelak, Opole 2008; J. Szumski, *Prawnokarne sposoby reakcji wobec osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków na tle projektów legislacyjnych, problemy nauk penalnych*, *Prace ofiarowane Pani Prof. Oktawii Górniok*, Katowice 1996.

¹⁶ J. Górny, *Elementy indywidualizacji i humanizacji karania w rozwoju penitencjarystyki*, Warszawa 1996; K. Linowski, J. Nowicka, *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Edukacja, Rozwój, Ostrowiec Świętokrzyski 2004; J. Konikowska-Kuczyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych*, Warszawa 2015.

¹⁷ R. Godyla, A. Kwieciński, *Wybrane problemy związane z umieszczeniem skazanego w systemie terapeutycznym wykonywania kary pozbawienia wolności w trybie art. 96 § 2 KKW*, [w:] *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, red. L. Bogunia, t. 22, Wrocław 2008, s. 159-174; R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, „*Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*”, red. L. Bogunia, t. 13, Wrocław 2003, s. 343-352; T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności*, „*Przegląd Więziennictwa Polskiego*” 1995, nr 10; J. Szumski, *Alkohol a wymiar kary (Wybrane zagadnienia)*, „*Studia Prawnicze*” 1987 nr 3; idem, *Model leczenia osób uzależnionych w projekcie kodeksu karnego wykonawczego*, „*Prokuratura i Prawo*” 1994 nr 6 (580).

¹⁸ H. Machel, *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*, Gdańsk 1994, s. 135.

systemu. Słusznie zauważa Barbara Stańdo-Kawecka¹⁹, że bez badań empirycznych trudno stwierdzić na ile realizowane wobec skazanych indywidualne programy terapeutyczne są skuteczne. Poza tym w oparciu o przeprowadzone badania empiryczne istnieje realna możliwość określenia postulatów *de lege ferenda* i *de lege lata*.

Dlatego przedmiotem badań uczyniono postępowanie ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w izolacji penitencjarnej. Głównym celem pracy jest analiza funkcjonowania wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. Z tak postawionego celu głównego wynikają następujące cele szczegółowe:

- uzyskanie opinii skazanych oraz personelu oddziałów terapeutycznych na temat wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym;
- określenie charakterystycznych cech systemu terapeutycznego;
- ustalenie rodzaju i charakteru oddziaływań prowadzonych przez zespół terapeutyczny lub specjalistycznie przygotowany personel wobec osób uzależnionych od alkoholu;
- wskazanie związków pomiędzy uzależnieniem a przestępczością;
- nakreślenie założeń stosowanych w indywidualnych programach terapeutycznych;
- określenie sposobów indywidualnego oddziaływania na skazanego.

W związku z przyjętymi celami pracy wskazano następujący problem główny:

- Czy i jak jest uregulowane prawnie a także realizowane w praktyce postępowanie ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w izolacji penitencjarnej?

Z głównego problemu badawczego wyprowadzono następujące problemy szczegółowe:

- Czy i w jakim zakresie indywidualny program terapeutyczny jest realizowany zgodnie z obowiązującymi przepisami;

¹⁹ B. Stańdo-Kawecka, *Badania osobopoznawcze skazanych i oddziaływania terapeutyczne w historii rozwoju więziennictwa*, [w:] *Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką*, red. E. Habzda-Siwiek, J. Kabzińska, Sopot 2014, s. 451.

- Czy i w jakim zakresie założenia i oddziaływania lecznicze zawarte w indywidualnych programach terapeutycznych są realizowane wobec skazanych w praktyce?
- Jakie są założenia indywidualnych programów terapeutycznych?
- Jaki jest związek między decyzją skazanego poddania się oddziaływaniom terapeutycznym a skutecznością systemu terapeutycznego?
- Jaka jest skuteczność wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w opinii skazanych uzależnionych od alkoholu?
- Jaka jest ilość oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu i czy jest wystarczająca?
- W jaki sposób skazani uzależnieni od alkoholu angażują się w tworzenie indywidualnych programów terapeutycznych?
- W jakim stopniu w standardach międzynarodowych dotyczące postępowania ze skazanymi znajdują odzwierciedlenie w aktach prawa polskiego?

Zgodnie z przyjętą hipotezą główną:

- założono, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w odniesieniu do skazanych uzależnionych od alkoholu w systemie terapeutycznym jest zgodne z założeniami teoretycznymi zawartymi w Kodeksie karnym wykonawczym z 1997r., jednak praktyka ich stosowania odbiega od przyjętych założeń.

Adekwatnie do hipotezy głównej sformułowano hipotezy szczegółowe:

- przyjęto, że indywidualny program terapeutyczny jest realizowany zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- przyjęto, że założenia i oddziaływania lecznicze zawarte w indywidualnych programach terapeutycznych są realizowane wobec skazanych w praktyce;
- przyjęto, że występuje różnica między skutecznością terapii skazanego skierowanego dobrowolnie, a skutecznością terapii skierowanego przymusowo do oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu;

- założono, że skuteczność systemu terapeutycznego jest większa w przypadku, gdy skazany z własnej woli wyraża zgodę na objęcie go terapią;
- założono, że istnieje związek między skutecznością oddziaływań terapeutycznych, a decyzją skazanego poddania się oddziaływaniom terapeutycznym;
- przyjęto, że liczba oddziałów terapeutycznych jest wystarczająca;
- przyjęto, że skazany aktywnie uczestniczy w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego;
- przyjęto, że standardy międzynarodowe dotyczące postępowania ze skazanymi znajdują odzwierciedlenie w aktach prawa polskiego.

W celu zanalizowania obowiązującego stanu prawnego w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu podjęto badania dogmatyczno-empiryczne. Badania te zdaniem A. Kwiecińskiego „dostarczają udokumentowaną argumentację” i umożliwiają postawienie tezy, że mogą prowadzić do formułowania „na gruncie prakseologicznym dyrektyw skuteczniejszej realizacji obowiązujących norm”²⁰. Natomiast T. Kalisz dodaje, że „badania tego typu niekiedy wręcz predysponują do roli instrumentu doskonalącego istniejące rozwiązania prawne”²¹.

W interpretacji rozwiązań normatywnych podstawową metodą badawczą przyjętą w pracy była metoda dogmatyczna. Analiza dogmatycznoprawna umożliwiła interpretację treści prawa, jak również jego objaśnienia, zawarte w orzecznictwie i w literaturze. Badaniom poddano instytucje wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Oprócz Kodeksu karnego wykonawczego, przeanalizowano szereg aktów prawnych o charakterze ustawowym, jak i wykonawczym, w tym zdeponowanych w Archiwum Akt Nowych w Warszawie oraz dokonano przeglądu dorobku naukowego w zakresie wyznaczonym celem badań. Przybliżono standardy międzynarodowe gwarantujące przestrzeganie wspólnych zasad polityki penitencjarnej oraz dokonano analizy opracowań podejmujących kwestie kształtowania się idei zindywidualizowanego traktowania skazanych i wykonywania kary pozbawienia wolności zgodnie z podstawową zasadą

²⁰ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary...*, s. 395.

²¹ T. Kalisz, *Sędziowski nadzór...*, s. 77.

humanitaryzmu wykonywania kary²². W tym zakresie odwołano się np. do K. Bedyńskiego, J. Czołgoszewskiego, E. Kaczyńskiej, T. Kostewicza, M. Melezini, K. Pawlaka, L. Rabinowicza, G. B. Szczygieł, J. Śliwowskiego²³, oraz B. Stańdo-Kaweckiej²⁴, M. Płatek²⁵, a także E. Neymarka²⁶, J. Migdała²⁷ i J. Raglewskiego²⁸.

Ze względu na sformułowane cele badawcze dotyczące analizy praktyki funkcjonowania systemu terapeutycznego wykorzystano dwie uzupełniające się metody badawcze²⁹. Jedną z nich to analiza danych statystycznych. Metoda ta jest szczególnie istotna, ponieważ istniejące statystyki odzwierciedlają określone aspekty praktyczne funkcjonowania badanych instytucji³⁰. Dane statystyczne dostarczają wiedzy o kontekście historycznym i pojęciowym, w którym umieszczamy badane instytucje prawne i społeczne³¹. Warto też dodać, że analizowano statystyki kryminalne, które są podstawowym źródłem informacji o przestępczości ujawnionej.

²² M. Trafny, *Zasada humanitaryzmu w kodeksie karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2007, nr 3, s. 30-36.

²³ K. Bedyński, *Historia więziennictwa Polski Ludowej 1944–1956*, Warszawa 1988; J. Czołgoszewski, *Więziennictwo okresu stalinowskiego na Warmii i Mazurach w latach 1945-1956*, Olsztyn 2002; idem, *Wykonywanie kary śmierci w okresie stalinowskim*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, Warszawa 2008, nr 58; E. Kaczyńska, *Ludzie ukarani. Więzienia i system kar w Królestwie Polskim 1918–1914*, Warszawa 1989; T. Kostewicz, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec więźniów politycznych w latach 1944–1956*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1991, nr 1; A. Kurek, *Niemieckie więzienia sądowe na Śląsku w czasach Trzeciej Rzeszy*, Kraków 2007; K. Pawlak, *Więziennictwo Polskie w latach 1918–1939*, Kalisz 1995; M. Melezini, *Punitiveność wymiaru sprawiedliwości karnej w Polsce w XX wieku*, Białystok 2003; eadem, *Kształtowanie się koncepcji kar dodatkowych w prawie karnym w okresie II Rzeczypospolitej Polskiej*, „Miscellanea Historico-Iuridica” 2015, t. 14, z. 2; K. Pawlak, *Za kratami więzień i drutami obozów (Zarys dziejów więziennictwa w Polsce)*, Kalisz 1999; J. Utrat-Milecki, *Więziennictwo w Polsce w latach 1944–1956*, Warszawa 1995; L. Rabinowicz, *Zagadnienie tzw. „prawa penitencjarnego”. Kilka uwag w związku z artykułem p. Jerzego Wład. Śliwowskiego p. tyt.: „Narodziny prawa penitencjarnego”*, „Gazeta Sądowa Warszawska” 1935, nr 15; G.B. Szczygieł, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce międzywojennej*, „Miscellanea Historico-Iuridica”, Białystok 2008, t. 6; J. Śliwowski, *Narodziny prawa penitencjarnego*, „Gazeta Sądowa Warszawska” 1934, nr 44.

²⁴ B. Stańdo-Kawecka, *Rekomendacja 1257 (1995) o warunkach pozbawienia wolności w państwach członkowskich Rady Europy. Komentarz*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2011, nr 72-73.

²⁵ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne a polskie prawo i praktyka penitencjarna*, „Studia Iuridica”, 1997, t. 34.

²⁶ E. Neymark, *Organizacja więziennictwa polskiego*, [w:] *Aktualne zagadnienia i projekty reformy więziennictwa*, red. Z. Bugajski i E. Neymark, t. I, Warszawa 1925; idem, *Zasady nowej organizacji więziennictwa w świetle nowoczesnych postulatów nauk penitencjarnych*, [w:] *Księga jubileuszowa więziennictwa polskiego 1918-1928*, red. Z. Bugajski, Warszawa 1929; idem, *Rola lekarza w walce z przestępczością*, [w:] *Pamiętnik XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich*, t. 2, Poznań 1933.

²⁷ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1918-1928*, Gdańsk 2011.

²⁸ J. Migdał, J. Raglewski, *Kara pozbawienia wolności, zarys dziejów polskiej doktryny, prawa i praktyki penitencjarniej*, Gdańsk 2005.

²⁹ W metodologii nauk społecznych generalnie metoda jest definiowana jako działalność, która ma prowadzić do określonego celu. Stąd też przez metodę, za J. Sztumskim, rozumiem „ogół założeń i reguł pozwalających na takie uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności, aby można było osiągnąć cel, do jakiego się świadomie zmierza”. J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1995, s. 60.

³⁰ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 396.

³¹ E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, Warszawa 2009, s. 370.

Są to zespoły danych, zbierane, opracowywane i publikowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości³².

Materiał badawczy zamieszczono w tabelach statystycznych³³, co pozwoliło na syntetyczne ujęcie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. Stanowiło to też podstawę do podjęcia analizy jakościowej badanego zjawiska³⁴.

Spośród analizowanych danych statystycznych szczególnie wartościowe były dane liczbowe pozyskane z baz Centralnego Zarządu Służby Więziennej³⁵.

Wykorzystano m.in. dane zawarte w tabelach dotyczących skazanych i ukaranych według grup klasyfikacyjnych, rodzajów przestępstw i systemu wykonywania kary (w tym systemu terapeutycznego), odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego, półotwartego i otwartego³⁶.

Wypada zauważyć, że wykorzystane zestawienia liczbowe pochodzące z baz Centralnego Zarządu Służby Więziennej są to dane zebrane z jednostek penitencjarnych w kraju bez wskazania na stan w poszczególnych Okręgowych Inspektoratach Służby Więziennej. Stąd też zaistniała konieczność ich rozszerzenia i pozyskania dodatkowych informacji w oparciu o wywiady z dyrektorami jednostek penitencjarnych w Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych podległych pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku. Zgromadzony w ten sposób materiał statystyczny został uzupełniony w ramach badań empirycznych przeprowadzonych za pomocą metody sondażu diagnostycznego³⁷ i techniki ankietowania³⁸. Narzędziem badawczym był samodzielnie opracowany

³² M. Perkowska, *Źródła informacji o przestępczości*, [w:] *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, red. E. W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, Warszawa 2019, s. 71.

³³ M. Melezini, *Punitivność wymiaru sprawiedliwości...*, s. 31.

³⁴ Ibidem, s. 31.

³⁵ A. Pniewska, A. Zientarska, M. Milewska, *Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej Roczna Informacja Statystyczna*, Warszawa 2020, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (data wejścia: 16.09.2020).

³⁶ A. Pniewska, A. Zientarska, M. Milewska, *Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej Roczna Informacja Statystyczna za rok 2019*, Warszawa, s. 7 i n.

³⁷ Metoda sondażu diagnostycznego – to przedsięwzięcie naukowe polegające na statystycznym gromadzeniu faktów i informacji (danych) o zjawiskach strukturalnych i funkcjonalnych oraz o dynamice ich rozwoju. J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Gdynia 2002, s. 70. Metoda badań sondażowych jest szczególnie przydatna w ustalaniu opinii postaw, motywów, oczekiwań, zachowań itp. J. Sztumski, op. cit., s. 108.

³⁸ Ankietowanie to technika badawcza polegająca na pisemnym udzielaniu odpowiedzi na pytania tworzące świadomy, logiczny, konsekwentny i spójny zestaw pytań służących do rozwiązania

kwestionariusz ankiety. Jego adresatami byli skazani uzależnieni od alkoholu, terapeuci, psychologowie i wychowawcy zatrudnieni w jednostkach penitencjarnych. Dla każdej grupy respondentów został przygotowany odrębny kwestionariusz ankiety.

Ustalenie ostatecznej wersji kwestionariusza skierowanego do skazanych uzależnionych od alkoholu poprzedziły konsultacje z zatrudnionymi w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej pracownikami oraz badania pilotażowe w Areszcie Śledczym w Białymstoku. Przeprowadzone badania pilotażowe pozwoliły na zweryfikowanie przygotowanego narzędzia badawczego.

Sporządzona ankieta była anonimowa i opracowana zgodnie ze wskazaniem metodologicznymi. Zastosowane pytania miały charakter pytań: zamkniętych, półotwartych i otwartych³⁹.

Ze względu na adresatów ankiety część pytań została zreagowana w taki sposób, aby był możliwy wybór więcej niż jednej z podanych odpowiedzi, tzw. kafeterie koniunktywne⁴⁰. W ankiecie zamieszczono też pytania umożliwiające respondentom opisowe uzasadnienie swoich spostrzeżeń i zamieszczenie uwag własnych.

Ankieta skierowana do specjalistów składała się z trzech zasadniczych części problemowych. Na wstępie kwestionariusza zamieszczono pytania pozwalające na podstawową charakterystykę badanej grupy zawodowej, uwzględniono w tym: rodzaj placówki specjalistycznej, w której respondent jest zatrudniony, stanowisko zajmowane przez biorących udział w badaniach, informacje o ogólnym stażu pracy w więziennictwie, stażu pracy w oddziale terapeutycznym. Ponadto sformułowano pytania dotyczące aktywności w obszarze przygotowania merytorycznego i praktycznego kadry do realizacji oddziaływań specjalistycznych wobec skazanych umieszczonych w oddziałach terapeutycznych.

W dalszej części ankiety zamieszczono pytania dotyczące oceny funkcjonowania systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności i propozycji zmian w tym obszarze.

określonej tezy lub szczegółowego problemu badawczego. J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Gdynia 2002, s. 86.

³⁹ J. Sztumski, op. cit., s. 135.

⁴⁰ T. Kalisz, *Sędziowski nadzór penitencjarny...*, s. 341.

Zastosowana metoda sondażu diagnostycznego pozwoliła na uzyskanie opinii respondentów na temat wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu w następujących Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych:

- Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze,
- Zakładzie Karnym w Przytułach Starych,
- Zakładzie Karnym Grądach-Woniecko,
- Areszcie Śledczym w Suwałkach,
- Areszcie Śledczym w Hajnówce,
- Areszcie Śledczym w Białymstoku.

W celu przeprowadzenia badań w jednostkach penitencjarnych w województwie podlaskim uzyskano zgodę Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Białymstoku. Badania jednak zostały zrealizowane w sześciu wyżej wymienionych Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych, ponieważ nie we wszystkich jednostkach penitencjarnych województwa podlaskiego inicjatywa badań skazanych zyskała akceptację. Planowano również przeprowadzić badania w Oddziale Zewnętrznym w Giżycku podlegającym pod Zakład Karny w Dublinach oraz w Zakładzie Karnym w Gdańsku-Przeróbce, podlegającym Okręgowej Służbie Więziennej w Gdańsku. Zakład ten posiada jeden z największych oddziałów terapeutycznych przeznaczonych dla skazanych uzależnionych od alkoholu w Polsce. Niestety, mimo dwukrotnie skierowanej prośby, nie uzyskano zgody dyrektora Zakładu na przeprowadzenie badań.

Ze względu na Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) nie było możliwe przeprowadzenie badań akt skazanych. Niniejsze rozporządzenie ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r. (art. 99 ust. 2)⁴¹. Stąd też w pracach monograficznych wydanych przed wprowadzeniem wyżej wskazanego Rozporządzenia uwzględniano dane osobowe zamieszczone w aktach skazanych.

⁴¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO).

Praca ma charakter monograficzny. Przeprowadzona w oparciu o model badania triangulacyjnego analiza dotycząca różnych aspektów funkcjonowania systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności wobec skazanych uzależnionych od alkoholu została ujęta w ośmiu rozdziałach. Praca ma układ problemowy zgodny z określonymi założeniami metodologicznymi.

W rozdziale pierwszym scharakteryzowano pojęcie alkoholizmu, opisano jego etiologię, jak i ujęto alkoholizm jako zjawisko społeczne i czynnik kryminogenny, a także wskazano na poszczególne fazy uzależnienia według WHO i negatywne konsekwencje alkoholizmu⁴². Już na początku XX wieku E. Neymark pisał, że powoduje on „zupełną degenerację i obłąkanie, często połączone z popełnianiem przestępstw, nawet najcięższych zbrodni”⁴³. Aktualnie, z medycznego punktu widzenia, alkoholizm postrzega się jako chorobę rozwijającą się etapowo z objawami psychosomatycznymi reprezentatywnymi dla poszczególnych etapów, zaś każde wprowadzenie alkoholu do organizmu ze względu na jego działanie jest zatruciem⁴⁴. Jest to całkowicie niezależne od stopnia nasilenia objawów, ilości spożytego alkoholu czy też czasu jego oddziaływania.

W rozdziale drugim dokonano przeglądu najważniejszych standardów międzynarodowych wykonywania kary, dotyczących postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu. Ewaluacja standardów międzynarodowych wykonywania kary pozwoliła ustalić – czy do systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności w Polsce inkorporowano idee zawarte w standardach międzynarodowych. W oparciu o rozpoznanie założeń międzynarodowych i krajowych wykonywania kary pozbawienia wolności ukazano sposoby i formy humanitarnego oddziaływania w warunkach izolacji penitencjarnej oraz indywidualne właściwości systemu terapeutycznego wykonywania kary w Polsce. Przeprowadzona analiza uwzględnia Uzasadnienie rządowego projektu nowego Kodeksu karnego wykonawczego, w którym dokonano określenia głównych zasad prawnych oraz systemu wartości stanowiących podstawę nowego kkw z 1997 r. Przyjęto, że podstawową zasadą jest przestrzeganie konstytucyjnie gwarantowanego prawa obywateli, praworządności, będących źródłem inspiracji ustawodawstwa

⁴² M. Kaniasty, *Alkohol i jego skutki*, [w:] *Odczyty i broszury popularne dla Towarzystw polskich*, t. 3, Poznań 1914, s. 4.

⁴³ E. Neymark, *Zarys Etiologii Kryminalnej*, Warszawa 1925, s. 19.

⁴⁴ S. Walczak, *Postępowanie ze skazanymi w polskim systemie penitencjarnym. Zarys polityki penitencjarnej*, Warszawa 1992, s. 91.

karnow wykonawczego. Zasady te jako powszechnie przyjmowane w cywilizowanym świecie znajdują odzwierciedlenie zwłaszcza w takich dokumentach międzynarodowych, jak:

- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka,
- Reguły Minimum,
- Europejskie Reguły Penitencjarne,

a także filozofii prawa natury i innych wartościach stanowiących podstawę demokratycznego społeczeństwa⁴⁵.

W rozdziale trzecim przedstawiono kwestie dotyczące kształtowania się idei odrębnego traktowania skazanych uzależnionych od alkoholu w Polsce w latach 1918–1997. Podjęto też próbę przedstawienia koncepcji zaproponowanych przez wybranych przedstawicieli polskiej penitencjarystyki, które zostały uznane jako oryginalne rozwiązania i były podstawą tworzonych wówczas regulacji prawnych.

Założenia systemu terapeutycznego w świetle obowiązujących regulacji prawnych zostały przybliżone w rozdziale czwartym. Rozważania rozpoczęto od zdefiniowania istoty systemu terapeutycznego. Następnie opisano kategorie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Scharakteryzowano też uprawnienia i podstawowe obowiązki skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, do których należy m.in. zaliczyć obowiązek poddania się badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie alkoholu. Przedstawiono warunki przymusowego kierowania skazanych do systemu terapeutycznego w przypadku braku ich uprzedniej zgody.

W rozdziale piątym opisano organy kierujące i omówiono tryb umieszczania skazanych w systemie terapeutycznym z uwzględnieniem badań osobopoznawczych i sylwetki skazanego.

Programy terapii prowadzonej w oddziale i poza oddziałem terapeutycznym zaprezentowano w rozdziale szóstym. Zwrócono przy tym szczególną uwagę na zasady wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (art. 97 kkw), a zwłaszcza na krajowy porządek prawny dotyczący zasady samostanowienia. Ponadto opisano innowacyjne programy, które odgrywają istotną rolę w terapii

⁴⁵ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego...*, s. 525.

alkoholików, spośród nich szczególnie znacząca jest działalność grup Anonimowych Alkoholików.

Ostatnia część pracy posiada charakter empiryczny i składa się z dwóch obszernych rozdziałów. Tym samym praca oprócz rozważań teoretyczno-prawnych ukazuje praktykę stosowania analizowanych instytucji.

W rozdziale siódmym dokonano analizy oddziaływań prowadzonych w badanych jednostkach penitencjarnych. Przedstawiono ich charakterystykę i opisano rodzaje zajęć oraz metody pracy ze skazanymi w badanych oddziałach terapeutycznych.

Zestawienie i porównanie założeń teoretycznych dotyczących wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym z praktyką jej stosowania zostało zamieszczone w rozdziale ósmym.

Wnioski z badań i postulaty dotyczące systemu terapeutycznego z uwzględnieniem opinii skazanych, terapeutów i wychowawców zostały zamieszczone w zakończeniu pracy.

ROZDZIAŁ I

ALKOHOLIZM JAKO ZJAWISKO SPOŁECZNE I CZYNNIK KRYMINOGENNY

§ 1. UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU JAKO CHOROBA I UTRATA WOLI

Współcześnie, z punktu widzenia medycyny, alkoholizm postrzega się jako chorobę rozwijającą się etapowo z objawami psychosomatycznymi reprezentatywnymi dla poszczególnych etapów, a także ze szczególnymi sposobami leczenia⁴⁶. Każde wprowadzenie alkoholu do organizmu ze względu na jego działanie jest zatruciem. Jest to całkowicie niezależne od stopnia nasilenia objawów, ilości spożytego alkoholu czy też czasu jego oddziaływania. Wprowadzenie alkoholu do organizmu powoduje stan czynnościowego wyłączenia komórek, stan pewnego rodzaju narkozy powiązany z istotnym osłabieniem, a nawet utratą czynności komórki. Komórki, układy i struktury młodsze łatwiej zatruwają się i ulegają wcześniejszemu zniszczeniu niż te starsze. Z tego względu alkohol najsilniej działa na komórki najwyższe i najmłodsze jakimi są ośrodkowy układ nerwowy, a w szczególności kora mózgowa⁴⁷. W wyniku działania alkoholu dochodzi do uszkodzenia funkcji przemiany materii w komórkach. Oprócz tego funkcje umysłowe ulegają upośledzeniu, natomiast naczynia krwionośne ulegają osłabieniu. Alkohol niekorzystnie wpływa również na trawienie, a także na ocenę i czas reakcji człowieka⁴⁸. Po wydaleniu alkoholu z organizmu komórki odzyskują swą dawną sprawność. Jednakże funkcja komórki ulega trwałemu osłabieniu, a nawet nieodwracalnie zanika, wtedy gdy działanie alkoholu było wystarczająco mocne, lub

⁴⁶ S. Walczak, op. cit., s. 91.

⁴⁷ A. Ratajczak, [w:] *Kryminologia*, red. W. Świda, Warszawa 1977, s. 231-232.

⁴⁸ H.D. Barlow, *Introduction to criminology, Seventh Edition*, Nowy Jork 1996, s. 287.

też alkohol był spożywany wystarczająco często⁴⁹. Należy zauważyć, że alkoholizm jest chorobą na tyle specyficzną, że oddziałuje nie tylko na stan fizyczny i psychiczny samego uzależnionego, ale jego zachowania mogą także mieć negatywny wydźwięk w jego najbliższym otoczeniu, w szczególności zaś w rodzinie. Oprócz tego sposób postępowania alkoholika ma również destrukcyjny wpływ na życie społeczne w szerszym zakresie, na procesy produkcyjne i dyscyplinę społeczną, a także na ład i bezpieczeństwo publiczne⁵⁰.

W medycynie poza jednorazowym, czasowym zatruciem spowodowanym działaniem alkoholu wyróżnia się także zatrucia przewlekłe, które są stanem organizmu spowodowanym przez systematyczne, wielokrotne spożywanie alkoholu⁵¹.

Alkoholizm bowiem według A. Ratajczaka – w szerokim znaczeniu to – „całokształt ujemnych następstw wynikających dla jednostki i społeczeństwa z nadmiernego spożywania napojów alkoholowych”⁵². Natomiast zdaniem B. Hołysta alkoholizm to – choroba woli sprowadzająca się do tego, że jednostka utraciła możliwość trwałego powstrzymania się od spożywania alkoholu. Stan uzależnienia od alkoholu przypisywany jest przez różnych badaczy czynnikom fizycznym, psychologicznym bądź psychosomatycznym. Do czynników sprzyjających uzależnieniu od alkoholu należy dołączyć wpływ środowiska społecznego⁵³.

J. Morawski zaś uważa, że „alkoholizmem w szerszym ujęciu tego słowa należy nazywać powszechny zwyczaj częstego picia napojów wysokowych (alkohol w postaci spirytusu, wódki, wina, likierów, piwa itd.); w ściślejszym znaczeniu – to nadużywanie alkoholu”⁵⁴.

Według H.T. Blane’a istnieją dwa rodzaje „alkoholizmu”:

- a) rodzaj do którego odnosi się terminologia kliniczna, diagnostyczna i terapeutyczna,

⁴⁹ A. Ratajczak, op. cit., s. 231-232.

⁵⁰ S. Walczak, op. cit., s. 91.

⁵¹ A. Ratajczak, op. cit., s. 232.

⁵² Ibidem, s. 232.

⁵³ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2016, s. 441.

⁵⁴ J. Morawski, *Alkohol a przestępstwa i wykroczenia*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986, s. 150.

- b) drugi rodzaj związany z przejściowymi behawioralnymi i społecznymi konsekwencjami częstego nadużywania alkoholu⁵⁵.

Rozróżnia się alkoholizm: ostry (przemijające, krótkotrwałe stany odurzenia alkoholowego) i przewlekły⁵⁶. Nie każde powtarzające się spożywanie napojów alkoholowych, jest uznawane z punktu widzenia medycznego za przejaw alkoholizmu. Aby uznać nawet powtarzającą się konsumpcję alkoholu za alkoholizm musi wiązać się to z zespołem ściśle określonych stanów o charakterze chorobowym⁵⁷.

Alkoholizm rozwija się jako ciąg zjawisk praktycznie niemożliwych do odnotowania w krótkich okresach. Proces kształtowania się uzależnienia trwa czasem nawet 10-20 lat. Poziom chronicznego uzależnienia osiąga się mniej więcej w wieku 40 lat⁵⁸. Warto nadmienić, że występują różnice dotyczące procesu uzależniania się od alkoholu przez kobiety i mężczyzn. Wyniki różnorodnych badań potwierdzają, że kobiety – w stosunku do mężczyzn – uzależniają się w krótszym czasie i przy niższym spożyciu. Kobiety bardziej niż mężczyźni doświadczają negatywnych skutków jednorazowego i długotrwałego spożywania alkoholu. U kobiet też następuje szybciej psychodegradacja alkoholowa⁵⁹

Ze względu na występujące rozbieżności w definiowaniu alkoholizmu⁶⁰ wprowadzono także pojęcie picia rodzącego problemy, tzw. picia problemowego (problem drinking). W związku z tym powstało także pojęcie osoby pijącej w sposób rodzący problemy. Jest to osoba, u której stwierdzono występowanie kilku objawów charakterystycznych dla szampańskiego zachowania alkoholika lub świadczących o negatywnych konsekwencjach spożywania alkoholu. Nie sposób jednak ściśle określić od kiedy można dokładnie zaklasyfikować daną osobę jako pijącą w sposób

⁵⁵ T. Helgason, *Epidemiologia alkoholizmu – uzależnienia od alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986, s. 205.

⁵⁶ J. Morawski, op. cit., s. 151.

⁵⁷ A. Ratajczak, op. cit., s. 233.

⁵⁸ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2016, s. 441.

⁵⁹ E. Włodarczyk, *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*, [w:] *Człowiek w pułapce problemów: psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązywania*, red. H. Karaszewska, Poznań 2020, s. 39.

⁶⁰ Jak słusznie zauważa M. Kotowska – w literaturze poświęconej zagadnieniom alkoholizmu istnieją trudności w zdefiniowaniu tego terminu, zwłaszcza, że problematyczny jest stan fizjologiczny i neuropsychiczny alkoholizmu. M. Kotowska, *Zjawisko patologii społecznej w ujęciu kryminologicznym*, „*Studia Prawnoustrojowe*” 2009, nr 9, s. 512.

rodzący problemy, ponieważ granica występowania tego zjawiska ma wyłącznie umowny charakter⁶¹.

Analogicznym pojęciem do alkoholizmu jest tzw. niebezpieczny stan alkoholiczny – jest to szkodliwość medyczno-społeczna polegająca na niebezpiecznym stanie osoby, u której spożywanie napojów alkoholowych powoduje jakąś szkodę dla niego samego bądź dla społeczeństwa, lub też dla niego i dla społeczeństwa⁶². Wyróżnia się trzy zasadnicze formy niebezpiecznego stanu alkoholicznego:

- a) stan alkoholiczny, który sam w sobie można traktować jako pogranicze zachowań przestępczych,
- b) stan alkoholiczny będący cechą konstytutywną przestępstwa,
- c) stan alkoholiczny jako okoliczność świadcząca o osobowości sprawcy. W tym przypadku stan alkoholiczny traktowany jest nie tylko jako okoliczność łagodząca czy obciążająca w przypadku orzekania o winie, ale również brany jest pod uwagę przy orzekaniu środków karnych⁶³.

Osobę, która przejawia patologiczną potrzebę spożywania alkoholu już po wypiciu nawet małej ilości alkoholu nazywamy alkoholikiem. Problem alkoholizmu według Światowej Organizacji Zdrowia⁶⁴ jest światowym trzecim największym czynnikiem ryzyka powodującym choroby i schorzenia oraz niepełnosprawność, przy czym alkohol jest największym ryzykiem w krajach średnio rozwiniętych gospodarczo. Alkohol powoduje 60 typów schorzeń oraz jest „komponentem” dwustu innych przyczyn zachorowań, które szczególnie dotyczą alkoholików. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia alkoholik to: osoba uzależniona od alkoholu, nie mogąca się powstrzymać od alkoholu z powodu silnej potrzeby jego spożycia, która wykazuje wyraźne zaburzenia psychiczne, bądź też objawy zakłócające jej zdrowie fizyczne i psychiczne. Ze względu na zwiększoną potrzebę spożycia alkoholu, stanowiącego priorytet funkcjonowania, inne aktywności

⁶¹ T. Helgason, op. cit., s. 194.

⁶² Cyt. za: B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2016..., s. 441.

⁶³ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 752.

⁶⁴ *Global status report on alcohol and health*, World Health Organization, Printed in Switzerland. 2011, s. 10, https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsru_profiles.pdf (data wejścia: 24.06.2021).

i obowiązki są spychane na dalszy plan, co powoduje zachwianie relacji społecznych. W związku z tym alkoholicy powinni być poddani leczeniu⁶⁵.

Generalnie są to osoby niezdolne do samorzutnego zaprzestania spożywania alkoholu, mimo, że przez kilka dni, a nierzadko przez dłuższy okres są w stanie powstrzymać się od alkoholu, to jednak za każdym razem powracają do jego spożywania. Borykają się też z tzw. objawami abstynencyjnymi. Są to krótkotrwałe dolegliwości, występujące wtedy, gdy alkoholik zaprzestaje spożywania alkoholu przez kilka dni, a nawet tylko przez kilka godzin⁶⁶.

Natomiast N. Kessel i H. Walton wskazują, że pojęcie alkoholika jest różnie definiowane. Nierzadko alkoholikiem „określa się każdego, kto pije w sposób odbiegający od normy”⁶⁷. Zwracają się też uwagę, że za alkoholika uznaje się osobę, która „powinna przestać pić, ale nie może się na to zdobyć”⁶⁸. Jako alkoholika definiuje się także osobę, u której „picie powoduje narastające kłopoty zdrowotne, trudności w życiu osobistym, w pracy zawodowej i w stosunkach z innymi ludźmi”⁶⁹. Jest to definicja zbieżna z określeniem alkoholika przez Światową Organizację Zdrowia. W potocznym rozumieniu alkoholika definiuje się jako człowieka, „który pije regularnie, aż do całkowitej utraty kontroli nad samym sobą”⁷⁰.

Rozróżnia się dwa rodzaje „pijących systematycznie alkoholików”:

- a) alkoholików toksykomanów,
- b) alkoholików „pijących nadmiernie”, „systematycznie”, „regularnie”⁷¹.

Rozróżnienie to wynika z faktu, że za alkoholików toksykomanów (narkomanów) uznaje się wyłącznie osoby dla których spożywanie alkoholu wynika z nieodpartego przymusu, co powoduje, że nie są oni w stanie podjąć swobodnej decyzji o zaprzestaniu picia⁷². Za alkoholików systematycznych uznaje się z kolei osoby, u których nigdy nie następuje moment utraty kontroli nad pić, dzięki czemu są oni w stanie w każdej chwili zaprzestać spożywać alkohol⁷³.

⁶⁵ Ibidem, s. 21.

⁶⁶ N. Kessel, H. Walton, *Alkoholizm*, Warszawa 1967, s. 11.

⁶⁷ Ibidem, s. 10.

⁶⁸ Ibidem, s. 10.

⁶⁹ Ibidem, s. 10.

⁷⁰ Ibidem, s. 10.

⁷¹ A. Ratajczak, op. cit., s. 233.

⁷² W literaturze alkoholików, którzy nie są w stanie zaprzestać spożywania alkoholu określa się także mianem *nałogowych alkoholików*. Por. N. Kessel, H. Walton, op. cit., s. 10.

⁷³ A. Ratajczak, op. cit., s. 233.

W zależności od stopnia nałogu i jego następstw, wśród alkoholików toksykomanów rozróżnia się alkoholików nałogowych i przewlekłych. Nieraz określenia te traktuje się jako synonimy, ponieważ odróżnienie alkoholizmu nałogowego od przewlekłego następuje z trudnością, przy czym przyjmuje się, że alkoholizm nałogowy jest intensywniejszy niż przewlekły⁷⁴.

Spośród alkoholików „pijących nadmiernie”, „systematycznie”, „regularnie” wyszczególnia się jedną podgrupę osób określanych jako „alkoholicy z problemem” ponieważ występuje u nich także osłabienie procesów nerwowych, które powoduje powstanie przymusu psychicznego, skłaniającego do regularnego spożywania alkoholu. Część z tych osób w miarę upływu czasu traci kontrolę nad piciem⁷⁵, ten przymus picia można porównać do głodu czy potrzeby snu – są to potrzeby, które można co prawda przezwyciężyć, ale tylko w pewnych granicach⁷⁶. Nie można bowiem całkowicie wyleczyć się z alkoholizmu, a jedynie zahamować narastające objawy i szkody zdrowotne z nim związane. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą chroniczną i potencjalnie śmiertelną, „chorobą wieloczynnikową, bio-psycho-społeczną, zaburzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej”⁷⁷. W wyniku tej choroby dochodzi do występowania wielu zespołów zaburzeń, m.in. zespołu zubożenia osobowości, zwanego inaczej degradacją alkoholową⁷⁸. Cechą charakterystyczną alkoholizmu w aspekcie epidemiologicznym jest jego zasadnicze podobieństwo do nerwic. Ryzyko wystąpienia nerwicy jest większe w przypadku kobiet niż mężczyzn⁷⁹.

Częstym zaburzeniem spowodowanym przez uzależnienie od alkoholu jest też zespół amnestyczny. Jego podstawowym objawem są przewlekłe zaburzenia pamięci zarówno krótkotrwałej jak i długotrwałej. Deficyty te są nieproporcjonalnie duże

⁷⁴ Ibidem, s. 234.

⁷⁵ Ibidem, s. 233.

⁷⁶ T. Kulisewicz, *Zespół uzależnienia od alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986, s. 215.

⁷⁷ E. Jabłońska, *Alkohol jako czynnik kryminogenny i wiktymogenny w przestępstwach zabójstwa na przykładzie spraw rozpoznawanych przez Sąd Okręgowy w Krośnie*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2016, nr 2 (19), s. 89.

⁷⁸ J. Żeromska-Charlińska, *Współczesne oblicza przemocy jako przejaw choroby alkoholowej*, [w:] *Nowe oblicza uzależnień*, red. E. Łuczak, Olsztyn 2009, s. 56.

⁷⁹ T. Helgason, op. cit., s. 187.

w stosunku do innych zaburzeń. Mogą występować także konfabulacje. Pozostałe funkcje poznawcze są najczęściej dobrze zachowane⁸⁰.

Pojawiają się również zaburzenia rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne. Są to zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych, afektu, osobowości lub zachowania się, które trwają dłużej niż przez okres, podczas którego można byłoby je przypisać bezpośredniemu działaniu alkoholu⁸¹.

Ponadto u osób systematycznie pijących, w szczególności u alkoholików nałogowych i przewlekłych stwierdza się ciągle narastające objawy: agresywności, upadku inicjatywy, osłabienia pamięci, a w ostatnim stadium uzależnienia także degradację osobowości i zmiany charakterologiczne⁸².

Oddziaływanie alkoholu na człowieka może także komplikować, a czasem wręcz uniemożliwiać wykonywanie określonych czynności, zawodu lub funkcji, wywoływać zaburzenia psychiczne ograniczające, bądź też wyłączające zdolności rozpoznawania znaczenia czynów albo kierowania swoim postępowaniem, jak i skłaniać do konfliktów z otoczeniem lub do popełniania innych czynów sprzecznych z ustalonym porządkiem prawnym⁸³.

§ 2. ALKOHOL JAKO CZYNNIK SPOŁECZNY I KRYMINOGENNY

W przeciwieństwie do chemicznych właściwości alkoholu, które zostały dość dobrze zdefiniowane i rozpoznane, jego właściwości i funkcje społeczne są trudne do określenia w sposób jednoznaczny⁸⁴, mimo że już w latach dwudziestych XX wieku wskazywano, że alkohol jest jednym z czynników determinujących przestępczość. Na przykład E. Neymark⁸⁵ uważał, że alkohol stanowi jedną z głównych przyczyn przestępczości. Jego zdaniem wpływ alkoholu na psychikę człowieka jest olbrzymi; był przekonany, że nawet niewielka ilość alkoholu wprowadzonego do organizmu człowieka, powoduje zmiany jego normalnego funkcjonowania, m.in. staje się drażliwy, skłonny do awantur i bójek. Alkohol oddziałując na osobę, może

⁸⁰ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10)*, wyd. Światowa Organizacja Zdrowia 2009, s. 214.

⁸¹ *Ibidem*, s. 214.

⁸² A. Ratajczak, *op. cit.*, s. 243.

⁸³ *Ibidem*, s. 243.

⁸⁴ A. Adamski, *Uwagi na temat powiązań między nadużywaniem alkoholu i przestępczością w świetle danych statystycznych*, „Państwo i Prawo” 1978, nr 7(389), s. 65.

⁸⁵ E. Neymark, *Zarys Etiologii Kryminalnej...*, s. 18.

doprowadzić do tego, że popełni ona przestępstwo, którego nigdy nie dopuściłaby się będąc trzeźwa. Według E. Neymark'a wpływ alkoholu jest dużo większy, w przypadku jego częstego spożywania, nawet w niewielkich ilościach⁸⁶.

Podobne stanowisko prezentował Józef J. Bossowski⁸⁷, który uważał że alkohol jest czynnikiem generującym przestępczość poprzez zintensyfikowanie w wyniku jego działania „impulsów” przestępczych, przy jednoczesnym osłabieniu przeciwstawnych „impulsów” etycznych. Obrazowo określał alkoholizm jako „ranę społeczną”, ze względu na jego negatywne skutki przyrodnicze (wpływ na organizm alkoholika i jego potomstwa), gospodarcze (zubożenie rodziny alkoholika) i społeczne (zakłócenie życia rodzinnego, zaniedbanie wychowywania dzieci).

Stanowisko E. Neymark'a i J. Bossowskiego dotyczące związku między alkoholizmem a przestępczością wzbudza uwagę, zwłaszcza w kontekście koncepcji „zbrodniarza urodzonego” opracowanej przez C. Lombroso – twórcę szkoły antropologiczno-kryminalnej⁸⁸. C. Lombroso przypisywał w etiologii przestępczości, niewielkie bezpośrednie znaczenie czynnikom takim jak: spożywanie alkoholu, choroby nerwowe czy psychiczne. Autor, kładł nacisk na pośredni wpływ alkoholu ponieważ wykrywanie się natury zbrodniarza uzasadniał „zwyrodnieniem, nienormalnością, uszkodzeniem organicznym, lub niedorozwojem psychicznym dzieci” których rodzice byli alkoholikami⁸⁹. Zdaniem C. Lombroso istotne znaczenie w kształtowaniu się natury zbrodniarza miało również posiadanie rodziców „obłąkanych lub cierpiących na inne choroby”⁹⁰.

W kontrze do prezentowanego przez C. Lombroso ujęcia biologicznego rozwinęła się szkoła socjologiczna w kryminologii, której przedstawiciele, w oparciu o obserwację zmian przestępczości jako zjawiska historycznego, dążyli do odnalezienia głównego źródła, z którego wywodzi się przestępczość jako zjawisko masowe. Jednym z tych źródeł może być właśnie alkoholizm, alkoholizm nałogowy, czy też upojenie alkoholowe⁹¹.

⁸⁶ Ibidem, s. 18.

⁸⁷ J.J. Bossowski, *Unarodowienie czy unifikacja prawa karnego jako problem przyszłości*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1925, nr 1, s. 7.

⁸⁸ E. Neymark, *Zarys Etiologii Kryminalnej...*, s. 11.

⁸⁹ J. Morawski, op. cit., s. 150.

⁹⁰ Ibidem, s. 150.

⁹¹ J. Morawski, op. cit., s. 150.

Natomiast Leon Wachholz („zapomniany polski kryminolog”⁹²) dowodził, że nadużywanie alkoholu wpływa na przestępczość zarówno pośrednio, jak i bezpośrednio. Bezpośrednio, gdy nietrzeźwość znosi hamujący wpływ rozumu na zachowanie, a także gdy choroba alkoholowa prowadzi do urojeń zazdrości, co może skutkować zabójstwem żony lub jej urojonego kochanka. Natomiast pośrednio, obciążając dzieci różnymi patologiami sprzyjającymi ich zejściu na drogę przestępstwa⁹³.

Wielu autorów wskazywało też, że picie alkoholu często poprzedza dokonanie przestępstwa. Na przykład Henryk Smarzyński uważał, że nie dochodzi do przestępstwa, jeżeli nie następuje spożycie alkoholu, ponieważ brakuje czynnika, który „osłabia funkcje hamowania i funkcje myślenia, wywołuje reakcje instynktowne, doprowadza do bójek, awantur, a nawet może być źródłem morderstwa popełnionego w stanie nietrzeźwym”⁹⁴. Zdaniem H. Smarzyńskiego, przestępcy wypełniający więzienia – „to najczęściej ofiary nadużywania alkoholu”⁹⁵.

Natomiast Leonard Wdowiak, zwraca uwagę, że każde upojenie alkoholem stanowi w rozumieniu klinicznym psychozę intoksykacyjną powodującą zawężenie świadomości, a więc ograniczenie w różnym stopniu znaczenia czynu. Powoduje to, że w orzecznictwie biegłych pojawia się sprzeczność, że „sprawca działał w okresie krytycznym w stanie upojenia alkoholowego i miał zachowane zdolności warunkujące poczytalność”⁹⁶.

Również u schyłku XX wieku przyjmowano, że alkohol jest czynnikiem kryminogennym i zwiększa prawdopodobieństwo wejścia na drogę przestępstwa osób, które są pod jego wpływem. Podkreślano też, że wpływ alkoholu na zachowanie się przestępne może być trojaki: „bezpośredni, kiedy sprawca znajduje się *tempore criminis* pod wpływem spożytego alkoholu; pośredni, kiedy sprawca nie znajduje się w chwili czynu pod wpływem alkoholu, jednakże wskutek jego długotrwałego używania stał się osobą uzależnioną, co z kolei może być połączone z wystąpieniem

⁹² J. Widacki, *Leon Wachholz, zapomniany polski kryminolog*, „Archiwum Kryminologii” 2018, t. 60, s. 523–534.

⁹³ L. Wachholz, *Alkoholizm a przestępstwo 1927*, [w:] *Leona Wachholza rozważania o przyczynach zbrodni*, wyb. i oprac. J. Widacki, Kraków 2008, s. VIII, 63–69.

⁹⁴ H. Smarzyński, *Alkoholizm – Rodzina – Dzieci, Patologia społeczna – Zapobieganie*, Warszawa 1979, s. 19.

⁹⁵ Ibidem, s. 19.

⁹⁶ L. Wdowiak, *Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w niektórych stanach psychopatologicznych*, [w:] *Materiały z konferencji w 1971 roku na temat wybranych zagadnień orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym*, Warszawa 1972, s. 43.

psychodegradacji alkoholowej⁹⁷. Według M. Tarnawskiego⁹⁸ występuje też tzw. wpływ kombinowany, kiedy na zachowanie się sprawcy oddziałuje nie tylko uzależnienie od alkoholu, lecz także fakt znajdowania się, w chwili przestępstwa, pod wpływem alkoholu.

Natomiast A. Ratajczak⁹⁹ zwraca szczególną uwagę na pośredni wpływ alkoholu na przestępczość. Dotyczy on przede wszystkim sytuacji, w których alkohol negatywnie oddziałuje na zachowanie się innych osób, zaś na zachowanie się sprawcy oddziałuje tylko ewentualnie. W sytuacji, gdy sprawca jest trzeźwy nierzadko popełnia czyn zabroniony w celu zdobycia środków na zakup alkoholu albo popełnia przestępstwo w wyniku nadużywania alkoholu¹⁰⁰.

Mimo różnych podejmowanych prób uzasadnienia alkoholu jako czynnika kryminogennego w literaturze przedmiotu przyjmuje się, że ustalenie w drodze badań statystycznych stopnia nośności kryminogennej alkoholizmu nastęrcza pewne trudności. Są one spowodowane tym, że korelacje liczbowe pomiędzy spożyciem alkoholu na mieszkańca a przestępczością mogą wprowadzać w błąd, ponieważ stan upojenia powodujący problemy psychiczne, których efektem są zachowania przestępcze, nie zależy wyłącznie od ilości skonsumowanego alkoholu, ale głównie od sposobu jego spożywania¹⁰¹.

Tym niemniej zdaniem A. Adamskiego, panuje przekonanie, że pierwszy typ powiązań alkoholu z przestępczością jest bardziej widoczny i łatwiej uchwytany, niż wpływ pośredni¹⁰².

Według Jadwigi Sławińskiej również ustalenie zasięgu zjawiska popełnionych przestępstw pod wpływem alkoholu jest też utrudnione. Również z tego powodu, że skazani uzależnieni od alkoholu niechętnie wypowiadają się na ten temat, w obawie przed uznaniem ich za osoby uzależnione od alkoholu, co jeszcze bardziej ich zdaniem spowoduje, że zostaną zepchnięci na margines społeczny. Poza tym nie każdy fakt popełnienia przestępstwa pod wpływem alkoholu jest odnotowany w aktach sprawy. Stąd ustalenia dotyczące stanu nietrzeźwości osób, które odbywają

⁹⁷ M. Tarnawski, *Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu*, „Palestra” 1985, t. 29/11(335), s. 76.

⁹⁸ Ibidem, s. 76.

⁹⁹ A. Ratajczak, op. cit., s. 244.

¹⁰⁰ Ibidem, s. 244.

¹⁰¹ L. Lernell, *Zarys kryminologii ogólnej*, Warszawa 1973, s. 213.

¹⁰² A. Adamski, op. cit., s. 66-67.

karę pozbawienia wolności wydają się być znacznie zaniżone¹⁰³. I tak z badań J. Sławińskiej przeprowadzonych w latach 1982–1984 w grupie 1395 respondentów, w tym 1324 mężczyzn i 71 kobiet wynika, że w badanej zbiorowości ponad połowa osób popełniła przestępstwo pod wpływem alkoholu (w tym: 58% mężczyzn i 46% kobiet)¹⁰⁴. Z tego względu Jadwiga Sławińska powołuje się też na orzeczenie Sądu Najwyższego, który stwierdził, że: „Oceniając wpływ stanu nietrzeźwości sprawcy na wymiar kary sądy powinny pamiętać, że alkohol jest często czynnikiem kryminogennym, zwłaszcza w wypadkach przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. W takich sytuacjach ów stan nietrzeźwości stanowić powinien w zasadzie okoliczność obciążającą, przy czym przy tej ocenie istotne znaczenie mają osobowość sprawcy i okoliczności popełnienia czynu”¹⁰⁵.

Współcześnie, jak zauważa Brunon Hołyst badania dotyczące alkoholu i nadużywania alkoholu w genezie przestępczości na tle innych czynników etiologicznych są najbardziej rozbudowane i potwierdziły istotność alkoholizmu w etiologii przestępczości już w latach 70. XX wieku¹⁰⁶. Tym niemniej B. Hołyst odnosząc się do związku alkoholu z przestępstwem – czy ogólniej z przestępczością – odwołuje się do „wiedzy zdroworozsądkowej” i uważa, że „Twierdzenie o kryminogennym charakterze tej substancji staje się więc po prostu banałem”¹⁰⁷. Opinię tę podziela także Andrzej Mazur¹⁰⁸. Przywołuje dane statystyczne, które ilustrują, że działanie alkoholu należy zaliczyć do czynników egzogennych. Związek alkoholu z przestępczością występuje zwłaszcza u nietrzeźwych sprawców, w takich kategoriach przestępstw, jak: „zabójstwo, uszkodzenie ciała, bójka, zgwałcenie czy chuligaństwo”¹⁰⁹. Z długoletnich obserwacji wynika, że spośród w/w przestępstw oprócz chuligaństwa udział nietrzeźwych sprawców przekracza 50%, natomiast w przypadku chuligaństwa osiąga nawet 93%¹¹⁰. Wymienione przypadki należy więc zaliczyć ze względu na działanie alkoholu do czynników egzogennych. Alkohol

¹⁰³ J. Sławińska, *Stan nietrzeźwości a czyn przestępczy*, „Problemy Alkoholizmu” 1986, nr 11, s. 17.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 17-18.

¹⁰⁵ Ibidem, s. 17.

¹⁰⁶ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 763.

¹⁰⁷ B. Hołyst, *Alkohol a przestępczość*, „Problemy Alkoholizmu” 1981, nr 7-8.

¹⁰⁸ A. Mazur, *Kryminogenność alkoholizmu*, „Archiwum Kryminologii” 1990, t. 17, s. 289.

¹⁰⁹ Ibidem, s. 289.

¹¹⁰ J. Morawski, op. cit., s. 153.

bowiem wpływa destrukcyjnie na korę mózgową, osłabia działania hamujące i uwalnia różne pierwotne emocje¹¹¹.

Także przestępczość w powiązaniu z alkoholem analizował jako zjawisko wieloczynnikowe Juliusz Morawski¹¹². Jego zdaniem można je wyjaśnić, z czym należy się zgodzić, wyłącznie z uwzględnieniem całego spektrum okoliczności dotyczących sprawcy przestępstwa, ofiary (jeżeli występuje) i sytuacji społecznej, zarówno w znaczeniu ogólnoustrojowym, jak i w konkretnej sytuacji kryminogennej¹¹³.

Ze względu na złożoność tego zjawiska występują rozbieżne opinie dotyczące istotności i mechanizmu alkoholizmu jako jednego z czynników kryminogennych, zwłaszcza że alkoholizm może być postrzegany jako czynnik kryminogeny w korelacji z indywidualnymi cechami osobowości, a także w powiązaniu z wpływem środowiska kulturowego¹¹⁴.

Natomiast z punktu widzenia etiologii kryminalnej nałogowy alkoholizm należy postrzegać jako jeden z socjokulturowych czynników kryminogennych¹¹⁵. J. Makarewicz zwraca też uwagę, że w rozważaniach nad kryminogenną rolą alkoholu rozstrzygające znaczenie ma chwilowe odurzenie sprawcy, a nie występowanie uzależnienia od alkoholu. Autor słusznie zauważa, że przestępstwa popełniają nie tylko osoby uzależnione od alkoholu, ale także spożywające go sporadycznie i łamiące prawo pod wpływem chwilowego upojenia¹¹⁶. W tym kontekście J. Makarewicz wysnuł przypuszczenie, że „przy oddawaniu się truciznom odurzającym (...) nadużywaniem napojów wysokowych itp. (...) objawiające się w dokonaniu jakiegoś przestępstwa pozwalają przypuszczać powrót do przestępstwa, gdyż stan sprawcy podstawowy (...) jest stanem trwałym danej psychiki...¹¹⁷.

Tym samym związek alkoholizmu z przestępczością ma zróżnicowany charakter. W pewnych sytuacjach funkcjonuje on jako okoliczność podtrzymująca uprzednio powzięty zamiar popełnienia przestępstwa, natomiast w innych doprowadza do popełnienia przestępstwa osobę, która będąc trzeźwa nie złamałaby obowiązującego porządku prawnego.

¹¹¹ S. Batawia, *Wstęp do nauki o przestępcy*, Wrocław 1984, s. 108.

¹¹² J. Morawski, op. cit., s. 150.

¹¹³ J. Morawski, op. cit., s. 150.

¹¹⁴ L. Lernell, op. cit., s. 213.

¹¹⁵ Ibidem, s. 212.

¹¹⁶ J. Makarewicz, *Zbrodnia i kara, Wiedza Współczesna*, t. 3, Lwów 1922, s. 64.

¹¹⁷ Idem, *Kodeks karny z komentarzem*, Lwów 1932, s. 43.

Reasumując, poddany wieloaspektowej analizie alkoholizm jako czynnik sprzyjający powstawaniu przestępstw ewidentnie wskazuje na występowanie związku pomiędzy alkoholizmem a przestępczością.

Przy tym należy uznać, że opinie dotyczące przyczynowych źródeł alkoholizowania się są różnorodne. Z jednej strony przyjmuje się, że przyczyną powstawania alkoholizmu jest dziedziczna nieprawidłowość w przemianie materii. Z drugiej strony uważa się, że niedobór określonych węglowodanów i tłuszczów prowadzi do uzależnienia¹¹⁸. Oprócz tego niebagatelne znaczenie w związku alkoholu z przestępczością mają też problemy społeczne, sklasyfikowane przez B. Hołysta jako związki „ogólne” czy też „socjozwiązki” „w przeciwieństwie do związków postrzeganych (rozpatrywanych) między samymi tylko jednostkami”¹¹⁹. Równocześnie B. Hołyst wyjaśnia, że jednostkowe związki alkoholizmu z przestępczością można sklasyfikować dwojako, jako związki:

- a) bezpośrednio – występujące w sytuacji, gdy przestępstwo jest natychmiastowym skutkiem biologicznej czy też psychologicznej przemiany organizmu pod wpływem alkoholu i zostało popełnione w następstwie oddziaływania skonsumowanego alkoholu na organizm sprawcy. W tym przypadku alkohol jest postrzegany jako warunek konieczny zachowania przestępczego, a nie tylko jako warunek wystarczający,
- b) pośrednio – gdy alkoholizm odegrał istotną rolę w przestępnym zachowaniu innych osób, lub samego alkoholika, który nie był jednak w chwili popełnienia czynu zabronionego w stanie nietrzeźwości. Sprawca dopuszcza się wówczas czynu, którego nie popełniłby, gdyby nie destrukcyjne oddziaływanie uzależnienia od alkoholu, które spowodowało zmiany w jego osobowości¹²⁰.

W przypadku pośrednich związków alkoholu z przestępczością wskazuje się na dwie sytuacje:

- a) w pierwszej występuje bezpośredni związek pomiędzy degradacją psychospołeczną jednostki a jej zachowaniami przestępczymi. Patologia osobowości staje się wówczas elementem genetycznym działalności

¹¹⁸ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 754.

¹¹⁹ Ibidem, s. 756.

¹²⁰ A. Ratajczak, op. cit., s. 241; B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 757.

niezgodnej z prawem. Wówczas alkohol nie bezpośrednio warunkuje fakt, popełniania przestępstw, ale implikuje proces „swego rodzaju nihilizmu normatywnego i w ten właśnie sposób pośrednio wiąże się z przestępczością”¹²¹. W tej sytuacji granica pomiędzy pośrednim a bezpośrednim oddziaływaniem alkoholu na zachowanie się sprawcy jest bardzo płynna, a czasem nawet w zasadzie nieuchwytna¹²²;

- b) w drugim przypadku jednostka w wyniku alkoholizowania się zatracą swoją „sprawność społeczną”, przez co nie jest w stanie w należyty sposób, określony normą obyczajową lub prawną funkcjonować w ramach swoich ról społecznych. Wówczas szczególnie istotna jest rola rodzica i małżonka, a także opiekuna rodziny. W omawianej sytuacji, zachowanie uzależnionego wobec najbliższych nie zawsze musi przestępczy charakter, ale wystarczy, że ogranicza ono lub uniemożliwia możliwości zgodnego z prawem zaspokajania naturalnych potrzeb życiowych. Ponadto niekiedy zachowanie alkoholika zniekształca przebieg właściwego procesu wychowania¹²³.

Analizując związki alkoholizmu z przestępczością należy również zwrócić uwagę na fakt, że osoby nietrzeźwe nierzadko stają się ofiarami przestępstw. Wówczas alkohol postrzegany jest jako czynnik wiktymogeny mający fundamentalne znaczenie przy wyborze ofiary¹²⁴. Do takich sytuacji dochodzi szczególnie w przypadku przestępstw agresywnych i z użyciem przemocy. Wówczas wskazuje się nawet, że zachowania agresywne mogą być konsekwencją pewnego stylu życia czy też określonej formy spędzania wolnego czasu połączonej ze spożyciem alkoholu, w ramach której spożywanie alkoholu jest w pewien sposób połączone kulturowo z wzorcami zachowań agresywnych¹²⁵.

¹²¹ Ibidem, s. 758.

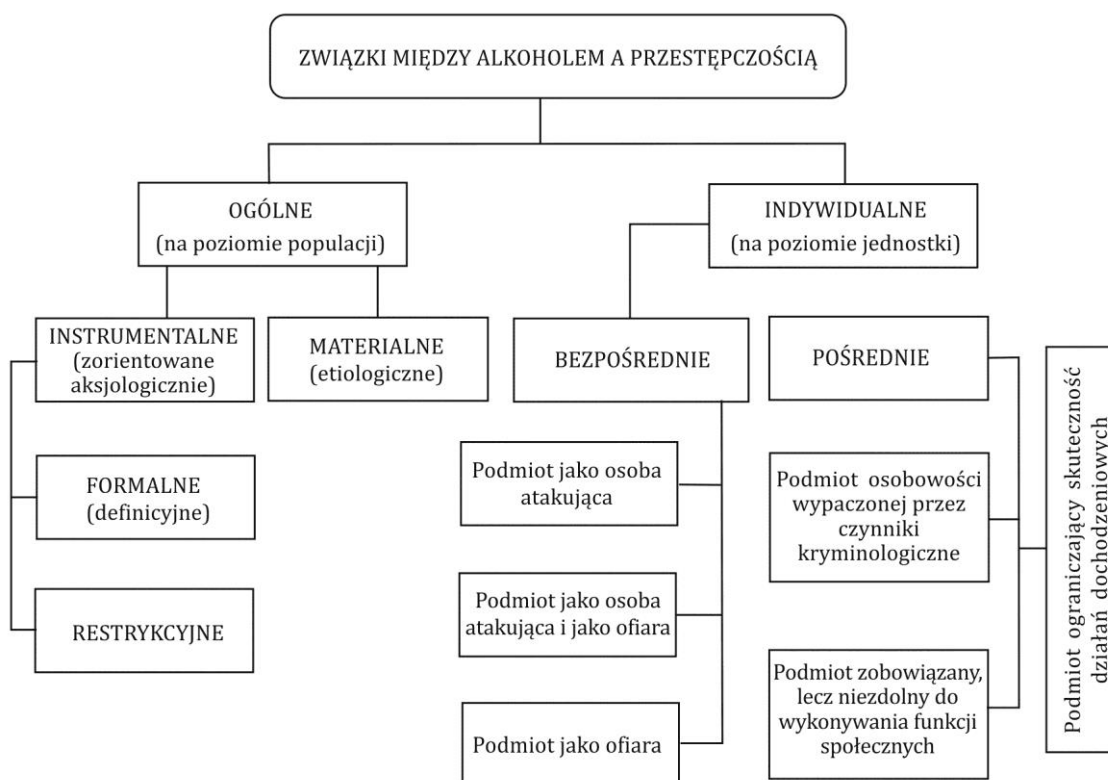
¹²² Ibidem, s. 758.

¹²³ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 758.

¹²⁴ Ibidem, s. 757; J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2001, s. 395.

¹²⁵ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, op. cit, s. 396.

Schemat 1. Relacje różnych typów związków alkoholu z przestępczością



Źródło: B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 770.

Rozpoznanie zakresu występowania wszystkich związków alkoholu z przestępstwem nastęrcza trudności z powodu braku danych, szczególnie tych o charakterze kompleksowym, zwłaszcza że w wielu wypadkach ustalenie stanu trzeźwości lub upojenia alkoholowego jest niemożliwe. Pomimo ograniczonych danych potwierdza się teza, że pewna część przestępstw z używaniem alkoholu ma charakter kryminogeny¹²⁶. Stąd też w kryminologii wskazuje się na występowanie klasyfikacji sprawców popełniających przestępstwo pod wpływem alkoholu. Powszechnie wyróżnia się pod tym względem 3 podstawowe typy sprawców:

¹²⁶ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 759.

- a) sprawcę nałogowego alkoholika,
- b) sprawcę systematycznie nadużywającego alkoholu,
- c) sprawcę pijącego okazjnie¹²⁷.

Z badań psychologów penitencjarnych wynika, że zdecydowana większość przestępstw, w tym najcięższych, przeciwko życiu i zdrowiu, dokonywana jest pod wpływem alkoholu. Alkohol jest nierozłącznie związany z przestępczym stylem życia¹²⁸. Najczęściej osoby pozostające pod wpływem alkoholu popełniają następujące przestępstwa: czyn o charakterze chuligańskim, zabójstwo, ciężkie uszkodzenie ciała, zgwałcenie, znieważenie urzędnika, naruszenie nietykalności cielesnej, przestępstwa przeciwko rodzinie, a także łamanie dyscypliny w ruchu drogowym i zakładzie pracy¹²⁹. Wskazane czyny zabronione dokonane pod wpływem alkoholu wciąż należą do najczęściej popełnianych przestępstw. Mało tego, międzynarodowe badania ankietowe „prowadzone systematycznie co cztery lata w kilkudziesięciu krajach europejskich, także w Polsce, wskazują na niepokojące (...) spożycie alkoholu wśród polskiej młodzieży. Ostatnie, przeprowadzone w 2003 r., pokazują, że niemal dwie trzecie piętnastolatków deklaruje fakt spożywania alkoholu w czasie ostatnich trzydziestu dni przed badaniem”¹³⁰. Niestety trend ten nadal się utrzymuje, chociaż od 2016 r. liczba przestępstw stwierdzonych popełnionych przez nieletnich nieco zmniejsza się¹³¹.

Reasumując, alkoholizm w pewien sposób „przyczynia się” do zmniejszenia liczby wykrywanych przestępstw. – „Ciemna liczba» stanowi od dawna piętę achillesową statystyki kryminalnej...”¹³², ponieważ rozmiary „ciemnej liczby” uzależnione są między innymi od postawy pokrzywdzonego¹³³. Jeżeli ofiara przestępstwa w momencie jego popełnienia była nietrzeźwa, to często nie ma nawet świadomości tego, że przeciwko niej popełniony czyn miał znamiona czynu niezgodnego z prawem. Po drugie osoba taka nieraz nie składa zawiadomienia

¹²⁷ A. Ratajczak, op. cit., s. 242.

¹²⁸ J. Fudała, *Aktualny stan leczenia odwykowego i profilaktyki uzależnień w jednostkach penitencjarnych*, [w:] *Alkohol a zdrowie. Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*, Warszawa 1997, s. 7.

¹²⁹ A. Ratajczak, op. cit., s. 242.

¹³⁰ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 760-761.

¹³¹ *Kryminologia*, red. P. Łabuz, I. Malinowska, M. Michalski, Warszawa 2020, s. 38.

¹³² Ibidem, s. 52.

¹³³ M. Perkowska, op. cit., s. 81.

o możliwości popełnienia przestępstwa, ponieważ boi się negatywnych konsekwencji w środowisku rodzinnym i zawodowym. Po trzecie, nawet jeżeli ofiara pomimo wszystko złoży zawiadomienie organom ścigania, i tak nie jest w stanie podać ważnych okoliczności umożliwiających ujęcie sprawcy czynu zabronionego. Nierzadko z tych powodów liczba wykrywanych przestępstw jest niestety zaniżana. Wskazane okoliczności powodują spadek wykrywalności, w szczególności przestępstw takich jak: kradzież, rozbój, oszustwo¹³⁴.

¹³⁴ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 759.

ROZDZIAŁ II

WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W KONTEKŚCIE STANDARDÓW MIĘDZYNARODOWYCH

§ 1. PIONIERSKIE INICJATYWY MIĘDZYNARODOWE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA ZE SKAZANYMI

W obrębie prawa międzynarodowego określanego jako *soft law* mieszczą się zalecenia międzynarodowe nie mające charakteru wiążącego, tym niemniej powinny one być przestrzegane, ze względów humanitarnych w każdym demokratycznym państwie prawnym, na co zwraca uwagę także A. Kwieciński¹³⁵. Prawa te bowiem dotyczą poszanowania godności skazanych i ich humanitarnego traktowania, jak i całkowitego zakazu tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności. Ponadto respektowanie praw *soft law* jest uzasadnione z powodu uznawania niektórych z nich jako prawa zwyczajowego nierzadko zmieniającego całkowicie status osób prawnie pozbawionych wolności.

Znamiennym tego przykładem jest Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, która była jedynie standardem – jako rezolucja Zgromadzenia Ogólnego, nie tworzyła prawa międzynarodowego ani nie miała wiążącego charakteru, jednak obecnie większość prawników zajmujących się prawem międzynarodowym uważa ją za prawo zwyczajowe i traktują je jako powszechnie obowiązujące¹³⁶.

Początki odrębnego traktowania skazanych na forum międzynarodowym sięgają lat 70. XIX wieku, kiedy powołano Międzynarodową Komisję penitencjarną,

¹³⁵ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 76.

¹³⁶ K. Poklewski-Kozieł, *Prawa więźnia w świetle reguł międzynarodowych oraz ustawodawstwa polskiego*, [w:] *Prawa człowieka. Model prawny*, red. R. Wieruszewski, Wrocław 1991, s. 575 i n.

która po I wojnie światowej zmieniła nazwę na Międzynarodową Komisję Karną i Penitencjarną. Był to impuls, który spowodował zwoływanie Międzynarodowych Kongresów Penitencjarnych¹³⁷. Pomysł ten pojawił się podczas I Kongresu Penitencjarnego w Londynie w latach 1846–1847¹³⁸. Opracowano wówczas zasady postępowania z osobami pozbawionymi wolności¹³⁹. Zgodnie bowiem z opinią Jerzego Śliwowskiego „stara koncepcja więziennictwa” ograniczała się do wykonania kary, co było równoznaczne z wykonaniem wyroku. Wykonanie kary nie miało żadnej autonomii – „w jego toku nie mogły ujawniać się czynniki zdolne w czymkolwiek zmienić orzeczenie sądu i wymiar kary”¹⁴⁰. Taki obraz „niezmiennego” wykonania kary ukształtowała szkoła klasyczna. Dopiero od chwili, gdy zaczęto postrzegać wykonanie kary jako „celowo ukształtowaną działalność wymiaru sprawiedliwości (w szerokim znaczeniu), a największą zasługę w tym względzie ma F. Liszt¹⁴¹, utrzymanie dawnego „płaskiego i zastygłego” obrazu tego wykonania stało się niemożliwe¹⁴². Idea celowościowego ukształtowania procesu wykonawczego rozwijała się, co uwidoczniło się nie tylko w ustawodawstwie, ale także w doktrynie penitencjarnej, w której pojawiły się postulaty o konieczności kierowania procesem wykonawczym na uspołecznienie skazanego¹⁴³. To właśnie F. Liszt postawiał pytanie, czy kara ma być koniecznym następstwem przestępstwa jako odpłata, czy też ma być formą ochrony interesów prawnych oraz celowego tworzenia i celowej funkcji społeczeństwa państwowego?¹⁴⁴ Zasadnicza teza tego Autora – świadcząca o tym, iż więzienie nadaje się w pełni do wykorzystania go dla wychowawczego ukształtowania osobowości skazanego, jest także współcześnie jest kontynuacją idei F. Liszta o karze celowej w powiązaniu jej z podstawowymi przesłankami pedagogicznego oddziaływania¹⁴⁵.

Idea F. Liszta o uspołecznieniu skazanego, odchodząca wyraźnie od dawnego stereotypu kary pozbawienia wolności była podejmowana w trakcie niemal

¹³⁷ E. Dawidziuk, *Traktowanie osób pozbawionych wolności we współczesnej Polsce na tle standardów międzynarodowych*, Warszawa 2013, s. 22.

¹³⁸ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne...*, s. 168.

¹³⁹ E. Dawidziuk, op. cit., s. 22; K. Wala, *Systemy penitencjarne na przestrzeni XVIII i XIX wieku*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2015, t. 24, nr 4, s. 142.

¹⁴⁰ J. Śliwowski, *Kara pozbawienia wolności we współczesnym świecie. Rozważania penitencjarne i penologiczne*, Warszawa 1981, s. 75-76.

¹⁴¹ F. von Liszt, *Der Zweckgedanke im Strafrecht*, Marburg 1882.

¹⁴² J. Śliwowski, *Kara pozbawienia wolności...*, s. 76.

¹⁴³ Ibidem, s. 76.

¹⁴⁴ F. von Liszt, op. cit., s. 126.

¹⁴⁵ J. Śliwowski, *Kara pozbawienia wolności...*, s. 76-77.

wszystkich karnych i penitencjarnych kongresów, zwłaszcza w okresie międzywojennym (Londyn 1925, Praga – 1930, Berlin – 1935). Kierunek ten umocnił się po II wojnie światowej, kiedy odwetowy charakter został odrzucony¹⁴⁶. Ponadto kongresy karne i penitencjarne były też miejsce, gdzie dyskutowano na temat skazanych uzależnionych od alkoholu.

W Londynie, gdzie w 1872 r. rozpoczęła się tzw. druga seria Kongresów penitencjarnych, która trwała do 1950 r., zapoczątkowano debatę dotyczącą zagadnień takich jak: warunkowe przedterminowe zwolnienie, warunkowe zawieszenie wykonania kary, oceniano kwestie wyroków bezterminowych. Podjęto też kwestie działalności reformatorów amerykańskich, którzy wykształcili jeden z trzech funkcjonujących ówczesnie systemów wykonywania kary pozbawienia wolności, który określano jako „system reformatorów amerykańskich”.

W drugiej serii kongresów podejmowano również szereg decyzji dotyczących m.in.: odrębności w sposobie wykonywania kary pozbawienia wolności wobec skazanych uzależnionych od alkoholu, a także w stosunku do nieletnich, młodocianych i recydywistów, zajmowano się również kwestiami związanymi z indywidualizacją procesów wykonawczych realizowanych w zakładach penitencjarnych¹⁴⁷. Ponadto w drugiej serii kongresów penitencjarnych odbywających się w Sztokholmie (1878 r.) oraz w Rzymie (1885 r.) była kontynuowana idea stworzenia międzynarodowych norm wytyczających wzorce dla ustawodawcy, jak i dla praktyki, która pojawiła się już w czasie pierwszego Kongresu penitencjarnego w Londynie¹⁴⁸.

W trakcie kolejnych kongresów penitencjarnych w Paryżu (1895 r.), w Brukseli (1900 r.) i Budapeszcie (1905 r.), przedstawiono także koncepcję utworzenia wyodrębnionych zakładów karnych dla alkoholików i przestępców o zmniejszonej poczytalności¹⁴⁹. Szczególną uwagę na postępowanie ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu zwrócono podczas wspomnianego kongresu w Brukseli w 1900 r. Zasugerowano wówczas powołanie do życia zakładów przejściowych dla alkoholików, do których trafialiby oni, na krótko przed zakończeniem odbywania kary. Oprócz tego postulowano utworzenie odrębnych oddziałów wykorzystywanych

¹⁴⁶ Ibidem, s. 76.

¹⁴⁷ J. Górny, *Rola międzynarodowych kongresów penitencjarnych w rozwoju teorii i praktyki wykonania kary*, Warszawa 1980, s. 48.

¹⁴⁸ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne...*, s. 168.

¹⁴⁹ J. Górny, *Rola międzynarodowych kongresów penitencjarnych...*, s. 58.

do leczenia skazanych uzależnionych od alkoholu. Ponadto zaproponowano realizację badań, których celem byłoby ustalenie, czy występuje korelacja pomiędzy zjawiskiem alkoholizmu a przestępczością. Podczas kongresu w Budapeszcie w 1905 roku postulowano wyodrębnienie specjalnych zakładów karnych dla alkoholików oraz przestępców o zmniejszonej poczytalności¹⁵⁰. Uchwalono także specjalną rezolucję, która zawierała następujące postanowienia: „Jest rzeczą konieczną tworzenie zakładów specjalnych przeznaczonych dla: a) przestępców o ograniczonej poczytalności, b) nałogowych alkoholików, skazanych za popełnienie przestępstwa”¹⁵¹. Zakłady te miały charakteryzować się reżimem, którego dolegliwości są uzależnione od stanu poczytalności skazanego¹⁵².

Natomiast w 1929 r. podjęto pierwsze prace nad opracowaniem reguł postępowania ze skazanymi¹⁵³, które Liga Narodów przyjęła we wrześniu 1934 r. Uchwalone Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami¹⁵⁴, stały się podstawą uniwersalnego systemu ochrony praw człowieka. Reguły zostały ponownie opracowane w 1949 r. i w wersji po poprawkach uchwalono je rezolucją z dnia 30 sierpnia 1955 r. na I Kongresie Narodów Zjednoczonych w sprawie Zapobiegania Przestępczości i Postępowania z Przestępcami w Genewie¹⁵⁵.

Reguły, mimo że nie mają mocy obowiązującej, to jednak państwa, które podpisały rezolucję, podejmują się przestrzegania zawartych w niej norm i przedstawiania co pięć lat sprawozdania ze stanu zgodności swego systemu penitencjarnego z treścią norm zawartych w Regułach Minimalnych¹⁵⁶.

Należy podkreślić, że w podstawowych założeniach Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami mimo upływu czasu nie tracą aktualności.

Ostatnia adaptacja Reguł Minimalnych Postępowania z Więźniami została dokonana 29 września 2015 roku, kiedy to wprowadzono najnowszą wersję tych Reguł w uznaniu zasług byłego prezydenta RPA i nazwano je zwyczajowo Regułami Mandeli¹⁵⁷.

¹⁵⁰ Ibidem, s. 61.

¹⁵¹ Ibidem, s. 61.

¹⁵² Ibidem, s. 61.

¹⁵³ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne...*, s. 168.

¹⁵⁴ E. Dawidziuk, op. cit., s. 22.

¹⁵⁵ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne...*, s. 168, K. Wala, op. cit., s. 142.

¹⁵⁶ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne...*, s. 169.

¹⁵⁷ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia...*, s. 79.

§ 2. WZORCOWE REGUŁY MINIMALNE ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z WIĘZNIAMI (REGUŁY MANDELI)

Jedną z kluczowych cech współczesnych systemów penitencjarnych, ukazującą poziom dbałości danego państwa o humanitarne traktowanie osób osadzonych w więzieniach, jest stworzenie właściwych warunków do nadzorowania wykonywania kar. Wdrożenie odpowiednich rozwiązań traktowania skazanych wynika m.in. z zaleceń Organizacji Narodów Zjednoczonych, jak i Europejskich Regułach Więziennych¹⁵⁸. Szczególnie godne wyróżnienia są Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęte w 2015 roku dotyczące postępowania z więźniami¹⁵⁹, zwane na cześć byłego prezydenta Republiki Południowej Afryki Nelsona Rolihlahla Mandeli *Regułami Mandeli* są zaktualizowaną wersją Wzorcowych reguł minimalnych postępowania z więźniami¹⁶⁰ przyjętych w Genewie w 1955 r.¹⁶¹.

Reguły Mandeli są postrzegane jako: „jeden z najważniejszych dokumentów z zakresu ochrony praw człowieka ostatnich lat”¹⁶². Zgodnie z ich założeniem mają przyczynić się do zmniejszenia zjawiska powrotu do przestępstwa, a także do bardziej efektywnego zwalczania przestępczości i podniesienia poziomu bezpieczeństwa jednostek penitencjarnych, mają też zagwarantować podmiotowe traktowanie skazanego, właściwy dobór kadry penitencjarnej oraz odpowiednią klasyfikację skazanych. Ponadto mają zapewnić ofertę readaptacyjną dostosowaną indywidualnie do każdego skazanego, a także kontakt skazanego ze światem zewnętrznym¹⁶³.

Ponadto w Regułach Mandeli zwraca się szczególną uwagę na grupy skazanych wymagających indywidualnego traktowania - „przykłada się dużą wagę do tego, aby skazani niepełnosprawni fizycznie i psychicznie nie byli wykluczani z dostępu do życia więziennego z uwagi na swoje ograniczenia zdrowotne. Realizację tego zadania

¹⁵⁸ P. Łapiński, *Nadzór sądowy nad procesem resocjalizacji więźniów w polskim systemie penitencjarnym*, „Resocjalizacja Polska” 2021, nr 21, s. 401- 402.

¹⁵⁹ Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli) przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 7.10.2015 r.

¹⁶⁰ Ściślej: Wzorcowe reguły minimalne postępowania z więźniami. Przyjęte w Genewie w 1955 r. przez Pierwszy Kongres Narodów Zjednoczonych w Sprawie Zapobiegania Przestępczości i Postępowania ze Sprawcami Przestępstw i zaaprobowane przez Radę Gospodarczą i Społeczną w rezolucji 663C (XXIV) z dnia 31.07.1957 r. oraz 2076 (LXII) z dnia 13.05.1977 r.

¹⁶¹ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/reguly-nelsona-mandeli> (data wejścia: 03.11.2017).

¹⁶² PAP, <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/polskie-wieziennictwo-tez-uznaje-reguly-nelsona-mandeli,181712.html> (data wejścia: 27.04.2019).

¹⁶³ A. Łapińska, *Reguły Mandeli przyjęte w ONZ*, „Forum Penitencjarne” 2015, nr 11 (210), s. 4.

powierzono administracji więziennej”¹⁶⁴. Oprócz tego wskazano, że usługi medyczne powinny zwłaszcza znaleźć zastosowanie do skazanych odbywających karę w systemie terapeutycznym¹⁶⁵. Opieka medyczna zgodnie z Regułami Mandeli powinna być obowiązkowa i zagwarantowana skazanym na takim samym poziomie jak na wolności. Organizacja usług medycznych w zakładach karnych powinna być powiązana z powszechną służbą zdrowia, szczególnie w kontekście leczenia uzależnień, a także HIV, gruźlicy lub innych chorób zakaźnych¹⁶⁶. Według A. Kwiecińskiego kontekst tego dokumentu przemawia za tym, aby pod pojęciem opieki zdrowotnej rozumieć także „świadczenia psychologa, psychoterapeuty, terapeuty uzależnień, rehabilitanta, z pewnością także psychiatry i innych lekarzy, które są częścią oddziaływań specjalistycznych podejmowanych w ramach systemu terapeutycznego”¹⁶⁷. Ponadto Reguła 25 stanowi, że w każdej jednostce penitencjarnej powinien znajdować się personel medyczny (i psychologiczny), który zajmować się będzie oceną, promowaniem, ochroną i poprawą fizycznego oraz psychicznego zdrowia skazanych¹⁶⁸.

Przytaczane Reguły traktują także o zasadach postępowania ze skazanymi uzależnionymi bezpośrednio po ich przybyciu do zakładu karnego. Reguła 30 stanowi, że lekarz lub inny wykwalifikowany pracownik służby zdrowia, ma obowiązek obejrzeć, zbadać i porozmawiać z każdym więźniem tak szybko, jak to możliwe po jego przyjęciu, a także później, gdy będzie to potrzebne. Poza tym lekarz jest zobligowany do rozpoznania potrzeb zdrowotnych oraz podjęcia wszelkich niezbędnych środków w celu leczenia, wykrycie oznak presji psychologicznej, ryzyka samobójstwa lub samookaleczenia i objawów odstawiennych będących wynikiem zażywania narkotyków, leków lub alkoholu, a także oddzielenie skazanych, którzy są nosicielami chorób zakaźnych¹⁶⁹.

Aneks do *Reguł Mandeli* zawiera również zalecenia dotyczące stosowania indywidualnego programu terapeutycznego. Reguła 94 stanowi, że: „Tak wcześnie, jak to możliwe po przyjęciu do zakładu i po zbadaniu osobowości każdego więźnia

¹⁶⁴ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 80.

¹⁶⁵ Ibidem, s. 80.

¹⁶⁶ K. Mrozek, *Reguły Nelsona Mandeli*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2018, t. 68, s. 172.

¹⁶⁷ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia...*, s. 80.

¹⁶⁸ Aneks do Wzorcowych reguł minimalnych Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczących postępowania z więźniami (Reguły Mandeli) przyjętych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 7.10.2015 r, Reguła 25, s. 13.

¹⁶⁹ Ibidem, s. 14-15.

skazanego na odpowiednio długą karę pozbawienia wolności, przygotowany zostanie program postępowania z nim/nią, w świetle wiedzy uzyskanej na temat jego indywidualnych potrzeb, zdolności i skłonności”¹⁷⁰.

Reguły Minimalne wciąż spełniają rolę rezolucji czy też zaleceń pomimo, że w czasie ich uchwalania pojawiały się postulaty, aby nadać im rangę konwencji międzynarodowej¹⁷¹.

§ 3. INICJATYWY RADY EUROPY DOTYCZĄCE SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Sporządzona ponad 70 lat temu Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, jako umowa międzynarodowa w dalszym ciągu – po licznych nowelizacjach¹⁷² – pozostaje aktualna i stanowi jeden z instrumentów prawnych wchodzących w skład tzw. *hard law*. Unormowania zawarte w Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, wywodzą się wprost z prawa naturalnego i mają fundamentalne znaczenie dla prawa stanowionego.

W Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności normy dotyczące skazanych, w tym osób uzależnionych od alkoholu zawarto w art. 5, w którym zaznaczono, że nikt nie może być pozbawiony prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego, z wyjątkiem określonych przypadków, m.in. „pozbawienie wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umyślowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi” (art. 5 ust. 1 lit. e)¹⁷³.

Tym niemniej według Europejskiej Komisji Praw Człowieka art. 5 nie obejmuje warunków (standardów) pozbawienia wolności – nie zapewnia więc specjalnych warunków odbywania kary pozbawienia wolności osób wyszczególnionych w tym przepisie. Natomiast zgodnie ze stanowiskiem Europejskiej Komisji Praw Człowieka dyskryminacja w kwestii warunków pozbawienia wolności może stanowić naruszenie art. 14 (zakaz dyskryminacji) w związku z art. 5.

¹⁷⁰ Ibidem, Reguła 94 s. 31.

¹⁷¹ J. Górny, *Rola międzynarodowych kongresów...*, s. 37.

¹⁷² Protokół dodatkowy do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Protokół nr 4 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności gwarantujących niektóre prawa i wolności, inne niż już zawarte w Konwencji i w Pierwszym Protokole dodatkowym do Konwencji, Protokół nr 6 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności dotyczący zniesienia kary śmierci, Protokół nr 7 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

¹⁷³ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności po nowelizacji przez Protokół nr 11 i 14 z Protokołem nr 1 oraz Protokołami nr 4, 6 i 7 sporządzona w Rzymie dnia 4.11.1950 (Dz.U. 1993 nr 61, poz. 284).

Stąd też Komitet Ministrów Rady Europy mając na uwadze Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz Europejską Kartę Społeczną i Konwencję o Prawach Człowieka i Biomedycynie przedstawił Zalecenia Nr R (98)7 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu, które zostały przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 8 kwietnia 1998 r. Podstawowym zaleceniem dotyczącym zdrowia w jednostce penitencjarnej sformułowanym przez Komitet Ministrów jest zapewnienie dostępności do lekarza lub w pełni wykwalifikowanej pielęgniarki, niezależnie od reżimu jednostki penitencjarnej. Ponadto stwierdzono, że należy zwrócić szczególną uwagę na badania psychiatryczne osadzonych oraz ich przystosowanie psychologiczne do pobytu w więzieniu, jak też „objawy odstawienne w przypadku uzależnienia od narkotyków, lekarstw lub alkoholu oraz objawy chorób zakaźnych i przewlekłych”¹⁷⁴.

Ze względu na to, że nie jest łatwo zapewnić w więzieniu właściwego leczenia skazanych uzależnionych od narkotyków, alkoholu lub leków, administracja więzienna powinna podjąć starania zapewniające kontakt i współpracę z publicznymi i prywatnymi instytucjami medycznymi (Aneks do Zalecenia Nr R(98)7, ust. 7)¹⁷⁵.

Zgodnie z analizowanym Zaleceniem potrzebne jest też proponowanie odpowiednich szkoleń dla personelu medycznego oraz penitencjarnego świadczących pomoc dla osadzonych z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami. Dostrzegano również potrzebę poprawy współpracy z zewnętrznymi służbami terapeutycznymi w celu zapewnienia kontynuacji terapii uzależnionego skazanego po opuszczeniu jednostki penitencjarnej (ust. 43)¹⁷⁶.

Ponadto lekarz więzienny powinien mobilizować skazanych nadużywających narkotyków, leków i alkoholu do korzystania z socjalnych oraz psychoterapeutycznych form pomocy (ust. 44). Leczenie objawów odstawiennych spowodowanych nadużywaniem narkotyków, alkoholu albo leków w zakładzie karnym, powinno być prowadzone zgodnie z zasadami obowiązującymi na wolności (ust. 45). Lekarz powinien również zachęcać skazanego, w czasie odbywania kary, jak i po jej

¹⁷⁴ Zalecenia Nr R (98)7 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu, które zostały przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 8 kwietnia 1998 r.

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ Ibidem.

zakończeniu do podjęcia wszelkich koniecznych kroków w celu uniknięcia powrotu do nałogu (ust. 46)¹⁷⁷.

Generalnie rzecz ujmując Zalecenie Nr R (98)7 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu, przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 8 kwietnia 1998 r. rekomenduje stosowanie programów socjoterapeutycznych organizowanych zgodnie z zasadami obowiązującymi poza zakładami karnymi. Przy tym lekarze powinni wykazywać gotowość do współpracy ze wszystkimi odpowiednimi służbami, w celu umożliwienia skazanym skorzystania z odpowiednich programów psychoterapeutycznych i zdobycia umiejętności społecznych, zapobiegających powrotowi do przestępstwa.

Również w kontekście praw człowieka, zwłaszcza skazanych, szczególnie doniosła jest Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych przyjęta 11 stycznia 2006 roku. Opinię tę potwierdza Europejska Komisja Praw Człowieka, która określiła Reguły Więzienne jako „faktyczny kodeks traktowania więźniów”¹⁷⁸. Należy nadmienić, że Europejskie Reguły Więzienne są kolejnym przykładem, tym razem wywodzącym się z prawa europejskiego, wskazującym że standard normatywny nie mający mocy prawnie wiążącej, nie zawsze jest mniej istotny i znaczący od tradycyjnego standardu traktatowego wchodzącego w skład tzw. *hard law*. W wielu państwach odegrały one skuteczną rolę, ponieważ albo zostały inkorporowane do ustaw lub regulaminów więziennych w całości albo stanowią swego rodzaju inspirację dla ustawodawstwa krajowego odnoszącego się do więziennictwa, albo też stały się punktem odniesienia w oficjalnych orzeczeniach sądowych poszczególnych państw¹⁷⁹. Jest to niezwykle ważne bowiem „dokumenty tzw. *hard law* pozostają aktami o charakterze fundamentalnym dla wyznaczenia standardów humanitarnego traktowania osób pozbawionych wolności. Wiele z nich jako swoje źródło przywołuje Powszechną Deklarację Praw Człowieka”¹⁸⁰.

Całkowitym novum było stwierdzenie, że kara pozbawienia wolności – co do zasady – szkodzi człowiekowi. Należy więc dążyć do jak największego

¹⁷⁷ Ibidem.

¹⁷⁸ D. Gajdus, B. Gronowska, *Europejskie standardy traktowania więźniów (rekonstrukcja standardów oraz ich znaczenie dla polskiego prawa i praktyki penitencjarnej)*. Zarys wykładu, Toruń 1998, s. 35-36.

¹⁷⁹ Ibidem, s. 36.

¹⁸⁰ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 76.

zminimalizowania jej negatywnych skutków¹⁸¹. Standardy przyjęte w Europejskich Regułach Więziennych wymagają, aby warunki odbywania kary były „zbliżone do pozytywnych aspektów funkcjonowania człowieka na wolności, a wszelkie dodatkowe (poza samym pozbawieniem wolności) dolegliwości wynikały jedynie z potrzeb zapewnienia bezpieczeństwa i porządku w jednostce penitencjarnej”¹⁸².

W analizowanej Rekomendacji odniesiono się też do postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu. Zwrócono przede wszystkim uwagę na to, że lekarz lub pielęgniarka jest zobowiązana do określenia objawów związanych m.in. z nadużywaniem alkoholu w tym „obecność objawów wycofania wynikających z używania narkotyków, leków lub alkoholu” (punkt 42.3 litera d). Oprócz tego polecono lokalnym służbom podejmowanie działań zapewniających zwolnionemu z więzienia kontynuację „jakiegokolwiek potrzebnego leczenia medycznego i psychiatrycznego po zwolnieniu, jeśli więźniowie wyrażają na to zgodę” (litera j)¹⁸³. Można uznać, że zalecenie to ma związek z prognozą kryminologiczno-społeczną, w której analizuje się czynniki charakteryzujące problem alkoholowy skazanego albo uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Prognozę taką sporządza się także wobec skazanego, który nabył uprawnienia do warunkowego przedterminowego zwolnienia. Dotyczy ona przewidywanego postępowania skazanego, który będzie przebywał na wolności w trakcie okresu próby (§ 25 ust. 3 i § 26 pkt 3)¹⁸⁴.

Reasumując, należy zgodzić się z G. B. Szczygieł, że m.in. z Reguł Minimalnych oraz Europejskich Reguł Więziennych wynika, że zapewnienie ochrony zdrowia skazanych powinno pozostawać „na takim samym poziomie i standardzie leczenia, jaki jest stosowany wobec osób nie będących więźniami”¹⁸⁵. Ponadto standardy postępowania ze skazanymi, w tym uzależnionymi od alkoholu, przyjęte na forum

¹⁸¹ M. Płatek, *Wybrane zasady i instytucje kodeksu karnego wykonawczego z 1997 roku w świetle europejskich reguł więziennych z 11 stycznia 2006 r.*, [w:] *X lat obowiązywania Kodeksu Karnego Wykonawczego*, red. S. Lelental, G. B. Szczygieł, Białystok 2009, s. 105.

¹⁸² A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 83.

¹⁸³ Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy Europejskie Reguły Więzienne (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952. posiedzeniu delegatów). Ministerstwo Sprawiedliwości, Biuletyn Informacji Publicznej znajdujący się pod adresem www.gov.pl/sprawiedliwosc (data dostępu: 15.07.2021).

¹⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

¹⁸⁵ G.B. Szczygieł, *Społeczna readaptacja skazanych w polskim systemie penitencjarnym*, Białystok, 2002, s. 62.

międzynarodowym skłaniają władze wielu państw do reformowania systemu penitencjarnego. Również w naszym kraju były i są prowadzone nowelizacje prawa penitencjarnego, których znamienym efektem jest przyjęty Kodeks karny wykonawczy obowiązujący od września 1998 roku.

W oparciu o przeprowadzoną analizę umów międzynarodowych, zaleceń i rekomendacji ONZ, w tym Reguł Mandeli i Rady Europy w porównaniu z przepisami prawa polskiego można wywnioskować, że przepisy prawa powszechnie obowiązującego w Polsce, w większości przypadków odpowiadają zaleceniom międzynarodowym i są z nimi spójne¹⁸⁶. Już na etapie projektu obecnie obowiązującego kkw w Polsce kierowano się wartościami ogólnoludzkimi, które mają swoje odzwierciedlenie w poszanowaniu koncepcji praw człowieka i innych praw naturalnych ujętych m.in. w: Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych, Regułach Minimum, a także w Europejskich Regułach Penitencjarnych. W przepisach prawa polskiego wzięto też pod uwagę poszanowanie godności ludzkiej więźnia, również za jeden z celów wykonywania kary uznano należyte przygotowanie skazanego do powrotu do społeczeństwa oraz przyjęto zasadę kontroli społecznej nad wykonywaniem kary pozbawienia wolności¹⁸⁷.

¹⁸⁶ E. Dawidziuk, op. cit., s. 259.

¹⁸⁷ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne...*, s. 186.

ROZDZIAŁ III

WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W LATACH 1918–1998

§ 1. KLASYFIKACJA I SEGREGACJA WIĘZIŃ JAKO PODSTAWOWY ELEMENT PROCESU INDYWIDUALIZACJI ODDZIAŁYWANIA PENITENCJARNEGO W DWUDZIESTOLECIU MIĘDZYWOJENNYM

Po I wojnie światowej zaistniała konieczność dokonania zmian we wszystkich dziedzinach życia społecznego i państwowego, w tym także w zakresie prawa karnego i nauki penitencjarnej. W praktyce przejawiało się to tym, że w Europie, jak również w państwach innych kontynentów, pojawiły się projekty i nowe ustawy karne. Ich myślą przewodnią była reforma więziennictwa oparta na: systemie progresywnym, na zróżnicowaniu więzień w zależności od cech indywidualnych skazanych oraz „na wynikającej stąd potrzebie badań kryminologiczno-biologicznych”¹⁸⁸. Polska nie mogła skorzystać z wiedzy penitencjarnej europejskiej i amerykańskiej, borykała się bowiem z trudnościami nie spotykanymi w żadnej organizacji więziennictwa państw Zachodniej Europy¹⁸⁹.

System penitencjarny Polski przejęty po zaborcach wymagał głębokiego zreformowania. Więziennictwo podlegało trzem różnym ustawom karnym i trzem systemom stosowanym przez dawne władze więzienne¹⁹⁰.

Z tego względu istniała potrzeba przygotowania prawnych podstaw i zasad działania jednolitego systemu penitencjarnego na całym terenie odrodzonego

¹⁸⁸ Z. Bugajski, *Nowa organizacja więziennictwa polskiego w oświetleniu historycznym*, Warszawa 1937, s. 18-19.

¹⁸⁹ Ibidem, s. 24.

¹⁹⁰ S. Car, *Przedmowa*, [w:] *Księga jubileuszowa więziennictwa polskiego 1918–1928*, red. Z. Bugajski, Warszawa, 1929, s. 19.

państwa polskiego. Ważne było też sformułowanie idei odrębnego traktowania w zakładach karnych skazanych uzależnionych m.in. od alkoholu. Z powodu nieustalonych jeszcze granic Państwa¹⁹¹ postępowe działania były utrudnione. Tym niemniej Naczelnik Państwa już 8 lutego 1919 r wydał pierwszy akt prawny dotyczący działalności więziennictwa w odrodzonej Rzeczypospolitej¹⁹².

Na funkcjonowanie nowotworzonego polskiego systemu więziennego w okresie międzywojennym mieli wpływ m.in. penitencjaryści – Edward Neymark, Tadeusz Krychowski¹⁹³ i Zygmunt Bugajski¹⁹⁴. Zwolennikami prawa penitencjarnego wyodrębnionego z innych gałęzi prawa byli E. S. Rappaport i J. Śliwowski¹⁹⁵. Warto nadmienić, że E. Rappaport proponował utworzenie odrębnej kodyfikacji prawa karnego wykonawczego, w której doszłoby do całościowego uregulowania środków penalnych przewidzianych w Kodeksie karnym. Wówczas prawo karne pojmowane *sensu largo* zostałyby podzielone na: prawo karne materialne, prawo karne procesowe i prawo karne wykonawcze. Niestety ta niewątpliwie postępową i odważną w swoich założeniach koncepcja, w okresie międzywojennym nie zyskała akceptacji i nie była nawet przedmiotem szeroko zakrojonych analiz i dyskusji¹⁹⁶. Do urzeczywistnienia idei E.S. Rappaporta doszło dopiero w 1969 r.

Natomiast Waclaw Makowski postulował, aby zastąpić więzienia „przez zakłady o różnym typie, przeznaczone dla rozmaitej kategorii przestępstw lub ściślej, ludzi społecznie niebezpiecznych i celowego oddziaływania na nich w kierunku przystosowania do wymagań życia społecznego”¹⁹⁷.

Znany w dwudziestolecie międzywojennym psychiatra sądowy, członek Komisji do Badań Kryminalno-Biologicznych Ministerstwa Sprawiedliwości Witold Łuniewski sugerował nawet, aby „Więźniowie psychopatyczni, oligofreniczni, epileptyczni i dotknięci nałogowym alkoholizmem (...) ze względu na te lub inne okoliczności indywidualne [byli umieszczani – przyp. M.K.] nie w więzieniu typu

¹⁹¹ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1918–1928*, Gdańsk 2011, s. 34.

¹⁹² Dekret Naczelnika Państwa Polskiego w sprawie tymczasowych przepisów więziennych z 8 lutego 1919 r., „Dziennik Praw Państwa Polskiego” 1919, nr 15, poz. 202.

¹⁹³ Niektórzy penitencjaryści łączyli działalność naukową z pracą w systemie więziennym. Jedną z takich osób był Tadeusz Krychowski. Z. Bugajski, *Z ustąpieniem Dyrektora Departamentu p. Tadeusza Krychowskiego*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1934, nr 8, s. 3-4.

¹⁹⁴ E. Neymark, *Organizacja więziennictwa polskiego...*, s. 254.

¹⁹⁵ J. Śliwowski, *Narodziny prawa penitencjarnego...*, s. 653.

¹⁹⁶ J. Migdał, J. Raglewski, op. cit., s. 126.

¹⁹⁷ W. Makowski, *Rozważania prawnicze. Z dziedziny prawa publicznego, z dziedziny prawa karnego – mowy autora*, Warszawa 1928, s. 176.

lecniczego, ale raczej w więzieniu typu wychowawczego”¹⁹⁸, co dawałoby w opinii W. Łuniewskiego większe widoki na resocjalizację więźnia.

Był to pogląd odzwierciedlający punkt widzenia całej Komisji do Badań Kryminalno-Biologicznych Ministerstwa Sprawiedliwości, która proponowała odrębne postępowanie z kategorią skazanych uzależnionych¹⁹⁹.

Podobne stanowisko wyrażono na XIV Zjeździe w Poznaniu w 1933 r., połączonym z XIII Zjazdem Psychiatrów Polskich. Doszło wówczas do integracji lekarzy i prawników w podejściu do zjawisk przestępczości. W ramach Sekcji Medycyny Sądowej i Kryminologii (Sekcja XIX) pod przewodnictwem Stefana Horoszkiewicza uznano, że „nie wystarczą do zwalczania przestępczości najlepsze nawet koncepcje wyłącznie prawne bez ujęcia przestępcy jako żywego człowieka o określonej strukturze fizycznej i psychicznej”²⁰⁰. Ponadto zauważono, że bez uwzględnienia cech osobniczych nie można stwierdzić istnienia i „stopnia niebezpieczeństwa społecznego”²⁰¹. E. Neymark zauważył też, że określenie właściwości przestępcy i jego stopnia niepoczytalności winno być zadaniem lekarza, który w nauce o karze wysuwa się na plan pierwszy. Z tego powodu proponował zmianę roli lekarza na terenie więzienia. Lekarz zdaniem E. Neymarka miał nie tylko zajmować się higieną i oceną zdrowia więźniów, ale miał także brać udział w umieszczaniu ich w zakładach dla psychicznie chorych, w zakładach dla alkoholików i narkomanów, w domach pracy przymusowej i w zakładach dla niepoprawnych²⁰².

O konieczność indywidualnego postępowania z wymienionymi grupami skazanych domagali się też praktycy i naukowcy - Stanisław Batawia i Henryk Jankowski ²⁰³. Do realizacji tego postulatu doszło w końcu dwudziestolecia międzywojennego, mimo że także w uchwałach Kongresu Londyńskiego w 1925 r. sugerowano, żeby podczas przeprowadzania klasyfikacji więźniów brać pod uwagę nie tylko wiek, płeć czy rodzaj przestępstwa i karę, ale także uwzględniać kryteria

¹⁹⁸ W. Łuniewski, *Zadania psychiatrii penitencjarnej*. „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1938, nr 3, s. 287.

¹⁹⁹ K. Pawlak, *Więziennictwo polskie...*, s. 17 i n.

²⁰⁰ W. Łuniewski, op. cit., s. 287.

²⁰¹ *Pamiętnik X IV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 11-15 września 1933 r.*, Poznań 1933, t. 2, s. 178.

²⁰² E. Neymark: *Rola lekarza w walce z przestępczością...*, s. 185.

²⁰³ S. Batawia, H. Jankowski, [w:] K. Pawlak, *Polski Biograficzny Słownik Penitencjarny*, Kalisz 2008, s. 16 i 33.

subiektywne, jak np. charakter skazanego oraz istniejące możliwości jego resocjalizacji²⁰⁴. Zaproponowana klasyfikacja wynikała ze sformułowanego podczas obrad terminu „klasyfikacja”. Założenia przyjęte w czasie IX Międzynarodowego Kongresu Penitencjarnego w 1925 r. w Londynie stanowiły, że: klasyfikacja ma na celu przeciwdziałanie demoralizacji jednych więźniów przez drugich i jest jednym z podstawowych wymagań postępowania penitencjarnego; uznano, że więźniowie będą dzieleni według w/w kryteriów i perspektyw poprawy skazanego; skazani na krótkie kary poddani będą innemu postępowaniu niż skazani na długie kary; więźniowie przydzieleni do poszczególnych grup będą umieszczani w różnych zakładach i rozdzielani do osobnych pawilonów (w przypadku przebywania w tym samym zakładzie karnym)²⁰⁵. Stąd też termin „klasyfikacja” oznaczał w koncepcji europejskiej przede wszystkim grupowanie skazanych w wyspecjalizowanych zakładach według określonych kryteriów²⁰⁶. Kongres Londyński bez wątpienia przyczynił się do kształtowania w Polsce dążenia do pogłębionej indywidualizacji wykonywania kary²⁰⁷.

Pierwszym aktem normatywnym ujednolicającym zasady organizacji więziennictwa na terenie całego kraju, w tym klasyfikacji więzień i segregacji więźniów zostały wprowadzone zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej 7 marca 1928 r.²⁰⁸. Przy czym uzależniono system i rygory odbywania kary od jej rodzaju, metod leczniczych itp.”²⁰⁹.

W myśl wskazanych przepisów więzienia dzieliły się na 3 grupy, które były związane z kategorią kary. Były to więzienia, przeznaczone do odbywania kar: ciężkiego więzienia, więzienia zastępującego dom poprawy i więzienia. Kary były wymierzane odpowiednio: na czas powyżej trzech lat; na czas powyżej jednego roku do trzech lat; na czas do jednego roku²¹⁰.

Przy segregacji więźniów zwracano uwagę na rodzaj przestępstwa i kary oraz poziom moralny i umysłowy więźniów. Dekret nie przeprowadził „różniczkowania

²⁰⁴ J. Migdał, J. Raglewski, op. cit., s. 128.

²⁰⁵ P. Wierzbicki, *Indywidualizacja penitencjarna w Polsce*, Warszawa 1976, s. 74-75.

²⁰⁶ Ibidem, s. 75.

²⁰⁷ Ibidem, s. 128; J. Górny, *Elementy indywidualizacji i humanizacji...*, s. 113.

²⁰⁸ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 7 marca 1928 roku w sprawie organizacji więziennictwa (Dz.U. Nr 29, poz. 272).

²⁰⁹ E. Neymark, *Zasady nowej organizacji więziennictwa w świetle nowoczesnych postulatów nauk penitencjarnych*, [w:] *Księga jubileuszowa więziennictwa polskiego 1918-1928*, red. Z. Bugajski, Warszawa 1929, s. 196.

²¹⁰ Ibidem, s. 202.

więzień i metod postępowania ze skazanymi, w zależności od ich cech psychofizycznych, nie przewidział też i zakładów których zadaniem byłoby poznanie tych właściwości u skazanych”²¹¹.

Postanowienia rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 7 marca 1928 r., znalazły odzwierciedlenie w przepisach Regulaminu więziennego z 20 czerwca 1931 r.²¹² W pracach przygotowawczych nad Regulaminem więziennym brali udział E. Neymark i Z. Bugajski²¹³.

Regulamin z 1931 r. przyjął formę rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości²¹⁴ i był jedynym regulaminem więziennym wydanym w ciągu dwudziestolecia międzywojennego. Służył też więziennictwu, w nieco zmienionej i przystosowanej do nowych warunków postaci, w pierwszym dziesięcioleciu Polski Ludowej²¹⁵.

Warto też podkreślić, że Regulamin więzienny z 1931 r. jako podstawową zasadę organizacji systemu penitencjarnego w II Rzeczypospolitej wprowadził oficjalnie „system progresywny wykonywania kary pozbawienia wolności, uważany wówczas powszechnie za najlepszy”²¹⁶.

Ważnym w kontekście szerokiej indywidualizacji postępowania penitencjarnego było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny²¹⁷, w opracowaniu którego funkcję koreferenta pełnił Juliusz Makarewicz. Warto też przypomnieć o wkładzie pracy innych, szczególnie referenta - Wacława Makowskiego, zwłaszcza w odniesieniu do części szczegółowej²¹⁸ i E.S. Rappaporta.

W toku prac odwoływano się do projektów szwajcarskiego kodeksu karnego, którego głównym autorem był Karl Stooss oraz norweskiego kodeksu karnego, którego autorem był B. Goetz. Projekt był konsultowany z zagranicznymi uczonymi, np. z Jean’em André Rouxem (sekretarzem generalnym Międzynarodowego

²¹¹ Z. Bugajski, *Nowa organizacja więziennictwa polskiego...*, s. 32.

²¹² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego (Dz.U. 1931r. nr 71, poz. 577).

²¹³ K. Pawlak, *Polski Biograficzny Słownik Penitencjarny*, Kalisz 2008, s. 69. E. Neymark i Z. Bugajski brali również udział w pracach przygotowawczych nad ustawą o organizacji więziennictwa z 26 lipca 1939 r. Ibidem, s. 69.

²¹⁴ Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego, (Dz.U. 1931, Nr 71, poz. 577).

²¹⁵ G.B. Szczygieł, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 44.

²¹⁶ J. Migdał, J. Raglewski, op .cit., s. 149.

²¹⁷ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. - Kodeks karny (Dz. U., 1932 nr 60, poz. 571).

²¹⁸ A. Lityński, *Dwa kodeksy karne 1932: w osiemdziesiątą rocznicę*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2012, nr 12, s. 212-213.

Stowarzyszenia Prawa Karnego)²¹⁹. Do dziś według Józefa Kordeczuka sformułowane w Kodeksie karnym z 1932 r. „przez J. Makarewicza zasady subiektywizmu i indywidualizacji odpowiedzialności karnej oraz humanitaryzmu w operowaniu środkami karnymi zachowują w pełni aktualność, stanowią podstawę ustawowych przesłanek odpowiedzialności we wszystkich nowożytnych kodeksach karnych oraz jądro współczesnych koncepcji teoretycznych”²²⁰.

W art. 82 §1 Kodeksu karnego wskazano że za czyn pozostający w związku z nadużywaniem alkoholu lub innych środków odurzających, sprawca może zostać umieszczony w odpowiednim zakładzie leczniczym²²¹. Uregulowanie to nie było powiązane z procesem wykonywania kary pozbawienia wolności, lecz było środkiem od niej niezależnym, stosowanym po odbyciu kary wolności²²². W kontekście indywidualizacji wykonywania kary szczególnie ważny był art. 54, który nakazywał sędziom przy orzekaniu kary zwracać uwagę „przede wszystkim na pobudki oraz sposób działania sprawcy i jego stosunek do pokrzywdzonego, na stopień rozwoju umysłowego i charakter sprawcy, na jego dotychczasowe życie tudzież na jego zachowanie się po spełnieniu przestępstwa”²²³.

Ministerstwo Sprawiedliwości uznając całkowicie doniosłe znaczenie badań skazanych i ich wyników dla praktyki penitencjarnej przeprowadziło cały szereg prac przygotowawczych i eksperymentalnych. W 1933 roku powołano do życia Komisję do Badań Kryminalno-Biologicznych, która m.in. przystąpiła do organizacji oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych²²⁴, co było dość istotne w kontekście zasady indywidualizacji wykonywania kary. Starano się, aby sposób jej realizacji uwzględniał postulaty ówczesnej wiedzy penitencjarnej i nie był bezkrytycznym naśladownictwem form stosowanych w innych państwach. Stąd też podejmowano działania, aby organizacja więziennictwa odpowiadała warunkom polskiego życia społecznego²²⁵. Znamiennym przykładem jest postulat utworzenia więzień leczniczych dla skazanych, którzy wymagają ze względu na stan zdrowia odrębnego

²¹⁹ J. Kordeczuk, *Znaczenie Kodeksu Karnego z 1932 r. dla rozwoju nauki i Prawa Karnego w Polsce w XX wieku*, „Zeszyty Prawnicze” 2011, t. 11, nr 2, s. 45.

²²⁰ Ibidem, s. 55.

²²¹ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1932 nr 60, poz. 571).

²²² Ibidem.

²²³ Ibidem.

²²⁴ Z. Bugajski, *Nowa organizacja więziennictwa polskiego...*, s. 42.

²²⁵ Ibidem, s. 48.

traktowania i nie mogą być użyci do pracy w zwykłych warunkach więziennych. Ten typ zakładów penitencjarnych miał być tworzony niezależnie od różnego rodzaju szpitali więziennych. Przewidywano trzy zasadnicze grupy chorych, dla których miałyby powstać tego rodzaju więzienia — lecznice. Dotyczyło to przede wszystkim skazanych, których schorzenia są niebezpieczne dla otaczających, a więc w pierwszym rzędzie gruźlicy. Drugą grupę stanowili – więźniowie niepełnowartościowi psychicznie, dla których planowano stworzyć specjalne zakłady dla obłąkanych, psychopatów, neuropatów i alkoholików. Trzecią grupę stanowili więźniowie słabi fizycznie - inwalidzi i kalecy²²⁶.

Postulat tworzenia specjalnych zakładów m.in. dla więźniów alkoholików został zgłoszony dzięki badaniom Komisji do Badań Kryminalno-Biologicznych, przeprowadzonych w oparciu o zestawienie danych sporządzonych na podstawie kwestionariuszy badań kryminalno-biologicznych, którymi w latach 1934–1936 objęto 16984 mężczyzn, z tego – 3021 (17,78%) było alkoholikami²²⁷. Badania te były wyjątkowe, ponieważ z tego okresu brakuje tego typu ścisłych danych. Poza tym badania te posłużyły też do stworzenia wytycznych dla segregacji więźniów epileptyków i alkoholików. Szczególnie godna uwagi jest oryginalna koncepcja segregacji więźniów Feliksa Kaczanowskiego - polskiego lekarza psychiatry i biegłego sądowego²²⁸. Niestety współcześnie niezbyt znana, mimo że oparta na długoletnim doświadczeniu zawodowym autora. Jej założenia warte są popularyzowania, zwłaszcza że w literaturze jest szczątkowo opisana.

Według Feliksa Kaczanowskiego segregacja powinna być dokonywana przez lekarza kierującego się przede wszystkim indywidualizacją podziału opartą na gruntownym poznaniu jednostki oraz jej zdolności do przystosowywania się do danych warunków. Celem podziału więźniów miało być stworzenie warunków, w których społeczne tendencje przestępcy byłyby nie tylko „paraliżowane”, ale skutecznie leczone²²⁹. Jednakże podział więźniów był utrudniony ze względu na to, że opracowane zasady segregacji miały odpowiadać, nie tylko psychiatrycznym potrzebom życiowym i możliwościom życiowym, ale przede wszystkim idei indywidualnego podejścia do więźnia, która wówczas nie była jeszcze „powiązana

²²⁶ Ibidem, s. 56-57.

²²⁷ F. Kaczanowski, *Wytyczne dla segregacji więźniów alkoholików i epileptyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1938, nr 3, s. 317.

²²⁸ *Kaczanowski Feliks (1904–1976) lekarz psychiatra*, „Przegląd Pruszkowski” 1984, t. 1.

²²⁹ F. Kaczanowski, op. cit., s. 317.

z ideą samego kodeksu karnego – indywidualizowaniem kary”²³⁰. Jednocześnie przy segregacji należało uwzględniać wiek, środowisko, z którego więzień pochodzi, zawód, osobowość przestępczą. Należało też oddzielić alkoholików od tych więźniów, którzy popełnili przestępstwo w chwili ostrego upicia, a więc „pijaków okolicznościowych”. W ostrym upiciu najczęściej popełnionymi przestępstwami były: bójki, napady, zabójstwa, opór i zniewaga władzy, obraza moralności i kradzieże. Zdaniem F. Kaczanowskiego „pijacy okolicznościowi” rekrutują się przeważnie z neuropatów i psychopatów. Z tego powodu powinni podlegać zasadzie segregacji według wytycznych przyjętych dla psychopatów i neuropatów. Stąd też zadaniem lekarza segregującego miało być „zróżniczkowanie” pomiędzy przestępstwem związanym z pijaństwem okolicznościowym, a przestępstwem wynikającym z kryminorodnych czynników, działających przy alkoholizmie przewlekłym.

W każdym przypadku alkoholizmu, należało ustalić czy dany przypadek alkoholizmu wynika raczej z podłoża psychopatycznego danego więźnia, czy też uwarunkowany jest raczej przez warunki zewnętrzne - środowiskowe, zawodowe, społeczne u osobnika konstytucyjnie zdrowego. Zróżnicowanie takie miało znaczenie przy ustalaniu prognozy penitencjarnej i społecznej u danego więźnia oraz w wyborze metod postępowania – wychowawczych lub represyjnych. F. Kaczanowski uznawał, że metoda postępowania wychowawczego może okazać się bardziej celowa wobec alkoholików młodych, lub młodych psychopatów ze skłonnościami do alkoholizowania się, niż wobec alkoholików starszych z wyraźniejszymi cechami zwyrodnienia psychicznego wrodzonego, tym bardziej wtórnego.

Oddzielenie alkoholików jednych od drugich w więzieniu, czy w zakładzie rzemieślniczym było uzasadnione obawą przed możliwością demoralizowania elementu poddającego się metodom wychowawczym przez element reagujący tylko na środki represyjne. Do ostatnich zaliczyć należy alkoholików niekarnych, niesubordynowanych, upartych i złośliwych. Wśród środków represyjnych znajdowały się środki, które powinien mieć do dyspozycji dla alkoholików każdy szpital dla więźniów chorych nerwowo i psychicznie i stosowane być powinny przez lekarza lub z zalecenia lekarza.

F. Kaczanowski podkreślał, że alkoholik ze zmianami degeneracyjnymi alkoholowego pochodzenia, złośliwy i niekarny lub dementyjny, ograniczony,

²³⁰ Ibidem, s. 317.

moralnie małowartościowy, niepoddający się metodom, wychowawczym, nie nadaje się zupełnie do więzienia izolacyjnego, do którego odsyłane być mogą tylko jednostki zdrowe fizycznie i odporne psychicznie.

Dla celów praktycznych segregacji alkoholików proponował wprowadzić podział alkoholików na trzy grupy A, B, C. Grupa A obejmowałaby osobników nawykłych już do alkoholu, ale bez uchwytnych, wtórnych zmian cielesnych. Grupa B obejmowałaby alkoholików nieco zaawansowanych co do czasu pijaństwa, częstości i ilości używanego alkoholu, z uchwytnymi zmianami w narządach wewnętrznych i bez degeneracyjnych wtórnych zmian psychicznych. Do grupy C należałoby zaliczyć alkoholików przewlekłych ze znacznymi zmianami cielesnymi, epizodycznymi zaburzeniami psychicznymi, np. lękami, napadami depresji i innymi objawami wtórnej degeneracji cielesnej i psychicznej. Poza tym przedstawiony podział miał uwzględniać cały szereg indywidualnych właściwości psychicznych więźnia, w tym, ewentualne zmiany psychiczne, które nie muszą być związane z zauważalnymi zmianami w narządach wewnętrznych.

Biorąc pod uwagę indywidualne właściwości psychiczne powinno się przyjąć zasadę, że alkoholicy grupy A nadawaliby się do kolonii rolniczych, grupy B – do zakładów rzemieślniczych, grupy C – do szpitali dla więźniów chorych psychicznie i nerwowo. Należy przy tym pamiętać, aby każdy alkoholik przechodził przez oddział obserwacyjno-rozdzielczy²³¹.

Ewolucja indywidualizacji postępowania penitencjarnego spowodowała, że w 1937 r. została sformułowana po raz pierwszy w polskim prawodawstwie koncepcja odrębnego postępowania ze skazanymi wraz z utworzeniem specjalnych zakładów karnych przeznaczonych dla poszczególnych grup skazanych. Dotyczyło to m.in. skazanych: niepełnowartościowych psychicznie, psychopatów, epileptyków, narkomanów, dla których przeznaczono więzienia w Grudziądzu i Grodzisku Mazowieckim. Niestety w Zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 sierpnia 1937 r.²³² nie uwzględniono skazanych uzależnionych od alkoholu, co może świadczyć o marginalizowaniu problemu alkoholizmu.

²³¹ F. Kaczanowski, op. cit., s. 317, 321-323.

²³² Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 sierpnia 1937 r. w sprawie podziału więźniów (Dz.Urz. MS nr 8).

Ostatnim aktem prawnym wprowadzonym przez władze II Rzeczypospolitej była ustawa z dnia 26 lipca 1939 r. o organizacji więziennictwa²³³, w której utrzymano jedynie podział zakładów karnych na więzienia zwykłe i specjalne (art. 12 ust.1)²³⁴. Ten podział miał służyć osiągnięciu „jak największej indywidualizacji penitencjarnej”²³⁵.

Zgodnie z przyjętą koncepcją w więzieniach specjalnych umieszczano skazanych, którzy ze względu na swe właściwości wymagali wyodrębnienia i traktowania według metod szczególnych (art. 12 ust. 2). W ramach więzień specjalnych wyróżniono: więzienia obserwacyjno-rozdzielcze przeznaczone przede wszystkim do badania osobowości skazanych w celu ustalenia metod i klasyfikacji skazanych; więzienia dla osób fizycznie słabych – wymagających odrębnego traktowania; więzienia izolacyjne dla recydywistów (art. 13, pkt 1, 2, 3)²³⁶ oraz więzienia – kolonie rolnicze dla skazanych pracujących przed popełnieniem przestępstwa w rolnictwie; więzienia – zakłady rzemieślnicze dla skazanych pochodzących z rodzin miejskich, rzemieślniczych i robotniczych; więzienia lub oddziały dla niepełnoletnich w wieku od 17 do 21 lat; więzienia – ruchome ośrodki pracy dla skazanych na pozbawienie wolności do lat trzech celem zatrudnienia ich przy robotach społecznie użytecznych²³⁷.

Zastosowana klasyfikacja jednostek penitencjarnych była znaczącym osiągnięciem w długoletnim procesie pogłębiania indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności²³⁸.

Były to nowe rozwiązania uwzględniające też realizację postulatów resocjalizacyjnych²³⁹. Jednakże w ustawie tej również nie uwzględniono przepisów dotyczących skazanych uzależnionych od alkoholu.

Reasumując, Ustawa ta miała tylko wkład teoretyczny, gdyż w wyniku wybuchu II wojny światowej, jej założenia nie zostały nigdy wprowadzone w życie. W dużej części ustawa była emanacją poglądów Z. Bugajskiego²⁴⁰.

²³³ Ustawa z dnia 26 lipca 1939 r. o organizacji więziennictwa (Dz.U. 1939 nr 68, poz. 457).

²³⁴ Ibidem.

²³⁵ J. Migdał, J. Raglewski, *Kara pozbawienia wolności...*, s. 143.

²³⁶ Ustawa z dnia 26 lipca 1939 r. o organizacji więziennictwa (Dz.U. 1939 nr 68, poz. 45).

²³⁷ Ibidem.

²³⁸ J. Migdał, J. Raglewski, op. cit., s. 145.

²³⁹ K. Chmielewski, M. Pająk, *Organizacja więziennictwa polskiego (1918–1939)*, „Czasopismo Prawno-Historyczne” 2017, t. 19, z. 2, s. 186.

Według Jerzego Górnego, rozwój polskiej penitencjarystyki okresu międzywojennego, charakteryzował się stałą tendencją do pogłębiania indywidualizacji wykonywania kary. Znalazło to szczególny wyraz w prowadzeniu prac osobopoznawczych oraz rozbudowie i doskonaleniu klasyfikacji więźniów, jak też specjalizacji zakładów karnych. Dokonane regulacje prawne i koncepcje w zakresie pogłębiania indywidualizacji „wyprzedzały po części takie regulacje i takie koncepcje w niektórych państwach o bogatszych i bardziej postępowych tradycjach penitencjarnych”²⁴¹. Niestety w okresie międzywojennym nie doszło do indywidualnego postępowania wobec skazanych uzależnionych od alkoholu.

§ 2. UREGULOWANIA PRAWNE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI PRZECIWAŁKOHOLOWEJ W ZAKŁADACH PENITENCJARNYCH W LATACH 1945–1969

Po II wojnie światowej problem alkoholizmu w uregulowaniach prawnych pojawił się dopiero w latach sześćdziesiątych, gdyż w pierwszych latach powojennych podjęto budowę na nowo struktur polskiego więziennictwa w zmienionych warunkach społeczno-politycznych. Wbrew polskiej tradycji struktury te podporządkowano aparatowi bezpieczeństwa²⁴². Stąd też w latach 1945–1956 utrwał się swoisty podział na więźniów pospolitych i więźniów politycznych²⁴³. W okresie terroru stalinowskiego do 1955 r. obowiązywała instrukcja w sprawie regulaminu więziennego wydana w 1945 r.²⁴⁴, która w większości przyjmowała unormowania regulaminu z 1931 r., ale jednocześnie eliminowała najważniejsze prawa więźniów do np. kontaktu ze społeczeństwem, praktyk religijnych oraz w pewnym okresie zawiadamiania o śmierci więźnia osoby najbliższe. Instrukcję w sprawie regulaminu więziennego z 1945 r. uzupełniał jeszcze tzw. zbiór przepisów

²⁴⁰ B. Kułan, *Prawne regulacje pracy i nauki skazanych oraz ich realizacja, na przykładzie więzienia na Św. Krzyżu w latach 1918–1939*, 29/04/2013, <https://www.infolotnicze.pl/2013/04/29/prawne-regulacje-pracy-i-nauki-skazanych-oraz-ich-realizacja-na-przykladzie-wiezienia-na-sw-krzyzu-w-latach-1918-1939/2> (data wejścia:30.03.2020).

²⁴¹ J. Górny, *Elementy indywidualizacji i humanizacji...*, s.116.

²⁴² A. Kwieciński, P. Pałaszewski, *Kształtowanie się polskiego modelu wykonywania tymczasowego aresztowania w latach 1945–1969*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego 2014”, t. 32, 2014, s. 82.

²⁴³ R. Maleszyk, *Więziennictwo polskie na tle dziejów państwa w latach 1918–1956*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 62-63, s. 29.

²⁴⁴ T. Szymanowski, *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa w Polsce i ich wpływ na wykonywanie kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 62-63, s. 34.

zawierający instrukcje, zarządzenia przewidujące dalsze restrykcje. Wszystkie te przepisy były tajne przez bardzo długie lata²⁴⁵.

Natomiast Zarządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych nr 0205/66 z 21 października 1955 r., wprowadziło od 1 listopada 1955 r. nowy regulamin więzienny (nieopublikowany). Określał on cele i tryb odbywania kary, a także prawa i obowiązki skazanych²⁴⁶. Z kolei po likwidacji Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego Ustawą z 11 września 1956 r.²⁴⁷ więziennictwo przeszło w zakres działania Ministra Sprawiedliwości. Ponadto zgodnie z Zarządzeniem nr 67 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 23 czerwca 1958 roku doszło do utworzenia w zakładzie karno-śledczym Warszawa I i Warszawa III eksperymentalnych oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych, w których miały być prowadzone badania w kierunku rozpoznania osobowości więźnia. Badania te miały być podstawą racjonalnego prowadzenia segregacji i rozmieszczenia więźniów oraz stosowania właściwych metod wychowawczych w okresie odbywania kary²⁴⁸. Odrębne Zarządzenie nr 6/59 Ministra Sprawiedliwości w sprawie segregacji więźniów w zakładach karnych zostało wydane 14 grudnia 1959 roku²⁴⁹. Zasadniczym celem wprowadzonego Zarządzenia było:

- zapobieganie wzajemnej demoralizacji więźniów,
- podejmowanie właściwych środków wychowawczych w stosunku do poszczególnych grup więźniów z uwzględnieniem metod indywidualnego oddziaływania,
- stworzenie odpowiednich warunków odbywania kary pozbawienia wolności dla poszczególnych grup więźniów²⁵⁰.

Zgodnie z kolejnym Zarządzeniem nr 1 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 8 stycznia 1960 roku w sprawie utworzenia oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych w niektórych więzieniach

²⁴⁵ Ibidem, s. 34-35.

²⁴⁶ T. Szymanowski, *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa...*, s. 35; J. Migdał, *Polityka karna i penitencjarna Polski...*, s. 140-141.

²⁴⁷ Ustawa z dnia 11 września 1956 r. o przejściu więziennictwa do zakresu działania Ministra Sprawiedliwości (Dz.U. 1956 nr 41, poz. 188).

²⁴⁸ Zarządzenie nr 67 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 23 czerwca 1958 roku w sprawie utworzenia w zakładzie karno-śledczym Warszawa I i Warszawa III eksperymentalnych oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych, [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, *Zbiór ważniejszych aktów prawnych dotyczących problematyki penitencjarnej. Część pierwsza*, Warszawa 1966, s. 158.

²⁴⁹ Zarządzenie nr 6/59 Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 grudnia 1959 roku w sprawie segregacji więźniów w zakładach karnych [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 213.

²⁵⁰ Ibidem, s. 213.

śledczych doszło do powołania tego typu oddziałów w Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu I i II oraz w Warszawie II. Zaś w Warszawie I i III dotychczasowe eksperymentalne oddziały obserwacyjno-rozdzielcze przekształcono w oddziały stałe²⁵¹. Następne oddziały obserwacyjno-rozdzielcze powstały w centralnych więzieniach w Bydgoszczy, Chełmie, Katowicach, Olsztynie w 1964 roku²⁵².

Natomiast 27 kwietnia 1956 r.²⁵³ została uchwalona, niezwykle ważna dla prowadzonych rozważań dotyczących skazanych uzależnionych od alkoholu, Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu. Trzy lata później – 10 grudnia 1959 r.²⁵⁴ przyjęto kolejną ustawę o zwalczaniu alkoholizmu. Obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu wynikał z art. 32 wymienionej ustawy²⁵⁵. W tym przepisie wskazano, że kto uchyla się od orzeczonego względem niego przymusowego leczenia w zakładzie lecznictwa otwartego lub zamkniętego podlegał karze aresztu do 3 miesięcy lub karze grzywny do 4500 złotych²⁵⁶.

Tak, więc akty prawne z 1956 i 1959 r. wymusiły wprowadzenie działań przeciwalkoholowych także w zakładach karnych oraz prowadzenie ich segregacji w oparciu o rozpoznanie osobowości więźnia.

Dnia 24 grudnia 1960 r. Dyrektor Centralnego Zarządu Więziennictwa wydał pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) adresowane do naczelników centralnych więzień oraz wojewódzkich inspektorów więziennej służby zdrowia²⁵⁷. Słusznie stwierdza J. Migdał – „Stanowi ono pierwszą regulację działalności przeciwalkoholowej w zakładach penitencjarnych”²⁵⁸. W wymienionym piśmie wskazano bowiem kryteria, które należy uwzględnić przy rozpoznaniu występowania uzależnienia od alkoholu. Uznano, że należy kierować się: danymi wywiadu środowiskowego, informacjami placówek służby zdrowia, które ewentualnie poprzednio leczyły alkoholika, aktami sądowymi, które mogą wskazać

²⁵¹ Zarządzeniem nr 1 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 8 stycznia 1960 roku w sprawie utworzenia oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych, [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 171.

²⁵² Zarządzeniem nr 17 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 20 marca 1964 roku w sprawie powołania oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych w niektórych centralnych więzieniach, [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 171.

²⁵³ Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. Urz. 1956, nr 12, poz. 62).

²⁵⁴ Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. Urz. 1959, nr 69, poz. 434).

²⁵⁵ Ibidem.

²⁵⁶ Ibidem.

²⁵⁷ Pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) z 24 grudnia 1960 r. Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa, AAN w Warszawie, zespół nr 2414, Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/60, k. 390-395.

²⁵⁸ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008...*, s. 428.

związek przestępstwa z alkoholem, wynikami badań lekarskich. Określono też tymczasowo obowiązujące wytyczne dotyczące form leczenia alkoholików w zakładach karnych. Jedną z podstawowych form oddziaływania na alkoholików miała być praca „propagandowo-wychowawcza” i świetlicowa, należało też prowadzić szkolenie więźniów traktując je jako formę psychoterapii zajęciowej²⁵⁹. Oprócz oddziaływań wychowawczych zalecano stosowanie leczenia farmakologicznego według wskazań lekarskich z wykorzystaniem środków tonizujących i witamin. Ponadto należało też wykorzystywać właściwości lecznicze kąpieli, natrysków, gimnastyki i ruchu na świeżym powietrzu. Natomiast nie zalecano stosowania (do odwołania) aticolu, antabusu, apomofiny itp. oraz prób uczuleniowych przy użyciu alkoholu. W celu opracowania dalszych rozwiązań uznano, że należy sporządzać w zakładach karnych imienne wykazy więźniów alkoholików zawierające informacje zgodnie z tabelą znajdującą się w wyżej wskazanym piśmie:

Załącznik przykładowy

WYKAZ WIĘŹNIÓW ALKOHOLIKÓW

L.p.	NAMWISKO I IMIE	Wiek	Uznany za alkoholika przez lekarza nie psychiatrę	Uznany przez psychiatrę za alkoholika	Więźnię uważa siebie za alkoholika i chce się leczyć	Leczony w poradni przeciw - alkoholowej	Wyniad środowiskowy	Dane dot. osob. w aktach	Dane dot. początku i końca odbywania kary	U w a g i
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	NOWACKI Tadeusz	21 l.	tak	tak	tak	tak	tak	tak		
2.	KRÓLIK Ignacy	33 l.	tak	tak	tak	nie	tak	nie		
3.	KALINOWSKI Jan	45 l.		tak		tak	tak	nie		
4.	KOWALSKI Jacek	29 l.	tak	nie		nie	nie	nie		
5.	SIEBA Antoni	44 l.		nie	tak	nie	tak	tak		
6.	BOGUSZ Edward	50 l.		nie		nie	nie	tak		

/Nazwiska fikcyjne; "tak" i "nie" wstawione przykładowo/

Źródło: Pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 24 grudnia 1960 r. adresowane do naczelników centralnych więzień oraz wojewódzkich inspektorów więziennej służby zdrowia, Archiwum Akt Nowych w Warszawie (dalej: AAN), zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/60, k. 397.

Wykazy więźniów alkoholików miał sporządzać i przechowywać kierownik izby chorych. Dane dotyczące rubryk od 1 do 6 miała wypełniać więzienna służba zdrowia. Rubrykę 7 wypełniały referaty penitencjarne i dostarczały materiał więziennej służbie zdrowia, która po przeanalizowaniu wyciągała odpowiedni

²⁵⁹ Pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 24 grudnia 1960 r. adresowane do naczelników centralnych więzień oraz wojewódzkich inspektorów więziennej służby zdrowia, Archiwum Akt Nowych w Warszawie (dalej: AAN), zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/60, k. 390.

wniosek i wpisywała go do rubryki 7. Zaś dane dotyczące rubryk 8-9 przekazywały więziennej służbie zdrowia działu rozmieszczenia i ewidencji²⁶⁰. Co najmniej raz na trzy miesiące, więźniowie alkoholicy mieli mieć zapewnione okresowe badania specjalistyczne wykonywane przez psychiatrę lub neurologa. Na 10 dni przed spodziewanym opuszczeniem zakładu karnego, należało powiadomić właściwe dla miejsca zamieszkania zwalnianego więźnia alkoholika przychodnie przeciw alkoholowe względnie również wojewódzkie komitety przeciwalkoholowe, zwracając się do nich z jednoczesną prośbą, by informowały, czy zwolnieni więźniowie zostali przez nie objęci opieką lub leczeniem. Całość akcji wychowawczo-leczniczej w stosunku do alkoholików miała koordynować więzienna służba zdrowia przy współpracy z działem penitencjarnym²⁶¹.

Podstawową formą rehabilitowania skazanych alkoholików miało być ich zatrudnienie i szkolenie zawodowe. Pismo zobowiązywało kierowników centralnych więzień do powiadamiania poradni przeciwalkoholowych społecznej służby zdrowia o konieczności objęcia zwalnianych skazanych specjalistycznym leczeniem odwykowym.

Działalność przeciwalkoholowa wprowadzona została w zakładach karnych w 1961 r. na podstawie zaleceń Centralnego Zarządu Więziennictwa. Początkowo działalność ta przybierała formy akcji uświadamiającej, natomiast od 1963 r. zaczęły powstawać oddziały dla więźniów alkoholików w zakładach karnych w: Łodzi, w Nowym Sączu, Katowicach, Szczecinie i we Wrocławiu²⁶². Były to dość zróżnicowane działania: odczyty, prelekcje, kolportaż broszur i ulotek, itp. Natomiast pierwszy eksperymentalny ambulatoryjny oddział leczenia odwykowego przy ośrodku pracy więźniów w Łodzi-Sikawie powstał w lutym 1963 r. na mocy zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. Warto nadmienić, że 24 listopada 1962 r. Departament Ustawodawczy przedłożył do podpisu oprócz projektu zarządzenia w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia

²⁶⁰ Pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 24 grudnia 1960 r. adresowane do naczelników centralnych więzień oraz wojewódzkich inspektorów więziennej służby zdrowia, AAN w Warszawie, zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/60, k. 392.

²⁶¹ Pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 24 grudnia 1960 r. adresowane do naczelników centralnych więzień oraz wojewódzkich inspektorów więziennej służby zdrowia, AAN w Warszawie, zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/60, k. 395.

²⁶² H. Klimecki, *Metody i formy leczenia alkoholików w warunkach zakładów karnych*, „Alkoholologia Łódzka” 1971, nr 1, s. 36.

odwykowego więźniów alkoholików w Sikawie także tymczasową instrukcję Dyrektora CZW w sprawie zasad działania Oddziału dla Więźniów Alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie oraz zakresu i metody pracy personelu tego oddziału²⁶³.

Stosowne Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie zostało wydane w oparciu o zalecenia działającej wówczas Stałej Komisji Rady Ministrów do Spraw Walki z Alkoholizmem z dnia 9 października 1962 r. Zgodnie z Zarządzeniem oddział dla więźniów alkoholików miał zostać utworzony 15 grudnia 1962 r. przy izbie chorych w ośrodku pracy więźniów w Sikawie (§1)²⁶⁴. Do oddziału kierowano więźniów alkoholików, u których stwierdzono występowanie alkoholizmu przewlekłego lub nałogowego i jednocześnie pozostało im do odbycia nie mniej niż 8 tygodni kary pozbawienia wolności. Aby można było prowadzić oddziaływania lecznicze lub rehabilitacyjne konieczna była pisemna zgoda skazanego²⁶⁵. Oddział dysponował 50 miejscami dla skazanych alkoholików odbywających krótkoterminowe kary wymierzone na mocy przepisów ww. ustawy przeciwalkoholowej z grudnia 1959 r.²⁶⁶

W psychoterapii indywidualnej posługiwano się „techniką psychagogiki (rozumowa terapia na jawie) i sugestii pośredniej”²⁶⁷, przy czym szczególne znaczenie przypisywano pierwszej i ostatniej rozmowie ze skazanym. Ze względu na to, że w przypadku alkoholika – skazanego bardzo często występuje negatywne nastawienie do leczenia i leczących. Stąd też podstawą przyjęcia do leczenia w Zakładzie Karnym w Łodzi-Sikawie była pisemna zgoda skazanego i rozmowa z pacjentem w zakresie podstawowych założeń leczenia anticolem²⁶⁸. Kwalifikowanie więźniów na oddział dla więźniów alkoholików było dokonywane na podstawie

²⁶³ Notatka U.III. 170/134/62 dla Obywatela Ministra Walczaka z dnia 24 listopada 1962 r., AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812.

²⁶⁴ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie, AAN w Warszawie, zespół nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 3.

²⁶⁵ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie, AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 3; oraz [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 86.

²⁶⁶ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008...*, s. 429.

²⁶⁷ H. Klimecki, op. cit., s. 37.

²⁶⁸ Ibidem, s. 37.

wniosku lekarza psychiatry (§2)²⁶⁹. Przy kwalifikowaniu do oddziału brano pod uwagę badania osobopoznawcze, wywiad środowiskowy, rodzaj przestępstwa oraz fakt popełnienia go w związku z nadużywaniem alkoholu, opinię poradni przeciwalkoholowej, jeżeli skazany był w niej zarejestrowany oraz wymiar kary pozostałej skazanemu do odbycia. Okres leczenia zależał od czasu pobytu w zakładzie i trwał średnio od 2 do 3 miesięcy. Stosowano takie środki, jak psychoterapia indywidualna, grupowa i środowiskowa, praca świetlicowo-oświatowa, terapia przez pracę oraz terapia farmakologiczna polegająca na podawaniu środków psychotropowych ogólnie wzmacniających działanie anticolu²⁷⁰.

W skład personelu specjalistycznego oddziału dla więźniów alkoholików w Sikawie wchodził:

- a) kierownik oddziału /lekarz psychiatra/, powołany przez komendanta ośrodka pracy więźniów w Sikawie na wniosek kierownika izby chorych w porozumieniu z wojewódzkim inspektoratem więziennej służby zdrowia w Łodzi,
- b) psycholog,
- c) lekarz konsultant internista,
- d) felczer lub pielęgniarka,

Natomiast personel wychowawczy oddziału stanowiło: dwóch starszych wychowawców i dwóch oddziałowych. Personel oddziału był powoływany przez komendanta ośrodka pracy więźniów w Sikawie na wniosek kierownika oddziału uzgodniony z kierownikiem izby chorych oraz kierownikami właściwych oddziałów służb (§ 3)²⁷¹.

Należy dodać i zgodzić się, ze zdaniem osób, które prowadziły oddziaływania specjalistyczne ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu, że „tylko współpraca wszystkich ogniw służby przeciwalkoholowej stwarza największą szansę na powodzenie

²⁶⁹ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie, AAN w Warszawie, zespół nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 3; oraz [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, *Zbiór ważniejszych aktów prawnych dotyczących problematyki penitencjarnej. Część pierwsza*, Warszawa 1966, s. 86.

²⁷⁰ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956–200...*, s. 429.

²⁷¹ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie, AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 3-4 oraz J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 87.

w walce z tym groźnym zjawiskiem”²⁷². W związku z tym Dyrektor Centralnego Zarządu Więziennictwa, opierając się na doświadczeniu uzyskanym w toku pracy oddziału dla więźniów alkoholików, przedstawił w ciągu 6 miesięcy projekt niezbędnych zmian regulaminu więziennego dla oddziału oraz wnioski w sprawie zorganizowania podobnych oddziałów w innych zakładach karnych (§5)²⁷³.

Natomiast w przedłożonej 24 listopada 1962 r. tymczasowej instrukcji Dyrektora CZW w sprawie zasad działania Oddziału dla Więźniów Alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie oraz zakresu i metody pracy personelu tego oddziału wynika, że kierowanie więźniów alkoholików na leczenie do Oddziału odbywa się przy współpracy więziennej służby zdrowia i działów: penitencjarnego oraz rozmieszczenia i ewidencji. Stwierdzono też, że klasyfikacja więźniów alkoholików ma być dokonywana zgodnie z kryteriami wymienionymi w §2 Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. Po zakwalifikowaniu przez Kierownika Izby Chorych kandydata na leczenie wyznaczano termin przyjęcia go nie krótszy niż 8 tygodni przed ukończeniem kary. Na szczególne podkreślenie zasługuje opis personelu wychowawczego, który powinien, zgodnie z instrukcją, odznaczać się „opanowaniem, cierpliwością, łagodnością oraz konsekwencją”²⁷⁴. Ponadto powinien posiadać pewien zasób wiadomości z zakresu psychologii i stale uzupełniać swoją wiedzę z tej dziedziny, korzystając z pomocy personelu specjalistycznego. Do zakresu zadań wychowawcy, oprócz wymienionych w Zarządzeniu Nr 18 Dyrektora CZW z dnia 25 lutego 1958 r. należało m.in.: omawianie z psychiatrą i psychologiem wniosków z obserwacji odnośnie zachowania się więźniów; zwracanie szczególnej uwagi w czasie obserwacji więźnia na ewentualne występowanie wzmożonej pobudliwości, drażliwości, chwiejności uczuciowej, itp.; obserwowanie więźniów w czasie ich zatrudnienia i odnotowywanie w karcie indywidualnej swych obserwacji z ich pracy; prowadzenie biblioteki Oddziału; prowadzenie zajęć kulturalno-oświatowych; udzielanie pomocy postpenitencjarnej więźniom i ich rodzinom.

²⁷² H. Klimecki, op. cit., s. 40.

²⁷³ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie, AAN w Warszawie, zespół nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 4 oraz J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 88.

²⁷⁴ Tymczasowa instrukcja Dyrektora CZW w sprawie zasad działania Oddziału dla Więźniów Alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie oraz zakresu i metody pracy personelu tego oddziału, AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 24.

Zwracano też uwagę, że praca więźniów powinna być traktowana jako środek terapeutyczny oraz powinna być, w miarę możliwości, odpłatna.

W stosunku do więźniów przebywających na Oddziale należało w szerokim zakresie stosować psychoterapię i zajęcia świetlicowe na Oddziale oraz terapię zajęciową w oddzielnych grupach roboczych. Farmakologiczne leczenie polegać miało w pierwszym rzędzie na stosowaniu, zależnie od potrzeby, środków tonizujących i witamin. Więźniom wyrażającym na to zgodę zamierzano podawać anticol w ciągu ostatnich 8-10 dni pobytu²⁷⁵.

Zgodnie z postanowieniami końcowymi wymienionej instrukcji Naczelnik Centralnego Więzienia w Łodzi miał przedstawić wnioski w sprawie zmian regulaminu więziennego w odniesieniu do więźniów skierowanych do leczenia w Oddziale. W oparciu o doświadczenia z pracy w Oddziale miały być tworzone podobne oddziały w innych zakładach karnych²⁷⁶.

Drugi eksperymentalny oddział leczenia odwykowego – typu klinicznego, nie ambulatoryjnego²⁷⁷ powstał już w grudniu 1963 r. przy szpitalu okręgowym Centralnego Więzienia nr 1 we Wrocławiu. Dysponował 20 łózkami przeznaczonymi dla skazanych mężczyzn i kobiet odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności²⁷⁸.

Doświadczenia zgromadzone podczas funkcjonowania eksperymentalnych oddziałów odwykowych (zarówno ambulatoryjnych, jak i klinicznych) pozwoliły na doskonalenie kolejnych placówek przeznaczonych dla więźniów uzależnionych.

Stosowne zarządzenie w sprawie leczenia odwykowego więźniów alkoholików w zakładach karnych nr 62 Dyrektora CZW wydano 30 grudnia 1964 r.²⁷⁹ Dzięki niemu doszło do ujednoczenia zasad i trybu organizowania uproszczonego leczenia wymienionej grupy skazanych. Leczenie odwykowe więźniów alkoholików przeprowadzano w zakładzie karnym, w którym możliwe było wykonanie

²⁷⁵ Tymczasowa instrukcja Dyrektora CZW w sprawie zasad działania Oddziału dla Więźniów Alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie oraz zakresu i metody pracy personelu tego oddziału, AAN w Warszawie, zespół nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 24-27.

²⁷⁶ Tymczasowa instrukcja Dyrektora CZW w sprawie zasad działania Oddziału dla Więźniów Alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie oraz zakresu i metody pracy personelu tego oddziału, AAN w Warszawie, zespół nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812, k. 27.

²⁷⁷ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 32.

²⁷⁸ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956-2008...*, s. 429 - 430.

²⁷⁹ Zarządzenie nr 62 Dyrektora CZW wydano 30 grudnia 1964 r. w sprawie leczenia odwykowego więźniów alkoholików w zakładach karnych, AAN w Warszawie, zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/33 oraz J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 89-93.

odpowiednich badań laboratoryjnych (§1). W przypadku zastosowania instytucji warunkowego przedterminowego zwolnienia Zarządzenie nakładało na skazanego obowiązek kontynuowania leczenia odwykowego po opuszczeniu zakładu karnego (§3). Typowanie więźniów alkoholików do leczenia odwykowego miało odbywać się w wyniku współdziałania działów rozmieszczenia i ewidencji oraz służby zdrowia. Dział rozmieszczenia i ewidencji przekazywał służbie zdrowia wykazy więźniów skazanych na podstawie ustawy o zwalczaniu alkoholizmu, lub takich u których stwierdzono, że popełnili przestępstwo w związku z nadużywaniem alkoholu. Z kolei dział penitencjarny przekazywał służbie zdrowia nazwiska tych więźniów, którzy sami zgłosili się do leczenia i na podstawie rozmów, obserwacji oraz korespondencji stwierdzono, że na wolności nadużywali alkoholu (§ 4 ust. 1). Decyzję o leczeniu podejmował lekarz w oparciu o wywiad chorobowy i przeprowadzone badania lekarskie (§ 5 ust. 1). Podstawowymi metodami leczenia odwykowego miało być:

- leczenie farmakologiczne,
- psychoterapia indywidualna i grupowa,
- terapia zajęciowa.

Terapia farmakologiczna miała obejmować środki tonizujące i ogólnie wzmacniające. Poza tym wykorzystywano kąpiele, natryski, gimnastykę i ruch na świeżym powietrzu. Ponadto w ciągu ostatnich 14-21 dni pobytu w zakładzie karnym podawano skazanym, którzy wyrazili na to pisemną zgodę anticol. Przebieg i wynik leczenia należało w miarę potrzeby konsultować z właściwymi terenowo poradniami przeciwalkoholowymi (§ 6 ust. 1 i 2). W chwili zakończenia wykonywania kary wydawano skazanemu skierowanie do poradni przeciwalkoholowej w celu dalszego leczenia. W uzasadnionych przypadkach naczelnik zakładu karnego występował do komisji społeczno-lekarskiej o zastosowanie przymusowego leczenia w zakładach społecznej służby zdrowia (§9). Popularyzowano też w zakładach karnych przeciwdziałanie alkoholizmowi, które obejmowało wszystkich skazanych (§10)²⁸⁰.

Należy dodać, że zdaniem Adam Kwiecińskiego zarządzenie nr 62 Dyrektora CZW z 1964 r. wprowadziło też uproszczone i zawężone leczenie odwykowe skazanych, które polegało na odstąpieniu od terapeutycznego podawania leczonym

²⁸⁰ Zarządzenie nr 62 Dyrektora CZW wydano 30 grudnia 1964 r. w sprawie leczenia odwykowego więźniów alkoholików w zakładach karnych, AAN w Warszawie, zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/33, k. 214-217 oraz J. Petrykowski, P. Wierzbicki, op. cit., s. 89-93.

alkoholu. Ówczesne władze penitencjarne, w opinii Adama Kwiecińskiego nie były „jeszcze gotowe na podejmowania głębszych zmian w tym obszarze”²⁸¹. W zakładach karnych nie stosowano awersyjnych metod leczenia odwykowego, natomiast pacjent otrzymywał anticol, ale bez prób interakcji z alkoholem²⁸².

Kolejna jednostka leczenia odwykowego powstała w Wojewódzkim Areszcie Śledczym w Łodzi. Już od 1 stycznia 1964 r. (oddanym do użytku w 1964 r.) skazani uzależnieni od alkoholu, zaraz po przybyciu, byli poddawani intensywnemu leczeniu odtruwającemu, jak też leczeniu mającemu na celu poprawę stanu zdrowia. Działania te były czynione jeszcze przed wydaniem pierwszego aktu normatywnego o charakterze wewnętrznym dotyczącym działalności przeciwalkoholowej we wszystkich zakładach penitencjarnych. Po ukazaniu się zarządzenia nr 62 Dyrektora CZW z 30 grudnia 1964 r.²⁸³ Wojewódzki Areszt Śledczy w Łodzi uwzględniając jego treść, od 1 stycznia 1964 r. do 30 września 1970 r. przyjął 2201 alkoholików i objął ich leczeniem odwykowym. Skazani poddani leczeniu odwykowemu pozostawali „w normalnych warunkach odbywania kary» (wyjątek stanowili jedynie alkoholicy ujawniający zaburzenia psychiczne kwalifikujące się do leczenia w zakładzie zamkniętym, kierowano ich do przywieziennego szpitala psychiatrycznego) i „podlegają regulaminowi więziennemu” przy czym zatrudnienie, zajęcia kulturalno-oświatowe, stosowanie kar i ulg miało być konsultowane z lekarzem i uwzględniać potrzeby leczniczo-wychowawcze”²⁸⁴. W ciągu 6 lat obserwowania objętych leczeniem skazanych alkoholików w Wojewódzkim Areszcie Śledczym w Łodzi, stwierdzono, co jest szczególnie znamienne, że najczęstszymi przyczynami powrotu do nałogu po opuszczeniu zakładu karnego jest: „- niepodjęcie natychmiast pracy, powrót do środowiska lub rodziny, która przyczynia się do nadużywania alkoholu, brak stałego zamieszkania, brak pieniędzy i odzieży, niekontynuowanie leczenia w poradniach przeciwalkoholowych, brak odporności psychicznej i zaradności”²⁸⁵. Należy też uznać, że ważną przyczyną powrotu do nałogu był brak woli poddania się leczeniu przeciwalkoholowemu. Ponadto, jak wynika z przywołanych badań niewielu skazanych kontynuowało rozpoczęte w warunkach zakładu karnego leczenie

²⁸¹ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności ...*, s. 32.

²⁸² Ibidem, s. 430.

²⁸³ Ibidem, s. 430.

²⁸⁴ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008...*, s. 430.

²⁸⁵ M. Sujka, *Najczęstsze przyczyny powrotu do nałogu u alkoholików przebywających w Wojewódzkim Areszcie Śledczym w Łodzi* „Alkoholologia Łódzka” 1971, nr 1, s. 46.

odwykowe. Większość, mimo że była uprzedzana jakie są skutki „picia alkoholu i przyjmowania anticolu, urządzają »libację powitalną« już w pierwszym dniu przebywania na wolności...”²⁸⁶, z tego powodu stan somatyczny, psychiczny, wygląd zewnętrzny skazanych uzależnionych od alkoholu był coraz gorszy. Stąd też w celu zapobieżenia powrotowi do nałogu postulowano organizację zakładu pracy typu chronionego, hoteli robotniczych i poradni o charakterze postpenitencjarnym²⁸⁷.

Ówczesne doświadczenia dotyczące leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu odbywających karę pozbawienia wolności były kontynuowane w następnych latach.

W kwestii postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu ważne było zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z 7 lutego 1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności²⁸⁸. W § 45 ust. 1 wymienionego regulaminu zawarto obowiązek poddania się przez skazanego uzależnionego od alkoholu leczeniu odwykowemu. Na podstawie przywołanego przepisu Dyrektor Centralnego Zarządu Więziennictwa wydał Zarządzenie Nr 1 z dnia 10 stycznia 1967 r. regulujące szczegółowe zasady leczenia odwykowego w zakładach karnych²⁸⁹. Zgodnie z wydanym Zarządzeniem leczeniem odwykowym obejmowano więźniów, u których stwierdzono „alkoholizm nałogowy i przewlekły”. Leczenie odwykowe więźniów alkoholików przeprowadzano w zakładach karnych, w których istniały warunki do wykonywania badań laboratoryjnych umożliwiających ustalenie ewentualnych przeciwwskazań do leczenia anticolom (§1 i 2), co było zmianą dotychczasowej koncepcji leczenia farmakologicznego. Natomiast potrzymano założenie, że do leczenia odwykowego kieruje się więźniów na podstawie akt sądowych, badań lekarskich, obserwacji wychowawców, badań psychologów, wywiadów i innych danych (§3)²⁹⁰. O zakwalifikowaniu więźnia alkoholika do leczenia odwykowego decydował lekarz więzienny w porozumieniu z wychowawcą, a w miarę możliwości i z psychologiem (§3 ust. 4). Więźniowie alkoholicy zakwalifikowani do leczenia mieli

²⁸⁶ Ibidem, s. 42.

²⁸⁷ Ibidem, s. 43.

²⁸⁸ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności, Dziennik Urzędowy Ministerstwa Sprawiedliwości z 1966 r. nr 2, poz. 12.

²⁸⁹ Zarządzenie Nr 1/67/CZW z 10.1.1967 r. w sprawie zasad i form leczenia odwykowego choroby alkoholowej u więźniów w zakładach karnych, AAN w Warszawie, zespół nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/37, k. 5-10.

²⁹⁰ Ibidem, k. 5.

być objęci dwiema formami leczenia odwykowego: leczeniem typu ambulatoryjnego i leczeniem typu szpitalnego (§5).

Leczenie typu ambulatoryjnego polegało na:

- psychoterapii indywidualnej,
- psychoterapii grupowej (w grupach nie przekraczających 20 osób),
- terapii pracą,
- zajęciach kulturalno-oświatowych i wychowania fizycznego,
- terapii farmakologicznej polegającej na: przeprowadzeniu odtrucia organizmu i wyrównaniu stanu somatycznego oraz psychicznego pacjenta, jak też leczeniu wspomagającym, polegającym na podawaniu anticolu w oparciu o decyzję lekarza. Anticol miał być podawany w ciągu ostatnich 7-10 dni pobytu więźnia w zakładzie karnym (§ 6)²⁹¹.

Leczenie typu szpitalnego miało być prowadzone w wyznaczonych oddziałach leczenia odwykowego w zakładach karnych. Na leczenie szpitalne kierowano więźniów alkoholików:

- u których choroba alkoholowa przebiegała z powikłaniami somatycznymi i psychicznymi, a także tych
- u których istniały przeciwwskazania do stosowania anticolu i
- którzy mimo stosowania leczenia ambulatoryjnego nie „podchodzili krytycznie do nałogu i konieczności współdziałania w jego zwalczaniu” (§ 8)²⁹².

Zgodnie z decyzją Dyrektora Centralnego Zakładu Więziennictwa straciło moc Zarządzenie Nr 62 z dnia 30 grudnia 1964 r. w sprawie leczenia odwykowego więźniów alkoholików w zakładach karnych (§ 14)²⁹³.

W oparciu o przywołane Zarządzenie Nr 1 z 1967 r. i Regulamin wykonywania kary pozbawienia wolności z 1966 r. wprowadzono nowe przepisy o klasyfikacji skazanych, według stopnia demoralizacji i podatności na resocjalizację (§ 2)²⁹⁴.

Uznano bowiem, że klasyfikacja więźniów należy do zakresu działania tzw. komisji penitencjarnych zgodnie z zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 10 maja 1966 r. w sprawie organizacji i zakresu działania komisji penitencjarnych.

²⁹¹ Ibidem, k. 6-7.

²⁹² Ibidem, k. 10.

²⁹³ Ibidem, k. 10.

²⁹⁴ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.Urz. MS z 1966 r. nr 2, poz. 12).

Zarządzenie to weszło w życie 1 lipca 1966 r. Wydane zostało też Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 30 kwietnia 1966 r. w sprawie klasyfikacji więźniów. Klasyfikacja miała polegać na podziale więźniów na grupy i podgrupy klasyfikacyjne i na skierowaniu ich do właściwego zakładu karnego oraz na odpowiednim ich rozmieszczeniu wewnątrz tego zakładu. Celem klasyfikacji było zapobieganie wzajemnej demoralizacji więźniów, stworzenie warunków różnicowania rygorów odbywania kary pozbawienia wolności dla poszczególnych grup i podgrup klasyfikacyjnych więźniów oraz tworzeniu warunków dla stosowania względem więźniów zindywidualizowanych metod i środków pozytywnego oddziaływania. Przyjęta w wymienionym Zarządzeniu klasyfikacja więźniów została dokonana w myśl przepisów Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (§ 1-3)²⁹⁵.

Żadne jednak z wymienionych dwóch zarządzeń nie zostało ogłoszone ani w Dzienniku Ustaw, ani też w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Sprawiedliwości²⁹⁶. Ich analiza była możliwa dzięki pogłębionym poszukiwaniom w zbiorach archiwalnych przeprowadzonych w Archiwum Akt Nowych w Warszawie.

§ 3. INDYWIDUALIZACJA WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI W ŚWIETLE KODEKSU KARNEGO WYKONAWCZEGO Z 1969 R.

Po ustanowieniu regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności z 1966 r. i wprowadzeniu nowych przepisów o klasyfikacji skazanych według stopnia demoralizacji i podatności na resocjalizację, przyjęto 19 kwietnia 1969 r. pierwszy w historii Polski kodeks karny wykonawczy²⁹⁷.

Według Z. Hołdy Kodeks karny wykonawczy z 1969 r. „pomimo swoich słabych stron może być jednak uznany za akt prawny o charakterze nowatorskim i precedensowym także w skali międzynarodowej. (...) stworzył podstawę do ukształtowania się prawa karnego wykonawczego jako samodzielnej gałęzi prawa,

²⁹⁵ Zarządzenie Nr 34/66 CZW Ministra Sprawiedliwości z dnia 30 kwietnia 1966 r. w sprawie klasyfikacji więźniów, AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 1/271, k. 87.

²⁹⁶ E. Merz, *Rozważania z zakresu praworządności wykonania kary pozbawienia wolności*, „Palestra” 1968, nr 12/9(129), s. 32.

²⁹⁷ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1969, nr 13, poz. 98); W dniu 19 kwietnia 1969 r. doszło do uchwalenia trzech kodeksów: kodeksu karnego, kodeksu postępowania karnego i kodeksu karnego wykonawczego; M. Melezini, *Punitivność wymiaru sprawiedliwości...*, s. 107.

obok prawa karnego materialnego i prawa karnego procesowego”²⁹⁸. Natomiast J. Migdał uważa, że uchwalenie kodeksu karnego wykonawczego oznaczało „realizację postulatów E. S. Rappaporta, by przepisy normujące wykonanie kar i innych środków penalnych wyodrębnić w osobnym kodeksie”²⁹⁹. Zaś S. Lelental stwierdził nawet, że: „Uchwalenie kkw jest niewątpliwie faktem historycznym o doniosłym znaczeniu”, co podkreślił jako ostatni z uczniów prof. E. S. Rappaporta i dodał, że było to spełnienie jego oczekiwań związanych z potrzebą wyodrębnienia „przepisów, regulujących wykonywanie kar i innych środków penalnych, w samodzielny akt prawny rangi ustawowej i nadania mu nazwy Kodeks”³⁰⁰.

Kodeks karny wykonawczy z 1969 r. w art. 39 § 1 przewidywał podział zakładów karnych na więzienia, ośrodki pracy dla więźniów, zakłady karne przejściowe, zakłady karne dla młodocianych, zakłady karne dla recydywistów, a także zakłady karne dla więźniów wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych. Zastosowana selekcja skazanych została wprowadzona według najczęściej stosowanych kryteriów: przedmiotowych i podmiotowych. Kryteria przedmiotowe to: wiek, płeć, poprzednia karalność, wysokość orzeczonej kary i czas pozostały do jej odbycia, rodzaj i charakter przestępstwa. Podmiotowe kryteria dotyczą osobowości skazanego i stanowią element oceny. Są to: stopień demoralizacji i podatność na resocjalizację stan zdrowia psychicznego itp.³⁰¹ (kryteria te są wymienione w art. 44 § 2 i 3 kkw z 1969 r.³⁰²). Zgodnie z przyjętymi kryteriami skazani byli kierowani do właściwego zakładu karnego z jednoczesnym określeniem odpowiedniego rygoru wykonywania kary. Klasyfikacja ta służyła zasadniczemu celowi, którym było indywidualizowanie wykonywania kary na podstawie indywidualnych cech skazanego³⁰³.

Decyzję dotyczącą klasyfikacji skazanych podejmowała komisja penitencjarna (art. 42 §2 kkw), której postanowienie mógł uchylić lub zmienić sąd penitencjarny, jeżeli decyzja komisji penitencjarnej była sprzeczna z prawem lub zasadami polityki

²⁹⁸ Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Gdańsk 2005, s. 11-12.

²⁹⁹ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956-2008 ...*, s. 26.

³⁰⁰ S. Lelental, *Początki, rozwój i stan obecny ustawodawstwa o wykonywaniu kar i innych środków prawnokarnej reakcji na przestępstwo w Polsce w latach 1918-2015*, [w:] *Nil nisi veritas. Księga dedykowana Profesorowi Jackowi Matuszewskiemu*, red. M. Głuszak, D. Wiśniewska-Jóźwiak, Łódź 2016, s. 562, <http://dx.doi.org/10.18778/8088-187-7.37> (data wejścia: 16.04.2020).

³⁰¹ P. Wierzbicki, op. cit., s. 78.

³⁰² Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1969 nr 13, poz. 98).

³⁰³ S. Lelental, *Początki, rozwój i stan obecny ustawodawstwa...*, s. 220; <http://dx.doi.org/10.18778/8088-187-7.37> (data wejścia: 16.04.2020).

penitencjarnej (art. 42 §2 kkw). Równocześnie zgodnie z art. 42 §3 kkw sędzia penitencjarny lub prokurator mógł też wstrzymać wykonanie decyzji komisji penitencjarnej³⁰⁴. Obok ogólnych kryteriów kwalifikacyjnych ważną rolę w zakresie przestrzeni dla decyzji komisji penitencjarnej w tej kwestii odgrywają przesłanki podmiotowe. Wśród nich uwagę zwracają „właściwości osobiste” (art. 88a § 2 kkw). Przesłanka ta nawiązuje bezpośrednio do cech biologicznych skazanego (tj. stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, nałogów, uzależnienia), jego charakteru i osobowości. Równocześnie zmienna może być skala oceny tych wartości, stąd też ich interpretacja wymaga doświadczenia życiowego, dłuższych obserwacji, a nawet fachowej wiedzy³⁰⁵. Skazany bowiem może zmylić swoim zachowaniem pozorowanym³⁰⁶.

Można stwierdzić, że zakłady dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych były swego rodzaju pierwowzorem systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności³⁰⁷.

Przepisy Kodeksu karnego wykonawczego z 1969 r. nie zawierały norm odnoszących się bezpośrednio do skazanych uzależnionych od alkoholu. Natomiast w art. 61 kkw z 1969 r. przewidywano obowiązek poddania skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności przymusowemu leczeniu odwykowemu zarządnemu przez lekarza. W razie odmowy istniała możliwość zastosowania wobec skazanego przymusu bezpośredniego³⁰⁸. Warto nadmienić, że obowiązek powstrzymywania się od nadużywania alkoholu oraz poddania się leczeniu mógł także być realizowany w oparciu o środki skutkujące ograniczeniem wolności określone w Kodeksie karnym z dnia 19 kwietnia 1969, takimi jak: dozór ochronny nad warunkowo skazanym (art. 75 §2 pkt 6 i 7) i warunkowo przedterminowo zwolnionym (art. 94) oraz nadzór ochronny nad recydywistą (art. 63 §3, pkt 4 i 5)³⁰⁹.

Reasumując, w okresie II Rzeczypospolitej w polskim systemie penitencjarnym, kluczowym elementem była tendencja do indywidualizacji

³⁰⁴ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1969, nr 13, poz. 98).

³⁰⁵ S. Paweła, *O czynnikach prognostycznych przy warunkowym zwolnieniu*, „Nowe Prawo” 1972, nr 9-10, s. 70-71.

³⁰⁶ Ibidem, s. 72.

³⁰⁷ J. Konikowska-Kuczyńska, op. cit., s.17.

³⁰⁸ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1969 nr 13, poz. 98).

³⁰⁹ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz.U. 1969 nr 13, poz. 94).

wykonywania kary pozbawienia wolności. Rozwój tego kierunku przerwała II wojna światowa i przełom ustrojowy w Polsce po jej zakończeniu.

W pierwszych dziesięciu latach po zakończeniu II wojny światowej w zasadzie nie istniała w Polsce żadna koncepcja penitencjarna.

Nowy etap rozwoju postępowania ze skazanymi zaczął się dopiero w 1956 r., kiedy to doszło do tzw. odwilży politycznej i likwidacji Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego oraz wprowadzenia nowych regulacji prawnych, m.in. nowego regulaminu więziennego (1955 r. oraz Ustawy z 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu.

Niebagatelne też znaczenie miały regulacje prawne związane z uchwaleniem w 1955 r. pod auspicjami Organizacji Narodów Zjednoczonych Reguł Minimalnych, które za nadrzędny cel wykonywania kary pozbawienia wolności uznawały resocjalizację. Równocześnie przyjęto, że podstawowym warunkiem osiągnięcia pozytywnych efektów resocjalizacyjnych jest szeroka indywidualizacja środków i metod postępowania penitencjarnego. Od 1963 roku zaczęto nawet działalność profilaktyczną tworząc eksperymentalne ambulatoryjne oddziały leczenia odwykowego. Był to moment przełomowy dla specjalistycznej terapii odwykowej, mimo że nie miał charakteru systemowego, a raczej akcyjny.

Pierwszym aktem normatywnym mającym charakter wewnętrzny dotyczącym działalności przeciwalkoholowej we wszystkich zakładach penitencjarnych było Zarządzenie Nr 62 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z 30 grudnia 1964 r.

Resocjalizacja oraz indywidualizacja środków i metod oddziaływania penitencjarnego, po wprowadzeniu Kodeksu karnego wykonawczego z 1969 r. oraz po zmianach zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności dokonanych Zarządzeniem z 12 grudnia 1969 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności, wraz z Zarządzeniem z 30 kwietnia 1966 r. w sprawie klasyfikacji skazanych, stały się teoretycznie naczelnym zadaniem postępowania penitencjarnego. Klasyfikacji skazanych, przypisano główną rolę w uruchamianiu indywidualizacji i jej ukierunkowania. Klasyfikacja bowiem miała na celu zapobieganie wzajemnej demoralizacji więźniów, stworzenie warunków różnicowania rygorów odbywania kary pozbawienia wolności dla poszczególnych

grup i podgrup klasyfikacyjnych więźniów oraz stworzenie warunków dla stosowania względem więźniów zindywidualizowanych metod i środków pozytywnego oddziaływania (§1 ust. 2)³¹⁰. Zgodnie z zarządzeniem więźniów dzielono na trzy grupy klasyfikacyjne, w ramach których dokonywano podziału na podgrupy. Wyróżniono grupy klasyfikacyjne „P”, „R”, „M”. Więźniów, którzy popełnili przestępstwo pod wpływem alkoholu zaliczono do grupy klasyfikacyjnej „P” (podzielonej na podgrupy od 1 do 4), podgrupy – „2”. W grupie tej znaleźli się skazani pozbawieni wolności za przestępstwa umyślne, świadczące o znacznym stopniu ich wykolejenia społecznego, zwłaszcza gdy przestępstwo zostało popełnione w sposób okrutny albo przy użyciu przemocy lub gwałtu, broni lub innego niebezpiecznego narzędzia albo groźby ich użycia, bądź też przestępstwo znęcania się nad członkiem rodziny albo osobą pozostającą w stosunku zależności od sprawcy zostało popełnione pod wpływem alkoholu (§5 lit. c)³¹¹.

Równocześnie w myśl w/w zarządzenia, przy rozmieszczaniu więźniów w zakładach karnych (w oddziałach i w celach) należało, poza podziałem na grupy i podgrupy klasyfikacyjne, uwzględniać: wiek i stan zdrowia więźniów, rodzaj i czas zatrudnienia oraz szkolenia, niebezpieczeństwo demoralizującego wpływu na innych więźniów, postęp w procesie reedukacji, oraz potrzeby oddziaływania wychowawczego (§ 17, ust. 1)³¹².

Zarządzenie z 30 kwietnia 1966 r. w sprawie klasyfikacji skazanych, w tym więźniów, którzy popełnili przestępstwo pod wpływem alkoholu było szczególnie ważne, zwłaszcza w kontekście prowadzonych rozważań, ponieważ Kodeks karny wykonawczy nie zawierał norm odnoszących się bezpośrednio do skazanych uzależnionych od alkoholu. Natomiast zgodnie z art. 61 kkw z 1969 r. obowiązek poddania leczeniu odwykowemu skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności mógł zarządzić lekarz więzienny. Odmowa takiego leczenia mogła skutkować zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego.

Należy podkreślić, że Kodeks karny wykonawczy z 1969 r. stał się wyrazem daleko idącej indywidualizacji wykonania kary pozbawienia wolności. Kolejny przełom ustrojowy, który dokonał się w Polsce po roku 1989 stał się podstawą do

³¹⁰ Zarządzenie nr 34/66/CZW Ministra Sprawiedliwości z dnia 30 kwietnia 1966 r. w sprawie klasyfikacji więźniów, AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 1/271, k. 87.

³¹¹ Ibidem, k. 88.

³¹² Ibidem, k. 93.

budowania nowych regulacji w zasadzie w każdej dziedzinie życia społecznego, a więc także w badanym tu obszarze prawa karnego wykonawczego, co może być przedmiotem odrębnych, pogłębionych rozważań.

§ 4. POSTĘPOWANIE ZE SKAZANYMI UZALEŻNIONYMI OD ALKOHOLU W LATACH 1970–1998

Model oddziaływań penitencjarnych ukształtowany między 1956 a 1969 r. w latach 1974–1985 ewoluował na rzecz modelu represyjno-izolacyjnego. W celu jego złagodzenia zalecano doskonalenie pracy osobopoznawczej, oświatowo-wychowawczej, lepszy dobór tematyki zajęć i prelekcji oraz poszukiwanie nowych form oddziaływań na skazanych. Na plan dalszy zeszła nie tylko resocjalizacja, lecz także oddziaływania mające na celu pomoc w readaptacji społecznej skazanym opuszczającym zakłady karne. Wskutek tego skazany często wychodził z zakładu karnego w „społeczną pustkę”, bez szans na odbudowę utraconych w wyniku pobytu w zakładzie karnym więzi społecznych, niezbędnych do funkcjonowania zgodnego z normami społecznymi i prawnymi³¹³.

Można przyjąć, że oddziaływania wychowawczo-readaptacyjne zeszły na plan dalszy, ponieważ model oddziaływań penitencjarnych uległ wyraźnemu upolitycznieniu. Wskazuje na to m.in. fakt, że Komentarz wprowadzający do tymczasowego regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności z roku 1974³¹⁴ w uwagach wstępnych odwołuje się do uchwały VI Zjazdu PZPR, w której nakazano, by: „w interesie przeważającej większości naszego narodu, z całą surowością prawa i konsekwencją eliminować z życia społecznego przejawy przestępczej działalności, naruszenia mienia społecznego i osobistego obywateli, alkoholizm, wybryki chuligańskie, wandalizm i brutalność. Organy porządku publicznego i wymiaru sprawiedliwości powinny zdecydowanie i konsekwentnie zwalczać nadużycia i przestępstwa wymierzone przeciwko własności społecznej oraz wszelkie czyny godzące w żywotne interesy państwa i obywateli”³¹⁵.

³¹³ P. Stępnia, *Przemiany w polskim więziennictwie, a model oddziaływań penitencjarnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 62-83, s. 81-82.

³¹⁴ *Komentarz wprowadzający do tymczasowego regulaminu wykonania kary pozbawienia wolności. Centralny Zarząd Zakładów Karnych*, Warszawa 1974.

³¹⁵ P. Stępnia, *Przemiany w polskim więziennictwie...*, s. 82.

Choć zalecano z całą surowością przeciwdziałać przestępczości, to jednak zgodnie z regulaminem wykonywania kary pozbawienia wolności z 1974 r.³¹⁶ (zastąpił regulamin z 1966 r.) do praktyki penitencjarnej wprowadzono po raz pierwszy kryteria klasyfikacji skazanych według stanu zdrowia. Zbieżnie z kryteriami przyjętej klasyfikacji rozbudowano jedynie oddziały dla alkoholików, mimo że w § 59 ustanowiono obowiązek leczenia odwykowego „skazanych, u których stwierdzono chorobowe uzależnienia od alkoholu lub inną chorobę wymagającą leczenia odwykowego, obejmuje się leczeniem odwykowym”³¹⁷.

Ponieważ już pierwszy rok stosowania tymczasowego regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności z 1974 r. uwidoczniał szereg jego mankamentów, począwszy od 1975 r. zaczęto go modyfikować przez wydanie szeregu wytycznych, np. w sprawie przeciwdziałania i zwalczania negatywnych zjawisk podkultury więziennej, czy też leczenia odwykowego skazanych.

Kodeks karny wykonawczy z 1969 r. oraz uchwała nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem³¹⁸ były podstawą zarządzenia wydanego przez Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych³¹⁹. Należy nadmienić, że Uchwała nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem, mimo że dotyczyła postępowania w warunkach wolnościowych i nie była bezpośrednio skierowana do skazanych uzależnionych od alkoholu, to jednak jej uregulowania zostały uwzględnione w zarządzeniu wydanym przez Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych, ponieważ m.in. prezydya wojewódzkie rad narodowych zostały zobowiązane do zorganizowania oddziałów szpitalnych do leczenia alkoholików (§ 2 ust. 1 p. 5), zaś Ministra Zdrowia i Opieki

³¹⁶ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z 25 stycznia 1974 r., w sprawie tymczasowego regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.Urz. MS, nr 2, poz. 6).

³¹⁷ A. Kwieciński, *Penitencjarny model postępowania z osobami uzależnionymi od środków odurzających i substancji psychotropowych*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, red. L. Bogunia, t. 15, Wrocław 2004, s. 332.

³¹⁸ Uchwała nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem, Monitor Polski 1972 nr 30, poz. 163.

³¹⁹ Zarządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych (Dz.Urz. MS 1975 nr 2, poz. 20).

Społecznej zobowiązano do zapewnienia kadr medycznych dla placówek leczenia odwykowego oraz zorganizowania szkolenia kadr (§ 2 ust. 3 p. 1)³²⁰.

W wyniku uwzględnienia wyżej wskazanych aktów prawnych zarządzenie wydane przez Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych wprowadziło szereg istotnych innowacji. Spośród nich na szczególną uwagę zasługuje fakt, że – leczeniem odwykowym objęto skazanych, u których stwierdzono chorobę alkoholową lub inną chorobę wymagającą takiego leczenia (§ 2)³²¹. Po drugie – doprowadzono do zmodyfikowania obowiązujących od 1967 r. form organizacyjnych leczenia odwykowego ustanawiając, że leczenie odwykowe prowadzi się w zorganizowanych w tym celu poradniach odwykowych lub oddziałach odwykowych (§ 1)³²². Poza tym, zarządzenie wyraźnie angażowało społeczną służbę zdrowia w leczeniu odwykowym skazanych, przewidując że zapewnienie poradniom odwykowym przy zakładach karnych odpowiedniego personelu medycznego, zaopatrzenie ich w niezbędny sprzęt, środki medyczne, oraz finansowanie wynagrodzeń personelu i kosztów działalności tych placówek ciąży na terenowo właściwych zespołach opieki zdrowotnej (§ 3 ust. 1-3). Ponadto przyjęto, że zakłady karne, w których powinny być zorganizowane poradnie, ustala naczelnik wojewódzkiego zarządu zakładów karnych w porozumieniu z właściwym terenowym organem administracji państwowej stopnia wojewódzkiego (§ 3 ust. 4). Szczegółową organizację działania poradni oraz oddziału odwykowego określono w załącznikach nr 1 (Regulamin poradni odwykowej w zakładzie karnym) i nr 2 (Regulamin oddziału odwykowego w zakładzie karnym)³²³.

Okres od 1975 r. do początków 1982 r. uznaje się za bardzo korzystny w kontekście rozwoju zaplecza materialnego, kadrowego i implementacji nowych rozwiązań w terapii odwykowej do więziennictwa³²⁴. Według A. Kwiecińskiego udało się wówczas „po raz pierwszy osiągnąć roczny pułap blisko 11 tysięcy skazanych

³²⁰ Uchwała nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem, Monitor Polski 1972 nr 30, poz. 163.

³²¹ Zarządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych (Dz. Urz. MS 1975 nr 2, poz. 20).

³²² Ibidem.

³²³ Zarządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych (Dz. Urz. MS 1975 nr 2, poz. 20).

³²⁴ T. Kolarczyk, *Skazani nadużywający alkoholu i uzależnieni od niego*, [w:] *Rozwój penitencjarystyki w PRL. Wybrane problemy*, red. P. Wierzbicki, Warszawa 1988, s. 262.

w terapii odwykowej, niedostępny później przez długi czas”³²⁵. Załamanie tego dobrego trendu nastąpiło na przełomie 1981 i 1982 r. z powodu zaabsorbowania więziennictwa zadaniami wynikającymi z wprowadzenia stanu wojennego oraz ogólnie pogarszającą się koniunkturą gospodarczą i właściwymi warunkami dla tego rodzaju oddziaływań. Ponadto nałożyły się na to trudności związane z wdrożeniem postanowień nowej ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r.³²⁶, która wraz z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. dotyczącym leczenia odwykowego skazanych³²⁷ wymusiła zreformowanie działalności przeciwalkoholowej więziennictwa. Więzienna służba zdrowia została zobligowana do przejęcia całości odwykowego lecznictwa poradnianego (§ 4 ust. 1). Mimo deklaracji władz o wsparciu w pozyskaniu kadry specjalistycznej lub w przeszkoleniu własnego personelu (§11) decyzja ta spowodowała zapaść tej formy terapii uzależnień w zakładach karnych. W tym kontekście formalne rozszerzenie leczenia odwykowego na tymczasowo aresztowanych i osadzonych nie przyniosło w rzeczywistości wzrostu osób uzależnionych objętych fachową pomocą w jednostkach penitencjarnych³²⁸.

W efekcie dokonanych zmian, według stanu na dzień 31 grudnia 1986 r. przy zakładach penitencjarnych było zorganizowanych 65 poradni, 6 oddziałów odwykowych i 19 oddziałów specjalnych. Łącznie z pododdziałami szpitalnymi – psychiatrycznym i detoksykacyjnym – stanowiło to 98 specjalistycznych placówek świadczących osadzonym uzależnionym od alkoholu fachową opiekę zdrowotną. Placówki te funkcjonowały przy ponad połowie podstawowych jednostek organizacyjnych i więziennictwa. Zdecydowana większość z nich została zorganizowana przy zakładach karnych dla recydywistów, przy czym funkcjonowały one we wszystkich jednostkach, w których odbywali karę recydywiści wielokrotni³²⁹.

Istotne zmiany w dziedzinie penitencjarystyki nastąpiły w 1989 r. po wydaniu przez Ministra Sprawiedliwości rozporządzenia w sprawie regulaminu wykonywania

³²⁵ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 35-36.

³²⁶ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, (Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230). Warto nadmienić, że przed uchwaleniem nowego Kodeksu karnego wykonawczego z 1997 r. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi była nowelizowana 12 września 1996 r. (Dz.U. 1996 nr 127, poz. 593).

³²⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach, karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego (Dz.U. 1983 nr 25, poz. 113).

³²⁸ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 36.

³²⁹ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008...*, s. 434.

kary pozbawienia wolności, akcentującego prawa skazanych w znacznie większym stopniu niż czyniły to poprzednie regulaminy³³⁰. Przyniosło ono wiele zmian w postępowaniu z uzależnionymi od alkoholu. W § 114 zdecydowano, aby skazani, uzależnieni od alkoholu byli objęci w czasie odbywania kary specjalistyczną opieką psychologiczną i lekarską oraz rehabilitacją. Natomiast w § 115 ust. 1 przewidziano, że wykonując karę wobec skazanych uzależnionych od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, uwzględnia się w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości oraz przywracania równowagi psychicznej i kształtowania zdolności współżycia społecznego. Ponadto zgodnie z § 116 skazanych, u których na podstawie badań lekarskich lub psychologicznych stwierdzono zaburzenia psychiczne, upośledzenie umysłowe, uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, a ponadto związaną z tym potrzebę odrębnego ich traktowania, kierowano do odbywania kary w zakładach karnych dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych³³¹. Poza tym rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności z dnia 2 maja 1989 r., zgodnie z § 117 ust. 1 umożliwiało naczelnikowi zakładu karnego dla skazanych wymagających szczególnych środków leczniczo-wychowawczych, by dokonywał na wniosek personelu specjalistycznego lub po zasięgnięciu jego opinii, niezbędnych odstępstw od przewidzianego w regulaminie sposobu wykonywania kary w zakresie wynikającym z potrzeby uwzględnienia stanu zdrowia psychicznego skazanych.

Zaś § 119 ust. 1 stanowił, by dla skazanych uzależnionych od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych organizować w miarę potrzeby, zatrudnienie na zasadach przewidzianych dla inwalidów, a jeżeli nie jest to możliwe z uwagi na stan ich zdrowia – organizować terapię zajęciową. Koszty związane z organizacją i prowadzeniem terapii zajęciowej, zgodnie z ust. 2, mogły być pokrywane z funduszy przeznaczonych na pomoc postpenitencjarną i zapobieganie przestępczości. Jeżeli względy wychowawcze pozwalają, to ze skazanymi wymagającymi stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych mogli

³³⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 1989 nr 31, poz. 166).

³³¹ Ibidem.

odbywać karę inni skazani, za ich zgodą (§ 120) oraz nie musieli być odrębnie traktowani i kierowani do odpowiednich zakładów karnych (§ 121)³³².

Generalnie w analizowanym okresie dokonano wielu istotnych zmian w dziedzinie penitencjarystyki, w tym w postępowaniu z uzależnionymi od alkoholu. Skazani uzależnieni od alkoholu zostali objęci specjalistyczną opieką psychologiczną i lekarską oraz rehabilitacją. Objęto ich również badaniami osobopoznawczymi, które miały przyczyniać się do poznania ich osobowości³³³ oraz miały wspierać działania mające na celu zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości oraz wspomagać przywracanie równowagi psychicznej i kształtowanie zdolności współżycia społecznego.

§ 5. PRACE KODYFIKACYJNE NAD KODEKSEM KARNYM WYKONAWCZYM Z 1997 R.

Prawdziwy przełom w wykonywaniu kary pozbawienia wolności stanowił nowy Kodeks karny wykonawczy z 1997 r., który wszedł w życie w dniu 1 września 1998 r., zapoczątkowując kolejny okres kształtowania polityki penitencjarnej³³⁴.

Przyjęcie Kodeksu karnego wykonawczego było poprzedzone pracami kodyfikacyjnymi. Na szczególną uwagę zasługuje autorski projekt nowelizacji kodeksu karnego wykonawczego przygotowany przez Andrzeja Rzeplińskiego³³⁵ z 1986 roku. Wynikało z niego, że skazani powinni odbywać karę w zakładach karnych typu ośrodka pracy, chyba że osobowość, indywidualne potrzeby wychowawcze, konieczność stosowania innych metod i ośrodków oddziaływania resocjalizacyjnego albo względy bezpieczeństwa stoją temu na przeszkodzie (art. 40 §1 projektu)³³⁶. Zgodnie z tym projektem rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbywać karę (art. 44 §3 projektu) miał być ustalony w zależności od: płci, wieku, stanu zdrowia, rodzaju winy, poprzedniej karalności i wielokrotności odbywania kar pozbawienia wolności, wysokości orzeczonej kary i czasu pozostałego

³³² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 1989 nr 31, poz. 166).

³³³ J. Śliwowski, *Kara pozbawienia wolności...*, s. 81.

³³⁴ T. Szymanowski, *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa...*, s. 36.

³³⁵ A. Rzepliński, *Autorski projekt nowelizacji Kodeksu karnego wykonawczego*, [w:] *Obywatelskie inicjatywy ustawodawcze 1980–1990*, red. K. Barczyk, S. Grodziski, S. Grzybowski, Warszawa 2001.

³³⁶ *Ibidem*, s. 298.

do jej odbycia, stopnia demoralizacji i podatności na resocjalizację czy charakteru przestępstwa³³⁷.

W czerwcu 1990 r. został przedstawiony do dyskusji środowiskowej następny projekt Kodeksu karnego wykonawczego³³⁸, który „uwzględniał nowe elementy sytuacji politycznej, społecznej i ekonomicznej, jakie pojawiły się w Polsce w 1989 r.”³³⁹

Ponadto w projekcie z 1990 roku zaznaczono, m.in. że istotnym elementem wykonywania kary pozbawienia wolności będzie aktywność skazanych (utrzymanie obowiązku pracy), przestrzeganie przez nich obowiązków i zapewnienie realizacji praw podmiotowych, utrzymanie łączności skazanych ze światem zewnętrznym, a zwłaszcza z rodziną, oddziaływania resocjalizacyjne i terapeutyczne. Resocjalizacja przestanie być przy tym obowiązkiem skazanych, a stanie się ich prawem. Upodmiotowienie skazanych będzie jednym z istotnych czynników pobudzania ich aktywności i poczucia odpowiedzialności. Poza tym w projekcie w przepisach art. 69 – 83 określono systemy wykonywania kary, rodzaje i typy zakładów karnych, a także organy kierujące zakładami oraz personel wykonujący karę. Jak wynikało z art. 69 kara pozbawienia wolności miała być wykonywana w trzech systemach: resocjalizacyjnym, zwykłym i terapeutycznym³⁴⁰. Projekt przewidywał też wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, co pominięto w projekcie przygotowanym przez A. Rzeplińskiego.

Zgodnie z projektem z 1990 r. utworzenie zakładu karnego terapeutycznego zostało określone w art. 70 §1 pkt 5³⁴¹, którego uregulowania nie zostały uwzględnione w Kodeksie karnym wykonawczym z 1997 r.

³³⁷ Ibidem, s. 298-299.

³³⁸ Projekt Kodeksu karnego wykonawczego (przeznaczony do dyskusji środowiskowej), Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego – Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, Warszawa, redakcja z 21.6.1990 r.

³³⁹ S. Lelental, T. Szymanowski, *Uzasadnienie projektu kodeksu karnego wykonawczego z 1990 r.*, Projekt Kodeksu karnego wykonawczego (przeznaczony do dyskusji środowiskowej), Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego – Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, Warszawa, redakcja z 21.6.1990 r., s. 74; S. Lelental, M. Niewiadomska-Krawczyk, *Przebieg prac nad przygotowaniem projektów kodyfikacji karnej z 1997 roku, ze szczególnym uwzględnieniem projektu kodeksu karnego wykonawczego*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2019, t. 54, s. 17.

³⁴⁰ Projekt Kodeksu karnego wykonawczego (przeznaczony do dyskusji środowiskowej), Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego – Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, redakcja z 21.6.1990 r., s. 20-21.

³⁴¹ Projekt Kodeksu karnego wykonawczego (przeznaczony do dyskusji środowiskowej), Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego – Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, Warszawa, redakcja z 21.6.1990 r. s. 21.

Zgodnie z projektem (art. 89) istotą systemu terapeutycznego miało być stosowanie środków leczniczych i psychokorekcyjnych oraz dostosowanie do indywidualnych potrzeb standardowych metod oddziaływania. Wykonując karę w systemie terapeutycznym należało uwzględnić w postępowaniu ze skazanymi w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia. Zgodnie z założeniami projektu skazani odbywający karę w zakładach karnych terapeutycznych, którzy nie wymagali już opieki specjalistycznej w tych zakładach a zwłaszcza opieki psychologicznej i lekarskiej oraz rehabilitacji – mieli być przenoszeni do właściwych zakładów karnych (art. 90 projektu).

Poza tym wskazano również, że skazani uzależnieni od alkoholu mieli odbywać karę pozbawienia wolności w zakładach karnych terapeutycznych (art. 96 §1 projektu). Wykonywanie kary w zakładach terapeutycznych dostosowano do potrzeb w zakresie leczenia, nauczania i higieniczno-sanitarnych. Jeżeli względy tego wymagają organizuje się zatrudnienie, jak też terapię zajęciową. Skazanym uzależnionym od alkoholu zapewnia się pomoc w kontynuowaniu specjalistycznego leczenia lub rehabilitacji (art. 96 §2 i 3 projektu). Zgodnie z art. 86 §1 projektu podstawą klasyfikacji rozmieszczenia skazanych wewnątrz zakładu karnego oraz indywidualizacji środków i metod działania miały być w szczególności badania osobopoznawcze. Za zgodą skazanego na podstawie §2 tego artykułu zamierzano poddać go badaniom psychologicznym lub psychiatrycznym. Sąd penitencjarny mógł jednak zarządzić również badania przymusowe.

Należy podkreślić, że podstawą wykonywania kary pozbawienia wolności zgodnie z projektem art. 68 powinna być zasada indywidualizacji, miała być ona uwzględniana przy klasyfikacji skazanych. Zasada indywidualizacji (art. 65, art. 76-95) była również podstawą projektu, który ukazał się w 1994 roku, przygotowany przez Komisję do Spraw Reformy Prawa Karnego³⁴². W art. 67 zostały też określone cztery rodzaje zakładów karnych: dla młodocianych, dla odbywających karę po raz pierwszy, dla recydywistów penitencjarnych oraz dla odbywających karę aresztu wojskowego. W projekcie tym nie przewidywano już zakładów karnych

³⁴² Projekt Kodeksu karnego wykonawczego wraz z uzasadnieniem, Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, czerwiec 1994 roku, „Państwo i Prawo” – wkładka 1994, nr 7-8.

terapeutycznych, co było planowane w poprzednim projekcie kodeksu. Projektowano natomiast karę pozbawienia wolności wykonywać w systemie: programowanego oddziaływania, zwykłym i terapeutycznym (art. 78). Poza tym określono także kategorie skazanych odbywających karę w systemie terapeutycznym. W systemie tym mieli odbywać karę skazani z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych i skazani niepełnosprawni fizycznie, wymagający objęcia oddziaływaniem specjalistycznym, zwłaszcza opieką psychologiczną, lekarską lub rehabilitacyjną (art. 92). Uwzględniono w postępowaniu ze skazanymi w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia (art. 93 § 1) dzięki stosowaniu środków leczniczych i psychokorekcyjnych, uwzględniających właściwości i potrzeby skazanych, wykonywanie kary w systemie terapeutycznym, zmierzających do przygotowania ich powrotu do społeczeństwa. Skazanych, którzy nie wymagają już oddziaływania kary, zwłaszcza opieki psychologicznej i lekarskiej lub rehabilitacyjnej, przenosi się do odpowiedniego systemu wykonywania kary (art. 93 § 4). W niemal niezmienionej formie uregulowanie do występuje w obecnym Kodeksie karnym wykonawczym.

Warto podkreślić, że zgodnie z art. 79 § 1 projektu decyzja o skierowaniu do systemu terapeutycznego miała charakter klasyfikacyjny i opierała się na odpowiednich badaniach osobopoznawczych z uwzględnieniem podstawowych przesłanek klasyfikacyjnych związanych ze stanem zdrowia fizycznego i psychicznego skazanego (art. 79 § 2)³⁴³.

Kolejna wersja projektu Kodeksu karnego wykonawczego została opracowana latem 1995 r. Był to projekt związany z nowelizacją prawa karnego i objął trzy ustawy o zmianie Kodeksu Karnego, Kodeksu karnego wykonawczego oraz o podwyższeniu dolnych i górnych granic grzywien i nawiązek w prawie karnym³⁴⁴.

³⁴³ Projekt Kodeksu karnego wykonawczego wraz z uzasadnieniem, Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, red. z czerwca 1994 roku, „Państwo i Prawo” – wkładka 1994, nr 7-8.

³⁴⁴ T. Szymanowski, *Trzy ustawy nowelizujące prawo karne w Polsce – wprowadzenie i wybrane przepisy*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 10, s. 3; Rządowy projekt ustawy o zmianie Kodeksu karnego, ustawy karnej skarbowej, Kodeksu karnego wykonawczego oraz o podwyższeniu dolnych i górnych granic grzywien i nawiązek w prawie karnym. (druk nr 433 z dn. 1994-05-27 druk nr 433-A z dn. 1995-03-23).

Należy nadmienić, że projekt Kodeksu karnego wykonawczego został skierowany do Sejmu w sierpniu 1995 roku. W nowo zgłoszonym projekcie Kodeksu karnego wykonawczego, opartego także na głównych zasadach prawnych i systemie wartości, wyeksponowano nadrzędne znaczenie sądu w postępowaniu wykonawczym, w którym każdy podmiot ma określone obowiązki i prawa³⁴⁵. Uwzględniono również postanowienia międzynarodowych dokumentów zarówno ratyfikowanych (Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Konwencja w Sprawie Zakazu Stosowania Tortur) bądź zaaprobowanych przez Polskę (np. Reguły Minimum), jak również tych, które „w ostatnich latach wypracowała międzynarodowa społeczność, a które cieszą się powszechnym uznaniem w świecie (np. Europejskie Reguły Więzienne stosowane przez Polskę jako członka Rady Europy, Kodeks Postępowania Funkcjonariusza i inne)”³⁴⁶.

Projekt Kodeksu karnego wykonawczego z sierpnia 1995 r. określał m.in. systemy wykonywania kary, rodzaje i typy zakładów karnych, a także kryterium wyboru właściwego systemu wykonywania kary tj. stanu zdrowia fizycznego i psychicznego skazanego. Zgodnie z art. 116 projektu za zgodą skazanego uzależnionego od alkoholu obejmuje się odpowiednim leczeniem i rehabilitacją. Natomiast w razie braku wyrażenia zgody przez skazanego o zastosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny.

W projekcie szczególne znaczenie przypisano systemowi terapeutycznemu oraz środkom terapeutycznym w wykonywaniu kary pozbawienia wolności. W art. 67 § 2 przewidywano, że zindywidualizowane oddziaływania na skazanych – w ramach określonych systemów wykonywania kary w różnych pod względem rodzaju, a także typu zakładach karnych – prowadzi się dla osiągnięcia celów wykonywania kary pozbawienia wolności. Środki terapeutyczne, jako jedne z podstawowych w oddziaływaniu na skazanych, zostały ujęte w art. 67 § 3.

Według T. Kolarczyka przedstawiony projekt w porównaniu z przepisami obowiązującej ustawy, jak również z ustawodawstwem penitencjarnym innych państw, cechuje kompleksowość, a także precyzyjne ujęcie unormowań dotyczących systemu terapeutycznego wykonywania kary³⁴⁷.

³⁴⁵ J. Migdał, *Polski system penitencjarny w latach 1956-2008...*, s. 48.

³⁴⁶ Ibidem, s. 49.

³⁴⁷ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary...*, s. 44.

Wielokrotnie dyskutowany i modyfikowany Kodeks karny wykonawczy został przyjęty 6 czerwca 1997 roku i wszedł w życie 1 września 1998 roku. Analizując przepisy Kodeksu karnego wykonawczego z 1997 r. można zauważyć, że ustawodawca odrzuca przymus resocjalizacji i unika używania pojęcia „resocjalizacja”. Kodeks karny wykonawczy z 1997 r. odrzucił przymus resocjalizacji jako naruszający prawa i wolności osobiste każdego człowieka, w tym również skazanego. Koncepcja odrzucenia przymusu resocjalizacji wobec wszystkich skazanych została przy tym wywiedziona z prawa międzynarodowego. Zakłada ona, że każdy człowiek ma prawo decydować o sobie, zaś skuteczne oddziaływanie wychowawcze możliwe jest tylko wówczas, gdy skazany zechce współpracować z wychowawcą, nauczycielem i terapeutą w dziedzinie rozwoju i kształtowania własnej osobowości³⁴⁸.

Tym niemniej ustawodawca dążył do takiego sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności, aby skazany po jej ukończeniu mógł readaptować się w społeczeństwie i nie powrócił do przestępstwa. Pobyt w więzieniu miał doprowadzić do pozytywnej prospołecznej zmiany skazanego, która mogła nastąpić samoczynnie w wyniku autorefleksji lub pod wpływem zindywidualizowanych oddziaływań korekcyjnych, tradycyjnie określanych jako resocjalizacja³⁴⁹.

Przy tym Kodeks karny wykonawczy z 1997 r. zakłada, że intensywnym oddziaływaniem penitencjarnym mogą być objęci tylko skazani w tzw. systemie programowanego oddziaływania (młodociani oraz ci z pozostałych dorosłych, którzy wyrażą na to zgodę). Rezygnacja twórców Kodeksu karnego wykonawczego z 1997 r. z posługiwania się w nim pojęciem „resocjalizacja”, wynika nie tylko z odrzucenia paradygmatu resocjalizacji przymusowej w wyniku dostosowania ustawodawstwa polskiego do prawa międzynarodowego, lecz także z powodu danych świadczących o kryzysie resocjalizacji penitencjarnej w ogóle³⁵⁰.

Kodeks karny wykonawczy z 1997 r. był kilkakrotnie nowelizowany. Szczególnie znacząca nowelizacja przepisów miała miejsce w 2003 r., która została przeprowadzona zgodnie z Ustawą z 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks

³⁴⁸ P. Stępnia, *Przemiany w polskim więziennictwie...*, s. 91-92.

³⁴⁹ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2006, s. 186.

³⁵⁰ P. Stępnia, *Przemiany w polskim więziennictwie...*, s. 91-92.

karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw³⁵¹. Polegała ona głównie na wprowadzeniu do Kodeksu karnego wykonawczego przepisów już obowiązujących w aktach podstawowych tj. w regulaminach wykonywania kary pozbawienia wolności i wykonywania tymczasowego aresztowania oraz przepisów Konstytucji (art. 31, ust. 2) stanowiących, że ograniczenie praw i wolności obywatelskich może nastąpić tylko w ustawie³⁵².

Reasumując, należy stwierdzić, że w Polsce w okresie powojennym miały miejsce trzy kodyfikacje karne. Pierwsza – w latach 1944–1969, wówczas obowiązywał Kodeks karny z 1932 r. Druga kodyfikacja przypada na lata 1969–1998, kiedy to pozostawały w mocy – Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny wykonawczy – przyjęte w 1969 r. Trzecia kodyfikacja od 1.09.1998 r. – obejmująca trzy nowe kodeksy (Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny wykonawczy) z 1997 r. W pierwszym okresie kodyfikacji karnej nie akcentowano, iż celem wykonywania kary pozbawienia wolności jest poprawa przestępcy. Zdaniem H. Machela resocjalizacyjny cel kary pozbawienia wolności został uwzględniony w późniejszych regulacjach³⁵³, co należy uznać za pożądany kierunek zmian, zwłaszcza że polski kodeks karny, mimo że postrzegany jako liberalny, to jednak polityka orzekania kar należy do najbardziej restrykcyjnych w Europie, na co wskazuje wyraźna dominacja kary pozbawienia wolności wśród ogółu kar orzekanych przez sądy. Powoduje to, iż funkcja represyjna jest w polskim systemie sprawiedliwości stawiana ponad korekcyjną. W efekcie kara jest celem samym w sobie, nie zaś środkiem służącym do realizacji celu, jakim w świetle europejskich standardów powinna być reintegracja społeczna przestępców. Kara orzekana wobec sprawców powinna odpowiadać stopniowi społecznej szkodliwości popełnionego czynu, a zatem powinna być adekwatna do wyrządzonego przez nich zła. Należy jednak podkreślić, że w polskim prawie karnym wykonawczym wprowadzono zapisy mające na celu realizację kształtowania społecznie pożądanych postaw, poprzez stosowanie m.in. systemu terapeutycznego w izolacji penitencjarnej i w przypadku orzeczenia kary nieizolacyjnej w postaci terapii uzależnień. Tymczasem w krajach europejskich, aby ograniczyć marginalizację skazanych na

³⁵¹ Ustawa z 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2003 nr 142, poz. 380).

³⁵² T. Szymanowski. *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa...*, s. 47.

³⁵³ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2006, s. 46.

etapie odbywania kary i po jej zakończeniu, stosuje się probację i uruchamia oddziaływania o szerokim spektrum, mające na celu wsparcie ich w procesie społecznej reintegracji, w tym dających dostęp do zajęć terapeutycznych, edukacji, rozwijania kompetencji społecznych, zawodowych, a zwłaszcza umożliwiających dostęp do zatrudnienia, do kontaktów ze środowiskiem lokalnym i rodziną.

Wprowadzany współcześnie system korekcyjny zdaje się łączyć aspekty reedukacji z funkcjami opiekuńczymi, co jest niezwykle ważne w kontekście idei sprawiedliwości społecznej i poszanowania praw człowieka i innych praw naturalnych zawartych w zaleceniach międzynarodowych. Rygoryzm i surowość bowiem środków karnych nie prowadzi do zmniejszania skali przestępczości, na co wskazuje analiza doświadczeń z Polski i zagranicy, co więcej według Andrzeja Kacprzaka, „kara bezwzględnie pozbawienia wolności jest uznawana za sytuację *per se* wykluczającą, mogącą prowadzić do degradacji społecznej osadzonych i utrwalającą postawy anormatywne”³⁵⁴. Stąd też w literaturze przedmiotu podejmującej kwestie rygoryzmu i surowości środków karnych w kontekście degradacji społecznej osadzonych pojawiają się opinie wskazujące na potrzebę zmian legislacyjnych w celu zagwarantowania skazanym ochrony przed okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem³⁵⁵. Nie znaczy to jednak, że należy zrezygnować z kary pozbawienia wolności jako kary kryminalnej, na którą skazywani są sprawcy przestępstw, trzeba natomiast proponować skazanym jak najbardziej skuteczne programy wsparcia i readaptacji, aby kształtować społecznie pożądane postawy.

³⁵⁴ A. Kacprzak, *Współczesne aspekty resocjalizacji przestępców w wybranych krajach europejskich*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica” 2017, nr 62, s. 75.

³⁵⁵ E. Dawidziuk, op. cit., s. 259.

ROZDZIAŁ IV

SYSTEM TERAPEUTYCZNY W ŚWIETLE AKTUALNYCH REGULACJI PRAWNYCH

§ 1. ISTOTA SYSTEMU TERAPEUTYCZNEGO

W Polsce postępowanie ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w izolacji penitencjarnej odbywa się w ramach systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. System ten jest jednym z trzech systemów wykonywania kary pozbawienia wolności. Ustawodawca, co warto podkreślić, w rozdziale zatytułowanym: „wykonywanie kary i jej indywidualizacja” w art. 81 kkw z 1997 r. przewidział następujące systemy wykonywania kary pozbawienia wolności:

- programowanego oddziaływania,
- erapeutyczny,
- zwykły³⁵⁶.

Brażyna B. Szczygieł i Magdalena Budyn-Kulik wskazują, iż współcześnie można mówić o jeszcze jednym „systemie wykonywania kary pozbawienia wolności” jakim jest system dozoru elektronicznego, który został wprowadzony ustawą o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego³⁵⁷.

Systemy wykonywania kary zastąpiły rygory, którym nadawano bezpodstawnie „walory czynnika oddziałującego resocjalizacyjnie na skazanych

³⁵⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).

³⁵⁷ G.B. Szczygieł, *Zastępcza kara pozbawienia wolności*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, red. A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger, Lublin 2011, s. 1027; M. Budyn-Kulik, [w:] *Kodeks Karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2017, s. 230.

poprzez stopniowanie dolegliwości i ograniczeń”³⁵⁸. Wyodrębnienie systemu terapeutycznego jako jednego z trzech możliwych i równoprawnych sposobów wykonywania kary niewątpliwie świadczy o podniesieniu rangi oddziaływań specjalistycznych. Dzięki temu oddziaływaniom tym nadano zinstytucjonalizowaną formę w postaci odrębnego systemu wykonywania kary pozbawienia wolności³⁵⁹. Utworzenie systemu terapeutycznego wykonywania kary w Kodeksie karnym wykonawczym było następstwem wieloletnich badań penitencjarnych i obserwacji praktyki wykonywania kary. W oparciu o praktykę ustalono, że zjawiska patologiczne takie jak alkoholizm czy narkomania są niezwykle szeroko rozpowszechnione w zbiorowości skazanych. Niemal 100 % recydywistów wielokrotnych (chodzi o skazanych, którzy popełnili powyżej 5 przestępstw) wykazywało uzależnienie od alkoholu³⁶⁰. Ponadto w nauce kryminologii wskazuje się, że w przypadku wielu przestępstw czynniki takie jak uzależnienie od alkoholu, od środków odurzających lub psychotropowych czy też anomalie psychiczne są podstawowym lub dodatkowym czynnikiem kryminogennym³⁶¹.

Słowo „system” pochodzi od greckiego terminu oznaczającego zorganizowaną całość³⁶². Określenie „terapeutyczny” jest przymiotnikiem utworzonym od pojęcia „terapia”. Termin „terapia” pochodzi od greckiego słowa *therapeutikos* oznaczającego leczniczy oraz od terminu *therapeia*, który tłumaczy się jako opieka, leczenie³⁶³. Definicje pojęcia „terapia” kładą szczególny nacisk na „przywracanie zdrowia jednostki, leczenie umysłowych i emocjonalnych zaburzeń oraz łagodniejszych form

³⁵⁸ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary...*, s. 35; A.D. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 95.

³⁵⁹ A.D. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 95.

³⁶⁰ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty Wykonawcze*, Warszawa 1998, s. 222-223; Także Z. Ostrihanska wskazuje na bardzo częste występowanie nadużywania alkoholu i alkoholizmu wśród recydywistów. Spośród 220 przebadanych przez nią recydywistów tylko 11 nie nadużywało alkoholu (spośród, których 6 spędziło znaczną część swojego życia w zakładzie karnym). Autorka stwierdza, że 89,5% wielokrotnych recydywistów nadużywało alkoholu, zaś 53,2% z nich było alkoholikami. Zob. Z. Ostrihanska, *Wielokrotni recydywiści o wczesnym i późnym początku karalności*, [w:] *Archiwum Kryminologii*, t. 4, red. S. Batawia, Warszawa 1969, s. 96.

³⁶¹ A. Kwieciński, *Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2005, t. 18, s. 285; B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2016, s. 440; H. Machel, *Sens i bezsens resocjalizacji...*, s. 125; A. Kwieciński, *Penitencjarny model postępowania...*, s. 335.

³⁶² T. Głowik, *System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 8; Arthur S. Reber, E. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000, s. 752.

³⁶³ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary pozbawienia wolności w resocjalizacji skazanego*, [w:] *Autorytet i godność służb penitencjarnych a skuteczność metod resocjalizacji*, red. J. Świtka, M. Kuć, I. Niewiadomska, Lublin 2004, s. 211.

wadliwego przystosowania za pomocą technik psychologicznych”³⁶⁴. Pod pojęciem „terapia” rozumie się więc „zbiorcze określenie wszystkich sposobów i odmian leczenia chorób lub zaburzeń”³⁶⁵. Zarówno słowo *therapeutikos* jak i *therapeia* wykształciły się od słowa „therapeuein”, które tłumaczy się jako troszczyć się, leczyć, czcić³⁶⁶. Zdaniem M. Wielca system terapeutyczny jest zatem „niczym innym jak całokształtem powiązanych działań nakierowanym na leczenie i opiekę wszelkiego rodzaju osób z chorobami i zaburzeniami psychofizycznymi³⁶⁷. Natomiast T. Głowik definiuje system terapeutyczny jako: „taką formę zorganizowanych oddziaływań, które powinny się okazać lecznicze”³⁶⁸.

Można też rozważyć, czy całość uregulowań dotyczących wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym przewidzianych przez ustawodawcę można faktycznie określić mianem „systemu”? Czy zatem są one na tyle kompleksowe i zorganizowane, że faktycznie zasługują na nazwanie ich „systemem terapeutycznym”? Uznać jednak należy, że tak sformułowane pytanie przeczy podstawowej zasadzie „racjonalnego ustawodawcy” (lub racjonalnego prawodawcy). Racjonalność bowiem definiowana jest jako kierowanie się logiką i rozumem. Zakłada się, że wiedza prawodawcy jest niesprzeczna i uwzględnia swoje konsekwencje logiczne. W interpretacji obowiązujących przepisów przyjmuje się zarówno racjonalność językową jak i racjonalność jurydyczną - założenie wyznaczające wiedzę prawniczą prawodawcy³⁶⁹. W związku z tym należy wyjść z założenia, że skoro ustawodawca przewiduje instytucje trzech systemów wykonywania kary – w tym systemu terapeutycznego – jest świadom jak daleko idące konsekwencje przyjmuje takie założenie. Należy, więc stwierdzić, że ustawodawca działając zgodnie z logiką posłużył się terminem „system”, w związku z czym zakłada, że całość uregulowań prawnych w tym zakresie musi mieć systemowy i kompleksowy charakter.

³⁶⁴ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, *Resocjalizacja poprzez terapię – postępowanie z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz przejawiającymi zaburzenia preferencji seksualnych 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. 295-296.

³⁶⁵ Arthur S. Reber, E. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000, s. 752.

³⁶⁶ W. Kopaliński, *Podręczny słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1996, s. 812.

³⁶⁷ M. Wielec, op. cit., s. 211.

³⁶⁸ T. Głowik, *System terapeutyczny...*, s. 9.

³⁶⁹ M. Podleś, *Założenie o racjonalności prawodawcy w procesie wykładni w prawie spółek*, „Acta Universitatis Wratislaviensis, „Przegląd Prawa i Administracji” 2020, nr 3978, s. 458.

Zgodnie z *Uzasadnieniem rządowego projektu Kodeksu karnego wykonawczego istotą systemu terapeutycznego jest „stosowanie środków leczniczych i psychokorekcyjnych oraz dostosowanie do indywidualnych potrzeb standardowych metod oddziaływania, np. ergoterapia”*³⁷⁰.

Karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym można wykonywać w zakładzie karnym każdego typu i rodzaju³⁷¹. Konieczne jest, aby w zakładzie karnym występowały stosowne warunki kadrowe, wyposażeniowe i organizacyjne. Dla wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym niezbędne są adekwatne warunki do psychokorekcji, rehabilitacji i leczenia. Nieodzowna jest również specjalistyczna kadra, odpowiednie pracownie lecznicze, terapeutyczno-zajęciowe oraz rehabilitacyjne³⁷². Zapewnienie odpowiednich warunków umożliwiających należytą realizację programu oddziału terapeutycznego należy do kompetencji dyrektora zakładu karnego lub aresztu śledczego. Realizuje on to zadanie w szczególności poprzez:

- „zapewnienie odpowiedniej liczby pomieszczeń do terapii, wyposażonych w sprzęt i urządzenia dostosowane do charakteru prowadzonych zajęć,
- zapewnienie w ramach zatwierdzonego planu finansowego zakładu karnego środków na zakup pomocy i materiałów niezbędnych do prowadzenia oddziaływań terapeutycznych oraz superwizji pracy zespołu terapeutycznego” (§ 84 pkt. 1 i 2)³⁷³.

W uzasadnieniu rządowego projektu Kodeksu karnego wykonawczego wskazano, iż podstawą wykonywania kary pozbawienia wolności jest zasada indywidualizacji³⁷⁴. Uważa się, że wdrożenie systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności jest jednym z wyznaczników jej praktycznej realizacji (indywidualnego oddziaływania³⁷⁵), natomiast system jest jedną z form

³⁷⁰ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego...*, s. 547.

³⁷¹ E. Bieńkowska, [w:] *Kodeks karny część ogólna. Komentarz*, red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 952.

³⁷² J. Konikowska-Kuczyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 44.

³⁷³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, https://bip.sw.gov.pl/SiteCollectionDocuments/CZSW/akty_prawne/zarz%C4%85dzenie%20nr%2019%20w%20sprawie%20szczeg%C3%B3w%20z%20zasad%20prowadzenia%20i%20organizacji%20pracy%20penitencjarnej.pdf

³⁷⁴ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego...*, s. 548.

³⁷⁵ A.D. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 95.

indywidualizacji instytucjonalnej wykonywania kary pozbawienia wolności³⁷⁶. Wyróżnienie systemów wykonywania kary pozbawienia wolności jest wspólnie z podziałem zakładów karnych na rodzaje i typy - jednym z trzech zasadniczych elementów indywiduacji oddziaływania na skazanych³⁷⁷. S. Paweła wskazuje, że systemy wykonywania kary są najbardziej dynamicznym, niejako inwazyjnym elementem oddziaływania na skazanych. Podział ten świadczy także o tym, że w prowadzeniu oddziaływań resocjalizacyjnych wobec skazanych konieczne jest istotne zróżnicowanie form i metod oddziaływania w zależności od tego kim jest skazany³⁷⁸. O tym, że utworzenie systemu terapeutycznego wykonywania kary jest jednym z przejawów zasady indywiduacji, świadczy także samo usytuowanie uregulowań dotyczących tego systemu w 3 podrozdziale rozdziału X Kodeksu karnego wykonawczego³⁷⁹. Rozdział X Kodeksu karnego wykonawczego nosi nazwę: „Kara pozbawienia wolności”, natomiast podrozdział 3 (w Kodeksie karnym wykonawczym określony jako „Oddział 3”) zatytułowano: „Wykonywanie kary i jej indywiduacja”³⁸⁰.

Wprowadzenie systemu terapeutycznego było spowodowane znacznym wzrostem populacji skazanych uzależnionych od alkoholu, od środków odurzających, a także skazanych z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi fizycznie³⁸¹. Wobec tej grupy skazanych element terapeutyczny sukcesywnie zastępuje czynnik represyjny. Jednakże zastosowanie wobec tych skazanych specjalistycznej terapii nie jest równoznaczne z ograniczeniem ich wolności osobistej czy suwerenności jednostki ludzkiej. Niezbędne jest więc zachowanie równowagi pomiędzy karą, a terapią dla której powinny być określone ścisłe granice³⁸².

Pobyt skazanego uzależnionego od alkoholu w zakładzie karnym nie wpływa fundamentalnie na jego sytuację, choć panuje przekonanie, że skazany sam może

³⁷⁶ E. Habzda-Siwek, *Wybrane problemy realizacji systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnych*, [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. 369.

³⁷⁷ A. Marek, *Kodeks Karny. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 208.

³⁷⁸ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 246.

³⁷⁹ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kar...*, s. 36.

³⁸⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

³⁸¹ A. Kwieciński, *Penitencjarny model postępowania z osobami uzależnionymi...*, s. 337.

³⁸² S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 247.

dobrowolnie powstrzymać się od spożywania alkoholu³⁸³. Wyłącznie przymusowa abstynencja wynikająca z izolacji penitencjarnej oraz z ograniczeń wynikających z regulaminu wykonywania kary nie wystarczy dla wyleczenia skazanego z nałogu. Brak możliwości spożywania alkoholu wynikający z okoliczności nie wystarczy, aby zmienić w skazanym utrwalony stereotyp dotyczący pozytywnych reakcji na alkohol. Abstynencja nie zmieni także nierzadko bardzo poważnych, stałych zaburzeń osobowości spowodowanych chorobą alkoholową³⁸⁴.

§ 2. KATEGORIE SKAZANYCH ODBYWAJĄCYCH KARĘ POZBAWIENIA WOLNOŚCI W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM

Zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³⁸⁵ „zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności: (...) art. 2, ust. 1 punkt 5) leczenie, rehabilitację i reintegrację, osób uzależnionych od alkoholu; (...)”³⁸⁶.

Wybór odpowiednich oddziaływań, możliwie dostosowanych do potrzeb skazanego jest niezwykle istotny, ponieważ zgodnie z § 2 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych „zakres oddziaływań penitencjarnych wobec skazanych zależy od systemu wykonywania kary pozbawienia wolności oraz od rodzaju i typu zakładu”³⁸⁷. Skazanych w odniesieniu do których nie stwierdzono występowania uzależnienia od alkoholu obejmuje się profilaktyką przeciwalkoholową. Stanowi o tym § 7 ust. 1 punkt 5) Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych zgodnie, z którym: „prowadząc oddziaływania penitencjarne

³⁸³ J. Fudała, *Aktualny stan leczenia odwykowego i profilaktyki uzależnień w jednostkach penitencjarnych*, [w:] *Alkohol a zdrowie. Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*, Warszawa 1997, s. 7-8.

³⁸⁴ S. Walczak, op. cit., s. 93.

³⁸⁵ Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230).

³⁸⁶ Ibidem.

³⁸⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

należy podejmować działania zapobiegające w szczególności: różnym rodzajom uzależnień”³⁸⁸.

Zapobieganie różnym rodzajom uzależnień jest możliwe, ponieważ zgodnie z art. 96 § 1 kkw z 1997 r. w systemie terapeutycznym odbywają karę pozbawienia wolności następujące osoby:

- 1) skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych,
- 2) skazani upośledzeni umysłowo,
- 3) skazani uzależnieni od alkoholu
- 4) skazani uzależnieni od środków odurzających lub psychotropowych,
- 5) skazani niepełnosprawni fizycznie³⁸⁹.

Należy zaznaczyć, że w oparciu o art. 96 § 3 kkw w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym mogą odbywać karę także inni skazani za ich zgodą, ale tylko jeśli przemawiają za tym względy lecznicze lub wychowawcze³⁹⁰. J. Lachowski³⁹¹ uważa, że konieczność leczenia, jak również realizowanie celu wychowawczego wykonywania kary pozbawienia wolności może być powodem kierowania do systemu terapeutycznego skazanych przejawiających inne zaburzenia aniżeli te określone w art. 96 § 1 kkw. W oddziale terapeutycznym, w oparciu o art. 96 § 3 kkw, mogą przebywać także skazani zdrowi, w szczególności jeżeli realizują oni program indywidualnego oddziaływania. Należy pozytywnie ocenić, że do grupy skazanych zdrowych, zalicza się osoby – pełnosprawne i niepełnosprawne, które mają możliwość odbywania kary pozbawienia wolności w jednym systemie. Możliwość ta jest uzasadniona nie tylko ze względów wychowawczych (kształtowanie pozytywnej atmosfery wychowawczej w środowisku niepełnosprawnych, wzrost poczucia osobistej wartości tych osób), ale również jest zasadne z powodów praktycznych. Wspólne odbywanie kary – skazanych pełnosprawnych i niepełnosprawnych, stwarza możliwość wzajemnej pomocy, zwłaszcza wobec skazanych niepełnosprawnych w wykonywaniu podstawowych

³⁸⁸ Ibidem.

³⁸⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).

³⁹⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557); K. Dąbkiewicz, *Kodeks Karny Wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 441.

³⁹¹ J. Lachowski, [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, red. J. Lachowski, Warszawa 2016, s. 464.

czynności³⁹². Dotyczy to szczególnie skazanych niepełnosprawnych fizycznie – osób kalekich, chronicznie chorych, skazanych w podeszłym wieku, których naturalne funkcje organizmu są ograniczone w dużej części i w sposób nieodwracalny³⁹³.

W systemie terapeutycznym mogą też odbywać karę pozbawienia wolności ukarani karą aresztu za wykroczenie lub karą porządkową, a także osoby, w odniesieniu do których zastosowano środki przymusu skutkujące pozbawieniem wolności. Muszą jednak zachodzić szczególne względy przemawiające za skierowaniem takich osób do systemu terapeutycznego, ponieważ co do zasady odbywają oni karę w systemie zwykłym, w miarę możliwości w oddzieleniu od innych skazanych³⁹⁴. G. B. Szczygieł wskazuje, iż uzasadnione jest umieszczenie skazanego uzależnionego od alkoholu odbywającego zastępczą karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, ponieważ leczenie rozpoczęte w zakładzie karnym może mieć pozytywne efekty w postaci kontynuacji leczenia po opuszczeniu przez takiego skazanego zakładu karnego³⁹⁵. Odmiennego zdania jest S. Lelental, według którego bardzo trudno jest uznać za racjonalną możliwość odbywania zastępczej kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (lub systemie programowanego oddziaływania) przez osoby, o których mowa w art. 99 § 1 kkw. Osoby te mogą, z uwagi na szczególne względy odbywać skrajnie krótkie pozbawienie wolności – trwające kilka dni, a nawet 24 godziny. Stosowanie zastępczej kary pozbawienia wolności, wobec skazanych w art. 99 § 1 kkw jest sprzeczne z przepisami art. 95 i 96 kkw, które wskazują, że możliwe jest skierowanie do systemu terapeutycznego (lub programowanego oddziaływania) wyłącznie skazanych na karę pozbawienia wolności³⁹⁶. Wprowadzenie takiej możliwości również zdaniem S. Lelentala należy ocenić bardzo negatywnie, ponieważ wpływa ona na niszczenie integralności wewnętrznej Kodeksu karnego wykonawczego³⁹⁷.

Należy też dodać, że współcześnie obserwuje się rozwój zjawiska uzależnienia od kilku substancji równocześnie, jest to tzw. uzależnienie krzyżowe, które dotyka coraz większej liczby osób. Bardzo celnie i obrazowo zjawisko to ilustruje

³⁹² A. Kwieciński, *Skazani odbywający karę pozbawienia wolności...*, s. 288.

³⁹³ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty Wykonawcze*, Warszawa 1998, s. 223.

³⁹⁴ J. Konikowska-Kuczyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 50

³⁹⁵ G.B. Szczygieł, *Zastępcza kara pozbawienia wolności...*, s. 1025.

³⁹⁶ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2017, s. 436.

³⁹⁷ Ibidem, s. 436.

następujący cytat: „(...) teraz problemem są ludzie, którzy brali i biorą wszystko, środki uspokajające zapijają alkoholem, a potem jeszcze łykają amfetaminę”³⁹⁸. Prognozuje się, że w przyszłości liczba osób, w tym skazanych przejawiających wiele uzależnień będzie się tylko zwiększać. Stąd też trudno jest jednoznacznie wskazać najbardziej adekwatną specjalizację oddziału terapeutycznego w przypadku wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym. W takiej sytuacji należy ustalić, które z uzależnień ma dominujący charakter³⁹⁹. K. Dąbkiewicz reprezentuje stanowisko, zgodnie z którym skazany przejawiający jednoczesne uzależnienie od alkoholu oraz od środków odurzających lub substancji psychotropowych powinien być skierowany do oddziału dla skazanych uzależnionych od alkoholu tylko w sytuacji, gdy uzależnienie od alkoholu ma charakter pierwotny i wiodący. Jeżeli jednak występuje odmienna sytuacja, wówczas takiego skazanego kieruje się do oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych⁴⁰⁰. Należy uznać, iż stanowisko K. Dąbkiewicza jest w pełni uzasadnione, ponieważ znajduje ono potwierdzenie w § 80 ust. 1 Zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych⁴⁰¹. Zgodnie z wymienionym Zarządzeniem: „Skazanego wykazującego objawy uzależnienia od alkoholu i jednocześnie od środków odurzających lub substancji psychotropowych kieruje się do oddziału dla skazanych uzależnionych od alkoholu wyłącznie w przypadku, jeżeli uzależnienie od alkoholu ma charakter pierwotny i dominujący. W pozostałych przypadkach skazanego kieruje się do oddziału dla osadzonych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych” (§ 80 ust. 1)⁴⁰².

³⁹⁸ T. Górski, „Atlantis” się sprawdza. Rozmowa z Kajetanem Dubielem, dyrektorem Biura Społeczno-Penitencjarnego Centralnego Zarządu Służby Więziennej, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 30.

³⁹⁹ Ibidem, s. 30.

⁴⁰⁰ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 445.

⁴⁰¹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych.

⁴⁰² Ibidem.

Jeżeli skazany uzależniony od alkoholu wykazuje ponadto objawy niepsychotycznych zaburzeń psychicznych lub upośledzenia umysłowego, kieruje się go do oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w przypadku, jeżeli zaburzeniom psychicznym lub upośledzeniu umysłowemu towarzyszy brak umiejętności przystosowania się do warunków i wymagań zakładu karnego. W pozostałych przypadkach, skazanego kieruje się do oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu (§ 80 ust. 2)⁴⁰³.

Z dotychczasowych badań wynika, że w latach 1998–2016, wśród skazanych odbywających karę w systemie terapeutycznym najliczniejszą grupę stanowili skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi oraz upośledzeni umysłowo (od ok. 1200 do 2000 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku). Drugą najliczniejszą grupę stanowili skazani uzależnieni od alkoholu (od ok. 500 do 2500) i skazani uzależnieni od środków odurzających lub substancji psychotropowych (od ok. 400 do 900). Najmniej liczna była grupa skazanych niepełnosprawnych fizycznie, która wahała się od 0 do ok. 40 skazanych⁴⁰⁴. Wynika stąd, że skazani uzależnieni od alkoholu stanowią jedną z najliczniejszych grup skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Podobną opinię prezentuje również K. Postulski, który dodaje, że wspólnie ze skazanymi uzależnionymi od środków odurzających lub substancji psychotropowych obejmują oni zdecydowaną większość osób odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym⁴⁰⁵.

W statystykach nie wyodrębnia się innych skazanych, którzy wyrażają zgodę na karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, jeżeli przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze (art. 96 § 3 kkw). Nie uwzględnia się też w danych statystycznych w odniesieniu do skazanych za przestępstwa określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, choć są to skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym⁴⁰⁶.

⁴⁰³ Ibidem.

⁴⁰⁴ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 431.

⁴⁰⁵ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2017, s. 636.

⁴⁰⁶ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 431.

§ 3. REGULAMIN ORGANIZACYJNO-PORZĄDKOWY W POSTĘPOWANIU INDYWIDUALNYM ZE SKAZANYM

Zasady wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wraz z regulaminem organizacyjno-porządkowym zostały m.in. określone w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Zgodnie z § 48 ust. 1 i 2 wyżej wskazanego rozporządzenia skazanego zakwalifikowanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, należy poinformować o zasadach wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym oraz o jego obowiązkach i uprawnieniach wynikających z wykonywania indywidualnego programu terapeutycznego w celu stworzenia warunków sprzyjających indywidualnemu postępowaniu ze skazanym. Z tego powodu trzeba też przedstawić indywidualny program terapeutyczny (§ 48 ust. 1 i 2)⁴⁰⁷. Poza tym przed umieszczeniem skazanego w celi mieszkalnej wychowawca jest zobowiązany do przeprowadza z nim rozmowy informacyjnej⁴⁰⁸.

Jeżeli skazany przyjmowany jest do oddziału poza godzinami pracy administracji rozmowę informacyjną przeprowadza wychowawca dyżurny, natomiast jeżeli jest nieobecny rozmowę przeprowadza oddziałowy. Osoba, która przeprowadziła ze skazanym rozmowę informacyjną przekazuje niezwłocznie właściwemu przełożonemu istotne informacje uzyskane od skazanego⁴⁰⁹.

Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania kary pozbawienia wolności nakłada określone obowiązki na skazanych, którzy odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oparciu o orzeczenie sądu penitencjarnego. Zgodnie z § 51 ust. 1 regulaminu „skazany, co do którego sąd penitencjarny orzekł

⁴⁰⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 poz. 2231); K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 637.

⁴⁰⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 38 ust. 1.

⁴⁰⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 38 ust. 1-3.

o stosowaniu leczenia albo rehabilitacji w związku z uzależnieniem od alkoholu ma następujące obowiązki:

- 1) udzielenia osobom prowadzącym leczenie lub rehabilitację informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach w jakich się wychowywał;
- 2) uczestniczenia w zajęciach indywidualnych i grupowych organizowanych w oddziale terapeutycznym;
- 3) wykonywania innych zleconych czynności niezbędnych dla potrzeb leczenia i rehabilitacji⁴¹⁰.

Skazany, w odniesieniu do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych:

- 1) „udziela osobom prowadzącym leczenie lub rehabilitację informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach w jakich się wychowywał,
- 2) wykonuje zlecone przez psychologa lub psychiatrę czynności niezbędne dla potrzeb badania,
- 3) poddaje się lekarskim oględzinom ciała i innym niezbędnym badaniom lekarskim” (§ 51 ust. 2)⁴¹¹.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 2016, o odmowie przez skazanego poddania się leczeniu, rehabilitacji albo badaniom psychologicznym lub psychiatrycznym powiadamia się odpowiednio sąd lub sędziego penitencjarnego (§ 51 ust. 3)⁴¹².

A. Kwieciński wskazuje, że do podstawowych obowiązków skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, należy również zaliczyć obowiązek poddania się badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim i sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie alkoholu

⁴¹⁰ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 290; Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 poz. 2231); A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przestępstwo zastosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 k.k.w.*, [w:] *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, red. T. Kalisz, Wrocław 2011, s. 254.

⁴¹¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 poz. 2231).

⁴¹² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 poz. 223).

(art. 116 § 1 pkt 3 kkw)⁴¹³. Ponadto twierdzi, że określenie obowiązków skazanego ma ścisły związek z ograniczeniem praw i obowiązków osoby pozbawionej wolności. Wiąże się to z zastosowaniem przymusu leczniczego, przymusu badań i przymusu poddania się terapii, które należy możliwie najlepiej wyegzekwować. Zdaniem Autora nie ma możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, zaś jedyną szansą realizacji przymusu jest odpowiedzialność dyscyplinarna realizowana w trybie art. 142 kkw⁴¹⁴. Do podobnych wniosków dochodzi M. Gałązka dodając, iż przymus bezpośredni nie może być w tej sytuacji zastosowany, chyba że inaczej stanowi przepis szczególny. Na podstawie art. 31 ust. 3 Konstytucji RP i art. 8 ust. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka można wywnioskować, iż przymus bezpośredni jest dopuszczalny tylko wtedy, gdy w sposób wyraźny zastosowanie go dopuszcza ustawa⁴¹⁵.

§ 4. PRYMUS KIEROWANIA SKAZANYCH DO SYSTEMU TERAPEUTYCZNEGO W PRZYPADKU BRAKU ICH UPRZEDNIEJ ZGODY

W zależności od decyzji skazanego na prowadzenie wobec niego oddziaływań terapeutycznych są dwie możliwości umieszczenia skazanego w systemie terapeutycznym, jeżeli:

- skazany wyraża zgodę – w tym przypadku oddziaływania są prowadzone wobec niego dobrowolnie,
- skazany nie wyraża zgody – wówczas zastosowanie oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych następuje pod przymusem, w oparciu o orzeczenie sądu penitencjarnego⁴¹⁶.

Kwestię przymusowego wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w obliczu braku zgody skazanego precyzuje art. 117 kkw. Zgodnie z wymienionym przepisem skazanych uzależnionych od alkoholu, jak też środków odurzających, substancji psychotropowych, a także skazanych za przestępstwo z art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje

⁴¹³ A. Kwieciński, *Penitencjarny model postępowania z osobami uzależnionymi...*, s. 334.

⁴¹⁴ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 230.

⁴¹⁵ M. Gałązka, *Zasada autonomii pacjenta w kontekście wykonywania kary pozbawienia wolności*, [w:] *Kryminologiczne i penitencjarne aspekty wykonywania kary pozbawienia wolności*, red. M. Kuć, Lublin 2008, s. 155.

⁴¹⁶ R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 346.

się za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją. W przypadku braku zgody o zastosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny (art. 117)⁴¹⁷.

Przepis ten odgrywa znaczącą rolę w sytuacji, gdy skazany uzależniony od alkoholu nie wyraża zgody na zastosowanie wobec niego leczenia i rehabilitacji. W takiej sytuacji stosuje się oddziaływania motywujące skazanego do poddania się leczeniu i rehabilitacji. W przypadku braku skuteczności tychże oddziaływań stosuje się art. 117 kkw. Wówczas bowiem w oparciu o art. 117 kkw sąd penitencjarny może zdecydować o przymusowym leczeniu i rehabilitacji skazanego⁴¹⁸. Brak zgody skazanego na objęcie go leczeniem i rehabilitacją uwzględnia się w ocenach i opiniach⁴¹⁹. Należy podkreślić, że Art. 117 kkw nie ma zastosowania w stosunku do jednorazowego zabiegu lekarskiego – w przeciwieństwie do art. 118 § 2 – 4 kkw, który dotyczy rozciągniętego w czasie ciągu czynności leczniczych. Stosuje się go nie tylko w celu poprawy stanu zdrowia skazanego, którego efektem w założeniach ma być wyjście skazanego z nałogu, ale również, aby zapobiegać powrotowi skazanego do przestępstwa⁴²⁰.

Przepisy zawarte w Kodeksie karnym wykonawczym ustanawiają więc zasadę tzw. „dobrowolnego przymusu” ponieważ w przypadku niewyrażenia dobrowolnej zgody skazanego na poddanie się oddziaływaniom leczniczym lub rehabilitacyjnym powoduje to zastosowanie oddziaływań terapeutycznych wbrew jego woli, pod przymusem⁴²¹. Skazany ma wówczas obowiązek poddania się terapii, natomiast zespół terapeutyczny lub specjalistycznie przygotowany personel musi tę terapię przeprowadzić niezależnie od tego, jakie podejście do prowadzonych oddziaływań będzie przejawiać skazany. Można więc przyjąć, że w tym przypadku zdanie skazanego i jego postawa tak naprawdę nie ma znaczenia⁴²². Nie można zatem uznać, że występuje tu faktyczna dobrowolność w przedmiocie podjęcia przez skazanego

⁴¹⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).

⁴¹⁸ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 229.

⁴¹⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 76 ust. 4.

⁴²⁰ M. Gałązka, op. cit., s. 159.

⁴²¹ A. Muszyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności przez skazanych uzależnionych od środków odurzających*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2001, t. 7, s. 182.

⁴²² A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, t. 20, nr 3, s. 325-326.

swobodnej decyzji – czy chce się poddać leczeniu⁴²³. Wolność decydowania skazanego w przedmiocie objęcia go oddziaływaniami prowadzonymi w ramach systemu terapeutycznego ma zatem tylko pozorny charakter. W przypadku występowania uzależnienia, nawet wobec braku zgody skazanego na prowadzenie oddziaływań terapeutycznych, i tak zostaną one zastosowane, jedynie decyzja w tej sprawie zostanie podjęta w inny sposób. Art. 117 kkw stanowi, więc wyjątek od przyjętej w Kodeksie karnym wykonawczym z 1997 r. zasady, która odrzuca przymus resocjalizacyjny⁴²⁴.

W Kodeksie karnym wykonawczym przyjęto zasadę swobody decyzyjnej, która jest jednak ograniczana m.in. właśnie w odniesieniu do skazanych uzależnionych⁴²⁵, co jest przejawem ograniczenia konstytucyjnych wolności i praw. Jednakże możliwość stosowania ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych wynika z treści art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego „bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”⁴²⁶, nie mogą też być sprzeczne z zasadami demokratycznego państwa prawnego. Poza tym nie mogą one być tak rozbudowane, aby ich efektem było faktyczne zniesienie wolności i praw konstytucyjnych. Jednocześnie ich rezultaty powinny być proporcjonalne do ciężarów i niedogodności, które z tych ograniczeń wynikają⁴²⁷. Warto nadmienić, że przepis ten wzbudza szeroką dyskusję. W wyniku czego wyodrębniło się wiele koncepcji interpretacyjnych dotyczących art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Szczególnie rozważana jest kwestia związana z tym, czy artykuł ten może stanowić samodzielną podstawę do

⁴²³ J. Szumski, *Model leczenia osób uzależnionych...*, s. 40.

⁴²⁴ T. Kalisz, *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2000, t. 6, s. 225-226; T. Klisz uważa, że również zaistnienie przesłanek o zastosowaniu w odniesieniu do skazanego terapeutycznego systemu wykonywania kary (art. 96 kkw) jest jednym z wyjątków od ogólnej zasady, zgodnie z którą poddanie się resocjalizacji nie jest obowiązkiem skazanego.

⁴²⁵ A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka...*, s. 248-249.

⁴²⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483); W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 45.

⁴²⁷ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2008, s. 84; L. Garlicki, K. Wojtyczek, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II art. 30-86*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 71.

ograniczania praw i wolności konstytucyjnych⁴²⁸. Zagadnienie to jest szczególnie ważne w przypadku skazanego, który w systemie terapeutycznym powinien być traktowany jako pacjent, a tymczasem następuje znaczące ograniczenie jego autonomii, gdy stosuje się: art. 83 § 1 kkw (dotyczący zarządzenia badań psychologicznych i psychiatrycznych przez sędziego penitencjarnego), art. 116b kkw (badanie na obecność alkoholu, środka odurzającego lub substancji psychotropowej w organizmie skazanego), art. 117 kkw (stosowanie leczenia lub rehabilitacji w razie braku zgody skazanego) i art. 118 kkw (dotyczy dokonywania zabiegów lekarskich pomimo sprzeciwu skazanego)⁴²⁹. Zastosowanie przymusu leczniczego bądź przymusu badań terapeutycznych nie wpływa pozytywnie na kształtowanie się u skazanego autentycznej motywacji do leczenia. Może warto rozważyć czy zasadne jest utrzymywanie możliwości stosowania przymusu terapeutycznego⁴³⁰.

T. Szymanowski uważa, z czym należy się zgodzić, że pierwszeństwo dobrowolnego poddania się leczeniu skazanego - jest uzasadnione, ponieważ jest to zgodne z zasadą godności człowieka. Poza tym oddziaływania dobrowolnie, prowadzone za zgodą skazanego zwiększają szansę na skuteczne leczenie skazanego, który akceptując prowadzone wobec niego oddziaływania staje się niejako „partnerem” personelu terapeutycznego⁴³¹. Preferowanie terapii bazującej na dobrowolnym udziale skazanego świadczy o tym, że również ustawodawca jest świadomy pozytywnych rezultatów osiągniętych w tej formie leczenia⁴³². Sąd penitencjarny powinien więc decydować o przymusowym zastosowaniu terapii absolutnie wyjątkowo. Wydaje się, że możliwość przymusowego stosowania terapii została określona zbyt szeroko, zwłaszcza że brakuje jakichkolwiek obostrzeń dla jej stosowania⁴³³.

Zdaniem Z. Hołdy art. 117 kkw konkretyzuje uregulowania zawarte w art. 116 § 1 pkt. 3 kkw⁴³⁴. Zgodnie z art. 116 § 1 pkt. 3 kkw „skazany ma obowiązek przestrzegania przepisów określających zasady i tryb wykonywania kary, ustalonego

⁴²⁸ P. Winczorek, op. cit., s. 48; L. Garlicki, K. Wojtyczek, op. cit., s. 71; M. Szydło, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, Warszawa 2016, s. 773.

⁴²⁹ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 235.

⁴³⁰ J. Szumski, *Model leczenia osób uzależnionych...*, s. 40-41; A. Muszyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 182.

⁴³¹ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, op. cit., s. 276.

⁴³² A. Kwieciński, *Penitencjarny model postępowania z osobami uzależnionymi...*, s. 335.

⁴³³ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych uzależnionych od alkoholu*, „Ius Novum” 2014, nr 3, s. 35.

⁴³⁴ Z. Hołda, [w:] Z. Hołda, K. Postulski, op. cit., s. 437.

w zakładzie karnym porządku oraz wykonywania poleceń przełożonych i innych osób uprawnionych, a w szczególności: poddania się – niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii – przewidzianym przepisami badaniami, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, a skazany co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych, dodatkowo – udziela osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach w jakich się wychowywał oraz wykonywania zleconych przez psychiatrę lub psychologa czynności niezbędnych na potrzeby badania”⁴³⁵.

W przypadku, gdy skazany dobrowolnie podda się oddziaływaniom leczniczym lub rehabilitacyjnym wówczas kwalifikowany jest do „zwykłych oddziałów terapeutycznych” (jeżeli będzie odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym). Natomiast w przypadku, gdy skazany nie wyrazi dobrowolnej zgody na wykonywanie wobec niego oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych i będzie odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oparciu o orzeczenie sądu penitencjarnego wydane w trybie art. 117 kkw wówczas będzie odbywać karę pozbawienia wolności w jednym z oddziałów terapeutycznych, które przyjmują skazanych, którzy nie wyrazili zgody na zastosowanie wobec nich oddziaływań specjalistycznych⁴³⁶.

Można uznać, że konstrukcja zastosowana przez ustawodawcę dotycząca przymusu stosowania oddziaływań w systemie terapeutycznym stanowi odejście od ogólnej dominującej koncepcji wolitywno-decyzyjnej. Zgodnie z tą ideą skazany może podjąć decyzję czy skorzysta z proponowanych mu oddziaływań resocjalizacyjnych czy też nie. Poddanie się resocjalizacji nie jest bowiem obowiązkiem skazanego, tylko swego rodzaju ofertą skierowaną wobec niego ze strony organów penitencjarnych⁴³⁷. Uznaje się, że pozostawienie skazanemu swobody wyboru czy chce czy też nie współpracować w procesie resocjalizacyjnym, czy wyraża chęć zmiany swojego

⁴³⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁴³⁶ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pedagogika” 2008, t. 17, s. 128.

⁴³⁷ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 203, 212.

dotychczasowego postępowania, jest przejawem jego podmiotowego traktowania⁴³⁸. W przypadku oddziaływań stosowanych w ramach systemu terapeutycznego skazany został jednak pozbawiony wyboru i *de facto* musi zgodzić się na oddziaływania specjalistyczne⁴³⁹.

Jak słusznie zauważa M. Świdarska art. 117 kkw stanowi odpowiednik art. 21 i art. 26 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴⁴⁰. Idea zastosowania terapii przymusowej jest odmienna od ogólnych zasad dotyczących leczenia osób uzależnionych od alkoholu w warunkach wolnościowych. W izolacji penitencjarnej skazany uzależniony od alkoholu, nie ma możliwości wyboru i terapia zostanie wobec niego zastosowana niezależnie od jego woli. Jednakże w stosunku do osób niekaranych uzależnionych od alkoholu co do zasady poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przewiduje jednak pewne wyjątki od tej reguły. Stanowi, o tym art. 21 ust. 2 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, zgodnie z którym: „Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne. Wyjątki od tej zasady określa ustawa”⁴⁴¹. Spośród osób uzależnionych od alkoholu do leczenia można zobowiązać osoby, które: „w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny”. O przymusowym zastosowaniu leczenia w tym przypadku decyduje sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy. Sąd orzeka wówczas w postępowaniu nieprocesowym⁴⁴².

Generalnie, można więc uznać, że każde leczenie osoby uzależnionej od alkoholu jest w pewien sposób przymusowe. Jeśli skazany dobrowolnie wyraził zgodę na objęcie go systemem terapeutycznym, to jednak do zakładu karnego nie trafił z własnej woli tylko pod przymusem. W związku z tym również w tym przypadku

⁴³⁸ H. Machel, *Sens i bezsens resocjalizacji...*, s. 115; G.B. Szczygieł, *Społeczna readaptacja...*, s. 104.

⁴³⁹ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 203, 212; G.B. Szczygieł, *Społeczna readaptacja...*, s. 107, 109.

⁴⁴⁰ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 273.

⁴⁴¹ Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230).

⁴⁴² Ibidem.

leczenie nie jest do końca dobrowolne. Podobnie wobec osób przebywających na wolności z reguły nikt nie decyduje się w pełni z własnej woli na leczenie odwykowe. Opinię tę potwierdza Wiktor Osiatyński, który stwierdził, że: „praktyka wykazuje, że w ogóle nie jest ważne, z jakich powodów ktoś przyszedł na leczenie – nikt nie idzie na odwyk z własnej woli, każde leczenie jest przymusowe, to znaczy wymuszone przez warunki życiowe, pracodawcę, współmałżonka. Spośród osób, wobec, których zastosowano zawieszenie kary, a które poddały się leczeniu, zdrowieje tyle samo, co wśród tych, którzy zaczęli się leczyć «z własnej woli»”⁴⁴³.

Uregulowania zawarte w art. 117 kkw stanowią o pewnej niekonsekwencji ustawodawcy w porównaniu do tych zawartych w art. 96 kkw. Zgodnie bowiem z art. 96 § 1 kkw: „w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej”⁴⁴⁴.

Przedstawiona wyżej nieścisłość wynika z faktu, że systemu terapeutycznego nie powinno się utożsamiać tylko i wyłącznie z leczeniem i rehabilitacją, pomimo tego, że stanowią one istotne elementy tego systemu. W art. 97 § 1 i 2 kkw określono, że system terapeutyczny to również wykonywanie kary w warunkach dających możliwość prowadzenia rozmaitych oddziaływań, włącznie z dostosowaniem zatrudnienia czy też nauki do potrzeb skutecznego oddziaływania terapeutycznego. Jeśli jest to konieczne prowadzi się również działania, ukierunkowane na zorganizowanie zatrudnienia skazanych w warunkach pracy chronionej.

Zdaniem T. Szymanowskiego, zdarzają się bowiem przypadki, w których leczenie skazanego, także i to przymusowe nie jest uzasadnione. Na przykład w sytuacji, w której nie można utożsamiać odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym tylko i wyłącznie z leczeniem i rehabilitacją, nie ma

⁴⁴³ A. Dodziuk, *Choroba, kara, odpowiedzialność. Rozmowa z Wiktorem Osiatyńskim*, „Świat Problemów” 1997, nr 4 (51), s. 5.

⁴⁴⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

uzasadnienia, aby skazany został skierowany do tego systemu w oparciu o orzeczenie sądu⁴⁴⁵.

Występują również stanowiska polemiczne względem tego, które przedstawił T. Szymanowski. A. Kwieciński⁴⁴⁶ uważa, że trudno zgodzić się z argumentacją T. Szymanowskiego, ponieważ podstawowym powodem umieszczenia danego skazanego w systemie terapeutycznym, jak i najważniejszym elementem prowadzonych oddziaływań jest udzielenie pomocy specjalistycznej, w postaci leczenia, rehabilitacji, czy też pomocy psychologicznej. Zdaniem A. Kwiecińskiego bardzo trudno jest wykazać, że oddziaływania takie jak praca czy też nauczanie mogą być głównymi, a nawet jedynymi formami oddziaływań stosowanymi wobec skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Podstawową cechą systemu terapeutycznego jest możliwość prowadzenia specjalistycznych oddziaływań prowadzonych przez wykwalifikowaną kadrę terapeutyczną. Inne środki oddziaływania, takie jak praca czy nauka mają jedynie wspomagać prowadzone leczenie i rehabilitację. W przeciwnym razie system terapeutyczny utraciłby swój „terapeutyczny” charakter i nie różniłby się istotnie od dwóch pozostałych systemów wykonywania kary.

Oczywiście zupełnie odmienną kwestią pozostaje problem czy zastosowanie wobec skazanego systemu terapeutycznego jest równoznaczne z objęciem go leczeniem, rehabilitacją i pomocą psychologiczną. Chodzi tu o rozstrzygnięcie problemu czy już w chwili umieszczenia skazanego w systemie terapeutycznym powstaje automatycznie możliwość zastosowania wobec niego oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych. Według A. Kwiecińskiego odpowiedź na to pytanie będzie negatywna. Wtedy bowiem podstawą do zastosowania leczenia musiałaby być zgoda skazanego, a w przypadku jej braku orzeczenie sądu penitencjarnego wydane w oparciu o art. 117 kkw⁴⁴⁷.

Zdaniem K. Postulskiego, w przypadku gdy zaistnieją okoliczności konieczne do zakwalifikowania skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, następuje to bez konieczności wyrażenia przez skazanego zgody. Jeżeli jednak stwierdzono u skazanego występowanie uzależnienia od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, jak również wtedy, gdy

⁴⁴⁵ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 276.

⁴⁴⁶ A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przestępstwo...*, s. 250-251.

⁴⁴⁷ Ibidem, s. 250-251.

został on skazany za przestępstwo określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, wówczas jeżeli nie wyrazi on zgody, o stosowaniu środków leczniczych lub rehabilitacyjnych orzeka sąd penitencjarny (art. 117 kkw)⁴⁴⁸.

Podobny pogląd do wyżej zaprezentowanego wyraża również J. Lachowski. Uważa on bowiem, że samo skierowanie skazanego do systemu terapeutycznego w sytuacjach określonych w art. 96 § 1 kkw jest obligatoryjne i co do zasady nie wymaga zgody skazanego. W tym przypadku, nie oznacza to jednak, że oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne mogą być prowadzone bez zgody skazanego (art. 117 kkw). Według J. Lachowskiego brak zgody skazanego powoduje jednak brak możliwości umieszczenia w oddziale terapeutycznym skazanych, o których mowa w art. 96 § 3 kkw. Zgody skazanego nie może w tym przypadku zastąpić postanowienie sądu penitencjarnego ponieważ nie mają wówczas zastosowania przepisy zawarte w art. 117-118 kkw⁴⁴⁹.

S. Lelental odnosząc się do zakończenia oddziaływań specjalistycznych twierdzi, że gdy skazany nie wymaga oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, leczniczej lub rehabilitacyjnej, wówczas – jak wynika z treści art. 96 kkw – nie istnieje już konieczność wyrażenia przez skazanego zgody, bo nie ma podstaw do prowadzenia oddziaływań. Zdaniem S. Lelentala, z art. 96 kkw można wywnioskować, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym nie wymaga zgody skazanego. Zgoda taka nie jest również konieczna w sytuacji, gdy o wykonywaniu kary w systemie terapeutycznym orzekł sąd na podstawie art. 62 kk. Jednakże w przeciwieństwie do art. 96 kkw, art. 117 kkw wymaga takiej zgody. Pomimo to, należy zauważyć, że przepis ten nie odnosi się do wszystkich skazanych odbywających karę w systemie terapeutycznym⁴⁵⁰. W art. 117 kkw ustawodawca nie odniósł się do problemu obligatoryjności wyrażenia zgody przez skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu całej grupy (wyszczególnił tylko spośród nich skazanych za przestępstwo określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych), upośledzonych umysłowo i niepełnosprawnych fizycznie. Analizowany przepis wymaga wyrażenia zgody przez skazanych uzależnionych od alkoholu, środków

⁴⁴⁸ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 707.

⁴⁴⁹ J. Lachowski, op. cit., s. 462-464.

⁴⁵⁰ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 500-501.

odurzających lub substancji psychotropowych, a także przez skazanych za przestępstwo określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych na prowadzenie wobec nich oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, nie zaś na odbywanie przez nich kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Zdaniem S. Leleńtała, nie stanowi to jednak problemu, ponieważ skoro przepis wymaga zgody na objęcie skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją, to tym bardziej zgoda ta jest niezbędna do odbywania przez nich kary w systemie terapeutycznym⁴⁵¹. „Zgoda skazanego, o którym mowa w art. 117, na objęcie go odpowiednim leczeniem i rehabilitacją jest niezbędna zarówno wówczas, gdy odbywa on karę w systemie terapeutycznym, jak i poza tym systemem, tj. w systemie zwykłym”⁴⁵².

Odnosnie regulacji zawartych w art. 117 kkw wypowiedział się również Sąd Apelacyjny w Lublinie, który orzekł, że: „Zgodnie z art. 117 kkw, w przypadku, gdy skazany odmawia wyrażenia zgody na poddanie się leczeniu odwykowemu, w sytuacji stwierdzenia u niego uzależnienia od alkoholu, sąd penitencjarny orzeka o zastosowaniu leczenia. Podstawą decyzji sądu penitencjarnego o zastosowaniu wobec skazanego uzależnionego od alkoholu leczenia odwykowego jest więc stwierdzenie uzależnienia oraz brak zgody samego skazanego na poddanie się takiemu leczeniu. Ponadto brzmienie przepisu art. 117 kkw prowadzi do wniosku, iż wystąpienie wskazanych wyżej dwóch przesłanek obliguje sąd penitencjarny do zastosowania wobec skazanego stosownego leczenia odwykowego”⁴⁵³.

Można przyjąć, że Sąd Apelacyjny w Lublinie wziął pod uwagę wyłącznie przesłanki formalne, którymi są: stwierdzenie występowania u skazanego uzależnienia od alkoholu, a także niewyrażenie przez niego zgody na prowadzenie stosownych oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych. Nie uwzględnił jednak przesłanki materialnej z art. 96 § 1 kkw i nie ocenił czy skazany wymaga oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub

⁴⁵¹ Ibidem, s. 501.

⁴⁵² Ibidem, s. 501.

⁴⁵³ Postanowienie Sądu Apelacyjnego z dnia 6 czerwca 2006 r. – II Akzw.594/06, K-481, „Krakowskie Zeszyty Sądowe; Biuletyn Sądu Apelacyjnego w Krakowie w sprawach karnych” 2007 nr 2 (194), poz. 78, s. 46.

rehabilitacyjnej. W przypadku pominięcia przesłanki materialnej z art. 96 § 1 kkw orzeczenie wydane na podstawie art. 117 kkw nabiera cech automatyzmu⁴⁵⁴.

Jak stwierdził Sąd Najwyższy na podstawie art. 117 kkw, stosowanie oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych dotyczy zarówno wymienionych w tym przepisie skazanych, którym wymierzono karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania jak i tych, którym wykonywanie tej kary warunkowo zawieszono, a następnie zarządzono wykonanie kary na podstawie art. 75 kk⁴⁵⁵.

Udzielenie przez skazanego zgody na poddanie się stosownemu leczeniu lub rehabilitacji bez wątpienia ma korzystny wpływ na osiągnięcie zamierzonych efektów planowanych oddziaływań. Zgoda skazanego na stosowanie wobec niego oddziaływań terapeutycznych powinna przyczynić się do ukształtowania się odpowiednich relacji pomiędzy skazanymi, a osobami prowadzącymi oddziaływania penitencjarne⁴⁵⁶. Z tego powodu administracja zakładu karnego powinna podjąć stosowne działania wobec skazanego, mające na celu aktywowanie w skazanym woli poddania się oddziaływaniom specjalistycznym⁴⁵⁷. Przyjmuje się bowiem, że w przypadku braku współdziałania skazanego oddziaływania terapeutyczne z reguły nie przynoszą efektów. Pozytywnych rezultatów nie przynosi również terapia wobec skazanego, który tylko udaje aktywne uczestnictwo, a w rzeczywistości nie jest nawet w najmniejszym stopniu zainteresowany leczeniem⁴⁵⁸. Cechą charakterystyczną uzależnienia od alkoholu jest natomiast to, że osoby nieobjęte stosownym oddziaływaniem, często odrzucają jego występowanie i twierdzą, że choroba alkoholowa ich nie dotyczy. Natomiast w trakcie prowadzonych oddziaływań nieraz dochodzi do regresu motywacji skazanego⁴⁵⁹. Stąd też uważa się, że skazanych nie wyrażających chęci do współpracy należałoby motywować nawet w ramach systemu programowanego oddziaływania bądź systemu zwykłego także

⁴⁵⁴ S. Lelental, *Kwalifikowanie skazanych do systemu terapeutycznego oddziaływania (ze szczególnym uwzględnieniem skazanych za przestępstwa seksualne)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2008, t. 19, s. 31; A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka...*, s. 254.

⁴⁵⁵ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 501; Uchwała SN z 15.04.1999 r., I KZP 9/99, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karne i Wojskowa” 1999, nr 5-6, poz. 26, s. 25-28.

⁴⁵⁶ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 501.

⁴⁵⁷ J. Malec, *Problematyka odwykowa w jednostkach penitencjarnych*, „Biuletyn RPO-Materiały” 1998, nr 34, s. 212; H. Machel, *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej – casus polski. Studium penitencjarno-pedagogiczne*, Kraków 2006, s. 116.

⁴⁵⁸ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 213.

⁴⁵⁹ J. Malec, op. cit., s. 212.

w przypadku, gdy zostali oni przeniesieni do tych systemów po uprzednim odbywaniu kary w systemie terapeutycznym. Z pewnością niezwykle ważna w tej sytuacji byłaby działalność psychologów i wychowawców więziennych⁴⁶⁰.

Stosowany przymus leczenia – zgodnie z utrzymywaną podstawą prawną – budzi pewne wątpliwości. Skuteczność bowiem przymusowych oddziaływań terapeutycznych jest niewielka i oddziaływania takie są w zasadzie z góry skazane na niepowodzenie. Już na etapie projektowania obowiązujących regulacji przepis dający możliwość leczenia przymusowego spowodował liczne dyskusje i stał się zarzewiem wielu kontrowersji. Wskazywano, że podmiotowe traktowanie skazanego poprzez danie mu możliwości wyboru czy chce się leczyć, jest warunkiem *sine qua non* wszystkich postępowych programów terapeutycznych. Model terapii bazujący na przymusie bywa nawet krytykowany przez penitencjarystów, którzy podejmują starania stworzenia własnej alternatywnej koncepcji leczenia odwykowego prowadzonego w warunkach izolacji więziennej. Jak dotąd żaden z modeli teoretycznych zaproponowanych przez to środowisko nie został uwzględniony⁴⁶¹.

Zgłaszane propozycje oparte są na przekonaniu, że uwolnienie od nałogu nie jest możliwe bez kooperacji osoby uzależnionej z personelem terapeutycznym w procesie leczenia. Skazany powinien przejawiać stan gotowości do podjęcia określonego działania mającego na celu zmianę zachowań oraz aprobować podejmowane wobec niego działania⁴⁶². Takie stanowisko prezentuje A. Kwieciński. Uważa, że racjonalna byłaby całkowita rezygnacja z leczenia przymusowego, albo ograniczenie jego stosowania. Dzięki temu prowadzone oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne wobec skazanych przejawiających wewnętrzną motywację do współpracy mogłoby przebiegać w lepszych warunkach⁴⁶³. Ponadto Autor wskazuje, że skazany może wbrew jego woli zostać umieszczonym w oddziale terapeutycznym, co jest niezgodne z przyjętą w obowiązującym Kodeksie karnym wykonawczym ogólną zasadą odejścia od przymusu resocjalizacyjnego. Oddziaływania prowadzone wobec skazanego należy postrzegać jako ofertę ze strony administracji więziennej, z której może skorzystać skazany⁴⁶⁴.

⁴⁶⁰ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 35-36.

⁴⁶¹ Idem, *Penitencjarny model postępowania z osobami uzależnionymi...*, s. 334-335.

⁴⁶² A. Muszyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 182.

⁴⁶³ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 35.

⁴⁶⁴ Idem, *Odbywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 221.

Podobnego zdania są także K. Dąbkiewicz i A. Muszyńska, którzy uważają, że aby terapia była skuteczna konieczne jest współdziałanie osoby uzależnionej w procesie leczenia. Według wymienionych Autorów należałoby objąć wykonywaniem kary w systemie terapeutycznym tylko tych skazanych, którzy wyrażają chęć skorzystania z przedstawionej oferty i ją akceptują, przejawiają również skłonności do współdziałania w trakcie prowadzonych oddziaływań. Zastosowanie przymusu byłoby dopuszczane jedynie w odniesieniu do skazanych, wymagających detoksykacji, ale ewentualne podjęcie dalszej terapii nie byłoby narzucane⁴⁶⁵. Zdaniem A. Muszyńskiej nie należy jednak całkowicie zrezygnować z prowadzenia jakichkolwiek oddziaływań resocjalizacyjnych wobec takich skazanych⁴⁶⁶. Rozwiązanie takie podkreślałoby podmiotowe traktowanie skazanego i sprzyjałoby ochronie jego praw⁴⁶⁷. Za przyjęciem takiego podejścia przemawia fakt, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym jest skomplikowane, a zarazem kosztowne. Z tego względu należałoby eliminować z systemu skazanych, którzy nie chcą skorzystać z przedstawionej im oferty terapeutycznej⁴⁶⁸.

Należy też unaocznic argumenty o niewielkiej skuteczności oddziaływań prowadzonych pod przymusem, bez zgody skazanego. Na przykład A. Majcherczyk powołuje się na badania, według których terapia wykonywana pod przymusem jest równie skuteczna, a czasem nawet skuteczniejsza od tej prowadzonej wobec skazanych, którzy dobrowolnie wyrazili zgodę na prowadzenie wobec nich oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych. Autor wskazuje również, że skazani „przymusowi” zazwyczaj dłuższy czas przebywają w programach terapii, zaś liczba osób, które są niejako usuwane z terapii przed jej planowanym zakończeniem jest znacznie mniejsza⁴⁶⁹.

Interesujący punkt widzenia dotyczący zasadności przymusowego leczenia prezentuje T. Szymanowski. Sądzi bowiem, że stosowanie obligatoryjnego leczenia wykorzystywanego w obliczu braku zgody skazanego – w tym skazanego uzależnionego od alkoholu – jest uzasadnione w przypadku, gdy w oparciu o uprzednio przeprowadzone badania wiadomo, że skazany wymaga leczenia

⁴⁶⁵ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 443.

⁴⁶⁶ A. Muszyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 183.

⁴⁶⁷ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 443.

⁴⁶⁸ A. Muszyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 183.

⁴⁶⁹ A. Majcherczyk, op. cit., s. 328.

odwykowego. Autor zwraca w tym przypadku również uwagę na fakt czy uzależnienie skazanego miało wpływ na popełniane przez niego przestępstwa lub proces wykolejenia społecznego. W takich sytuacjach samo orzeczenie sądu o zastosowaniu leczenia przymusowego jest konieczne dlatego, że w znacznym stopniu wykracza poza obowiązek poddania się wykonaniu kary⁴⁷⁰. Zdaniem T. Szymanowskiego zastosowanie obligatoryjnego leczenia jest usprawiedliwione także w przypadku, gdy choroba której nosicielem jest osoba, zagrażałaby również wielu innym ludziom. Kolejną sytuacją, która uzasadniałaby przymusowe leczenie jest przypadek, w którym choroba może również wpływać na popełnianie przestępstw – okoliczność ta odnosi się m.in. do związku nadużywania alkoholu z popełnianiem przestępstw⁴⁷¹.

K. Postulski i A. Kwieciński wskazują, że zgoda skazanego musi być uzewnętrzniona w sposób wyraźny i swobodny, najlepiej w formie pisemnej⁴⁷². Musi ona zostać wyartykułowana w sposób, który umożliwi jej udokumentowanie, natomiast właściwy dokument – np. w postaci oświadczenia, powinien zostać załączony do akt osobowych skazanego⁴⁷³.

Warto odnotować, że w pierwszym fragmencie art. 117 kkw (przed średnikiem) ustawodawca posługuje się sformułowaniem: „obejmuje (..) leczeniem i rehabilitacją”, jednak już w dalszej jego części – po średniku – stosuje określenie: „o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji”⁴⁷⁴. Jest to ogromna różnica z punktu widzenia logiki. Spójnik „i” (w przypadku, gdy dotyczy on zdań, które nie są pytające, rozkazujące, oraz nie jest on stosowany w zdaniu jako funkcyjny nazwotwórczy od dwóch argumentów nazwowych) wyraża koniunkcję. Jest to związek współprawdziwości. W tym przypadku zdanie jest prawdziwe wtedy i tylko wtedy, gdy obie jego części są prawdziwe – co wynika z tabel wartości logicznych⁴⁷⁵.

Natomiast spójnik „lub” oznacza alternatywę zwykłą. Wówczas zdanie jest prawdziwe prawie zawsze. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy oba jego człony są fałszywe –

⁴⁷⁰ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 276.

⁴⁷¹ Ibidem, s. 275.

⁴⁷² K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 637; A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przestępstwo...*, s. 251.

⁴⁷³ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 501.

⁴⁷⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁴⁷⁵ J. Petzel, *Rachunek zdań (rozdział)*, [w:] *Logika dla prawników*, red. A. Malinowski, Warszawa 2015, s. 76-77.

wtedy całe zdanie jest fałszywe. W każdej innej sytuacji zdanie jest prawdziwe. Jest to tzw. związek niewspółprawdziwości dwóch zdań⁴⁷⁶.

Pierwsza część analizowanego przepisu (gdzie zastosowano spójnik „i”) dotyczy sytuacji, w której skazany sam wyraża zgodę na zastosowanie wobec niego odpowiednich oddziaływań. Wynika stąd, że wyraża on zgodę na objęcie go zarówno leczeniem jak i rehabilitacją (przy założeniu, że ustawodawca jest racjonalny i nie zamieszcza w tekstach ustaw zdań nieprawdziwych, a przez to w sposób oczywisty wadliwych). Z kolei druga część przepisu (ze spójnikiem „lub”) dotyczy postanowienia sądu penitencjarnego w przypadku braku uprzedniej zgody skazanego. W związku z tym sąd penitencjarny ma możliwość zadecydować o stosowaniu:

- leczenia i rehabilitacji,
- odpowiedniego leczenia,
- odpowiedniej rehabilitacji.

Istnieje również możliwość, że rozbieżność taka jest spowodowana faktem, że przepis został zredagowany wadliwie, co wymagałoby interwencji ustawodawcy⁴⁷⁷.

Mankamentem wskazanych regulacji, jest brak możliwości złożenia wniosku o zastosowanie wobec skazanego uzależnionego od alkoholu odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trybie art. 117 kkw, przez dyrektora zakładu karnego. Z tego względu postanowienie sądu penitencjarnego w przedmiocie zastosowania wobec skazanego oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych może zapaść wyłącznie z urzędu⁴⁷⁸. Organem, który również ma możliwość złożenia wniosku o wydanie postanowienia w przedmiocie leczenia przymusowego jest prokurator⁴⁷⁹. Z uwagi na ograniczony krąg podmiotów, które mogą złożyć wniosek o wydanie postanowienia w przedmiocie leczenia przymusowego, w praktyce postanowienia sądu penitencjarnego w kwestii zastosowania oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych zapadają niezwykle rzadko⁴⁸⁰.

Skazanemu, ani prokuratorowi, nie przysługuje możliwość złożenia zażalenia na postanowienie sądu penitencjarnego w kwestii objęcia skazanego odpowiednim

⁴⁷⁶ O. Nawrot, *Wprowadzenie do logiki dla prawników*, Warszawa 2017, s. 133-134.

⁴⁷⁷ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 502.

⁴⁷⁸ Ibidem, s. 502.

⁴⁷⁹ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 639.

⁴⁸⁰ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 502.

leczeniem lub rehabilitacją⁴⁸¹. J. Lachowski uważa, że niezaskarżalność postanowienia sądu penitencjarnego w przedmiocie zastosowania przymusowego leczenia w oparciu o art. 117 kkw może być w pewien sposób nie spójna z możliwością zaskarżenia postanowienia sądu penitencjarnego dotyczącego wyrażenia zgody na zabieg leczniczy w razie sprzeciwu skazanego⁴⁸².

Należy również zwrócić uwagę na problem uchylania się skazanego od leczenia przymusowego, orzeczonego w trybie art. 117 kkw. Brakuje wyraźnych kodeksowych instrumentów, które mogłyby zmusić skazanego do rozpoczęcia narzuconego leczenia odwykowego. Roli tej z pewnością nie wypełnia możliwość zastosowania odpowiedzialności dyscyplinarnej wobec skazanego uchylającego się od leczenia. Pewne rozwiązania prawne dotyczące tego zagadnienia znajdują się jednak, w Zarządzeniu nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych. W § 73 ust. 3 tego zarządzenia przyjęto, że: „Brak współdziałania skazanego w opracowaniu lub wykonaniu indywidualnego programu terapeutycznego uwzględnia się w szczególności przy dokonywaniu ocen okresowych postępów w resocjalizacji i opiniowaniu”⁴⁸³. Ewentualne negatywne konsekwencje są jednak odsunięte w czasie, co z pewnością, nie sprzyja realizacji celu jakim jest w tym przypadku świadome włączenie się skazanego w proces leczenia, rehabilitacji i powrotu do zdrowia⁴⁸⁴.

Skazany ma także możliwość, poprzez złożone oświadczenie woli, odwołania dobrowolnej zgody na poddanie się leczeniu lub rehabilitacji. Wówczas następuje taki sam stan prawny jak przed złożeniem przez niego zgody⁴⁸⁵. Jeżeli skazany przed przyjęciem na leczenie lub rehabilitację wyraził zgodę na objęcie go terapią, a po przyjęciu do oddziału terapeutycznego albo w trakcie terapii zgodę cofnął wówczas obejmuje się go „intensywnymi oddziaływaniami motywującymi”, które mają na celu spowodowanie zaangażowania się skazanego w proces terapii, jak i do pogłębionej

⁴⁸¹ Ibidem, s. 502.

⁴⁸² J. Lachowski, op. cit, s. 464.

⁴⁸³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 73 ust. 3.

⁴⁸⁴ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 35.

⁴⁸⁵ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 637.

pracy własnej. Oddziaływania te prowadzone są przez minimum 30 dni. W przypadku braku skuteczności prowadzonych oddziaływań skazany, po uprzednim szczegółowym udokumentowaniu prowadzonych oddziaływań motywacyjnych może zostać wypisany z oddziału terapeutycznego przed ukończeniem terapii. Cofnięcie zgody skazanego na prowadzenie wobec niego oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych uwzględnia się w szczególności podczas analizy ocen postępów w resocjalizacji i w opiniowaniu. Jeżeli skazany zmieni swoją postawę, wówczas możliwe jest ponowne skierowanie go do oddziału terapeutycznego. Ponadto możliwe jest, w przypadku braku skuteczności oddziaływań motywujących, „wystąpienie z wnioskiem o wydanie postanowienia w przedmiocie zastosowania wobec skazanego przymusowego leczenia i rehabilitacji w trybie art. 117 kkw⁴⁸⁶.

Należy więc uznać, że resocjalizacja alkoholików jest niezwykle trudna. Muszą równocześnie zachodzić cztery procesy: leczenie medyczne, psychokorekcja i zwykle oddziaływanie resocjalizacyjne oraz rehabilitacja. Niewątpliwie ważnym zadaniem jest przygotowanie skazanego uzależnionego od alkoholu do readaptacji społecznej.

⁴⁸⁶ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 77 w zw. z § 73 i 76 ust. 4.

ROZDZIAŁ V

ORGANY KIERUJĄCE I TRYB UMIESZCZANIA SKAZANYCH W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM BADAŃ OSOBOPOZNAWCZYCH

§ 1. ORGANY KIERUJĄCE SKAZANYCH DO SYSTEMU TERAPEUTYCZNEGO

Decyzję w przedmiocie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym podejmuje:

- sąd orzekający – tzw. sąd *meriti* (art. 62 kk),
- sąd penitencjarny w przypadku pierwszej zmiany systemu wykonywania kary orzeczonego w wyroku (art. 74 § 1 kkw),
- komisja penitencjarna w pozostałych przypadkach (art. 76 §1 pkt. 2 kkw)⁴⁸⁷.

Sąd orzeka system terapeutyczny wykonywania kary pozbawienia wolności w wyroku, natomiast komisja penitencjarna czyni to w drodze decyzji⁴⁸⁸.

Wskazuje się, że niezależnie od tego jaki organ wyda decyzję o skierowaniu skazanego do systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności ma

⁴⁸⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557); Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553); R. Godyla, op. cit., s. 345; T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 225. Podobnie w oparciu o Kodeks karny wykonawczy z 1969 roku kiedy istniały jeszcze zakłady i oddziały dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych o zakwalifikowaniu skazanego do takiego zakładu lub oddziału decydowały: sądy *meriti*, sądy penitencjarne i komisje penitencjarne. Zob. T. Kolarczyk, *Kierowanie skazanych do zakładów karnych dla osób wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych*, „Nowe Prawo” 1983, nr 3, s. 87.

⁴⁸⁸ J. Lachowski, op. cit., s. 398.

ona charakter klasyfikacyjny⁴⁸⁹. Kluczową przesłanką (także z punktu widzenia występowania uzależnienia od alkoholu) jest przesłanka o charakterze materialnym (dynamicznym)⁴⁹⁰ zgodnie, z którą dokonując klasyfikacji skazanych uwzględnia się w szczególności m.in.: „stan zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych”(art. 82 § 2 pkt 6)⁴⁹¹. Zawartość merytoryczna podejmowanej decyzji opiera się z kolei na specjalistycznych badaniach osobopoznawczych⁴⁹². Przesądza o tym art. 82 § 3 kkw, zgodnie z którym: „podstawą klasyfikacji są w szczególności badania osobopoznawcze”⁴⁹³.

O znaczeniu skierowania skazanego do właściwego systemu wykonywania kary świadczy fakt, że § 7 ust. 2 pkt 1) i 2) Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych stanowi, że:

2. „Prowadzenie oddziaływań penitencjarnych polega zwłaszcza na:

- 1) kierowaniu skazanych do właściwego systemu wykonywania kary;
 - 2) kierowaniu skazanych do właściwych zakładów, a także do odpowiednich oddziałów w zakładach (...)
- ⁴⁹⁴
- .

Na mocy wyroku sądu meriti w oparciu o art. 62 Kodeksu karnego niektórzy skazani są kierowani do systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. Należy podkreślić, że jeżeli sąd orzeka o systemie wykonywania kary, to wówczas nie może wskazać innego systemu (np. programowanego oddziaływania lub zwykłego) niż system terapeutyczny, co wynika z treści wyżej wskazanego artykułu: „Orzekając karę pozbawienia wolności, sąd może określić rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbywać karę, a także orzec system terapeutyczny jej

⁴⁸⁹ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 213.

⁴⁹⁰ A. Kwieciński, *Rola diagnozy stanu zdrowia psychicznego skazanego w postępowaniu karnym wykonawczym*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2013, nr 81, s. 36.

⁴⁹¹ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary...*, s. 37; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁴⁹² M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 213.

⁴⁹³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557); również w Uzasadnieniu rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego za podstawę klasyfikacji uznano badania osobopoznawcze. Zob. Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego, [w:] *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks Postępowania Karnego. Kodeks karny wykonawczy*, Warszawa 1997 r., s. 549.

⁴⁹⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

wykonania”⁴⁹⁵. Regulacja ta dotyczy zatem wpływu sądu orzekającego na wykonanie kary pozbawienia wolności, ponieważ wybór określonego sposobu wykonania kary pozbawienia wolności ma istotny wpływ na jej dolegliwość⁴⁹⁶. Uprawnienie sądu orzekającego do wskazania, że skazany powinien odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wiąże się w szczególności ze stwierdzeniem w toku postępowania karnego określonych zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, uzależnienia od alkoholu albo innych środków odurzających lub substancji psychotropowych, jak i innych anomalii osobowości, które wymagają stosownego postępowania terapeutycznego⁴⁹⁷.

Należy dodać, że zgodnie z zasadą dwuinstancyjności zarówno sąd pierwszej jak i drugiej instancji może orzec o zastosowaniu wobec skazanego systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności⁴⁹⁸.

K. Buchała podnosił, że art. 62 kk nie jest ukierunkowany na cele retrybucyjne związane z karą, tylko na cele wychowawcze kary, a także na jej funkcje lecznicze i rehabilitacyjne⁴⁹⁹. Z kolei W. Wróbel wskazuje, iż uprawnienie sądu do skonkretyzowania sposobu wykonania kary jest przejawem urzeczywistnienia zadań kary w zakresie prewencji indywidualnej⁵⁰⁰. Sąd orzekając w przedmiocie sposobu i systemu wykonywania kary pozbawienia wolności wkracza w zagadnienia postępowania wykonawczego⁵⁰¹. W związku z tym sąd orzekający jest związany zasadami zawartymi w kkw dotyczącymi orzekania o określonym rodzaju i typie zakładu karnego, a także o terapeutycznym systemie wykonywania kary pozbawienia wolności⁵⁰². Sąd orzekający, jak już wskazano, jest uprawniony – a nie zobowiązany do określenia w wyroku rodzaju i typu zakładu karnego, a także do wskazania systemu terapeutycznego jej wykonywania⁵⁰³. Orzekając wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym sąd powinien mieć na uwadze

⁴⁹⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553).

⁴⁹⁶ W. Wróbel, [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Komentarz do art. 53-116*, red. W. Wróbel, A. Zoll, Warszawa 2016, s. 215.

⁴⁹⁷ A. Marek, op. cit., s. 209.

⁴⁹⁸ S. Leleń, *Kwalifikowanie skazanych do systemu...*, s. 21.

⁴⁹⁹ K. Buchała, [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 Kodeksu karnego*, red. K. Buchała, A. Zoll, Kraków 1998, s. 454.

⁵⁰⁰ W. Wróbel, op. cit., s. 215.

⁵⁰¹ J. Długosz, [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2017, s. 875-878; P. Hofmański, L.K. Paprzycki, [w:] *Kodeks Karny. Komentarz*, red. M. Filar, Warszawa 2014, s. 371.

⁵⁰² E. Bieńkowska, op. cit., s. 952; W. Wróbel, op. cit., s. 216.

⁵⁰³ K. Buchała, op. cit., s. 455; V. Konarska-Wrzošek, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. R.A. Stefański, Warszawa 2015, s. 419; M. Budyn-Kulik, op. cit., s. 229.

opinię co najmniej jednego biegłego o odpowiedniej specjalności – psychologa, psychiatry bądź seksuologa⁵⁰⁴. Jednakże jest to wyłącznie postulat obecny w doktrynie, ponieważ sąd *meriti* nie ma obowiązku zasięgnięcia opinii biegłego przy podejmowaniu decyzji o skierowaniu skazanego do systemu terapeutycznego wykonywania kary⁵⁰⁵. Ponadto opinia biegłego nie wiąże sądu, jeżeli sąd orzeka o zastosowaniu systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności⁵⁰⁶. Należy ubolewać, że postulat dotyczący zasięgnięcia opinii biegłych jest prezentowany wyłącznie w doktrynie, zwłaszcza że sąd orzekający na ogół dysponuje materiałem zgromadzonym w trakcie postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego, który pozwala na ustalenie zarówno formalnych i materialnych kryteriów klasyfikacji do systemu terapeutycznego. W związku z tym należałoby rozważyć modyfikację art. 62 kk, która polegałaby na bardziej kategorycznym ustaleniu kompetencji klasyfikacyjnych sądu⁵⁰⁷. Jest to niezwykle ważny postulat *de lege ferenda*.

Zdaniem E. Bieńkowskiej sąd orzekający pełni wręcz rolę „intruza” w procesie wykonywania kary. Dlatego wspomniana Autorka postuluje całkowite zniesienie możliwości orzekania sądu *meriti* w zakresie rodzaju i typu zakładu karnego, a także systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. E. Bieńkowska proponuje usunięcie art. 62 kk z treści obowiązującego Kodeksu karnego⁵⁰⁸.

Niezależnie od tego czy decyzję o skierowaniu skazanego do systemu terapeutycznego podejmie sąd orzekający czy też komisja penitencyjna, stwierdzenie występowania u skazanego zaburzeń i ich etiologii zawartych w art. 96 § 1 kkw musi nastąpić już w wyroku skazującym⁵⁰⁹.

Jeżeli oskarżony złożył wniosek o dobrowolne poddanie się odpowiedzialności karnej w trybie art. 387 kpk, bądź wniosek o wydanie na posiedzeniu wyroku skazującego i orzeczenie uzgodnionych z oskarżonym kar w trybie art. 335 kpk, w którym skonkretyzowano także typ lub rodzaj zakładu karnego, sąd nie ma możliwości dokonania samodzielnej modyfikacji tych wniosków. Jeżeli we wnioskach złożonych w trybie art. 387 kpk lub 335 kpk wskazano rodzaj lub typ zakładu

⁵⁰⁴ P. Hofmański, L.K. Paprzycki, op. cit., s. 371; J. Długosz, op. cit., s. 875-878.

⁵⁰⁵ T. Kolarczyk, *Kierowanie skazanych do zakładów karnych...*, s. 88.

⁵⁰⁶ J. Długosz, op. cit., s. 875-878.

⁵⁰⁷ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 32.

⁵⁰⁸ E. Bieńkowska, op. cit., s. 955.

⁵⁰⁹ J. Długosz, op. cit., s. 878.

karnego, wówczas sąd orzekający musi zająć stanowisko w tej sprawie i określić w wyroku rodzaj lub typ zakładu karnego. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 13 października 2010 r.⁵¹⁰, przyjął odmienny punkt widzenia i uznał, że brak rozstrzygnięcia w kwestii wskazania rodzaju i typu zakładu karnego jest możliwy ponieważ w tej konkretnej sprawie nie „pogorszyło to sytuacji sprawcy”, a także „nie zamyka mu możliwości odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego”. W doktrynie jednak przyjęcie takiego podejścia uważa się za błędne⁵¹¹.

Natomiast sąd orzekający nie ma możliwości wskazania systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności po uprawomocnieniu się wyroku na podstawie postanowienia wydanego w oparciu o art. 13 kkw⁵¹². Zgodnie z w/w artykułem sąd orzekający może jedynie wydawać postanowienia mające na celu wyjaśnienie ewentualnych dylematów i niepewności związanych z niewystarczająco precyzyjnymi, czy też zanedbano ogólnymi sformułowaniami zawartymi w orzeczeniu. Natomiast nie może na podstawie art. 13 kkw wydawać postanowień ukierunkowanych na objaśnienie niejasności powstałych już po wydaniu orzeczenia, nie może ich też modyfikować lub uzupełniać wcześniej wydanych orzeczeń⁵¹³.

Skazanemu, który jest skierowany na mocy orzeczenia sądu orzekającego do systemu terapeutycznego, przedstawia się ofertę leczenia. Jeżeli skazany wyrazi zgodę na leczenie, wówczas kieruje się go do systemu terapeutycznego na zasadach ogólnych. W sytuacji kiedy skazany nie wykazuje chęci leczenia jest nakłaniany do zmiany swojego stanowiska. Jeżeli próby zmiany nastawienia skazanego nie przyniosą oczekiwanego rezultatu (co zdarza się wyjątkowo rzadko), wówczas skazany trafia do jednego z oddziałów (w przypadku leczenia w oddziale), w którym prowadzi się oddziaływanie wobec skazanych leczących się pod przymusem⁵¹⁴.

Pomimo, że sąd w wyroku ma możliwość orzeczenia terapeutycznego systemu wykonania kary, a także jest upoważniony do określenia rodzaju i typu zakładu

⁵¹⁰ Postanowienie SN z dnia 13 października 2010 r., sygn. IV KK 250/10, [w:] dodatek Orzecznictwo, „Prokuratura i Prawo” 2011, nr 3, s. 11; W. Wróbel, op. cit., s. 215; A. Ważny, [w:] *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. A. Sakowicz, Warszawa 2016, s. 878; K.T. Boratyńska, M. Królikowski, [w:] *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. A. Sakowicz, Warszawa 2016, s. 771.

⁵¹¹ W. Wróbel, op. cit., s. 215; A. Ważny, op. cit., s. 878; K.T. Boratyńska, M. Królikowski, op. cit., s. 771.

⁵¹² J. Lachowski, op. cit., s. 465.

⁵¹³ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 134.

⁵¹⁴ J. Fudała, *Leczenie w więzieniu...*, s. 20; B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 128.

karnego⁵¹⁵, to w praktyce możliwość ta wykorzystywana jest sporadycznie. Jest to bardzo niekorzystne z punktu widzenia dynamiki postępowania m.in. dlatego, że obarcza to ogromem pracy komisję penitencjarną, która musi wydawać decyzję w znacznie większej liczbie postępowań⁵¹⁶. Z tego względu, zaskakujące jest, że wśród sędziów panuje przekonanie, że kwestia wskazania systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności nie powinna być w kompetencji sądu orzekającego, lecz powinna być rozstrzygana przez komisje penitencjarne. Znamiennym przykładem jest stanowisko Sądu Apelacyjnego w Lublinie, który biorąc pod uwagę interes oskarżonego, a także ogólnie pojęty interes wymiaru sprawiedliwości stwierdził, że bardziej korzystne w tej sprawie są postanowienia podejmowane – nie przez sąd orzekający, lecz przez komisje penitencjarne⁵¹⁷. Takie podejście do podziału czynności dotyczących kierowania skazanych do systemu terapeutycznego, być może jest w interesie oskarżonego, ale niekoniecznie jest w interesie komisji penitencjarnych, które mogą być jeszcze bardziej odciążone klasyfikowaniem skazanych do systemu terapeutycznego, zwłaszcza że zasadniczym trybem kierowania skazanego do systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności są decyzje wydane przez komisje penitencjarne. Tymczasem sądy orzekające z założenia powinny wspomagać i uwalniać od nadmiaru pracy oraz obowiązków komisje penitencjarne w kierowaniu skazanych do właściwego systemu wykonywania kary.

Należy uznać, że wsparcie sądów orzekających w czynnościach i zadaniach realizowanych przez komisje penitencjarne w zakresie „kierowania skazanego do określonego systemu odbywania kary jeżeli nie określił tego sąd w wyroku” (art. 76 § 1 pkt 2.)⁵¹⁸ jest uzasadnione. Komisja penitencjarna jest bowiem organem, który kieruje skazanych także do dwóch pozostałych systemów wykonywania kary pozbawienia wolności - do systemu programowanego oddziaływania, jak również do systemu zwykłego⁵¹⁹. Decyzję o skierowaniu do systemu terapeutycznego wykonywania kary ogłasza się lub doręcza wraz z uzasadnieniem i pouczeniem

⁵¹⁵ A. Muszyńska, *Z problematyki poczytalności sprawców uzależnionych od środków odurzających*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, red. L. Bogunia, 2000, t. 6, s. 77.

⁵¹⁶ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 32.

⁵¹⁷ Wyrok SA z Lublina z 27.3.2000 r., II AKa 247/99, KZS 2001, Nr 3, poz. 46, cyt. za: V. Konarska-Wrzosek, op. cit., s. 419; P. Hofmański, L.K. Paprzycki, op. cit., s. 373.

⁵¹⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁵¹⁹ S. Lelental, *Kwalifikowanie skazanych...*, s. 24.

o przysługującym skazanemu prawie, terminie i sposobie wniesienia skargi na wydaną decyzję (art. 7 § 3.)⁵²⁰. Komisja penitencyjna wydaje decyzję w oparciu o art. 76 § 1 pkt 2 kkw⁵²¹. W skład komisji penitencyjnej wchodzi funkcjonariusze i pracownicy zakładu karnego⁵²². Jest to organ kolegialny powoływany przez dyrektora zakładu karnego⁵²³. Komisja penitencyjna ma możliwość skierowania skazanego do systemu terapeutycznego wykonywania kary tylko w sytuacji, gdy sąd orzekający tego nie określił w wyroku skazującym. Jak wynika z praktyki tryb ten jest stosowany znacznie częściej aniżeli skierowanie skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym na mocy art. 62 kk.

Skazany, który zamierza odwołać się od decyzji komisji penitencyjnej w przedmiocie określenia terapeutycznego systemu wykonywania kary pozbawienia wolności może skorzystać z instytucji skargi. Możliwość ta wynika z treści art. 7 § 1-5 kkw⁵²⁴. Skarga przysługuje skazanemu w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia lub doręczenia decyzji.⁵²⁵ Skazany wnosi skargę do komisji penitencyjnej. Jeżeli komisja penitencyjna nie przychyli się do skargi, wówczas jest ona przekazywana wraz z aktami do sądu penitencyjnego, który jest sądem właściwym do jej rozpatrywania, ponieważ skarga dotyczy wykonywania kary pozbawienia wolności. W tej sytuacji zazwyczaj udział obrońcy przed sądem w postępowaniu skargowym będzie obowiązkowy (art. 8 § 2 pkt 5 kkw)⁵²⁶. Skarga ta przysługuje również obrońcy skazanego. Jednakże skazany może skorzystać z pomocy obrońcy ustanowionego w postępowaniu wykonawczym zgodnie z art. 8 § 1 kkw, natomiast musi mieć obrońcę w postępowaniu przed sądem (8 § 2 kkw), jeżeli: jest głuchy, niemy lub niewidomy, zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności, nie ukończył 18 lat, nie włada językiem polskim⁵²⁷. A zatem użyty w art. 8 § 1 kkw zwrot „obrońcy ustanowionego w tym postępowaniu” oznacza, że obrońca musi być ustanowiony w postępowaniu wykonawczym, a więc dopiero po uprawomocnieniu się orzeczenia, które podlega wykonaniu (art. 9 kkw). Jeżeli skazany miał obrońcę w poprzednich

⁵²⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).

⁵²¹ Ibidem.

⁵²² M. Budyn-Kulik, op. cit., s. 229.

⁵²³ J. Konikowska-Kuczyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 54.

⁵²⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁵²⁵ S. Lelental, *Kwalifikowanie skazanych...*, s. 24.

⁵²⁶ J. Lachowski, op. cit., s. 465.

⁵²⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

stadiach procesu, powinien ustanowić go na nowo, nawet jeżeli pełnomocnictwo nie zawierało żadnych ograniczeń⁵²⁸.

Natomiast zmianę orzeczonego w wyroku sądu *meriti* systemu terapeutycznego wykonywania kary, może orzec tylko sąd penitencjarny⁵²⁹. Nie występują żadne ograniczenia jeśli chodzi o moment, w którym sąd penitencjarny może zmienić system wykonywania kary wskazany przez sąd orzekający. Zmiana taka, może zatem zostać dokonana bezpośrednio po skierowaniu wyroku do wykonania⁵³⁰. Przeniesienie skazanego z systemu terapeutycznego do systemu programowanego oddziaływania wymaga jego zgody, za wyjątkiem skazanych młodocianych⁵³¹.

W przypadku sprzecznej z prawem decyzji klasyfikacyjnej podjętej przez komisję penitencjarną sąd penitencjarny może ją zmienić w oparciu o art. 76 § 2 kkw. Ponadto w przypadku określonym w § 2 kkw decyzję komisji penitencjarnej może uchylić dyrektor okręgowy Służby Więziennej albo Dyrektor Generalny Służby Więziennej⁵³².

Należy dodać, że uprawnienia sądu penitencjarnego są związane z jego kompetencjami w zakresie kwalifikowania skazanych do systemu terapeutycznego, ustalania indywidualnych programów oddziaływania oraz sposobów ich realizacji, a także kontroli i oceny w ramach sprawowanego nadzoru penitencjarnego⁵³³.

§ 2. PROWADZENIE BADAŃ OSOBOPOZNAWCZYCH

Podstawę wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym powinny stanowić badania osobopoznawcze lub dane zawarte w aktach sprawy karnej, mają równoważne znaczenie, szczególnie jeśli zawierają opinie biegłych psychiatrów lub psychologów⁵³⁴. Specjalistyczne badania osobopoznawcze są także podstawą dla przeprowadzenia właściwej klasyfikacji

⁵²⁸ K. Postulski, *Status skazanego w postępowaniu przed sądem*, „Prokuratura i Prawo” 2010, nr 1-2, s. 204-205.

⁵²⁹ L. Bogunia, *Organy sądowe orzekające w postępowaniu wykonawczym*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2000, t. 6, s. 168; V. Konarska-Wrzošek, op. cit., s. 419.

⁵³⁰ E. Bieńkowska, op. cit., s. 954.

⁵³¹ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 433.

⁵³² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557); J. Lachowski, op. cit., s. 464.

⁵³³ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 432.

⁵³⁴ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 225.

skazanego⁵³⁵. Komisja penitencyjna kieruje skazanego do terapeutycznego systemu wykonywania kary właśnie na podstawie materiału zgromadzonego w toku badań osobopoznawczych,

z którego wynika, że skazany przejawia uzależnienie wymagające oddziaływań specjalistycznych⁵³⁶.

Pojęcie „badań osobopoznawczych” oznacza: „wszelkie procesy poznawcze i ich wyniki dotyczące sprawcy czynu zabronionego i jego warunków środowiskowych. Badaniem osobopoznawczym zatem będzie zarówno poznawanie osoby sprawcy, jak i badanie bliższego i dalszego środowiska społecznego, w którym on żyje”⁵³⁷. Ze względu na ich funkcję terminem „badań osobopoznawczych” określa się również: „ustalenie etiologii popełnionego przestępstwa i indywidualnej prognozy społecznej oraz oparte na tych dwóch elementach zalecenia co do stosowania prawno-karnych środków walki z przestępczością”⁵³⁸. Leon Tyszkiewicz wskazuje, że badania osobopoznawcze są też określane jako „badania kryminologiczno-kliniczne”⁵³⁹.

Badania osobopoznawcze prowadzi się po przyjęciu skazanego do jednostki penitencyjnej⁵⁴⁰. W czasie ich przeprowadzania analizuje się w szczególności: dane osobowe skazanego, informacje odnoszące się do życia rodzinnego skazanego, kontakty społeczne skazanego, przyczyny i okoliczności popełnienia przez skazanego przestępstwa, uprzednią karalność skazanego, stopień podatności skazanego na wpływy podkultury przestępczej, zachowania wskazujące na możliwość występowania zaburzeń psychicznych albo uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, umiejętności przystosowania się skazanego do warunków i wymagań zakładu karnego, wyniki badań psychologicznych, a także psychiatrycznych (§ 9 ust. 1 pkt 1-9)⁵⁴¹.

⁵³⁵ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 209.

⁵³⁶ A. Kwieciński, *Prawno-karne aspekty terapii skazanych...*, s. 33.

⁵³⁷ L. Tyszkiewicz, *Badania osobopoznawcze w prawie karnym. Wprowadzenie w problematykę prawną i kryminologiczną*, Warszawa 1975, s. 6.

⁵³⁸ Ibidem, s. 6.

⁵³⁹ Ibidem, s. 6.

⁵⁴⁰ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi*, [w:] *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencyjnym. Aspekty prawne*, red. A. Kwieciński, Warszawa 2013, s. 166.

⁵⁴¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencyjnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

Badania osobopoznawcze skazanego realizuje się przede wszystkim poprzez: wywiad ze skazanym, rozmowy ze skazanym, obserwację zachowań skazanego, wykorzystanie wyników badań psychologicznych, analizę dokumentów dotyczących skazanego, w tym wywiadu środowiskowego, w przypadku zlecenia jego wykonania, oraz informacji dotyczących osoby skazanego przesłanych przez sąd, rozmowy i korespondencję z rodziną i innymi osobami bliskimi skazanemu, zapoznawanie się z treścią korespondencji skazanego, jeżeli podlega ona nadzorowi lub cenzurze (§ 9 ust. 2 pkt 1-7)⁵⁴².

Badania osobopoznawcze są dokumentowane poprzez określenie wykorzystanych metod badania, a także poprzez utrwalenie uzyskanych informacji odnoszących się do skazanego (§ 9 ust. 3)⁵⁴³.

Należy podkreślić, że w zasadzie skazanego poddaje się badaniom osobopoznawczym za jego zgodą. W przypadku braku zgody skazanego, sędzia penitencjarny może zdecydować o przeprowadzeniu badań osobopoznawczych z jej pominięciem. Wniosek o przeprowadzenie badań osobopoznawczych bez zgody skazanego może przedstawić administracja zakładu karnego jeśli dojdzie do wniosku, iż jest to niezbędne dla podjęcia właściwej decyzji klasyfikacyjnej, szczególnie w sytuacji kiedy istnieje ewentualność skierowania skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (art. 84 § 3 w zw. z art. 83 §1)⁵⁴⁴.

W przypadku badań psychologicznych i psychiatrycznych będących jednym z elementów badań osobopoznawczych, kluczowe znaczenie dla ich przeprowadzenia ma art. 83 kkw. Według A. Kwieciński art. 83 kkw jest również istotny z punktu widzenia przymusu terapeutycznego. Jest on w tym aspekcie nie mniej ważny aniżeli art. 117 kkw⁵⁴⁵. Zgodnie bowiem z art. 83 kkw, badania psychologiczne lub psychiatryczne przeprowadza się za zgodą osoby w odniesieniu, do której badania te mają zostać przeprowadzone. W obliczu braku zgody skazanego o przeprowadzeniu tych badań może zarządzić sąd penitencjarny na wniosek dyrektora zakładu karnego (art. 83 § 1 - 3)⁵⁴⁶. Możliwość przeprowadzenia badań bez zgody skazanego

⁵⁴² Ibidem.

⁵⁴³ Ibidem.

⁵⁴⁴ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 225; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁵⁴⁵ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 229.

⁵⁴⁶ G. Korwin-Szymanowski, *Ośrodki diagnostyczne*, „Forum Penitencjarne” listopad 2013, nr 11, s. 6; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

uzasadnia się koniecznością zapewnienia należytego porządku, bezpieczeństwa oraz dyscypliny w jednostce penitencjarnej. Wskazuje się, że z uwagi na występowanie pewnego rodzaju przymusu regulacje te stanowią wyjątek od sformułowanej w art. 67 § 1 kkw koncepcji wykonywania kary pozbawienia wolności, w ramach której rezygnuje się z przymusowych form oddziaływania na skazanego⁵⁴⁷. Badania tego rodzaju przeprowadza się zgodnie z § 2 analizowanego przepisu „przede wszystkim w odpowiednich ośrodkach diagnostycznych”. Użycie zwrotu „przede wszystkim” nie wyklucza oczywiście możliwości przeprowadzenia badań poza ośrodkami diagnostycznymi⁵⁴⁸.

Badania składają się z następujących elementów: obserwacji, rozmów i wywiadów psychologicznych oraz badań testowych. Jeżeli jest to konieczne, osoba może zostać poddana badaniu przez psychiatrę z więziennego Zakładu Opieki Zdrowotnej (ZOZ). Osoba badana po przeprowadzeniu badań jest zapoznawana z ich wynikami. Efektem końcowym przeprowadzonych badań jest sformułowanie w szczególności opinii psychologicznej lub orzeczenia psychologiczno-penitencjarnego (§ 11 i 12)⁵⁴⁹.

Przyjęte przez ustawodawcę uregulowania prawne dotyczące przeprowadzania badań psychologicznych lub psychiatrycznych wobec skazanych są różnie oceniane w literaturze. Obawy autorów budzi wprowadzenie pewnych ograniczeń ilościowych przeprowadzanych badań ze względu na użycie sformułowania „w miarę potrzeb”. Przyjęcie takiego ograniczenia spowodowane było założeniem ustawodawcy, że brak jakichkolwiek limitów mógłby spowodować niewydolność organizacyjną systemu ośrodków diagnostycznych, który wówczas dopiero się kształtował⁵⁵⁰. Natomiast w piśmiennictwie występuje pogląd, że sformułowanie przyjęte przez ustawodawcę („w miarę potrzeb”) powinno się rozumieć w możliwie najszerszy sposób. Założenie to argumentowane jest realnymi potrzebami w tej dziedzinie, a także negatywnymi konsekwencjami występującymi w przypadku braku zbadania stanu zdrowia skazanego. Postulat taki uzasadniają także badania przeprowadzone w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Respondenci w postaci

⁵⁴⁷ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 34.

⁵⁴⁸ A. Kwieciński, *Rola diagnozy stanu zdrowia psychicznego...*, s. 36.

⁵⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁵⁵⁰ A. Kwieciński, *Rola diagnozy stanu zdrowia psychicznego...*, s. 36.

psychologów, psychiatrów i wychowawców w oparciu o zdobytą w więziennictwie praktykę zawodową sporządzili rozbudowaną listę przesłanek świadczących o bezsporności przeprowadzania badań w trybie art. 83 § 1 kkw⁵⁵¹. Poza tym dzięki wykorzystaniu zwrotu „przede wszystkim” powstaje możliwość odciążenia ośrodków specjalistycznych z części obowiązków⁵⁵². Należy jednak zaznaczyć, że swoiste przeniesienie części badań psychologicznych lub psychiatrycznych poza ośrodki diagnostyczne zapewne nie było intencją ustawodawcy⁵⁵³.

Badania osobopoznawcze zakończone są wydaniem orzeczenia psychologiczno-penitencjarnego lub opinii psychologicznej. Zakres opinii psychologicznej zależy od okoliczności skutkującej potrzebą badania. Orzeczenie psychologiczno-penitencjarne sporządza się w szczególności skazanemu:

- młodocianemu, któremu pozostało co najmniej 6 miesięcy do nabycia prawa, w oparciu, o które będzie on mógł ubiegać się o warunkowe zwolnienie,
- sprawiającemu trudności wychowawcze – szczególnie takiemu, którego zachowanie daje podstawy by sądzić, że jest to skazany poważnie zdemoralizowany lub jego zachowanie świadczy o występowaniu zaburzeń psychicznych. W tej grupie znajdują się również skazani wykazujący szczególny brak umiejętności przystosowania się do warunków i wymagań zakładu,
- co do, którego można przypuszczać, że niezbędne będzie stosowanie oddziaływań w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo,
- na karę dożywotniego pozbawienia wolności jak również na karę 25 lat pozbawienia wolności, po orzeczeniu prawomocnego wyroku,
- za przestępstwo określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych (§ 11)⁵⁵⁴.

⁵⁵¹ Ibidem, s. 37.

⁵⁵² Ibidem, s. 36.

⁵⁵³ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 33.

⁵⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

Niejednokrotnie z orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych wynika „jaki jest skazany”, ale rzadko kiedy z ich treści można wywnioskować „dlaczego taki jest”. W przeważającej części orzeczenia psychologiczno-penitencjarne mają charakter opisowy, natomiast sporadycznie charakter wyjaśniający. Taki stan rzeczy spowodowany jest przez to, że wielu psychologów stara się nie stosować tzw. eklektyzmu teoretycznego, ponieważ w psychologii rozróżnia się cały szereg teorii osobowości⁵⁵⁵.

W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym zawarte są elementy diagnozy psychologicznej. Mają one istotne znaczenie dla personelu oddziału terapeutycznego. Treść diagnozy psychologicznej odgrywa istotną rolę jeśli chodzi o trafność zakwalifikowania skazanego i uznania, że wymaga on odrębnego traktowania. Wpływa ona również na treść i czas zastosowania wobec skazanego indywidualnego programu oddziaływań leczniczo-wychowawczych.

Opinia psychologiczno-penitencjarna powinna uwzględniać następujące elementy:

- określenie formy i nasilenia trudności przystosowawczych opiniowanego,
- określenie rodzaju występujących u opiniowanego zaburzeń i anomalii psychicznych oraz związków zachodzących między nimi i trudnościami przystosowawczymi,
- opis zastosowanych środków i sposobów oddziaływań, a także wyjaśnienia ich małej skuteczności, a nawet nieskuteczności⁵⁵⁶.

W piśmiennictwie kryminologicznym przyjmuje się, że przyczyny przestępczości są „zdecydowanie złożonym zagadnieniem”⁵⁵⁷, przestępczość bowiem według Ewy M. Guzik-Makaruk, jest to „pewien rodzaj zjawiska społecznego, oderwanego od przestępstwa jako jednostkowego zachowania się sprawcy. Jest ono zmienne w czasie i przestrzeni”⁵⁵⁸ Stąd też podkreśla się, że należy uwzględniać nie tylko biologiczne teorie przestępczości, ale należy też brać pod uwagę teorie

⁵⁵⁵ A. Kempa, *Rola diagnozy psychologicznej w programowaniu resocjalizacji skazanych z anomaliami i zespołami uzależnień*, w: *Problemy więziennictwa u progu XXI wieku; I Polski Kongres Penitencjarny Kalisz 3-5 czerwca 1996*, red. B. Hołyst, S. Redo, Warszawa-Wiedeń-Kalisz 1996, s. 261.

⁵⁵⁶ A. Kempa, op. cit., s. 260.

⁵⁵⁷ E.M. Pływaczewski, E. Jurgielewicz-Delegacz, *Teorie kryminologiczne*, [w:] *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, red. E.W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, Warszawa 2019, s. 287.

⁵⁵⁸ E.M. Guzik-Makaruk, *Zagadnienia podstawowe kryminologii jako nauki*, [w:] *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, red. E.W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, Warszawa 2019, s. 46.

społeczno-psychologiczne bowiem przyczyny przestępczości należy rozpatrywać wielopłaszczyznowo. Jednakże biorąc pod uwagę zaburzenia funkcjonowania społecznego jednostki, w tym uwzględniając również osoby uzależnione od alkoholu, należy etiologii przestępstwa, jako zachowania danego człowieka, poszukiwać w grupie czynników społecznych⁵⁵⁹. Z tego względu należy poddać analizie sposoby spełnienia przez skazanego podstawowych ról społecznych i określić:

- które z ról społecznych spełnia on nie do końca zgodnie lub całkowicie niezgodnie z oczekiwaniami społecznymi,
- jaki stopień intensywności: znaczny, przeciętny, słaby – ma (miała) owa rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami społecznymi a faktyczną ich realizacją,
- przez jak długi okres czasu skazany całkowicie albo częściowo uchyła się od pełnienia wyznaczonych ról i postaw, zachowuje się (zachowywał się) w stopniu znacznie, przeciętnie lub słabo odbiegającym od oczekiwań społecznych⁵⁶⁰.

Nieprawidłowości dotyczące funkcjonowania społecznego skazanego powinny być ujmowane w oparciu o cztery podstawowe wskaźniki:

- rodzaju,
- zakresu,
- intensywności,
- utrwalenia⁵⁶¹.

Przed sporządzeniem opinii psychologicznej dotyczącej skazanego uzależnionego od alkoholu, przygotowanej w celu przedłożenia komisji penitencjarnej będącej podstawą wniosku o zakwalifikowanie skazanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym, psycholog w oparciu o dostępną dokumentację zapoznaje się z diagnozą lekarską dotyczącą uzależnienia skazanego (§ 76 ust. 1)⁵⁶². W sytuacji, gdy u skazanego występują objawy uzależnienia od alkoholu, a brakuje diagnozy

⁵⁵⁹ E.M. Pływaczewski, E. Jurgielewicz-Delegacz, op. cit., s. 287-288.

⁵⁶⁰ A. Kempa, op. cit., s. 260.

⁵⁶¹ Ibidem, s. 260-261.

⁵⁶² Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych.

uzależnienia, psycholog kieruje skazanego na badania lekarskie, których celem jest potwierdzenie lub wyeliminowanie ewentualnego uzależnienia (§ 76 ust. 2)⁵⁶³.

Opinia psychologiczna powinna zawierać następujące elementy:

- „określenie przedmiotu opinii,
- wskazanie zastosowanych metod badania,
- ustalenia i oceny psychologa dotyczące cech oraz psychologicznych mechanizmów zachowania istotnych w kontekście przedmiotu opinii,
- ustalenie ilości, rodzaju, okoliczności i częstotliwości zażywanego alkoholu (lub/i innych substancji psychoaktywnych),
- ustalenia dotyczące okresów abstynencji skazanego oraz podejmowanych w przeszłości prób leczenia uzależnienia od alkoholu,
- wyszczególnienie stwierdzonych zdrowotnych, społecznych i prawnych konsekwencji używania przez skazanego alkoholu (lub/i innych substancji psychoaktywnych),
- wyszczególnienie i opis rozpoznanych u skazanego objawów uzależnienia,
- charakterystykę motywacji skazanego do podjęcia terapii uzależnienia,
- ustalenie, czy skazany wyraża zgodę na objęcie leczeniem i rehabilitacją w związku z uzależnieniem od alkoholu,
- propozycję skierowania skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym lub poza oddziałem” (§ 70 ust. 1-2)⁵⁶⁴.

Należy zaznaczyć, iż powyższy katalog elementów, z których składa się opinia psychologiczna sporządzona wobec skazanych uzależnionych od alkoholu nie jest wyczerpującym, ponieważ § 70 ust. 2 Zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, zawiera zwrot „w szczególności”, co oznacza, że opinia psychologiczna może składać się również z innych elementów nie wskazanych powyżej.

⁵⁶³ Ibidem.

⁵⁶⁴ Ibidem.

Niezwłocznie, po sporządzeniu opinii psychologicznej sporządzonej w związku z zamiarem przedłożenia komisji penitencjarnej wniosku o zakwalifikowanie skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, skazany kierowany jest na posiedzenie komisji penitencjarnej (§ 76 ust. 3)⁵⁶⁵.

W przypadku stwierdzenia u skazanego uzależnienia od alkoholu i potrzeby skierowania takiego skazanego do oddziału terapeutycznego wnioski o skierowanie do właściwego oddziału terapeutycznego sporządza psycholog w opinii psychologicznej lub orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym (§ 16 punkt 2)⁵⁶⁶.

§ 3. CHARAKTERYSTYKA ODDZIAŁYWAŃ PROWADZONYCH WOBEC SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Ze względu na konieczność zapewnienia skuteczności oddziaływań terapeutycznych na terenie zakładu karnego obowiązuje zakaz spożywania alkoholu, o czym stanowi art. 116a pkt 4 kkw. Ten zakaz nie dotyczy jednak skazanych uzależnionych od alkoholu, których leczenie jest oparte na leczeniu substytucyjnym. Wówczas spożywanie alkoholu następuje na podstawie zalecenia lekarskiego, dlatego nie jest sprzeczne z ogólnie obowiązującą zasadą⁵⁶⁷. Z uwagi na możliwość samowolnego spożywania alkoholu, zgodnie z art. 116b kkw wprowadzono badania w celu wykrycia w organizmie skazanego substancji niedozwolonych, w tym alkoholu, nawet wbrew woli skazanego⁵⁶⁸. Na podstawie przeprowadzonych badań i ustaleniu spożycia alkoholu przez skazanego możliwe jest pociągnięcie skazanego do odpowiedzialności dyscyplinarnej⁵⁶⁹. Badania na obecność u skazanego alkoholu dokonuje się poprzez pobranie, bez dodawania jakichkolwiek substancji, próbek śliny lub moczu, a następnie umieszczenie ich w testerze. Jeżeli skazany kwestionuje wyniki przeprowadzonych badań, wówczas poddaje się go badaniom laboratoryjnym⁵⁷⁰. J. Postulski twierdzi, iż art. 116a kkw jest przejawem ograniczania w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw. W przypadku tego przepisu ograniczenie takie jest jednak dopuszczalne, ponieważ „ograniczenia takie

⁵⁶⁵ Ibidem.

⁵⁶⁶ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 136; Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067); K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 442-443.

⁵⁶⁷ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...* s. 247; Uzasadnienie projektu ustawy z 9.10.2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy, za: K. Postulski, op. cit., s. 522.

⁵⁶⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁵⁶⁹ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 248.

⁵⁷⁰ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 499.

mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw"⁵⁷¹. W tym przypadku z uwagi na charakter przyjętych regulacji oraz fakt, że Kodeks karny wykonawczy jest przecież aktem prawnym w randze ustawy, ograniczenie takie jest dopuszczalne.

Zdaniem L. Tuźnika można całe leczenie osób przebywających w izolacji penitencjarnej podzielić na trzy etapy organizacyjne:

- detoksykację i pobyt w areszcie śledczym. Leczenie na tym etapie składa się przede wszystkim z: detoksykacji, udzielenia koniecznej pomocy medycznej (w ambulatoriach zakładów karnych), a także motywowania osób uzależnionych do podjęcia leczenia w czasie pobytu w zakładzie karnym w przypadku wyroku skazującego,
- czas, od wydania decyzji przez komisję penitencjarną o wykonywaniu wobec skazanego kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (w przypadku braku wcześniejszego rozstrzygnięcia sądu w tym zakresie w trybie art. 62 kk), aż do podjęcia przez skazanego właściwych oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych,
- właściwe leczenie prowadzone zazwyczaj w oddziale terapeutycznym, aż do jego zakończenia⁵⁷².

Dzięki zastosowaniu terapii wobec skazanych przebywających w systemie terapeutycznym izolacja penitencjarna nabiera specyficznego wymiaru – zatracając nieco swój izolacyjny charakter. Kluczowe znaczenie dla złagodzenia izolacyjno-represyjnego i ekspiacyjnego charakteru kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym ma umiejętna i profesjonalna działalność personelu penitencjarnego. Wówczas skazani odbywający karę w systemie terapeutycznym traktowani są bardziej jako pacjenci aniżeli osoby pozbawione wolności ze względu na popełnienie czynu zabronionego⁵⁷³. Model pracy upodabnia się w pewien sposób do modelu

⁵⁷¹ J. Postulski, [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, red. J. Lachowski, Warszawa 2016, s. 509.

⁵⁷² L. Tuźnik, *Organizacja leczenia odwykowego w zakładach karnych w świetle uregulowań Kodeksu Karnego Wykonawczego z 1997 roku*, [w:] *Problemy organizacji i zarządzania w więziennictwie. Materiały II Krajowego Symposium Penitencjarnego*, red. W. Ambroziak, P. Stępnik, Poznań–Kalisz–Warszawa 1999. Podobnie uważa: B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 130.

⁵⁷³ M. Wielec, *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary...*, s. 211.

medycznego. Oddziaływania prowadzone w odniesieniu do skazanych uzależnionych od alkoholu przebywających w zakładzie karnym w oddziale terapeutycznym, nie różnią się znacznie od tych prowadzonych przez placówki wolnościowe⁵⁷⁴. Nie jest jednak możliwe przeniesienie wprost form pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu stosowanych w warunkach wolnościowych do jednostek penitencjarnych. Specyfika pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu przebywającymi w zakładach karnych wynika przede wszystkim ze:

- szczególnego miejsca prowadzonych oddziaływań – zakład karny lub areszt śledczy,
- szczególnych uwarunkowań osób w odniesieniu, do których prowadzone są oddziaływania – są to osoby pozbawione wolności. Powoduje to określone zmiany w funkcjonowaniu jednostki zarówno pod kątem jej psychiki, jak i kontaktów z innymi ludźmi,
- specyfiki problemów, z którymi musi radzić sobie personel terapeutyczny⁵⁷⁵.

Występuje wiele znaczących różnic pomiędzy prowadzeniem oddziaływań w warunkach wolnościowych, i w warunkach izolacji penitencjarnej. Można wyróżnić wiele cech charakteryzujących pracę w warunkach zakładu karnego. Za najważniejsze z wyróżników można uznać m.in.:

- różniący się typ relacji terapeutycznej,
- powszechniejsze wykorzystywanie przymusu w oddziaływaniach terapeutycznych,
- następstwa funkcjonowania mechanizmu negatywnej selekcji,
- większe potrzeby terapeutyczne skazanych,
- odmienności występujące w środowisku terapeutycznym,
- różniące się procedury organizacyjne⁵⁷⁶,
- dłuższy, bo trwający od 3 do 4 miesięcy okres leczenia podstawowego,
- nie tak liczną jak w warunkach wolnościowych liczbę pacjentów przypadających na jednego terapeutę – w warunkach zakładu karnego przypada średnio jeden terapeuta na siedmiu skazanych,

⁵⁷⁴ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, op. cit., s. 298.

⁵⁷⁵ R. Pomianowski, *Czy można mówić o specyfice więziennego odwyku?*, „Świat Problemów” 1997, nr 9 (56), s. 38.

⁵⁷⁶ A. Majcherczyk, op. cit., s. 324.

- w pracy ze skazanymi konieczne jest modelowanie systemów wartości z powodu braku autorytetów i pozytywnych wzorców zachowań,
- zajęcia prowadzone w zakładach karnych nie mają tak wzmożonego charakteru jak te prowadzone w warunkach wolnościowych,
- występuje konieczność prowadzenia treningów relaksacyjnych i zajęć dotyczących tego jak radzić sobie ze stresem, złością i bezradnością⁵⁷⁷.

Różnica polega również na odmiennej relacji terapeutycznej pomiędzy terapeutą, a skazanym. W przypadku modelu tradycyjnego, w warunkach wolnościowych relacja ma charakter dwubiegunowy na linii: terapeuta – pacjent. Z kolei wzajemne oddziaływanie w warunkach izolacji penitencjarnej przybiera formę „trójkąta”: terapeuta – przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości (sąd, komisja penitencjarna, dyrektor zakładu karnego) – skazany⁵⁷⁸.

Charakterystyka postępowania ze skazanymi przebywającymi w systemie terapeutycznym implikuje czasem wykorzystanie niestandardowych środków i metod oddziaływań, które wykraczają poza ramy regulaminowe. W tym kontekście, za bardzo ważne należy uznać uprawnienie dyrektora zakładu karnego do dokonywania niezbędnych odstępstw od regulaminowego sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności⁵⁷⁹. Odstępstwa te nie mogą godzić w fundamentalne prawa skazanego, jak również nie mogą naruszać celów i funkcji wykonywania kary⁵⁸⁰. Zgodnie z § 27 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności stanowi (w związku z § 27 ust. 1), że dyrektor może na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza lub psychologa, dokonywać niezbędnych odstępstw od przewidzianego w regulaminie sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności wobec skazanych, u których stwierdzono m.in. uzależnienie od alkoholu (§ 27 ust. 1 i 2)⁵⁸¹.

Warto też zwrócić uwagę na moment, w którym należy rozpocząć prowadzenie oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych. Nierzadko uważa się, że należałoby rozważyć rozpoczęcie prowadzenia oddziaływań specjalistycznych,

⁵⁷⁷ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 133-134.

⁵⁷⁸ A. Majcherczyk, op. cit., s. 324.

⁵⁷⁹ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych...*, s. 37.

⁵⁸⁰ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 162.

⁵⁸¹ Rozporządzenie Ministra sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 r. poz. 2231).

niezależnie od deklaracji skazanego dotyczących chęci podjęcia leczenia, sześć miesięcy przed zakończeniem orzeczonej kary pozbawienia wolności⁵⁸². Pogląd ten opiera się na założeniu, że zadaniem oddziaływań prowadzonych w zakładzie karnym jest przygotowanie skazanego do samodzielnego funkcjonowania na wolności. Z tego względu okres pomiędzy zakończeniem leczenia a zakończeniem odbywania kary nie może być za długi, gdyż skazani do tego czasu mogliby zapomnieć część ze zdobytej wiedzy oraz doświadczeń i nie wykorzystać ich należycie po opuszczeniu zakładu karnego.

Panuje też przekonanie, że należy wykorzystać moment, w którym skazany wyraża wolę podjęcia leczenia, ponieważ jest to sytuacja jednostkowa⁵⁸³.

Skazani uważają, że już sam pobyt w zakładzie karnym jest leczeniem dlatego, że wiąże się z przymusową abstynencją i niemożnością zakupu alkoholu⁵⁸⁴.

Wykonywanie oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych w zakładach karnych ma swoje pozytywne strony. Wskazuje się bowiem, że stosuje się tam oddziaływania lecznicze wobec osób, które z własnej inicjatywy w warunkach wolnościowych nigdy nie podjęłyby się leczenia⁵⁸⁵. Poza tym leczenie w zakładach karnych jest tańsze aniżeli to prowadzone na wolności⁵⁸⁶.

Także praca terapeutów w zakładach karnych ma swoje szczególne cechy. Osoby prowadzące oddziaływania są odpowiedzialne za jakość i efektywność prowadzonych oddziaływań, za ofertę profilaktyczną, bezpieczeństwo pacjentów i jednostki penitencjarnej, w której zostali zatrudnieni. Ich praca objęta jest tajemnicą zawodową⁵⁸⁷.

Wyodrębnienie spośród ogółu skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym i traktowanie ich w odrębny sposób było spowodowane koniecznością zapewnienia właściwego funkcjonowania zakładu karnego. Osoby te, przysparzają pracownikom zakładów karnych szczególnych trudności ze względu na występowanie różnorodnych anomalii, zachowań odbiegających od normy, takich jak m.in. zaburzenia psychiczne, różnego rodzaju

⁵⁸² B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 130; J. Malec, op. cit.

⁵⁸³ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 131.

⁵⁸⁴ E. Czudek, *Trudniej im zdrowieć*, „Świat Problemów” 2005, nr 1 (144), s. 8.

⁵⁸⁵ J. Malec, op. cit., s. 211.

⁵⁸⁶ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 131.

⁵⁸⁷ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych od alkoholu...*, s. 132.

uzależnienia⁵⁸⁸. Z tego względu osoby te niełatwo poddają się prowadzonym oddziaływaniom resocjalizacyjnym. Często dezorganizują pracę wychowawczą, przysparzają kłopotów i utrudniają kształtowanie prawidłowych postaw społecznych, a nawet stwarzają zagrożenie dla porządku i bezpieczeństwa zakładu karnego. Stosowanie wobec tych skazanych szczególnych oddziaływań, zgodnie z zasadą indywidualizacji⁵⁸⁹ jest absolutnie konieczne, zwłaszcza gdy tradycyjne środki oddziaływania nie przynoszą oczekiwanych efektów resocjalizacyjnych, a przeciwnie – czasem nawet powodują intensyfikację zachowań dyssocjalnych⁵⁹⁰.

Skazani uzależnieni od alkoholu są zazwyczaj słabo wykształceni. Niezbyt często występują wśród nich osoby, które posiadają wykształcenie średnie – zazwyczaj ich wykształcenie obejmuje zasadniczą szkołę zawodową (bywa, że ukończoną dopiero w Zakładzie Karnym), czy też szkołę specjalną z przysposobieniem do zawodu⁵⁹¹. Wielu skazanych młodocianych uzależnionych od alkoholu nie posiada nawet wyuczonego jakiegokolwiek zawodu⁵⁹². Sporadycznie zdarzają się przypadki osób przejawiających trudności z czytaniem i pisanem. Szczególnie często problemy z czytaniem i pisanem mają skazani młodociani uzależnieni od alkoholu⁵⁹³. Najczęściej trudności z tak podstawowymi czynnościami spowodowane są wieloletnią recesją w pracy umysłowej⁵⁹⁴. Z pewnością braki w wykształceniu skazanych są również spowodowane przez to, że najbardziej liczną grupę skazanych stanowią osoby wywodzące się z rodzin niewykwalifikowanych robotników – ok. 80%. Stosunkowo niewielu skazanych pochodzi ze środowisk rolniczych – ok. 12%, natomiast sporadycznie mają oni korzenie z rodzin inteligenckich – ok. 8%⁵⁹⁵. Nierzadko skazani są spowolnieni, bierni i apatyczni, a dodatkowo posiadają niewielkie doświadczenie zawodowe. Fundamentalne umiejętności życiowe takie jak m.in. wyrażanie własnego zdania, komunikowanie się z innymi ludźmi,

⁵⁸⁸ H. Machel, *Sens i bezsens resocjalizacji...*, s. 125.

⁵⁸⁹ S. Paweła, *Prawo karne wykonawcze, Zarys Wykładu*, Kraków 2003, s. 204–205.

⁵⁹⁰ M. Kiryluk, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych*, „Biuletyn RPO. Materiały” 1997, nr 32, s. 100; A. Kwieciński, *Skazani odbywający karę pozbawienia wolności...*, s. 284-285; T. Szymanowski, *Przemiany systemu penitencjarnego w Polsce*, Warszawa 1996, s. 46.

⁵⁹¹ *Więzień – alkoholik – pacjent odwykowy*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 7.

⁵⁹² T. Głowik, *W warunkach zakładu karnego*, „Świat Problemów” 2002, nr 4 (111), s. 27.

⁵⁹³ *Ibidem*, s. 27.

⁵⁹⁴ *Terapeuci piszą o pacjentach oddziałów specjalnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 5.

⁵⁹⁵ M. Płatek, *Znaczenie więziennych stereotypów (Znaczenie Reguł Minimalnych Postępowania z Więźniami i Europejskich Reguł Więziennych dla procesu normalizacji)*, [w:] *Między Autonomią a Kontrolą; Studia i szkice*, red. A. Kojder, J. Kwaśniewski, Warszawa 1992, s. 147.

uzewnętrznianie swoich emocji, nawyk systematycznej pracy, załatwianie spraw urzędowych, a nawet umiejętność podejmowania decyzji są nieraz niewykształcone lub zanikają z powodu długoletniej izolacji penitencjarnej i nabytej w ten sposób bezradności⁵⁹⁶. Zdarza się, że osoby uzależnione od alkoholu przejawiają także uzależnienie od środków odurzających lub psychotropowych. Co więcej, wielu spośród nich jest wręcz uzależnionych od popełniania przestępstw i przestępczego stylu życia. Występuje u nich ogromna chęć popełnienia przestępstwa, obsesyjnie myślą o dokonaniu kolejnego przestępstwa, zaś w trakcie i po popełnieniu przestępstwa odczuwają emocjonalną gratyfikację⁵⁹⁷. Osoby uzależnione od alkoholu często wywodzą się z rodzin o dużym stopniu patologii społecznej⁵⁹⁸. U praktycznie wszystkich uzależnionych od alkoholu występują również zubożenia sfery duchowej⁵⁹⁹.

Z badań populacji skazanych uzależnionych od alkoholu przebywających w Oddziale Terapeutycznym Aresztu Śledczego w Radomiu przeprowadzonych przez T. Głowika wynika, że spośród skazanych uzależnionych od alkoholu osoby młodociane średnio o 5 lat wcześniej sięgnęły po alkohol aniżeli osoby dorosłe. W przypadku 86% młodocianych pierwszy kontakt z alkoholem skończył się upiciem, natomiast spośród skazanych dorosłych karanych po raz pierwszy aż 59% z nich upiło się w wyniku pierwszego kontaktu z alkoholem. 86% skazanych młodocianych uzależnionych od alkoholu pochodzi z rodziny, w której któryś z członków rodziny miał problem z alkoholem. Z kolei 53% skazanych dorosłych wywodzi się z rodziny, w której ktoś nadużywał alkoholu. W aktach skazanych młodocianych badanych przez T. Głowika, każdy skazany miał zaburzenia osobowości. Wszyscy skazani młodociani odnotowali bezpośredni związek pomiędzy uzależnieniem od alkoholu, a popełnionym przestępstwem. Skazani młodociani badani przez T. Głowika odbywali karę pozbawienia wolności głównie za kradzieże i rozboje, natomiast skazani dorośli często byli sprawcami zabójstwa, bójki lub pobicia czy też znęcania się⁶⁰⁰.

Osoby wobec, których prowadzone są oddziaływania w ramach systemu terapeutycznego w zakładzie karnym występują w podwójnej roli, ponieważ są zarówno skazanymi, jak i pacjentami. Pomimo to skazani często przejawiają typowo

⁵⁹⁶ *Terapeuci piszą o pacjentach oddziałów specjalnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 5.

⁵⁹⁷ *Więzień – alkoholik – pacjent odwykowy...*, s. 5.

⁵⁹⁸ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych od alkoholu...*, s. 133.

⁵⁹⁹ *Więzień – alkoholik – pacjent odwykowy...*, s. 7.

⁶⁰⁰ T. Głowik, *W warunkach zakładu karnego...*, s. 27.

instrumentalną motywację do podjęcia leczenia licząc, że dzięki temu będą lepiej traktowani, a nawet niejako zasłużą sobie na warunkowe przedterminowe zwolnienie. Czasami zdarza się, że skazani wyrażają motywację do współdziałania w prowadzonych wobec nich oddziaływaniach ze względu na szczerą chęć zaprzestania nałogowego spożywania alkoholu. Co ciekawe występują również skazani, którzy przejawiają chęć do podjęcia leczenia z pobudek negatywnych. Ze względu na nierzadko wieloletnie spożywanie alkoholu ich sprawność fizyczna ulega znaczącemu obniżeniu, czego następstwem jest znacznie mniejsza efektywność w popełnianiu przestępstw. Skazani podejmują więc leczenie w nadziei, na odbudowanie wyniszczonego organizmu i tężyzny fizycznej, dzięki czemu po opuszczeniu zakładu karnego staną się „lepszymi przestępcami”⁶⁰¹.

Skazanych cechuje nieufność wobec innych ludzi, a zwłaszcza w stosunku do personelu terapeutycznego. Dlatego też, znacznie dłużej aniżeli w warunkach wolnościowych trwa zbudowanie atmosfery prawdy, otwartości i szczerości. Wśród skazanych uzależnionych od alkoholu często pierwsze zetknięcie się z alkoholem nastąpiło w wieku 8-10 lat. Dodatkowo niekorzystnie wpływa występujące w wielu przypadkach pochodzenie z rodzin patologicznych. Zdarza się, że przed pobytem w zakładzie karnym osoby te miały już styczność z pogotowiem opiekuńczym, a nawet przebywały w zakładzie poprawczym⁶⁰².

⁶⁰¹ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 131-132.

⁶⁰² T. Dudziński, *Nie tak jak na wolności*, „Świat Problemów” 2005, nr 1 (144), s. 9.

ROZDZIAŁ VI

PROGRAMY TERAPII PROWADZONEJ W ODDZIALE I POZA ODDZIAŁEM TERAPEUTYCZNYM

§ 1. ZASADY WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM (ART. 97 KKW)

Zasady wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym zostały określone w art. 97 kkw⁶⁰³. Zaś w art. 97 § 1 kkw wskazano oczekiwane implikacje wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych, które są następujące: zapobieganie pogłębiania się patologicznych cech osobowości, przywracanie równowagi psychicznej, kształtowanie umiejętności współżycia społecznego, przygotowanie do samodzielnego życia⁶⁰⁴.

W celu zoptymalizowania spodziewanych oczekiwań wskazanych w art. 97 § 1 kkw w § 2, ustawodawca przyjął, że należy dostosować wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym do potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higieniczno-sanitarnych⁶⁰⁵.

Analizowany art. 97 kkw ze względu na sposób sformułowania jest szeroko komentowany. Stefan Lelental wskazuje, że art. 97 § 2 kkw nie jest wystarczająco dokładny. W przepisie tym chodzi o wskazanie wiodącej roli środków terapeutycznych spośród ogółu środków oddziaływania, natomiast posługiwanie się innymi środkami powinno być uzależnione i dostosowane do realizowanych programów⁶⁰⁶. Zbliżoną opinię prezentuje także Teodor Szymanowski, który interpretuje § 2 jako ułatwiający prowadzenie oddziaływań leczniczych i psychologicznych wobec skazanych poprzez dostosowanie wykonywania kary,

⁶⁰³ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary...*, s. 36.

⁶⁰⁴ T. Szymanowski, Z. Świda, op. cit., s. 224.

⁶⁰⁵ R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 345.

⁶⁰⁶ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 433.

zatrudnienia, nauczania i zasad higieny opieki sanitarnej do wymagań prawidłowego leczenia i oddziaływania terapeutycznego⁶⁰⁷.

Krzysztof Dąbkiewicz uważa, że odbywanie przez skazanego kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym i realizacja zadań zawartych w art. 97 § 1 kkw jest tak naprawdę warunkiem osiągnięcia pierwotnego celu wykonywania kary wskazanego, w art. 67 § 1 kkw, za który przyjęto prewencję szczególną⁶⁰⁸.

Z punktu widzenia celów wykonywania kary pozbawienia wolności leczenie skazanych uzależnionych od alkoholu ma niebagatelne znaczenie jako środek resocjalizacji tej kategorii sprawców oraz zapobiegania ich powrotowi do przestępstwa. Podobnie w przypadku recydywistów, zwłaszcza wielokrotnych, będących jednocześnie alkoholikami, leczenie odwykowe jest podstawowym warunkiem zastosowania innych środków, także postpenitencjarnych. Leczenie odwykowe odgrywa także węzłową rolę w walce z przestępczością powrotną⁶⁰⁹.

Zdaniem Adama Kwiecińskiego uregulowania zawarte w art. 97 § 1 kkw określają „dodatkowy” – specjalny cel wykonywania kary w systemie terapeutycznym. Dodaje też, że cel „dodatkowy” nie jest w żaden sposób sprzeczny z zasadniczym celem wykonywania kary zawartym w art. 67 § 1 kkw jakim jest prewencja szczególna. Obydwa te cele są ze sobą powiązane. A. Kwieciński zgadza się natomiast z K. Dąbkiewiczem, że realizacja zadań zawartych w art. 97 § 1 kkw jest niezbędna dla osiągnięcia pierwotnego celu wykonywania kary pozbawienia wolności określonego w art. 67 § 1 kkw⁶¹⁰.

Odmienne poglądy prezentuje Joanna Długosz. Uważa bowiem, że celem głównym wykonywania kary pozbawienia wolności jest „wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanym postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa”⁶¹¹. Jej zdaniem wykonywanie kary jest więc ukierunkowane wyłącznie na prewencję

⁶⁰⁷ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, op. cit., s. 224.

⁶⁰⁸ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 440; także w uzasadnieniu rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego za główny cel wykonywania kary pozbawienia wolności uznano prewencję szczególną. Zob. *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego...*, s. 545.

⁶⁰⁹ S. Walczak, op. cit., s. 92-93.

⁶¹⁰ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 160-161.

⁶¹¹ J. Długosz, op. cit., s. 876.

ogólną, której podstawową zasadą jest indywidualizacja oddziaływania na skazanego⁶¹².

W opinii S. Lelenta, treść art. 97 § 1 kkw należy analizować niejako w związku z art. 67 § 1 i 3 kkw. Według autora nadrzędnym zadaniem jest w tym przypadku usunięcie bądź też co najmniej ograniczenie czynników etiologicznych przestępstw popełnionych przez skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Jest to zadanie niezwykle skomplikowane, ze względu na to, że szczególnie osoby z zaburzeniami psychicznymi są mało podatne na próbę poprawy swoich zachowań i cech osobowości. Nie przejawiają również woli do uczestnictwa w procesie korekcyjnym⁶¹³.

Jerzy Lachowski wskazuje, że readaptacja społeczna pozostaje fundamentalnym celem wykonywania kary pozbawienia wolności. Pomimo że podczas realizowania systemu terapeutycznego wiodącego znaczenia nabiera konieczność poprawy stanu zdrowia skazanego, to jednak nie można nie zwracać uwagi na potrzebę jego readaptacji społecznej⁶¹⁴.

J. Lachowski zwraca też uwagę, że w procesie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym niezbędne jest właściwe zdiagnozowanie cech osobowości skazanego, które można uznać za patologiczne i które, mogą być przyczyną popełniania przez niego przestępstw⁶¹⁵.

System terapeutyczny jest w swojej zasadniczej idei systemem przechodnim, to znaczy takim, w którym skazany odbywa karę pozbawienia wolności przez określony czas, konieczny dla zrealizowania oddziaływań specjalistycznych, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej i rehabilitacyjnej. W momencie, w którym skazany nie wymaga już stosowania wobec niego tego rodzaju oddziaływań zostaje przeniesiony do odpowiedniego, innego systemu wykonywania kary tj. do systemu programowanego oddziaływania albo do systemu zwykłego⁶¹⁶. Zbigniew Hołda i Ewa Bieńkowska podkreślają, że znaczenie w tym przypadku ma wyłącznie fakt, że skazany nie wymaga już prowadzenia wobec niego oddziaływań specjalistycznych. Kluczową rolę odgrywa – ustanie przyczyn, przez które skazany został skierowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie

⁶¹² Ibidem, s. 876.

⁶¹³ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 433.

⁶¹⁴ J. Lachowski, op. cit., s. 466.

⁶¹⁵ Ibidem, s. 465.

⁶¹⁶ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary...*, s. 36-37.

terapeutycznym⁶¹⁷. Jako przykład wskazuje się sytuację, w której skazany niepełnosprawny fizycznie czy też upośledzony umysłowo jest przenoszony do innego systemu wykonywania kary w momencie, w którym nie jest konieczne prowadzenie już wobec niego oddziaływań specjalistycznych, pomimo że w dalszym ciągu jest on niepełnosprawny fizycznie lub upośledzony umysłowo⁶¹⁸. Świadczy o tym art. 97 § 3 kkw zgodnie, z którym: „skazanych, którzy nie wymagają już oddziaływania specjalistycznego, o którym mowa w art. 96, przenosi się do odpowiedniego systemu wykonywania kary” (art. 97 §3)⁶¹⁹.

§ 2. DZIAŁALNOŚĆ GRUP ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Jednym z innowacyjnych programów stosowanych w terapii alkoholików jest „Atlantis”. Elementem innowacyjnym w programie „Atlantis” jest wprowadzenie do uczestnictwa w terapii trzeźwiejących alkoholików przebywających na wolności – w szczególności członków wspólnot Anonimowych Alkoholików⁶²⁰. Wskazuje się, że dorobek Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, jak również koncepcje zawarte w programie Dwunastu Kroków, odgrywają istotną rolę w terapii profesjonalnej⁶²¹. Sam ruch Anonimowych Alkoholików powstał 10 czerwca 1935 r. z inicjatywy dwóch osób, którzy sami byli uzależnieni od alkoholu – Williama (Billa) Griffitha Willsona i Roberta (Boba) Holbrucka Smitha⁶²². Doszli oni do wniosku, że najważniejszymi czynnikami zdrowienia w chorobie alkoholowej są: szczere przyznanie się do uzależnienia, wzajemne przekonywanie się do trzeźwości oraz odwoływanie się do dowolnie rozumianej siły wyższej – w postaci losu, Boga itp. Założyciele rozpoczęli współpracę z miejscowym szpitalem w myśl idei szerzenia „posłania – nadziei trzeźwości” leczonym tam alkoholikom⁶²³. Zainicjowali oni przekonywanie leczonych w tym szpitalu alkoholików do zachowywania trzeźwości i wzajemnego wspierania

⁶¹⁷ E. Bieńkowska, op. cit., s. 953; Z. Hołda, op. cit., s. 392.

⁶¹⁸ Z. Hołda, op. cit., s. 392.

⁶¹⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

⁶²⁰ A. Kędzierski, *Z punktu widzenia dyrektora ZK, „Świat Problemów”* 2002, nr 5 (112), s. 20; A. Kędzierski, *Rola wspólnoty AA w zakładach karnych*, „Arka, Biuletyn Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i innych Uzależnień Fundacji im. S. Batorego” nr 21, lipiec 1997, s. 39-42.

⁶²¹ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, op. cit., s. 300.

⁶²² M. Gordon, T. Kolarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików*, Warszawa 1993, s. 10.

⁶²³ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy w zakładach penitencjarnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 9, s. 73.

się⁶²⁴. W ten sposób w miejscowości Akron w USA powstała pierwsza na świecie samopomocowa grupa Anonimowych Alkoholików⁶²⁵.

W 1939 r. dzięki inspiracji twórców Anonimowych Alkoholików wydano publikację pt. „Anonimowi Alkoholicy” zwaną też Wielką Księgą AA. Zamieszczono w niej 43 tzw. „piciorysy”, tj. historie życia, picia i trzeźwienia członków ruchu. Co więcej, zawarto tam tzw. Dwanaście Kroków (w Polsce określanych Dwunastoma Stopniami) tworzących program ideowy wspólnoty. Publikacja ta stanowi swego rodzaju rekapitulację pierwszych czterech lat działalności wspólnoty. W znacznym stopniu przyczyniła się ona również do rozpowszechnienia ruchu na terenie USA⁶²⁶. Według Bohdana Woronowicza Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików w pewien sposób nakreśla kierunek i etapy procesu zmiany, który to proces jest bardzo zbliżony do dynamiki procesu psychoterapii. W podobny sposób jak psychoterapia, umożliwia on wyeliminowanie środkami psychologicznymi objawów choroby, a także osiągnięcie korzystnych zmian dotyczących zarówno stanu zdrowia, jak i zachowania pacjenta. O atrakcyjności Programu Dwunastu Kroków decyduje fakt, że udało się w nim połączyć kilka, na pozór sprzecznych elementów, takich jak:

- a) demokratyczny model organizacyjny z rytualnym przestrzeganiem programu;
- b) akceptację bezsilności z silnym wymogiem aktywnej odpowiedzialności i zaangażowania w proces zmiany;
- c) podkreślenie istotności uniwersalnych wartości (troska o innych, poczucie wspólnoty, dzielenie się z innymi) z nowoczesną otwartością i akceptacją;
- d) model chorobowy, wykluczający wyzdrowienie ale jednocześnie dający nadzieję na zapanowanie nad nieuleczalną chorobą⁶²⁷.

W celu ujednoczenia zasad funkcjonowania wspólnoty w Cleveland w 1945 r. powstało tzw. Dwanaście Tradycji Anonimowych Alkoholików. Dokument ten określa kwestie związane z organizacją wewnętrzną wspólnoty, sposobami jej

⁶²⁴ M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit., s. 11.

⁶²⁵ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 73; swoistym prototypem wspólnoty Anonimowych Alkoholików była tzw. Grupa Oxfordzka, która powstała w 1921 r.

⁶²⁶ M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit., s. 11.

⁶²⁷ B.T. Woronowicz, *Wyznania lekarza, [w:] Anonimowi alkoholicy: historia o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet zostało uzdrowionych z alkoholizmu*, Warszawa 2017, s. 217-218.

funkcjonowania, regułami utrzymywania relacji z pozostałymi organizacjami trzeźwościowymi, instytucjami krajowymi, a także międzynarodowymi⁶²⁸.

Dwanaście Tradycji Anonimowych Alkoholików ukazało się najpierw w tzw. długiej formie, która pierwszy raz została wydana drukiem w 1946 roku. Współcześnie wersja ta ma jednak głównie wartość historyczną. Oprócz tzw. „długiej formy”, Dwanaście Tradycji Anonimowych Alkoholików zostało wydane w tzw. „krótkiej formie”, której powstanie było zapewne uwarunkowane względami praktycznymi, ponieważ jest ona skondensowaną wersją tzw. „długiej formy”. Ze względu na fakt, że tzw. „krótka forma” aktualnie znajduje się w powszechnym użyciu, to właśnie ta wersja została przedstawiona poniżej:

„1. Nasze wspólne dobro powinno być najważniejsze; wyzdrowienie każdego z nas zależy bowiem od jedności Anonimowych Alkoholików.

Jedynym i najważniejszym autorytetem w naszej wspólnocie jest miłujący Bóg, jakkolwiek może się On wyrażać w sumieniu każdej grupy. Nasi przewodnicy są tylko zaufanymi sługami, oni nami nie rządzą.

2. Jedynym warunkiem przynależności do AA jest pragnienie zaprzestania picia.
3. Każda grupa powinna być niezależna we wszystkich sprawach, z wyjątkiem tych, które dotyczą innych grup lub AA jako całości.
4. Każda grupa ma jeden wspólny cel: nieść posłanie alkoholikowi, który wciąż jeszcze cierpi.
5. Grupa AA nie powinna popierać, finansować ani używać nazwy AA żadnym pokrewnym ośrodkom ani jakimkolwiek przedsięwzięciom, ażeby problemy finansowe, majątkowe lub sprawy ambicjonalne nie odrywały nas od głównego celu.
6. Każda grupa AA powinna być samowystarczalna i nie powinna przyjmować dotacji z zewnątrz.
7. Działalność we Wspólnocie AA powinna na zawsze pozostać honorowa; dopuszcza się jednak zatrudnianie niezbędnych pracowników w służbach AA.

⁶²⁸ M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit., s. 11.

8. Anonimowi Alkoholicy nie powinni nigdy stać się organizacją; dopuszcza się jednak tworzenie służb i komisji bezpośrednio odpowiedzialnych wobec tych, którym służą.
9. Anonimowi Alkoholicy nie zajmują stanowiska wobec problemów spoza ich wspólnoty, ażeby imię AA nigdy nie zostało uwikłane w publiczne polemiki.
10. Nasze oddziaływanie na zewnątrz opiera się na przyciąganiu, a nie na reklamowaniu; musimy zawsze zachowywać osobistą anonimowość wobec prasy, radia i filmu.
11. Anonimowość stanowi duchową podstawę wszystkich naszych Tradycji, przypominając nam zawsze o pierwszeństwie zasad przed osobistymi ambicjami”⁶²⁹.

Główne założenia programowe i organizacyjne zgromadzenia Anonimowych Alkoholików oddaje tzw. Preambuła Anonimowych Alkoholików. Stwierdzono w niej, że: „Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem swoim doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój własny problem i innym pomagać w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek, opłat; jesteśmy samowystarczalni poprzez własne dobrowolne składki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, partią polityczną, organizacją czy instytucją; (...) nie zajmuje stanowiska w jakichkolwiek sporach. Naszym najważniejszym celem jest pozostawać trzeźwym i pomagać innym alkoholikom w osiągnięciu trzeźwości”⁶³⁰.

Pierwsze próby zastosowania grupy samopomocowej w Polsce powstały z inicjatywy dr. med. H. Zajązkowskiego, który powołał do życia w Warszawie „Klub Pacjenta”. W jego funkcjonowaniu wykorzystywano jedynie część spośród zasad AA, które oprócz tego zostały zmodyfikowane⁶³¹.

W Polsce po raz pierwszy podjęto próbę praktycznego zastosowania idei ruchu Anonimowych Alkoholików dzięki M. Grabowskiej i Z. T. Wierzbickiemu w Poznaniu, którzy prowadzili spotkania edukacyjne dla alkoholików z Koła

⁶²⁹ *Anonimowi alkoholicy: historia o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet zostało uzdrowionych z alkoholizmu*, Warszawa 2017, s. 195-196.

⁶³⁰ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 75.

⁶³¹ M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit., s. 14.

Samopomocy Pacjentów z Poznania, później nazwanego Klubem Abstynentów⁶³². Wymieniony Klub Abstynentów z Poznania, można uznać za pierwszą grupę Anonimowych Alkoholików w Polsce, zarejestrowaną w Biurze Służby Światowej AA jako jednostka AA w 1963 roku⁶³³. Niemalże w tym samym czasie, w Warszawie powstała druga grupa funkcjonująca jednak w oparciu o nieco zmodyfikowane zasady w stosunku do typowych grup AA⁶³⁴.

Początkowo rozwój wspólnot AA w Polsce był utrudniony ze względu na ustawową wyłączność Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego w zakresie działalności trzeźwościowej jak również ograniczenia administracyjne dotyczące urzędowej rejestracji innych podmiotów zajmujących się osobami uzależnionymi od alkoholu. Z tego względu w latach 60. i 70. powstało zaledwie kilka grup AA – oprócz Poznania i Warszawy utworzono również grupy w Będzinie, Wrocławiu i Słupsku. Bardziej znaczący wzrost ilości wspólnot AA nastąpił dopiero po 1980 r. Wówczas zostały utworzone grupy m.in. w Kutnie, Chełmie, Dąbrowie Górniczej, Bydgoszczy i Gliwicach. Członkowie istniejących wówczas grup AA wyłonili w 1982 r. spośród siebie tzw. Tymczasową Służbę Krajową. Zadaniem tego organu było zintegrowanie działalności ruchu AA⁶³⁵. Dzięki wysiłkom Tymczasowej Służby Krajowej w 1984 r. odbył się I Ogólnopolski Zjazd Anonimowych Alkoholików, który odbył się w 1984 r. Było na nim obecnych już 38 grup AA⁶³⁶.

Od tamtej pory ilość grup AA w Polsce wzrasta w tempie niespotykanym w innych krajach. Dla porównania – podczas II Ogólnopolskiego Zjazdu Anonimowych Alkoholików było już 140 grup, natomiast w IV Ogólnopolskim Zjeździe Anonimowych Alkoholików, który odbył się w 1991 r. brało już udział 427 grup AA⁶³⁷. W 1993 roku liczba grup Anonimowych Alkoholików wzrosła do 700, a w roku 2020 było ich już 2300⁶³⁸.

⁶³² B.T. Woronowicz, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) i Program Dwunastu Kroków*, [w:] *Przesłanie nadziei – przewodnik dla duszpasterstwa trzeźwości*, red. ks. M. Dziewicki, Warszawa 1993.

⁶³³ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 77.

⁶³⁴ M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit., s. 14.

⁶³⁵ Ibidem, s. 14.

⁶³⁶ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy w zakładach penitencjarnych...*, s. 77.

⁶³⁷ M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit., s. 15.

⁶³⁸ <https://anomed.pl/anonimowi-alkoholicy> (data wejścia: 28.09.2021).

W USA – kolebce grup AA – pierwsze z takich grup powstawały w szpitalach, zakładach karnych, przytułkach oraz dzielnicach tzw. marginesu społecznego⁶³⁹. Powstawanie grup Anonimowych Alkoholików w takich miejscach ma związek z ustawodawstwem karnym i praktyką sądową wielu państw świata, gdzie organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości mają nawet w zwyczaju umorzenie postępowania, bądź odstąpienie od wymierzenia kary w odniesieniu do osób, które popełniły przestępstwo pod wpływem alkoholu, jednak później zdecydowały się na uczestniczenie w mityngach AA⁶⁴⁰. W kręgach skazanych działalność Anonimowych Alkoholików zaczęła rozwijać się intensywnie po opublikowaniu Dwunastu Kroków i Dwunastu Tradycji Anonimowych Alkoholików. Szczególnie Krok XI i V zalecały nieść pomoc „jeszcze cierpiącym” alkoholikom. Tradycja VI z kolei ze zbioru Dwunastu Tradycji Anonimowych Alkoholików określała założenie o kompletnej niezależności wspólnoty AA od instytucji na terenie, której świadczone pomoc⁶⁴¹.

Początkowo pracownicy zakładów karnych niezbyt przychylnie postrzegali zaangażowanie członków wspólnot Anonimowych Alkoholików. Również dyrektorzy zakładów karnych mieli problemy z zaaprobowaniem uczestnictwa duchownych różnych wyznań w zespole terapeutycznym oddziałów terapeutycznych⁶⁴². Z biegiem czasu podejście to uległo zmianie, dzięki temu w zakładach karnych i aresztach śledczych doszło do powstania grup AA. Psychologowie, terapeuci uzależnień, wychowawcy w zakładach karnych i aresztach śledczych w Polsce zaczęli dostrzegać wartość programu AA w pracy z osadzonymi i aresztowanymi. Poza tym przyjazny klimat dla działań AA w jednostkach penitencjarnych tworzony przez Ministerstwo Sprawiedliwości i działający w jego ramach Centralny Zarząd Służby Więziennej sprzyjał tworzeniu grup AA, także w 2014 roku istniało już w zakładach karnych i aresztach śledczych 211 grup AA⁶⁴³.

Należy podkreślić, że Anonimowi Alkoholicy są akceptowani w zakładach penitencjarnych, szczególnie przez skazanych, ponieważ łatwiej identyfikują się z członkami wspólnoty AA aniżeli z członkami zespołów terapeutycznych składających się z profesjonalistów leczenia odwykowego. Członkowie AA są

⁶³⁹ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 137.

⁶⁴⁰ K. Wasylkowska, „Atlantis” i AA – szansa na resocjalizację, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 19.

⁶⁴¹ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 79.

⁶⁴² A. Kędziński, *Z punktu widzenia dyrektora...*, s. 20. A. Kędziński, *Rola wspólnoty AA ...*, s. 39-42.

⁶⁴³ „Więści z AA” 2014, nr 3(30), s. 3.

zdecydowanie bardziej podobni do skazanych ze względu na zbliżony stopień rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i kulturowego⁶⁴⁴. Są oni odbierani przez skazanych jako osoby dużo bardziej autentyczne i wiarygodne, dlatego że posługują się doświadczeniami nabytymi z autopsji. Są uosobieniem osób, którym udało się realnie rozwiązać swoje problemy związane z uzależnieniem do alkoholu⁶⁴⁵. Wspólnota Anonimowych Alkoholików nie jest zatem negowana i odrzucana w myśl przejawianej przez skazanych zasady o odrzucaniu jakichkolwiek autorytetów spoza własnego środowiska⁶⁴⁶.

W oparciu o kooperację członków wspólnot AA ze skazanymi powstały niektóre z form działalności AA przeniesione później „do wewnątrz” wspólnoty. Są to m.in. mityngi diadyczne (dwuosobowe) oraz korespondencyjne⁶⁴⁷. Na skuteczność oddziaływań prowadzonych w Zakładach Karnych, w których biorą udział członkowie grup Anonimowych Alkoholików wpływa również fakt, że uczestnictwo w nich nie jest przymusowe. Jest to więc, w pewnym sensie „namiastka wolności”, której w Zakładzie Karnym z oczywistych względów tak bardzo brakuje⁶⁴⁸.

W 1957 roku w miejscowości Mrowin - na obszarze oddziału zewnętrznego Aresztu Śledczego w Poznaniu po raz pierwszy w Polsce doszło do zetknięcia się wspólnot Anonimowych Alkoholików ze skazanymi⁶⁴⁹. Kolejna próba współpracy wspólnot AA ze skazanymi miała miejsce w latach 1983-1984 – początkowo ze skazanymi oddziału odwykowego Zakładu Karnego we Wrocławiu, a później ze skazanymi przebywającymi w oddziale dla osób wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych Zakładu Karnego w Siedlcach⁶⁵⁰. Działania te nie przyniosły jednak oczekiwanych rezultatów z uwagi na niedostateczne zainteresowanie zagadnieniem samych członków Anonimowych Alkoholików. Nie występowało również wystarczające wsparcie dla tej inicjatywy ze strony przedstawicieli władz więziennych jak i osób zajmujących się profesjonalnie oddziaływaniami terapeutycznymi. Przełom nastąpił w 1987 roku. Jeden ze skazanych przebywających wówczas w Zakładzie Karnym w Siedlcach przeczytał

⁶⁴⁴ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 79-80.

⁶⁴⁵ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych od alkoholu...*, s. 138.

⁶⁴⁶ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 79-80.

⁶⁴⁷ Ibidem, s. 79-81.

⁶⁴⁸ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 138.

⁶⁴⁹ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 81.

⁶⁵⁰ Ibidem, s. 82.

artykuł prasowy Wiktora Osiatyńskiego pt.: „Grzech czy choroba?” opublikowany na łamach czasopisma *Polityka*. Zainspirował on tym artykułem psychologa więziennego Tadeusza Paciorka, który porozumiał się z Sekretarzem Służby Krajowej AA w Poznaniu, a następnie z Punktem Kontaktowym w Warszawie. Jak się później okazało, było to wydarzenie przełomowe, ponieważ jeden z alkoholików – członków AA znał osobiście osoby, z którymi skontaktował się Tadeusz Paciorek. Zorganizował czteroosobowy zespół, złożony z alkoholików-członków AA i zaczął odwiedzać poszczególne Zakłady Karne. Inicjatywa odniosła sukces i wkrótce potem inni alkoholicy-członkowie AA zaczęli tworzyć podobne grupy⁶⁵¹.

Dzięki temu kontakty Anonimowych Alkoholików pod koniec 1988 objęły Zakłady Karne i Areszty Śledcze m.in. w: Brzegu, Bydgoszczy-Fordonie, Chełmie, Gorzowie Wielkopolskim, Grodkowie, Inowrocławiu, Lublinie, Opolu, Rzeszowie, Starogardzie Gdańskim, Stargardzie Szczecińskim, Warszawie⁶⁵².

W dniu 24 marca 1993 podpisano „Protokół uzgodnień w sprawie działalności wspólnoty Anonimowych Alkoholików na terenie jednostek penitencjarnych”. Sygnatariuszami dokumentu zostali: przedstawiciel Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików oraz dyrektor Biura Penitencjarnego Centralnego Zarządu Zakładów Karnych⁶⁵³.

Przeważająca część grup AA w Zakładach Karnych tworzona jest z inicjatywy psychologów więziennych, którzy sami poszukują kontaktu z miejscowymi grupami AA. W ten sposób powstały grupy m.in. w Areszcie Śledczym Warszawa-Mokotów, Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec, jak również pierwsza grupa kobieca w 1992 r. w ówczesnym Areszcie Śledczym Warszawa - Grochów⁶⁵⁴.

Typowe mityngi AA w Zakładach Karnych odbywają się co najmniej raz w miesiącu, jednak w wielu przypadkach są to spotkania o większej częstotliwości – raz w tygodniu. Grupy pracują najczęściej pod kierownictwem minimum jednego, a czasem kilku opiekunów-posłanników z grup AA funkcjonujących na wolności. Nieomal wszystkie grupy AA działające w Zakładach Karnych utrzymują kontakty z grupami wolnościowymi w formie kooperacyjnie realizowanych mityngów odbywających się na terenie Zakładów Penitencjarnych. Zdarzają się również

⁶⁵¹ Kazimierz-alkoholik, *Początki ruchu AA w zakładach karnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 31.

⁶⁵² Ibidem, s. 31.

⁶⁵³ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 85.

⁶⁵⁴ Kazimierz-alkoholik, op. cit., s. 32-33.

mitynghi, w których biorą także udział członkowie rodzin osób uzależnionych od alkoholu, jak i spotkania z członkami innych grup posiadających zbliżone ideały takimi jak Al-Anon i Al.-Ateen. Duża część spośród osób, które opuściły już Zakład Karny w dalszym ciągu uczestniczy w spotkaniach AA, także na wolności⁶⁵⁵. Jest to ogromny sukces tej inicjatywy.

Zasadniczą formą w pracy grup AA w Zakładach Karnych są mityngi zamknięte. Biorą w nich udział wyłącznie skazani z problemami alkoholowymi, w przeważającej większości od niego uzależnieni. W mityngach tych uczestniczą także członkowie AA przebywający na wolności. Honorowana jest zasada, że każdy mówi wyłącznie o sobie i nikt nikogo nie ocenia. Uczestnicy tychże mityngów z reguły ogniskują swoją uwagę na dwóch pierwszych z Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików⁶⁵⁶. Koncentrują się zatem na problemie uznania własnego uzależnienia od alkoholu. Omawiają kwestię alkoholowych zaprzeczeń oraz diagnozują problemy przystosowawcze i osobiste wynikające z uzależnienia od alkoholu⁶⁵⁷. Niezwykle istotne znaczenie dla oddziaływań leczniczych ma bowiem, wzajemne dzielenie się alkoholików swoimi osobistymi doświadczeniami, jak również osobistym rozumieniem idei programu Dwunastu Kroków. Bardzo ważne jest również omawianie własnych przyczyn niepowodzeń i uwarunkowań wpływających na trudności w pokonaniu uzależnienia od alkoholu. Pozwala to wzbudzić motywację do terapii, wzmocnić ją, pomaga w wykreowaniu chęci współpracy z zespołem terapeutycznym, kreuje nadzieję na utrzymanie abstynencji i rozwój osobowości skazanego. Przez wiele osób zajmujących się zawodowo leczeniem uzależnień, w zakładach penitencjarnych, w których prowadzone są oddziaływania odnośnie skazanych uzależnionych od alkoholu działalność więziennych grup AA uważa się nawet za element oddziaływań profesjonalnych. W innych Zakładach Karnych aktywność AA postrzegana jest jako istotne uzupełnienie oddziaływań prowadzonych przez profesjonalny zespół terapeutyczny (lub specjalistycznie przygotowany personel – poza oddziałem terapeutycznym). Występują nawet sytuacje, w których działalność grup AA w pełni zastępuje pracę profesjonalistów⁶⁵⁸.

⁶⁵⁵ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 85.

⁶⁵⁶ B. Zajęcka, *Specyfika i skuteczność wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, red. S. Badora, I. Mudrecka, Opole 2006.

⁶⁵⁷ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 87.

⁶⁵⁸ Ibidem, s. 87.

Wspólnota Anonimowych Alkoholików prowadzi również szeroko pojętą działalność profilaktyczną. Grupy AA tworzą bowiem mityngi informacyjne w środowisku, w którym działają. Dzięki temu osoby nie angażujące się w działalność Anonimowych Alkoholików zyskują możliwość zapoznania się z profilem wspólnoty, a także dowiadują się podstawowych informacji o chorobie alkoholowej, jej następstwach zdrowotnych, psychologicznych, i społecznych. Uzyskują również wiedzę o sposobach osiągnięcia trzeźwości i metodach umożliwiających jej utrzymanie⁶⁵⁹.

Ze względu na, to że oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu jest wciąż zbyt mało, mityngi AA stają się główną – tymczasową formą oddziaływania dla skazanych oczekujących na przyjęcie do oddziału terapeutycznego. Dodatkowo wykorzystuje się środki audiowizualne takie jak filmy dotyczące zdrowego stylu życia, negatywnych skutków spożywania alkoholu, palenia papierosów, zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych⁶⁶⁰.

Nie bez znaczenia było także zainteresowanie się realizacją programu „Atlantis” sądu penitencjarnego, który jako organ udzielający warunkowych przedterminowych zwolnień jak również zezwoleń na opuszczenie Zakładu Karnego w postaci przepustek musiał wziąć pod uwagę nowe formy pracy ze skazanymi. Ze względu na zaangażowanie grup AA w programie „Atlantis” spotkania Anonimowych Alkoholików w Zakładach Karnych odbywają się najczęściej w jednej z trzech form:

- a) jako mityngi spikerskie – wówczas jedna z osób uzależnionych od alkoholu w wystąpieniu publicznym, przed całą grupą zdaje relację o tym, w jaki sposób stała się uzależniona od alkoholu. Opowiada również jak skutecznie wychodzi z uzależnienia. Wielokrotnie podczas takiego spotkania skazani uzależnieni od alkoholu dostrzegają analogie do własnej osoby, przywołują własne doświadczenia z okresu picia, konfrontują się i decydują na zmianę własnego postępowania zachęceni doświadczeniami i nową drogą przedstawioną przez spikera pragną podjąć leczenie i pozostać we wspólnocie AA⁶⁶¹,
- b) jako mityngi otwarte – odbywają się w Zakładach Karnych i dotyczą wszystkich zainteresowanych – biorą w nich udział także rodziny

⁶⁵⁹ Ibidem, s. 87.

⁶⁶⁰ T. Górski, op. cit., s. 29.

⁶⁶¹ A. Kędziński, *Rola wspólnoty AA...*

skazanych. Głównym założeniem tych spotkań jest zapoznanie się z osobami uzależnionymi od alkoholu, które są członkami wspólnoty AA i mieszkają w tym samych miejscowościach, w których przebywają skazani. Często mają charakter informacyjny, umożliwiają zapoznanie się skazanych z innymi osobami uzależnionymi od alkoholu, jednak przebywającymi na wolności. Dzięki temu skazani będą w stanie łatwiej zaadaptować się do warunków wolnościowych po wyjściu z Zakładu Karnego⁶⁶²,

- c) jako mityngi zamknięte – w których biorą udział wyłącznie członkowie wspólnot Anonimowych Alkoholików z wolności oraz z Zakładu Karnego. Wówczas osoby zaangażowane w spotkania pracują nad sobą w oparciu o kolejne kroki programu AA. Celem jest uznanie swojej bezsilności wobec alkoholu i uczenie się wzajemnego życia w trzeźwości⁶⁶³.
- d) mityngi jednoosobowe – polegają na samodzielnym zapoznaniu się z literaturą publikowaną przez ruch Anonimowych Alkoholików,
- e) mityngi korespondencyjne – zgodnie z nazwą jest to wzajemna korespondencja listowna pomiędzy poszczególnymi członkami grupy lub też całą grupą⁶⁶⁴.

Członkowie grup AA przebywający na wolności wykazują wyrozumiałość dla dyscypliny i wewnętrznych regulaminów panujących w zakładach karnych. Są w stanie się do nich zaadaptować. Dzięki temu grupa Anonimowych Alkoholików funkcjonująca w Zakładzie Karnym stopniowo staje się autonomiczna i wykorzystuje doświadczenia grup AA z wolności wyłącznie doraźnie lub w szczególnych sytuacjach⁶⁶⁵.

⁶⁶² B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 139; M. Gordon, T. Kolarczyk, op. cit..

⁶⁶³ A. Kędziński, *Z punktu widzenia dyrektora ...*, s. 20-21. A. Kędziński, *Rola wspólnoty AA...*, s. 39-42.

⁶⁶⁴ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 139.

⁶⁶⁵ A. Kędziński, *Z punktu widzenia dyrektora...*, s. 21; A. Kędziński, *Rola wspólnoty AA...*, s. 39-42.

§ 3. WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI W ODDZIALE TERAPEUTYCZNYM

Specjalizacje oddziałów terapeutycznych pozwalają na bardziej skuteczne oddziaływanie wobec skazanych

Obecnie w Polsce funkcjonują następujące Zakłady Karne, Oddziały Zewnętrzne Zakładów Karnych i Areszty Śledcze posiadające oddział dla skazanych uzależnionych od alkoholu:

1. Zakład Karny w Barczewie,	18. Zakład Karny w Komańczy (Łupków) – Oddział Zewnętrzny w miejscowości Moszczaniec,
2. Zakład Karny w Białej Podlaskiej,	19. Areszt Śledczy w Nisku,
3. Zakład Karny w Łęczycy,	20. Zakład Karny w Nowym Wiśniczu,
4. Zakład Karny w Gdańsku-Przeróbce,	21. Zakład Karny w Opolu Lubelskim,
5. Zakład Karny w Żydowie,	22. Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim,
6. Zakład Karny w Goleniowie,	23. Zakład Karny w Potulicach,
7. Zakład Karny w Gorzowie Wielkopolskim,	24. Areszt Śledczy w Radomiu,
8. Zakład Karny Nr 1 w Grudziądzu,	25. Areszt Śledczy w Suwałkach,
9. Zakład Karny Nr 2 w Grudziądzu,	26. Zakład Karnych w Uhercach Mineralnych,
10. Zakład Karny w Iławie,	27. Areszt Śledczy w Warszawie przy ul. Ciupagi 1,
11. Zakład Karny w Inowrocławiu,	28. Areszt Śledczy w Warszawie przy ul. Kłobuckiej 5,
12. Zakład Karny w Jaśle-Wawrzycach,	29. Zakład Karny w Wojkowicach,
13. Zakład Karny w Jastrzębiu-Zdroju,	30. Zakład Karny Nr 1 we Wrocławiu,
14. Zakład Karny w Koszalinie,	31. Zakład Karny we Wronkach,
15. Areszt Śledczy w Krakowie,	32. Zakład Karny w Zamościu,
16. Zakład Karny w Nowogrodzie – Bobrzańskim (Krzywaniec) – dla Kobiet,	33. Zakład Karny w Zamościu – Oddział Zewnętrzny w Zamościu przy ul. Hrubieszowskiej 40.

W Polsce znajdują się 33 placówki (zakłady karne, oddziały zewnętrzne zakładów karnych i areszty śledcze) posiadające oddziały terapeutyczne dla

skazanych uzależnionych od alkoholu⁶⁶⁶. W literaturze występuje pogląd, że ilość oddziałów terapeutycznych jest wciąż niewystarczająca, pomimo że systematycznie wzrasta. Problem ten wynika z faktu, że liczba osób wymagających zastosowania wobec nich oddziaływań terapeutycznych jest ogromna⁶⁶⁷.

Na całym świecie wewnątrz zakładów karnych tworzy się miejsca, w których terapia w odniesieniu do skazanych uzależnionych – w tym od alkoholu staje się dopiero teraz możliwa. W Polsce takimi odrębnymi, wydzielonymi częściami zakładów karnych są oddziały terapeutyczne⁶⁶⁸. Zakłady karne wykonują różnorodne zadania, nierzadko nie mające nic wspólnego z celami terapeutycznymi. Z tego względu tylko nieduża część spośród personelu więziennego zajmuje się rozwiązywaniem problemów związanych z zaburzeniami zachowania występującymi u skazanych. Zdarza się, że członkowie personelu więziennego nie wykonujący tego rodzaju zadań wykazują brak zrozumienia i akceptacji w odniesieniu do charakterystycznych metod pracy stosowanych przez personel oddziałów terapeutycznych⁶⁶⁹.

W pierwszej kolejności do oddziału terapeutycznego przyjmuje się skazanych uzależnionych, wobec których sąd orzekł wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym lub „umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne”⁶⁷⁰. Przyjmuje się również do oddziału terapeutycznego skazanych uzależnionych, którzy wymagają dokończenia wcześniej rozpoczętej terapii, po tym jak nastąpiła u nich przerwa w terapii. Pozostali skazani uzależnieni od alkoholu przyjmowani są do oddziału terapeutycznego w kolejności zgłoszeń⁶⁷¹. Kierownik działu terapeutycznego ma możliwość wskazania

⁶⁶⁶ Zestawienie własne sporządzone na podstawie: *Przeznaczenie Zakładów Karnych i aresztów Śledczych według stanu na dzień 1 lutego 2018 r.* Strona Centralnego Zarządu Służby Więziennej w Polsce, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-przeznaczenie-zk-i-as> (data wejścia: 31.01.2018).

⁶⁶⁷ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, op. cit., s. 298.

⁶⁶⁸ A. Majcherczyk, op. cit., s. 339.

⁶⁶⁹ M. Gordon, *Resocjalizacja skazanych z zaburzeniami psychicznymi – możliwości i ograniczenia*, [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*, red. H. Machel, M. Paliwoda, M. Spryszyńska, Gdańsk 2006, s. 210.

⁶⁷⁰ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 78 ust. 1 pkt. 1.

⁶⁷¹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 78 ust. 1 pkt. 2 i § 78 ust. 2.

późniejszego terminu przyjęcia do oddziału terapeutycznego aniżeli wynika to z kolejności zgłoszeń. Czyni to w sytuacji, gdy zgłaszający uzasadnia taką potrzebę względami resocjalizacyjnymi albo terapeutycznymi. Kierownik działu terapeutycznego może również ustalić krótszy termin, jeżeli zwolniło się miejsce, dzięki czemu można to miejsce wykorzystać⁶⁷².

Po wydaniu decyzji komisji penitencjarnej dotyczącej skierowania skazanego do oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu, psycholog ustala możliwości przyjęcia skazanego do właściwego oddziału terapeutycznego, a w szczególności:

- „sprawdza dostępne terminy przyjęcia w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu,
- dokonuje wyboru oddziału terapeutycznego,
- zgłasza skazanego do wybranego oddziału terapeutycznego”⁶⁷³.

Podczas oczekiwania na przyjęcie skazanego uzależnionego od alkoholu do oddziału terapeutycznego, w adekwatnych oddziaływaniach wychowawczych oraz psychologicznych bierze się pod uwagę w szczególności: konieczność należytego przygotowania skazanego do uczestnictwa w terapii, a także uwzględnia się kwestię wzbudzania lub podtrzymywania motywacji skazanego⁶⁷⁴. Jeżeli okazuje się niemożliwe przetransportowanie skazanego do oddziału terapeutycznego w ustalonym terminie, wówczas niezwłocznie zawiadamia się o tym fakcie kierownika właściwego działu terapeutycznego⁶⁷⁵. Skazanego uzależnionego od alkoholu, skierowanego do oddziału terapeutycznego, obejmuje się w miarę potrzeb oddziaływaniami, których celem jest przygotowanie go do terapii. Przygotowanie

⁶⁷² Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 78 ust. 3.

⁶⁷³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 76 ust. 5.

⁶⁷⁴ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 76 ust. 6.

⁶⁷⁵ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 76 ust. 7.

skazanego oczekującego na przyjęcie do oddziału terapeutycznego opiera się w szczególności na:

- „wyjaśnianiu w rozmowach wychowawczych i psychologicznych potrzeby i powodów skierowania go do terapii,
- przekazywaniu mu informacji na temat czekającej go terapii,
- rozwiązywaniu innych problemów skazanego warunkujących właściwe wykorzystanie oferty oddziału terapeutycznego”⁶⁷⁶.

Należy wskazać, że oddziały terapeutyczne, w których wykonuje się karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym są odmienne od pozostałych oddziałów, w których wykonuje się karę pozbawienia wolności w innych systemach. Różnica polega na tym, że w oddziałach terapeutycznych występuje zdecydowanie większa liczba wyspecjalizowanego personelu, dzięki czemu możliwe staje się nawiązanie realnego kontaktu interpersonalnego pomiędzy skazanymi – pacjentami a terapeutami⁶⁷⁷.

Zgodnie z art. 96 § 4 kkw karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji. Z treści wyżej wskazanego przepisu można zatem wywnioskować, iż karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się:

- a) w oddziale terapeutycznym,
- b) poza oddziałem terapeutycznym.

O możliwości wykonywania kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym świadczą również uregulowania zawarte w Zarządzeniu nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych. W § 3 ust. 1 tego Zarządzenia wskazuje się iż „W prowadzonych wobec osadzonych oddziaływaniach penitencjarnych i terapeutycznych uwzględnia się w szczególności wymagające korekcji deficyty, które stanowiły przyczyny popełnionych przestępstw”. Z treści § 3 ust. 2 wynika,

⁶⁷⁶ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 85 ust. 2 pkt. 1-3.

⁶⁷⁷ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, op. cit., s. 297.

że „Oddziaływania, o których mowa w ust. 1 realizowane są zwłaszcza poprzez objęcie skazanego: 1) terapią w oddziale terapeutycznym lub poza oddziałem (...)”⁶⁷⁸.

Zgodnie z art. 96 § 4 kkw „karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji” (art. 96 § 4, s. 73)⁶⁷⁹. Użycie przez ustawodawcę zwrotu „przede wszystkim” oznacza, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym nie powinno być, co prawda, traktowane jako wyjątek, jednakże powinny być zachowane odpowiednie proporcje. Można więc wywnioskować, że o ile to możliwe powinno się wykonywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym. W literaturze wskazuje się, że teoretyczne założenia ustawodawcy w tym zakresie, znajdują również potwierdzenie w praktyce. Liczba skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, w oddziale terapeutycznym jest bowiem większa, zaś w niektórych latach znacznie większa od liczby skazanych odbywających karę poza oddziałem terapeutycznym⁶⁸⁰. Sytuację taką wypada jednoznacznie pozytywnie ocenić.

Wskazuje się, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym przede wszystkim w oddziale terapeutycznym umożliwia profilowanie oddziałów terapeutycznych według konkretnych specjalności⁶⁸¹. Karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym wykonuje się bowiem w oddziale o określonej specjalizacji. Zamknięty katalog specjalizacji oddziałów terapeutycznych zawiera § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, który stanowi o oddziałach o specjalizacji dla skazanych:

- 1) z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo,
- 2) uzależnionych od alkoholu,

⁶⁷⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 3 ust. 1 i 2.

⁶⁷⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).

⁶⁸⁰ S. Lelental, *Kwalifikowanie skazanych...*, s. 27.

⁶⁸¹ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 268.

- 3) uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
- 4) niepełnosprawnych fizycznie (§ 15 ust 1)⁶⁸².

Zgodnie z wyżej wskazanymi specjalizacjami oddziałów terapeutycznych konstruowana jest statystyka skazanych odbywających karę w systemie terapeutycznym⁶⁸³.

Nie przewidziano odrębnej specjalizacji dla skazanych za przestępstwo określone w art. 197-203 kk, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Tego rodzaju skazanych umieszcza się w oddziałach dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (§15 ust. 2)⁶⁸⁴. Należy zaznaczyć, że obecnie istnieje potrzeba wyodrębnienia osobnych oddziałów terapeutycznych przeznaczonych dla skazanych za przestępstwa określone w art. 197-203 kk popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Są oni szczególną grupą skazanych spośród skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Rozwiązanie to poza oczywistymi zaletami takimi jak lepsze dostosowanie prowadzonych oddziaływań do indywidualnych potrzeb skazanego, z pewnością pozwoliłoby także na ułatwienie możliwości prowadzenia badań naukowych przy wykorzystaniu zarówno metod ilościowych jak i jakościowych.

Zespół terapeutyczny prowadzi w oddziałach terapeutycznych określone oddziaływania specjalistyczne. Zespoły terapeutyczne funkcjonują jako działy terapeutyczne zakładów karnych, stanowiące w rozumieniu szerokim część pionów penitencjarnych⁶⁸⁵. „W skład działu terapeutycznego, oddziału dla skazanych uzależnionych wchodzi: kierownik działu, psychologowie, stanowiska do spraw terapii uzależnień”⁶⁸⁶. Kierownik działu terapeutycznego jest osobą, która organizuje oddziaływania prowadzone przez funkcjonariuszy i pracowników działu oddziaływań penitencjarnych, realizowane wobec skazanych przebywających

⁶⁸² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067). S. Leleń, *Kwalifikowanie skazanych do systemu terapeutycznego...*, s. 24.

⁶⁸³ S. Leleń, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 325.

⁶⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁶⁸⁵ A. Majcherczyk, op. cit., s. 339.

⁶⁸⁶ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 91 ust. 3.

w oddziale terapeutycznym, a także ponosi za nie odpowiedzialność (§ 3 ust. 5)⁶⁸⁷. Sprawuje on nadzór organizacyjny i merytoryczny nad prowadzeniem oddziałów terapeutycznych. Nadzór ten polega w szczególności na:

- organizacji pracy zespołu terapeutycznego w sposób gwarantujący całkowitą realizację programu oddziału terapeutycznego,
- koordynacji przyjmowania skazanych i wypisywanie ich po zakończeniu terapii,
- zgłaszaniu do preliminarza wydatków budżetowych potrzeby działu terapeutycznego i nadzoruje właściwe ich rozdysponowanie,
- inicjowaniu współdziałania z pozawięziennymi placówkami terapeutycznymi i innymi instytucjami i organizacjami społecznymi,
- przewodniczeniu zebraniom zespołu terapeutycznego,
- uczestniczeniu w porozumieniu z kierownikiem działu ochrony w ustalaniu stałej obsady stanowisk oddziałowych pełniących służbę w oddziale terapeutycznym,
- prowadzeniu dokumentacji pracy działu i rejestru skazanych zgłoszonych do oddziału terapeutycznego⁶⁸⁸.

Kierownik działu terapeutycznego wykonuje ponadto odpowiednio, w odniesieniu do działu terapeutycznego, zadania dotyczące przygotowania skazanego do zwolnienia (§ 68)⁶⁸⁹.

Wśród psychologów wyróżnia się młodszego psychologa, psychologa, starszego psychologa i psychologa działu terapeutycznego⁶⁹⁰. Zadaniem młodszego psychologa lub psychologa jest prowadzenie badań psychologicznych oraz udzielanie pomocy psychologicznej. Obejmuje on również osadzonych odpowiednimi

⁶⁸⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziałów penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁶⁸⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 108 ust. 1 pkt. 1-7.

⁶⁸⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 108 ust. 2, s. 35.

⁶⁹⁰ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, s. 34-35.

oddziaływaniami psychokorekcyjnymi lub terapeutycznymi (§ 3 ust. 7, s. 3)⁶⁹¹. Do jego obowiązków należy w szczególności:

- „– prowadzenie lub współuczestniczenie w prowadzeniu programów resocjalizacji,
- sporządzenie orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych i opinii psychologicznych oraz weryfikowanie w miarę potrzeby zawartych w nich wskazań i ustaleń,
- wnioskowanie w sprawie kierowania skazanymi wymagających oddziaływania specjalistycznego do systemu terapeutycznego,
- udzielanie pomocy wychowawcom w prowadzeniu oddziaływań wobec skazanych sprawiających szczególne trudności wychowawcze,
- prowadzenie szkoleń z zakresu psychospołecznych mechanizmów zachowania,
- prowadzenie dokumentacji wynikającej z realizowanych zadań, a w szczególności teczek zawierających kopie orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych wraz z materiałami pomocniczymi z badań”⁶⁹².

Starszy psycholog wykonuje wszystkie zadania przewidziane wobec młodszego psychologa i psychologa, zaś do jego obowiązków należą ponadto, w szczególności następujące czynności: udzielanie instruktażu nowo przyjętym psychologom poprzez wsparcie merytoryczne, pomaganie młodszym psychologom i psychologom, kooperowanie ze wskazanym mentorem w zakresie określonym odrębnymi przepisami⁶⁹³.

Psycholog działu terapeutycznego wykonuje w odniesieniu do skazanych przebywających w oddziale terapeutycznym obowiązki, określone w § 73 lub 76 ust. 4 Zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy

⁶⁹¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁶⁹² Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 107 ust. 1 pkt. 1-6, s. 34.

⁶⁹³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 107 ust. 2 pkt. 1-3, s. 34.

penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych. Ponadto psycholog działu terapeutycznego uczestniczy w:

- przygotowywaniu oraz weryfikowaniu indywidualnych diagnoz i programów terapeutycznych,
- „realizacji programu terapeutycznego oddziału, w tym prowadzeniu grupowych i indywidualnych zajęć terapeutycznych, oraz innych zajęć w zakresie określonym przez kierownika działu terapeutycznego”⁶⁹⁴.

„W dziale terapeutycznym oddziału dla skazanych uzależnionych można utworzyć stanowisko wychowawcy”⁶⁹⁵. Wychowawca wykonuje oddziaływania penitencjarne w przydzielonej mu grupie wychowawczej (§ 3 ust. 6)⁶⁹⁶. Wychowawca działu terapeutycznego realizuje w odniesieniu do skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym obowiązki, wskazane w § 98 ust. 1 i 2 przywoływanego Zarządzenia. Oprócz tego bierze udział w realizacji programu oddziału terapeutycznego, w obszarze określonym przez kierownika działu terapeutycznego⁶⁹⁷. Jeżeli stanowisko wychowawcy nie zostanie utworzone, wówczas jego „zadania wykonują funkcjonariusze lub pracownicy podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności lub wychowawca działu penitencjarnego, wykonujący swoje obowiązki w oddziale terapeutycznym”⁶⁹⁸. Funkcjonariusz lub pracownik działu terapeutycznego do spraw terapii uzależnień realizuje wobec skazanych uzależnionych od alkoholu przebywających w oddziale terapeutycznym, zadania

⁶⁹⁴ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 109 pkt. 1-2.

⁶⁹⁵ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 94 ust. 4.

⁶⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁶⁹⁷ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 110 ust. 1 i 2.

⁶⁹⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 94 ust. 5.

z zakresu oddziaływań terapeutycznych. Wykonywanie tych zadań polega w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w przygotowywaniu diagnoz i indywidualnych programów terapeutycznych skazanych,
- b) wykonywaniu terapii indywidualnej stosowanej w odniesieniu do skazanych; prowadzenie tej terapii polega w szczególności na:
 - motywowaniu skazanych do udziału w terapii,
 - udzielaniu pomocy skazanym w zrozumieniu procesu terapii,
 - nadzorowaniu i ukierunkowywaniu realizacji przez skazanych zadań zawartych w indywidualnych programach terapeutycznych,
 - pilnowaniu, aby terapia przebiegała właściwie oraz dokonywaniu podczas terapii cząstkowych ocen postępów skazanego,
 - braniu aktywnego udziału w przygotowaniu oceny końcowej przebiegu i efektów terapii;
- c) prowadzeniu grupowych zajęć terapeutycznych i innych zajęć grupowych w zakresie określonym w programie oddziaływań,
- d) kooperacji z wychowawcą w tworzeniu odpowiedniej atmosfery wśród skazanych,
- e) dokumentowaniu w teczkach terapeutycznych przebiegu i efektów terapii skazanych⁶⁹⁹.

Szereg oddziałów terapeutycznych ma problemy z zatrudnieniem dostatecznej liczby przygotowanego merytorycznie personelu złożonego ze specjalistów posiadających wiedzę o psychologicznych mechanizmach dotyczących zaburzeń występujących u skazanych przebywających w oddziałach terapeutycznych. Istotne jest również to, aby personel oddziałów terapeutycznych nie wykazywał ograniczających poglądów i przekonań dotyczących postępowania ze skazanymi⁷⁰⁰.

Jeżeli w zakładzie karnym istnieje kilka oddziałów terapeutycznych przeznaczonych dla różnych kategorii skazanych, wówczas „tworzy się jeden albo

⁶⁹⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 111 pkt. 1-5.

⁷⁰⁰ M. Gordon, *Resocjalizacja skazanych z zaburzeniami psychicznymi...*, s. 210.

odpowiednią liczbę działów terapeutycznych”⁷⁰¹. Jeżeli utworzono tylko jeden dział, można utworzyć stanowisko zastępcy kierownika działu terapeutycznego. Podczas ustalania ilości i rodzaju odpowiednich stanowisk (kierownika działu, psychologa, stanowiska do spraw terapii uzależnień) bierze się pod uwagę: pojemność oddziału terapeutycznego, przeznaczenie oddziału terapeutycznego, jak również standardy obowiązujące w pozawięziennych placówkach udzielających pomocy skazanym uzależnionym (w tym od alkoholu)⁷⁰². Zespół terapeutyczny prowadzi swoje zebrania co najmniej raz w tygodniu⁷⁰³. Ustala on zakres i sposób wykorzystywanych metod i technik oraz opracowuje w miarę możliwości przy udziale skazanych indywidualne programy terapeutyczne⁷⁰⁴. Opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego powinno nastąpić przy jak największym udziale skazanego. Jego uczestnictwo w pracach nad indywidualnym programem terapeutycznym jest jednym z przejawów traktowania go w sposób podmiotowy, a także zwiększa szansę na sukces i pozytywny rezultat planowanych oddziaływań⁷⁰⁵. Jeżeli skazany nie przejawia jakiegokolwiek zaangażowania w proces opracowywania lub wykonywania indywidualnego programu terapeutycznego, fakt ten bierze się pod uwagę w szczególności podczas dokonywania ocen okresowych postępów resocjalizacji i w opiniowaniu⁷⁰⁶. Zespół terapeutyczny działający w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym może również prowadzić w pewnym zakresie pracę ze skazanymi przebywającymi w systemie programowanego oddziaływania lub w systemie zwykłym⁷⁰⁷.

⁷⁰¹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 94 ust. 6.

⁷⁰² Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 94 ust. 6 i 7.

⁷⁰³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 71 ust. 3.

⁷⁰⁴ R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...I*, s. 347; S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 325.

⁷⁰⁵ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 168.

⁷⁰⁶ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 73 ust. 3, s. 21.

⁷⁰⁷ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 268.

Zespół terapeutyczny prowadzi oddziaływania wobec skazanych uzależnionych od alkoholu wspólnie. Wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego zespołu terapeutycznego biorą udział w szczególności w:

- realizacji programu oddziału terapeutycznego,
- prowadzeniu zajęć określonych w programie oddziału,
- omawianiu przebiegu prowadzonych zajęć grupowych i terapii indywidualnej poszczególnych skazanych,
- dokonywaniu ocen realizacji indywidualnych programu terapeutycznych skazanych uzależnionych od alkoholu,
- prowadzeniu rozmowy po przyjęciu skazanego do oddziału terapeutycznego,
- superwizji pracy zespołu”⁷⁰⁸.

Podział zadań w zakresie: realizacji programu oddziału terapeutycznego, prowadzenia zajęć określonych w programie oddziału oraz omawiania przebiegu prowadzonych zajęć grupowych i terapii indywidualnej poszczególnych skazanych, należy do kompetencji kierownika działu terapeutycznego, który bierze pod uwagę charakterystykę zadań dla poszczególnych stanowisk określonych w ramowych zakresach czynności⁷⁰⁹.

Wobec skazanego skierowanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, w oddziale terapeutycznym przed opracowaniem indywidualnego programu terapeutycznego opracowuje się szczegółową diagnozę skazanego. Zawiera ona następujące elementy:

- „1. opis przyczyn zaburzeń skazanego,
2. opis zaburzeń w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i zachowaniu skazanego,
3. charakterystykę aktualnego stanu psychofizycznego skazanego,
4. opis problemu stanowiącego podstawę do skierowania skazanego do systemu terapeutycznego,

⁷⁰⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 71 ust. 1 pkt. 1-6.

⁷⁰⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 71 ust. 2.

5. opis indywidualnych problemów skazanego,
6. ocenę motywacji skazanego do uczestnictwa w realizacji indywidualnego programu terapeutycznego,
7. wskazanie pozytywnych cech osobowości i zachowania skazanego” (§ 21 ust. 4 punkt 1-7)⁷¹⁰.

Jeżeli skazany uzależniony od alkoholu przebywa w oddziale terapeutycznym, okres diagnozowania jest wliczany do czasu trwania terapii, określonego w programie oddziału terapeutycznego. Podczas diagnozowania skazany powinien zostać zobowiązany do brania udziału w zajęciach wskazanych w programie oddziału⁷¹¹.

W niektórych przypadkach diagnozowanie ma miejsce w utworzonych specjalnie do tego celu ośrodkach diagnostycznych. Postawienie sumiennej i dokładnej diagnozy mechanizmów i zachowań, które spowodowały, że osoba popełniła przestępstwo jest niezwykle istotne ponieważ wpływa bezpośrednio na późniejsze oddziaływania terapeutyczne stosowane w odniesieniu do skazanego w systemie terapeutycznym. Postawienie właściwej diagnozy wymaga zarówno wiedzy klinicznej, psychologicznej, jak i wrażliwości i empatii. W czasie spotkań diagnostycznych skazany stymulowany jest do podjęcia pracy nad sobą. Ze względu na fakt, że współcześnie rozpoczęcie oddziaływań poprzedzone jest kilkumiesięcznym oczekiwaniem, problematyczne staje się również utrzymanie na odpowiednim poziomie motywacji skazanego do podjęcia terapii⁷¹².

Istotne znaczenie przypisuje się także konieczności utrzymywania stałych kontaktów wychowawczych ze skazanymi i motywowaniu ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym. Świadczy o tym treść § 7 ust. 2 punkt 10 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, który stanowi, że: „Prowadzenie oddziaływań penitencjarnych polega zwłaszcza na: (...) 10) utrzymywaniu ze skazanymi stałych

⁷¹⁰ Z. Hołda, [w:] Z. Hołda, K. Postulski, op. cit., s. 393; Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷¹¹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 82 ust. 2 i 3.

⁷¹² M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, op. cit., s. 297.

kontaktów wychowawczych i motywowaniu ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie (...) terapeutycznym” (§ 7 ust. 2 punkt 10)⁷¹³.

Z. Hołda podkreślał, że istotne znaczenie w procesie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym mają świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne, które zakład karny zapewnia skazanemu⁷¹⁴.

ZADANIA ODDZIAŁÓW TERAPEUTYCZNYCH SĄ ZRÓŻNICOWANE

Głównymi zadaniami oddziałów terapeutycznych są w szczególności:

- a) prowadzenie badań psychologicznych osób uzależnionych,
- b) przygotowanie skazanych do udziału w procesie terapii,
- c) budowanie u skazanych motywacji do abstynencji od alkoholu,
- d) prowadzenie psychoterapii indywidualnej i grupowej wśród uzależnionych,
- e) informowanie skazanych o ewentualnych defektach, które mogą być spowodowane ewentualnym powrotem do uzależnienia,
- f) doskonalenie umiejętności współżycia społecznego i przygotowanie skazanych do samodzielnej egzystencji,
- g) pomoc skazanym uzależnionym w kształceniu zawodowym oraz pracy,
- h) świadczenie pomocy w dalszym leczeniu, rehabilitacji i readaptacji po opuszczeniu zakładu karnego⁷¹⁵.

PROGRAMY ODDZIAŁÓW TERAPEUTYCZNYCH SĄ NIEZWYKLE WAŻNYM ELEMENTEM SKUTECZNEJ TERAPII

Należy wskazać, iż zarówno w Polsce jak i na świecie nie wykrystalizował się jak dotąd jeden jednolity i sprawdzony program pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu⁷¹⁶. Programy terapeutyczne wykonywane w zakładach karnych, prowadzone wobec skazanych uzależnionych – w tym od alkoholu – odmiennie aniżeli w pozawięziennym systemie opieki zdrowotnej, nie są prowadzone w ramach służby zdrowia. Nie wpływa to jednak na fakt, że skazani uzależnieni mają dostęp do

⁷¹³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷¹⁴ Z. Hołda, [w:] Z. Hołda, K. Postulski, op. cit., s. 393.

⁷¹⁵ A. Kwieciński, *Penitencjarny model postępowania z osobami...*, s. 338.

⁷¹⁶ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, op. cit., s. 299.

opieki medycznej, w tym do koniecznych świadczeń w tym zakresie⁷¹⁷. Oddziaływania penitencjarne prowadzone w oddziale terapeutycznym prowadzone są w oparciu o opracowane indywidualne programy terapeutyczne, a także w oparciu o program konkretnego oddziału (§ 13 ust. 2)⁷¹⁸. Indywidualny program terapeutyczny podlega weryfikacji i aktualizacji dokonywanej przez komisję penitencjarną. Indywidualny program terapeutyczny jest aktualizowany w toku wykonywania kary pozbawienia wolności w zależności od potrzeb⁷¹⁹. Programy oddziałów terapeutycznych zawierają w szczególności następujące elementy: „założenia merytoryczne i organizacyjne, a także szczegółowe cele programu, metody i techniki oddziaływania, harmonogram realizacji i czas trwania programu, określenie sposobów pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu” (§ 19 ust. 1 pkt 1-40)⁷²⁰, opis sesji programu wraz z informacjami i materiałami pomocniczymi koniecznymi do ich realizacji⁷²¹. Programy te są zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej⁷²².

W przypadku skazanego uzależnionego od alkoholu, który odbył już terapię w związku z uzależnieniem, a który został skierowany do oddziału terapeutycznego ze względu na fakt, że dane osobopoznawcze wskazywały na nawrót uzależnienia, w indywidualnym programie terapeutycznym bierze się w szczególności pod uwagę konieczność zapobiegania nawrotom uzależnienia⁷²³.

Zgodnie z § 21 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych

⁷¹⁷ A. Majcherczyk, op. cit., s. 339.

⁷¹⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷¹⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067), § 21 ust. 8; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557), art. 76 § 1 pkt. 8; K. Dąbkiewicz, *Kodeks Karny Wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 444.

⁷²⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷²¹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 72.

⁷²² K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 441.

⁷²³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 79 ust 2 w zw. z § 79 ust. 1, s. 22.

w zakładach karnych i aresztach śledczych „opracowując indywidualny program terapeutyczny, należy określić:

1. zakres prowadzonych oddziaływań,
2. cele oddziaływań, możliwe do realizacji w warunkach oddziału terapeutycznego lub poza tym oddziałem, uwzględniające właściwości skazanego,
3. metody oddziaływań specjalistycznych,
4. kryteria realizacji (§ 21 ust. 5 pkt 1-4)⁷²⁴.

W oddziale terapeutycznym indywidualny program terapeutyczny opracowywany jest przez zespół terapeutyczny, natomiast poza oddziałem terapeutycznym opracowuje go specjalistycznie przygotowany personel (§ 21 ust. 6)⁷²⁵.

Wobec skazanego uzależnionego od alkoholu skierowanego do odbywania kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym indywidualny program terapeutyczny sporządza się niezwłocznie po opracowaniu diagnozy, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia przyjęcia skazanego do oddziału terapeutycznego⁷²⁶. Jeżeli natomiast skazany został skierowany do odbywania kary pozbawienia wolności poza oddziałem terapeutycznym indywidualny program terapeutyczny opracowuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia wydania decyzji komisji penitencjarnej, w oparciu o którą został on zaklasyfikowany i skierowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach 30-dniowy termin na opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego może zostać wydłużony o kolejne 14 dni, dzięki czemu wynosi on wówczas 44 dni⁷²⁷.

⁷²⁴ Z. Hołda, [w:] Z. Hołda, K. Postulski, op. cit., s. 393; Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷²⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷²⁶ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 82 ust. 1 pkt 2, s. 23, w zw. z § 21 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷²⁷ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 82 ust. 1 pkt 1, w zw. z § 14 ust. 4 i 5 Rozporządzenia Ministra

Podczas prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w ramach systemu terapeutycznego uwzględnia się w szczególności: indywidualne i grupowe metody oddziaływań terapeutycznych, nadrzędność oddziaływań terapeutycznych nad pozostałymi oddziaływaniami penitencjarnymi, integrację oddziaływań terapeutycznych z innymi oddziaływaniami prowadzonymi z Zakładzie Karnym (§ 18 ust. 1)⁷²⁸.

Programy oddziałów terapeutycznych funkcjonujących w ramach wybranych zakładów karnych są zbliżone do tych realizowanych przez placówki wolnościowe. Więziennictwo opiera się na tych samych programach terapii uzależnień, co placówki wolnościowe. Oddziaływania terapeutyczne stosowane w Zakładach Karnych wykonywane są w ramach tego samego modelu, z którego korzystają ośrodki wolnościowe i zasadnicze koncepcje, w oparciu o które funkcjonują nie różnią się fundamentalnie od założeń, które realizują placówki wolnościowe. Nie oznacza to, oczywiście, że nie występują tutaj żadne różnice, szczególnie w kwestii sposobów i specyfiki realizacji programów terapeutycznych⁷²⁹. Programy terapeutyczne to: „system ustrukturalizowanych oddziaływań, w którym mieszczą się klasyczne formy takie jak grupy terapeutyczne czy społeczność terapeutyczna, otwarte cele (w ramach odstępstw od regulaminu) i wiele innych. Niejednokrotnie w dużym stopniu osłabiają one zasady podkultury więziennej”⁷³⁰. Z kolei grupy terapeutyczne sprzyjają kreowaniu atmosfery wzajemnego zrozumienia i wrażliwości.

Czas trwania terapii w oddziale terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu jest ściśle określony w programie oddziału terapeutycznego⁷³¹. W stosunku do osób uzależnionych od alkoholu podstawowy cykl terapii trwa około 3 miesięcy⁷³². Jest to względnie krótki okres, krótszy aniżeli w przeważającej części tego typu programów realizowanych w systemach penitencjarnych innych krajów⁷³³. Jeżeli przemawiają za tym względy terapeutyczne

Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷²⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067); R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 346; A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 162.

⁷²⁹ A. Majcherczyk, op. cit., s. 340.

⁷³⁰ T. Głowik, *System terapeutyczny...*, s. 10.

⁷³¹ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy...*, 433.

⁷³² R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 348

⁷³³ A. Majcherczyk, op. cit., s. 339.

w indywidualnych przypadkach czas trwania terapii może zostać przedłużony albo skrócony maksymalnie o 1/3 czasu trwania programu⁷³⁴. A. Kwieciński uważa, że czas trwania terapii nie powinien być z góry określony. Jego zdaniem długość prowadzonych oddziaływań należałoby dostosować do potrzeb i warunków zdrowotnych skazanego. Nie można również wykluczyć, że niektórzy skazani będą przebywać w systemie terapeutycznym do końca kary. Nie jest to jednak sprzeczne z charakterystyką systemu terapeutycznego, zgodnie z którą jest to system przechodni⁷³⁵. K. Dąbkiewicz przejawia odmienny aniżeli A. Kwieciński. Uważa on bowiem, że nie stanowi problemu odgórne określenie w programie oddziaływań czasu terapii w stosunku do skazanych uzależnionych od alkoholu lub środków odurzających bądź substancji psychotropowych. K. Dąbkiewicz na poparcie prezentowanej przez siebie tezy posługuje się argumentem, iż czas trwania terapii w warunkach wolnościowych również jest wcześniej określony, natomiast sama terapia podobnie jak ta prowadzona w zakładzie karnym ma przejściowy, czasowy charakter⁷³⁶. A. Majcherczyk uważa, że czas pozostawiania skazanego uzależnionego w odpowiednim programie musi być na tyle długi, aby wykonalne było osiągnięcie celów terapii. Należy przy tym uwzględniać koszty terapii, a także należy pamiętać o konieczności objęcia oddziaływaniami dostatecznie dużej grupy skazanych. W praktyce czas trwania programu stanowi kompromis pomiędzy potrzebami terapeutycznymi skazanych, a możliwościami systemu penitencjarnego. Poza zakładami karnymi programy terapii dla skazanych uzależnionych od alkoholu mogą być prowadzone w dość krótkich, kilkutygodniowych cyklach. Jednakże w zakładzie karnym, ze względu na jego specyfikę, jak również z powodu bardziej rozbudowanego zakresu potrzeb terapeutycznych, a także ze względu na towarzyszące (resocjalizacyjne) cele oddziaływań, program terapii musi trwać dłużej⁷³⁷.

Jeżeli skazany uzależniony od alkoholu nie przejawia motywacji do brania aktywnego udziału w terapii, obejmuje się go, po przyjęciu do oddziału intensywnymi

⁷³⁴ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 75.

⁷³⁵ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 170.

⁷³⁶ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 440.

⁷³⁷ A. Majcherczyk, op. cit., s. 339.

oddziaływaniami motywującymi, które mają na celu wzbudzenie w skazanym motywacji do wzięcia udziału w terapii. Celem oddziaływań motywacyjnych jest również próba zaangażowania skazanego i przekonania go do pogłębionej pracy własnej. Oddziaływania tego rodzaju prowadzi się co najmniej przez 30 dni⁷³⁸. Jeżeli nie przyniosą one oczekiwanego rezultatu, po ich wcześniejszym udokumentowaniu, skazany może zostać wypisany z oddziału terapeutycznego przed ukończeniem oddziaływań terapeutycznych⁷³⁹. Jeżeli skazany uzależniony od alkoholu zaburza poprzez swoje zachowanie w poważnym stopniu przebieg zajęć grupowych, albo stanowi zagrożenie dla innych skazanych biorących udział w terapii, wówczas obejmuje się go intensywnymi oddziaływaniami psychokorekcyjnymi, które ukierunkowane są na zmianę postawy i zachowania skazanego. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, jeżeli oddziaływania te nie przyniosą efektów stosuje się odpowiednio przepisy z § 73 ust. 2-4 Zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych⁷⁴⁰. Skazanego wypisanego z oddziału terapeutycznego przed ukończeniem terapii, po uprzednim udokumentowaniu prowadzonych oddziaływań motywacyjnych, można ponownie skierować do oddziału terapeutycznego, jeżeli nastąpiła zmiana jego postawy⁷⁴¹.

W stosunku do skazanych, którzy kończą już odbywać karę pozbawienia wolności, dużo więcej czasu poświęca się zapobieganiu nawrotom choroby. W przypadku skazanych rozpoczynających odbywanie kary pozbawienia wolności

⁷³⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 73 ust. 1.

⁷³⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 73 ust. 1-2.

⁷⁴⁰ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 74 ust. 1-2.

⁷⁴¹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 73 ust. 4.

problematyce tej poświęca się dużo mniej uwagi. Skazanych będących w takim położeniu zaznajamia się wyłącznie o sposobach radzenia sobie z nawrotami choroby, jak również proponuje się pracę nad negatywnym myśleniem lub agresywnymi zachowaniami⁷⁴².

W literaturze występuje pogląd, że nie każdego skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie należy kierować do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym. Wskazuje się, że nie należy kierować do systemu terapeutycznego wykonywanego w oddziale terapeutycznym skazanych którzy:

- absolutnie odmawiają uczestnictwa w prowadzonych wobec nich oddziaływaniach terapeutycznych,
- stwarzają wyłącznie wrażenie leczenia się, jednak ich udział w zajęciach jest bierny. Skazany przychodzi na zajęcia wyłącznie po to, aby nie było uzasadnionym usunięcie go z terapii, pomimo że faktycznie nie uczestniczy w prowadzonych zajęciach⁷⁴³.

Pogląd ten wynika z faktu, że psychoterapia wymaga przynajmniej minimum zaangażowania ze strony pacjenta. Czasem nie jest możliwe wywołanie tego zaangażowania pomimo wielokrotnych rozmów motywacyjnych mających na celu zachęcenie skazanego do pracy nad sobą. Niewystarczający do wzbudzenia motywacji okazuje się nawet sądowy nakaz podjęcia leczenia. Analogiczna sytuacja dotyczy skazanego, który podczas przebywania w oddziale terapeutycznym stwarza jedynie pozory aktywnego uczestnictwa w prowadzonych tam oddziaływaniach leczniczych i rehabilitacyjnych. Umożliwienie takiemu skazanemu ukończenia leczenia wzmacnia jedynie mechanizmy obronne i daje sposobność do manipulowania faktem ukończonego leczenia. Taki stan rzeczy z pewnością może wpływać negatywnie na pozostałych skazanych⁷⁴⁴. W sytuacji, gdy terapia prowadzona w odniesieniu do skazanego uzależnionego od alkoholu (lub środków odurzających lub substancji psychotropowych) nie przynosi jakichkolwiek rezultatów, może ona zostać ograniczona wyłącznie do zajęć edukacyjnych⁷⁴⁵.

⁷⁴² T. Głowik, *System terapeutyczny...*, s. 10.

⁷⁴³ Ibidem, s. 11.

⁷⁴⁴ T. Głowik, *System terapeutyczny...*, s. 11.

⁷⁴⁵ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 447.

S. Paweła zwraca uwagę, że w systemie terapeutycznym okresowo dokonuje się ewaluacji wykonywania indywidualnych programów terapeutycznych, a także postępów skazanych w procesie ich resocjalizacji⁷⁴⁶.

Zgodnie § 55 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności zespół terapeutyczny opracowuje zalecenia do realizacji w czasie wykonywania pozostałej części kary w odniesieniu do skazanych, którzy odbyli już część kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym, a zespół terapeutyczny zakończył stosowne oddziaływania (§ 55)⁷⁴⁷.

Jeżeli skazany uzależniony od alkoholu odbył już stosowną terapię prowadzoną w związku z uzależnieniem, kieruje się go do oddziału terapeutycznego w sytuacji, gdy dostępne dane osobopoznawcze wskazują na nawrót uzależnienia⁷⁴⁸.

Większość oddziałów realizuje swoje programy na podstawie „Osobistych Planów Terapii”. Oddziały realizujące programy lecznicze i rehabilitacyjne kooperują także ze wspólnotami Anonimowych Alkoholików i Anonimowych Narkomanów. Skazani kształceni są w zakresie wiedzy o uzależnieniu, wskazuje się im konsekwencje nałogowego spożywania alkoholu. Skazani pracują nad zaaprobowaniem swojego uzależnienia, ćwiczą różnorodne umiejętności pożyteczne w czasie życia w abstynencji, trenują odmawianie spożywania alkoholu⁷⁴⁹.

W oddziałach terapeutycznych prowadzi się zróżnicowaną wielowymiarową i wieloaspektową działalność. Funkcjonują grupy wstępne, grupy terapeutyczne, grupy rozwoju duchowego, i osobistego, grupy wsparcia. Ponadto prowadzone są wykłady, terapie indywidualne, a także różnorodne treningi: asertywności, zapobiegania nawrotom picia, wyrażania złości, relaksacji oraz komunikacji⁷⁵⁰.

⁷⁴⁶ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy...*, s. 268.

⁷⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 poz. 2231); Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 83.

⁷⁴⁸ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 79, ust. 1.

⁷⁴⁹ T. Głowik, *System terapeutyczny...*, s. 10.

⁷⁵⁰ A. Dodziuk, *Tutaj nie ma złodziei, tutaj są pacjenci*, Rozmowa z Ewą Chmurską, kierowniczą Działu Terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu w Areszcie Śledczym Warszawa Mokotów, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112), s. 23-26.

Jednym z najczęściej występujących programów stosowanych w pracy ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w Zakładach Karnych w Polsce jest program „Atlantis”. Uważa się, że wprowadzenie tego programu było istnym przełomem w leczeniu skazanych uzależnionych od alkoholu w izolacji penitencjarnej⁷⁵¹. Zasadniczo trwa on trzy miesiące, jednakże może zostać wydłużony do sześciu miesięcy na wniosek zespołu terapeutycznego⁷⁵². Został on wprowadzony w Polsce dzięki działaniom „Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego” oraz dzięki Centralnemu Zarządowi Zakładów Karnych. W 1991 roku przyjechał do Polski na zaproszenie Fundacji im. Stefana Batorego William (Bill) Burgin - twórca programu leczenia alkoholików w jednostkach penitencjarnych, psychoterapeuta i konsultant ds. uzależnień w zakładzie karnym w USA w stanie Minnesota. Dzięki wspomnianej wyżej Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. S. Batorego w Warszawie doprowadzono do utworzenia eksperymentalnego oddziału odwykowego prowadzącego oddziaływanie w oparciu o elementy programu Anonimowych Alkoholików. Był to oddział funkcjonujący przy Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec. Oprócz tego w 1991 roku powołano do życia stacjonarne i zaoczne Studium Terapeutów Odwykowych prowadzone przez Williama Burgina. Został on jednocześnie „superwajzorem” wspomnianego wcześniej eksperymentalnego oddziału odwykowego funkcjonującego przy Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec. Nieco później zorganizowano również oddział w Rejonowym Areszcie Śledczym Warszawa-Mokotów, którego nadzorującym również został B. Burgin⁷⁵³.

Program „Atlantis” w głównej mierze polega na koncepcji racjonalno-emotywniej A. Ellisa. Zakłada ona, że człowiek nie podejmuje działań autodestruktywnych dzięki czemu ma możliwość osiągnięcia szczęścia. Współcześnie w Polsce stosuje się nie tylko program „Atlantis”, ale również wzorowane na nim programy autorskie, dostosowane do realiów panujących w naszym kraju. Elementem łączącym wszystkie te programy jest założenie, że skazany w odniesieniu, do którego prowadzone są oddziaływania lecznicze, powinien być zaangażowany w proces zdrowienia. „Atlantis” i programy wywodzące się z niego zawierają zadania ukierunkowane na powstrzymanie się skazanego od picia, naukę życia

⁷⁵¹ K. Wasylkowska, op. cit., s. 19.

⁷⁵² B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 136.

⁷⁵³ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy...*, s. 84.

w trzeźwości. Celem jest doprowadzenie do kontynuacji drogi obranej w warunkach Zakładu Karnego w środowisku wolnościowym. W procesie leczenia niezbędny jest kontakt skazanych ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików⁷⁵⁴.

Ogólne cele programu „Atlantis” są następujące:

- a) przyznanie się osób uzależnionych do utraty możliwości kontrolowanego spożywania alkoholu,
- b) swoista „podróż w głąb siebie osób uzależnionych”, poznanie mechanizmów obronnych sprzyjających picciu (np. zaprzeczenia),
- c) kształcenie i uzyskanie pewnych zdolności, głównie psychologicznych umożliwiających pozostawanie w trzeźwości osób uzależnionych od alkoholu⁷⁵⁵.

Wyróżnia się następujące metody i zasady oddziaływań prowadzonych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu w programie „Atlantis”:

- a) psychoterapia behawioralna – w oparciu o tą metodę ćwiczy się asertywność w odmawianiu spożywania alkoholu oraz wyrażanie złości,
- b) psychoterapia racjonalna – odnosi się do tłumaczenia skazanym przyczyn i istoty nałogu,
- c) psychoterapia korektywna – sprowadza się do modyfikacji sposobu myślenia, a w związku z tym zachowania poprzez stosowne doświadczenia emocjonalne przeżywane w grupie,
- d) psychoterapia grupowa – osoby uzależnione od alkoholu w czasie grupowych spotkań rozliczane są w jednakowy sposób z uprzednio zleconych zadań. Przede wszystkim są to prace pisemne mające na celu wskazanie prawdziwego funkcjonowania osoby uzależnionej. Prace obejmują różnorodną tematykę, taką jak np. konsekwencje uzależnienia, system wartości uznawany przez osobę uzależnioną, próby pożegnania z alkoholem,
- e) psychoterapia indywidualna – w szczególności dotyczy diagnozy samego uzależnienia oraz udzielenia osobie uzależnionej osobistej, indywidualnej pomocy psychologicznej,

⁷⁵⁴ K. Wasylkowska, op. cit., s. 20; S. Ślaski, *Efektywność terapii odwykowej w zakładzie karnym*, „Problemy Alkoholizmu” 1996, nr 4, s. 19-20.

⁷⁵⁵ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 136, M. Uliczka, *Atlantis w polskim wydaniu*, „Świat Problemów” 1995, nr 11.

- f) dzienniczek terapii pacjenta – osoba uzależniona zapisuje w nim swoje myśli i odczucia,
- g) psychoterapia grupowa dla absolwentów programu „Atlantis” – dotyczy w głównej mierze rozwiązywania bieżących problemów absolwentów programu,
- h) zajęcia informacyjno-edukacyjne przeznaczone dla rodzin osób uzależnionych obejmujące problem uzależnienia i wychodzenia z nałogu⁷⁵⁶.

Wskazuje się, iż znacząca część spośród skazanych uzależnionych ma już za sobą liczne próby terapii zakończone niepowodzeniem. Postuluje się, że być może wobec takiego skazanego należałoby zastosować radykalnie inne oddziaływania aniżeli te, z którymi zetknął się już przed pobytem w Zakładzie Karnym. Jednakże obecnie nie jest to w zasadzie możliwe. Uważa się, że sposób prowadzenia oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych wobec skazanych jest aktualnie zanadto zunifikowany. Programy terapeutyczne są zbyt mało zróżnicowane i niewystarczająco dostosowane do indywidualnych potrzeb skazanego. Poza tym Janina Majer, słusznie zauważa, że słabym punktem leczenia odwykowego jest brak spójnego programu pracy z osobami, które zakończyły cykl leczenia i nadal przebywają w więzieniu. Nie wypracowano bowiem modelu skutecznej i stałej współpracy więziennictwa z sądami penitencjarnymi, kuratorami zawodowymi i placówkami opieki społecznej, jak też organizacjami charytatywnymi w prowadzeniu opieki następczej nad alkoholikami opuszczającymi zakłady karne⁷⁵⁷.

Ponadto ważnym problemem utrudniającym wprowadzenie większych różnic w ofercie terapeutycznej jest jednakowy sposób szkolenia certyfikacyjnego prowadzenia terapii. Tymczasem jeden skazany wymaga programu terapii poznawczo-behawioralnej, inny potrzebuje programu opartego na społeczności terapeutycznej, zaś jeszcze inny powinien podlegać terapii krótkoterminowej⁷⁵⁸. Pomimo trudności terapia skazanych uzależnionych rozwija się systematycznie. Uważa się, że oddziały terapeutyczne funkcjonujące w ramach zakładów karnych mają coraz istotniejsze znaczenie w systemie usług społecznych stosowanych wobec

⁷⁵⁶ Cyt. za: B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 137.

⁷⁵⁷ J. Majer, *Więziennicze leczenie odwykowe wobec nowych wyzwań*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1996, nr 12-13, s. 166.

⁷⁵⁸ A. Majcherczyk, op. cit., s. 340.

osób uzależnionych⁷⁵⁹. Równocześnie wskazuje się, iż w celu skutecznego prowadzenia terapii w odniesieniu do skazanych, konieczna jest systematycznie przeprowadzana analiza i badanie naukowe skuteczności programów terapeutycznych⁷⁶⁰.

Aktualnie eksponowana jest coraz silniej potrzeba wykorzystywania nowych sposobów i metod, a zatem także programów w odniesieniu do skazanych wykazujących uzależnienia. Jako przykład nowych idei w tej dziedzinie podaje się np. teorię stadiów zmiany, dostosowaną już do wykorzystywania w terapii uzależnień. Z uwagą należy przyglądać się nowatorskim koncepcjom W. Millera, S. Rollnicka, J. Prochaski i C. DiClemente⁷⁶¹.

§ 4. WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI POZA ODDZIAŁEM TERAPEUTYCZNYM

Dla efektywności kary kryminalnej ważne jest podłoże i uwarunkowania wprowadzenia możliwości wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym

Skazany może również odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym⁷⁶². W piśmiennictwie występuje pogląd, że genezy możliwości wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym należy doszukiwać się w coraz to dłuższych kolejkach skazanych oczekujących na przyjęcie do oddziałów terapeutycznych. Skazanych wymagających oddziaływań specjalistycznych było tak wielu, że nie było fizycznej możliwości objęcia wszystkich osób potrzebujących oddziaływaniami prowadzonymi w specjalnie przygotowanych oddziałach terapeutycznych. Pojawiły się dwie zasadnicze możliwości rozwiązania tego problemu. Pierwszą było rozpoznawanie występowania uzależnienia u skazanych w sposób „oszczędny”, czyli tylko w stosunku do osób najbardziej potrzebujących pomocy. Wiadomo bowiem było, że w rozsądnym terminie nie uda się skierować wszystkich skazanych, którzy tego potrzebują, do systemu i oddziału terapeutycznego. Co ciekawe, za termin „rozsądny” uważano skierowanie skazanego do oddziału terapeutycznego przed upływem terminu umożliwiającego staranie się o warunkowe przedterminowe zwolnienie lub też przed końcem kary. Drugą

⁷⁵⁹ Ibidem, s. 341.

⁷⁶⁰ M. Gordon, *Resocjalizacja skazanych z zaburzeniami psychicznymi...*, s. 210.

⁷⁶¹ A. Majcherczyk, op. cit., s. 340.

⁷⁶² R. Godyla, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 347

możliwością było umożliwienie odbywania kary w systemie terapeutycznym poza oddziałem specjalistycznym w warunkach, które umożliwiłyby chociażby szcątkowe prowadzenie oddziaływań specjalistycznych. Ostatecznie zdecydowano się na to drugie rozwiązanie⁷⁶³.

Pomimo wprowadzenia możliwości wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym wciąż nie udało się rozwiązać palącego problemu przeludnienia oddziałów terapeutycznych. W piśmieniu wskazuje się m.in. następujące propozycje rozwiązania tego problemu:

- a) powinno się określić priorytety w kwalifikowaniu osób pozbawionych wolności do terapii odwykowej,
- b) należy rozważyć możliwość jest zastosowania profilaktyki drugiego stopnia w stosunku do jak największej liczby skazanych, którzy znajdują się poza systemem terapeutycznym. W programach tego rodzaju należałoby położyć szczególny nacisk na staranne informowanie o używaniu, nadużywaniu i uzależnieniu od alkoholu oraz innych środków zmieniających nastroj. Powinno się stymulować osoby uzależnione do podjęcia terapii, zaś osoby uzależnione od alkoholu edukować w zakresie sposobów kontrolowania i ograniczania spożywania alkoholu⁷⁶⁴.

Nie wszyscy skazani uzależnieni od alkoholu mogą odbywać karę pozbawienia wolności zarówno w oddziale, jak i poza oddziałem terapeutycznym. Poza oddziałem terapeutycznym może odbywać karę pozbawienia wolności tylko jasno określona grupa spośród skazanych zakwalifikowanych do tego systemu. Zgodnie § 22 ust. 1. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych do odbywania kary pozbawienia wolności poza oddziałem terapeutycznym kierowani są skazani, w odniesieniu do których „psycholog stwierdził w opinii lub w orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym możliwość realizacji oddziaływań specjalistycznych poza oddziałem terapeutycznym” (§ 22 ust. 1)⁷⁶⁵. Ponadto wskazuje się, że istnieje możliwość skierowania skazanego uzależnionego, który odbył już terapię poza oddziałem terapeutycznym do oddziału

⁷⁶³ A. Guzik, *Nie przedłużajmy fikcji*, „Forum Penitencjarne” 2003, nr 7, s. 11.

⁷⁶⁴ T. Głowik, *System terapeutyczny...*, s. 8-9.

⁷⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

terapeutycznego, jeżeli jest to uzasadnione zmianą jego sytuacji, czy też względami terapeutycznymi⁷⁶⁶.

B. Zajęcka wskazuje, iż najczęściej poza oddziałem terapeutycznym odbywają karę pozbawienia wolności następujące osoby:

- zdolne do uczestnictwa i pracy w grupie,
- przejawiające problemy w zaadaptowaniu się do funkcjonowania w warunkach zakładu karnego,
- w odniesieniu do których stworzono Indywidualny Program Terapeutyczny i które wyrażają chęć jego realizacji,
- które odbyły terapię w oddziale terapeutycznym i przejawiają motywację do pozostania w abstynencji,
- potrafiące kontrolować swoje zachowanie⁷⁶⁷.

W ramach systemu terapeutycznego realizowanego poza oddziałem terapeutycznym można dodatkowo prowadzić grupowe oddziaływania terapeutyczne (§ 20 ust. 2)⁷⁶⁸.

W przypadku prowadzenia oddziaływań poza oddziałem terapeutycznym wykorzystuje się indywidualne programy terapeutyczne. W odniesieniu do skazanych uzależnionych – w tym od alkoholu – programy te polegają na zastosowaniu krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej oraz określeniu w miarę potrzeb innych działań koniecznych do rozwiązania problemów spowodowanych występowaniem uzależnienia (§ 21 ust.1)⁷⁶⁹. W terapii krótkoterminowej kładzie się nacisk na zmianę tego, co da się zmienić w oparciu o realne zasoby skazanego⁷⁷⁰.

Warto w tym miejscu przytoczyć opinie doktryny na temat zasadności wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym. W literaturze przyjmuje się, że wprowadzone regulacje umożliwiające realizację systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym,

⁷⁶⁶ K. Dąbkiewicz, op. cit., s. 442.

⁷⁶⁷ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 129.

⁷⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷⁶⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷⁷⁰ A. Majcherczyk, op. cit., s. 340; J. Lelonkiewicz, M. Lelonkiewicz, *Wpływ podejścia terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu na zmianę postępowania terapeutycznego wobec osób uzależnionych od alkoholu*, „Nowiny Psychologiczne” 1997, nr 2.

w praktyce nie przyniosły realnego i oczekiwanego rozwiązania problemu przedłużających się kolejek skazanych. W rzeczywistości realizacja oddziaływań terapeutycznych prowadzonych poza oddziałem terapeutycznym dalece odbiega od należytych i oczekiwanych standardów. Praca ze skazanymi sprowadza się do powierzchownych oddziaływań grupowych i indywidualnych, mityngów AA oraz pracy własnej pacjenta. Z tego powodu w piśmiennictwie negatywnie ocenia się wprowadzoną możliwość wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym. Zdaniem Andrzeja Guzika „w bliższej i dalszej perspektywie nie zanoszą się na taką poprawę sytuacji materialnej więziennictwa, aby możliwa była profesjonalna terapia poza oddziałem. Ale gdyby nawet przyszły lepsze czasy, to skupić się raczej powinniśmy na tworzeniu kolejnych oddziałów terapeutycznych lub powiększaniu pojemności już istniejących, które zapewniają profesjonalną działalność terapeutyczną”⁷⁷¹.

W doktrynie generalnie bardzo negatywnie ocenia się możliwość realizacji oddziaływań w ramach systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym. Przyjmuje się nawet, że jest to swego rodzaju „fikcja terapeutyczna”⁷⁷². Bardzo często wobec skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym nie prowadzi się jakichkolwiek oddziaływań specjalistycznych. T. Szymanowski wskazuje, iż blisko połowa spośród nich była pozbawiona wszelkich oddziaływań terapeutycznych. Według zgodnej opinii specjalistów i funkcjonariuszy nie istnieją należyte warunki do właściwego wykonywania oddziaływań terapeutycznych poza oddziałem terapeutycznym⁷⁷³. Zapewne dlatego postuluje się zlikwidowanie możliwości wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym⁷⁷⁴.

Odrębne stanowisko prezentował Z. Hołda, który uważa że umożliwienie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym jest uzasadnione. Jego zdaniem przynajmniej w niektórych zakładach karnych występują na tyle dobre warunki, aby możliwe było

⁷⁷¹ A. Guzik, op. cit., s. 11.

⁷⁷² A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 169-170.

⁷⁷³ T. Szymanowski, *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego. Podstawowe problemy w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2004, s. 200.

⁷⁷⁴ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami...*, s. 169-170.

wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym⁷⁷⁵.

Ze względu na ogólne trudności w prowadzeniu oddziaływań specjalistycznych poza oddziałem terapeutycznym należy rozstrzygnąć, w jaki sposób należałoby realizować oddziaływania terapeutyczne tu i teraz – do czasu utworzenia nowych oddziałów terapeutycznych. Bez wątpienia, za ciekawą należałoby uznać propozycję prowadzenia zapewne ograniczonych oddziaływań w systemie programowanego oddziaływania. Zakres oddziaływań terapeutycznych byłby dostosowany na ile to możliwe do realiów i możliwości danej jednostki penitencjarnej⁷⁷⁶.

Ważną formą interwencji i terapii krótkoterminowej jest także zastosowanie krótkiej interwencji i terapii krótkoterminowej. Tak zwana krótka interwencja składa się co najmniej z 3 sesji. Program krótkiej interwencji obejmuje z kolei co najmniej następujące elementy: „ocenę stopnia problemów wynikających z uzależnienia, przekazanie skazanemu informacji zwrotnej o wyniku oceny, rozmowę motywującą skazanego do podjęcia terapii lub samodzielnej zmiany oraz przekazanie skazanemu odpowiednich wskazówek dotyczących zmiany zachowań wynikających z uzależnienia” (§ 21 ust. 2, pkt 1-3)⁷⁷⁷.

Terapię krótkoterminową można z kolei uznać za rozszerzoną wersję krótkiej interwencji. Jest ona dłuższa – trwa minimum 10 sesji, zawiera cały program krótkiej interwencji wzbogacony o: „analizę funkcjonalną zachowań skazanego, ćwiczenie umiejętności zaradczych oraz zapobieganie nawrotom” (§ 21 ust. 3, pkt 1-3)⁷⁷⁸.

Zadania z zakresu oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym realizuje funkcjonariusz lub pracownik działu penitencjarnego pracujący na stanowisku do spraw terapii uzależnień.

⁷⁷⁵ Z. Hołda, [w:] Z. Hołda, K. Postulski, op. cit., s. 392;

⁷⁷⁶ A. Guzik, op. cit., s. 11.

⁷⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷⁷⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

Do jego obowiązków należy w szczególności:

- prowadzenie wobec skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym oddziaływań realizowanych w ramach krótkiej interwencji i terapii krótkoterminowej,
- prowadzenie grupowych oddziaływań terapeutycznych realizowanych dodatkowo poza oddziałem terapeutycznym,
- prowadzenie lub współuczestniczenie w prowadzeniu programów resocjalizacji,
- prowadzenie dokumentacji odnoszącej się do sposobu realizacji zadań wynikających z zakresu czynności⁷⁷⁹.

Biorąc pod uwagę skalę prowadzonych oddziaływań, możliwość ich realizacji poza oddziałem terapeutycznym należy traktować wyłącznie jako uzupełnienie oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych prowadzonych w oddziałach terapeutycznych. Poza oddziałem terapeutycznym może nastąpić pewnego rodzaju przygotowanie do dalszego leczenia realizowanego w oddziale terapeutycznym lub opieka prowadzona wobec osób, które już zakończyły leczenie w oddziale terapeutycznym⁷⁸⁰.

Skazanego uzależnionego można skierować po okresie pobytu w systemie terapeutycznym poza oddziałem terapeutycznym do dalszego kontynuowania oddziaływań w oddziale terapeutycznym, jeżeli jest to uzasadnione zmianą sytuacji skazanego lub względami terapeutycznymi (§ 22 ust. 2)⁷⁸¹.

⁷⁷⁹ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 104 pkt 1-4, w zw. z § 21 ust. 1-3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁷⁸⁰ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych...*, s. 129.

⁷⁸¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

§ 5. DOKUMENTOWANIE PROWADZONYCH ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

W celu udokumentowania oddziaływań terapeutycznych wykonywanych w odniesieniu do skazanego uzależnionego od alkoholu, prowadzi się teczkę terapeutyczną. Zakłada się ją niezwłocznie po rozpoczęciu oddziaływań terapeutycznych⁷⁸². W tezcze terapeutycznej dokumentuje się oddziaływania terapeutyczne prowadzone wobec skazanych odbywających karę w oddziale terapeutycznym, natomiast oddziaływania prowadzone wobec skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę poza oddziałem, dokumentuje się w systemie informatycznym⁷⁸³. „Teczki terapeutyczne skazanego przebywającego w oddziale terapeutycznym prowadzi członek zespołu terapeutycznego wyznaczony do prowadzenia jego terapii indywidualnej. Prawo wglądu do teczek terapeutycznych mają uprawnione organy oraz osoby uprawnione do merytorycznego nadzoru działalności terapeutycznej, do których zalicza się przełożonych legitymujących się wykształceniem psychologicznym lub certyfikatem specjalisty terapii uzależnień albo psychoterapeuty. Teczki terapeutyczne przechowuje się w sposób zapewniający ochronę poufności zawartych w nich informacji”⁷⁸⁴.

Do teczki terapeutycznej obligatoryjnie włącza się:

- informacje osobopoznawcze uzyskane w toku terapii, które podlegają szczególnej ochronie, zgodnie z zasadami obowiązującymi w pracy terapeutycznej,
- diagnozę i indywidualny program terapeutyczny sporządzony wobec skazanego uzależnionego od alkoholu, zakwalifikowanego do odbywania kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym,
- rejestr indywidualnych kontaktów terapeutycznych,

⁷⁸² Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 90 ust. 3.

⁷⁸³ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 90 ust. 1 pkt. 1 i § 90 ust. 2.

⁷⁸⁴ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 92 ust. 1-3.

- następujące dokumenty podpisane przez skazanego: kontrakt terapeutyczny, kontrakt długoterminowy i pisemną zgodę skazanego na przetwarzanie jego danych osobowych, w celu późniejszego wykorzystania do badań efektywności terapii, jeżeli badania takie są przewidziane w programie oddziału,
- kartę oceny końcowej przebiegu terapii i efektów terapii⁷⁸⁵.

Ponadto doteczki terapeutycznej skazanego można dołączyć:

- wywiady diagnostyczne,
- ankiety,
- oceny cząstkowe przebiegu terapii sporządzone podczas terapii,
- kopie znajdujących się w teczce osobopoznawczej, informacji istotnych z punktu widzenia programowania lub późniejszego odtworzenia przebiegu terapii⁷⁸⁶.

Co do zasady prace i zadania pisemne wykonane przez skazanego pozostawia się skazanemu, jednakże jeśli szczególne względy i okoliczności za tym przemawiają, wówczas włącza się je doteczki terapeutycznej⁷⁸⁷.

⁷⁸⁵ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 91 ust. 1, pkt. 1-5.

⁷⁸⁶ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 91 ust. 2.

⁷⁸⁷ Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 91 ust. 3.

ROZDZIAŁ VII

SKAZANI UZALEŻNIENI OD ALKOHOLU ORAZ PERSONEL TERAPEUTYCZNY W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH

§ 1. CHARAKTERYSTYKA WYODRĘBNIONEJ GRUPY SKAZANYCH ODBYWAJĄCYCH KARĘ POZBAWIENIA WOLNOŚCI W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM

Podstawę empiryczną do wcześniejszych rozważań teoretyczno-prawnych, zapewniającą ujęcie komparatystyczne kwestii postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w izolacji penitencjarnej, stanowią dane statystyczne pozyskane z baz Centralnego Zarządu Służby Więziennej⁷⁸⁸. Szczególnie ważne w kontekście analizowanego problemu były dane dotyczące skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym oraz statystyki prezentujące ogół skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w latach 1998–2020.

Należy nadmienić, że dokonany wybór danych i ich opracowanie, a także konstrukcja tabel oraz przeprowadzone liczne, różnorodne i detaliczne obliczenia, np. współczynników zostały dokonane na podstawie nierzadko „surowych” informacji liczbowych zaczerpniętych z danych zamieszczonych na stronach internetowych Rocznych i Miesięcznych Informacji Statystycznych Centralnego Zarządu Służby Więziennej, Głównego Urzędu Statystycznego w latach 1998–2020 oraz informacji pochodzących z Eurostatu: *Crime and Criminal Justice Statistics in Focus Eurostat* (2020 r.), jak też danych pozyskanych na wniosek Autora pracy z Biurze Dyrektora Generalnego Służby Więziennej. Równocześnie w celu dokonania poprawnej

⁷⁸⁸ A. Pniewska, A. Zientarska, M. Milewska, *Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej Roczna Informacja Statystyczna za rok 2019*, Warszawa 2019, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (data wejścia: 16.09.2020).

diagnozy rozmiarów przestępczości, struktury i dynamiki przestępstw punktem wyjścia prowadzonej analizy statystycznej był wskaźnik prizonizacji, który oznacza liczbę skazanych na karę pozbawienia wolności, przypadającą na 100 tys. mieszkańców.

Tabela 1.
Wskaźnik prizonizacji w wybranych krajach Europy w latach 1989–2004

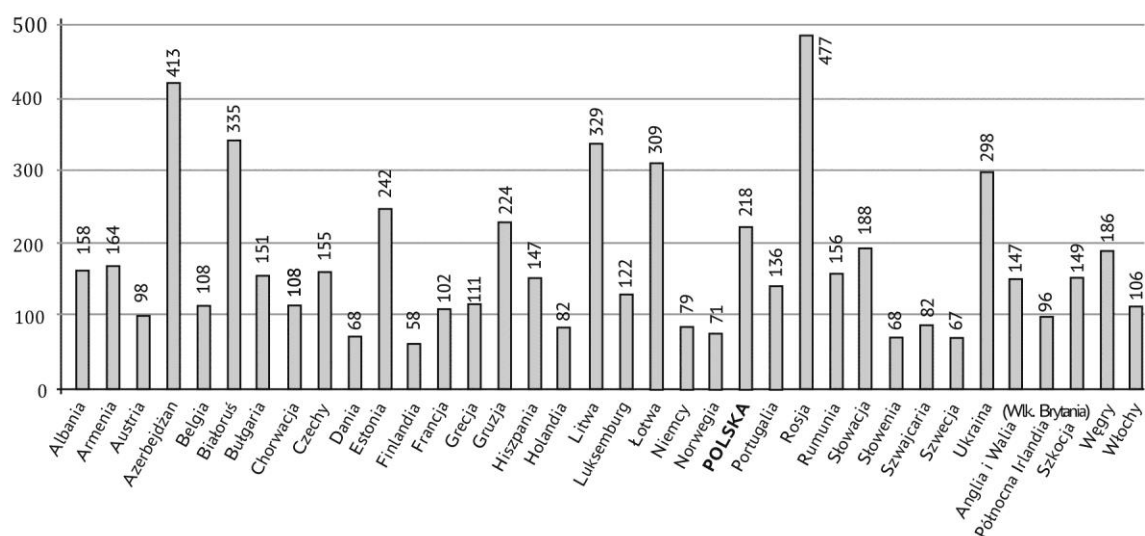
Kraj	Wskaźnik prizonizacji
Francja	91
Holandia	123
Hiszpania	140
Litwa	234
Łotwa	337
Niemcy	96
Norwegia	65
Portugalia	125
Rosja	532
Słowacja	165
Szwajcaria	81
Szwecja	81
Ukraina	416
Węgry	165
Wielka Brytania	142
Włochy	98
Polska	210

Źródło: World Prison Brief of the International Centre for Prison Studies – Europe, [https://bip.sw.gov.pl/SiteCollection Documents /CZSW/statystyka/Wi%C4%99zienia%20w%20liczbach%201989-2004.pdf](https://bip.sw.gov.pl/SiteCollection/Documents/CZSW/statystyka/Wi%C4%99zienia%20w%20liczbach%201989-2004.pdf)

Z analizy danych statystycznych CZSW wynika, że wskaźnik prizonizacji w Polsce w latach 1998-2004 systematycznie rósł – od 140 w 1998 r. do 210 w 2004 r. i tym samym był jednym z najwyższych w Europie. Wyższy wskaźnik prizonizacji niż w Polsce występował w: Rosji (532), na Ukrainie (416), Łotwie (337) i na Litwie (234) (por. tabela 1). Niestety w 2005 roku Polska wciąż znajdowała się w czołówce rankingu współczynnika prizonizacji w krajach europejskich, zajmując pozycję szóstą ze współczynnikiem prizonizacji 216,5, a w Rosji w tym samym czasie współczynnik prizonizacji wynosił 576,811⁷⁸⁹. Stan ten utrzymywał się do 2012 roku (por. tabela 2), co spowodowało, że Polska była na wysokiej pozycji w rankingu współczynnika prizonizacji wśród wybranych krajów Europy (por. wykres 1).

⁷⁸⁹ A.D. Nawój-Śleszyński, *Rozmiary i zróżnicowanie populacji więziennej w Polsce w okresie obowiązywania ustawodawstwa karno-wykonawczego z 1997 roku*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2019, t. 54, s. 149-150.

Wykres 1. Wskaźnik przizonizacji w wybranych krajach Europy w latach 2005–2012



Źródło: *Więzienia w liczbach. Statystyka penitencjarna w latach 2005–2012*, Warszawa 2013, s. 15.

Natomiast T. Szymanowski, uznał że spośród 30 wskazanych krajów, które podzielił na cztery grupy w zależności od wartości współczynnika przizonizacji: I grupa — od 57 do 100; II grupa — od 100 do 150; III grupa — od 150 do 200 i IV grupa — od 200 do 475. W IV grupie, o najwyższym nasileniu współczynnika przizonizacji, znajdują się wyłącznie kraje postsocjalistyczne, w tym niestety Polska. Od 2016 r. Polska poczyniła postęp i znajduje się w III grupie⁷⁹⁰.

Tabela 2.
Wskaźnik przizonizacji w Polsce na 100 tys. mieszkańców (stan w dn. 31 XII)

Rok	Liczba mieszkańców	Liczba osadzonych	Wskaźnik
2005	38 157 055	82 955	217,4
2006	38 125 479	88 647	232,5
2007	38 115 641	87 776	230,3
2008	38 135 876	83 152	218,0
2009	38 167 329	84 003	220,1
2010	38 529 866	80 728	209,5
2011	38 538 447	81 382	211,2
2012	38 533 299	84 156	218,4

Źródło: *Więzienia w liczbach, Statystyka penitencjarna w latach 2005–2012*, Warszawa 2013, s. 14.

⁷⁹⁰ T. Szymanowski, *Przestępczość i więziennictwo w krajach europejskich (na podstawie informacji statystycznych)*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, nr 90, s. 32.

Biorąc pod uwagę liczebność skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w Polsce z podziałem na poszczególne Okręgowe Inspektoraty Służby Więziennej na dzień 31 grudnia 2020 r., wynika że najwięcej skazanych odbywało karę pozbawienia wolności w trzech okręgach: Katowice – 5566 skazanych, Wrocław – 5620, Warszawa – 4913 osób. Z kolei najmniej skazanych odbywało karę w okręgu: Rzeszów – 2561, Koszalin – 2862 skazanych, Białystok (w którym przeprowadzono badania własne) K 2874 skazanych. Tymczasem wskaźnik prizonizacji w okręgach o najniższej liczbie skazanych nie jest najniższy, ponieważ wskaźnik prizonizacji oznacza liczbę skazanych na karę pozbawienia wolności, przypadającą na 100 tys. mieszkańców. Szczególnym przykładem jest Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, w którym pomimo niewielkiej ogólnej liczby skazanych, wskaźnik prizonizacji jest jednym z najwyższych w Polsce. Równocześnie w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej Warszawa, choć liczba skazanych jest wysoka, to jednak wskaźnik prizonizacji w dniu 31 grudnia 2020 r. utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie. Natomiast najwyższy wskaźnik prizonizacji występuje w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej Opole (por. tabela 3).

W celu kształtowania społecznie pożądanых postaw od roku 1998, tj. wejścia w życie Kodeksu karnego wykonawczego szczególne znaczenie miało wprowadzenie systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności uwzględniające zindywidualizowane oddziaływania na skazanych. W przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu oprócz zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia, było i jest ważne przeciwdziałanie alkoholizmowi, który jest czynnikiem kryminogennym. Niestety liczba skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego bardzo powoli wzrasta, co wzbudza niepokój (por. tabela 4).

Tabela 3.

Wskaźnik prizonizacji w Okręgowych Inspektoratach Służby Więziennej w Polsce na 100 tys. mieszkańców – stan w dn. 31.12.2020

Nazwa okręgu	Województwo	Liczba mieszkańców	Skazani 30.11.2020	Skazani 31.12.2020	Wskaźnik prizonizacji
Ogółem		38.354.173	58278	58487	152,49
Białystok	Podlaskie	1.176.576	2848	2874	244,26
Bydgoszcz	Kujawsko-Pomorskie	2.069.273	4923	4921	237,81
Gdańsk	Pomorskie	2.346.717	3626	3621	154,30
Katowice	Śląskie	4.508.078	5613	5566	123,46
Kraków	Małopolskie	3.413.931	4208	4251	124,51
Lublin	Lubelskie	2.103.342	3308	3345	159,03
Łódź	Łódzkie	2.448.713	3247	3269	133,49
Olsztyn	Warmińsko-Mazurskie	1.420.514	3562	3562	250,75
Opole	Opolskie	980.771	3567	3604	367,46
Poznań*	Wielkopolskie	3.500.361	3675	3542	101,18
Rzeszów	Podkarpackie	2.125.901	2561	2596	122,11
Szczecin* Koszalin*	Zachodniopomorskie Zachodniopomorskie	1.693.219	5513 2829	5580 2862	329,54
Warszawa	Mazowieckie	4.528.031	4935	4913	108,50
Wrocław	Dolnośląskie	2.898.525	5480	5620	193,69
	Lubuskie	2.103.342	1645	1645	78,20

* Do Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej Poznań poza aresztami śledczymi i zakładami karnymi zlokalizowanymi w województwie wielkopolskim należą jednostki penitencjarne położone w województwie lubuskim: AŚ Zielona Góra (182 skazanych), ZK Krzywianiec (701 skazanych), OZ Wałowice (59 skazanych), OZ Lubusko (39 skazanych) – stan na 31.12.2020 r.;

* Do Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej Szczecin należy jednostka penitencjarna położona w województwie lubuskim: ZK Gorzów Wielkopolski (422 skazanych), OZ Słońsk (242 skazanych) – stan na 31.12.2020 r.;

* Do Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej Koszalin poza aresztami śledczymi i zakładami karnymi zlokalizowanymi w województwie szczecińskim należą: AŚ Słupsk (pomorskie - 129 skazanych), OZ Złotów (wielkopolskie - 95 skazanych), OZ Opatówek (Kujawsko-Pomorskie - 0 skazanych) – stan na 31.12.2020 r.;

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych CZSW za listopad i grudzień 2020 r. oraz danych Głównego Urzędu Statystycznego za 2020 r.

Tabela 4.

Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w różnych systemach w porównaniu ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu zakwalifikowanymi do systemu terapeutycznego w Polsce w latach 1998–2020

Rok	Ogół skazanych		Skazani uzależnieni od alkoholu zakwalifikowani do systemu terapeutycznego		Wskaźnik wzrostu lb skazanych uzależnionych od alkoholu w porównaniu do ogółu skazanych %
	lb	Wskaźnik dynamiki %	lb	Wskaźnik dynamiki %	
1998	42 969	100	466	100	1,08
1999	42 191	98,18	912	195,70	2,16
2000	48 512	112,89	1696	363,94	3,49
2001	56 422	131,30	2495	535,40	4,42
2002	59 248	137,88	539	115,66	0,90
2003	60 773	141,43	734	157,51	1,20
2004	64 975	151,21	945	202,78	1,45
2005	69 191	161,02	1080	231,75	1,56
2006	73 914	172,01	1200	257,51	1,62
2007	76 033	176,94	1398	300,00	1,83
2008	73 859	171,88	1515	325,10	2,05
2009	74 116	172,48	1602	343,77	2,16
2010	71 867	167,25	1672	358,79	2,32
2011	72 692	169,17	1846	396,13	2,53
2012	76 657	178,40	1498	321,45	1,95
2013	71 595	166,62	2107	429,12	2,94
2014	70 125	163,19	2068	421,18	2,94
2015	65 664	152,81	2035	414,46	3,09
2016	65 079	151,45	2011	409,57	3,09
2017	65 769	153,06	2136	435,03	3,24
2018	64 045	149,04	2127	433,19	3,32
2019	64 811	150,83	2184	444,80	3,37
2020	58 487	136,11	1696	363,94	2,89
Średnia	64738,60	151,64	1563,60	328,55	2,41

Stan na 31 XII danego roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych CZSW za lata 1998–2019, [https://bip.sw.gov.pl/Site Collection Documents/CZSW/statystyka/Rocznik%202005-2012%20wersja%20ost%20\(3\).pdf](https://bip.sw.gov.pl/Site%20Collection%20Documents/CZSW/statystyka/Rocznik%202005-2012%20wersja%20ost%20(3).pdf) (data wejścia: 29.12.2020)

Z przeprowadzonej analizy danych statystycznych pozyskanych z baz CZSW za lata 1998–2019 wynika, że średniorocznie w wymienionym okresie karę pozbawienia wolności odbywało około 65 159 skazanych (por. tabela 4). W latach 1998–2019 najmniej skazanych odbywało karę w 1999 r. – 42 191, zaś najwięcej w 2012 r. – 76657 skazanych, co stanowi wzrost o ponad 78 punktów procentowych. Natomiast liczba skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę w systemie terapeutycznym (1498 osób) w stosunku do ogólnej liczby skazanych w 2012 r. była niższa (wynosiła 1,95 %) od średniej wzrostu liczby skazanych uzależnionych od alkoholu (2,39%) w porównaniu do ogółu skazanych. Jest to zgodne z ogólną liczbą skazanych kierowanych do systemu terapeutycznego. Przy czym wyraźny wzrost liczby skazanych w systemie terapeutycznym miał miejsce do 2001 r. i od 2013 r. Było to spowodowane prowadzoną w tym czasie przez władze więzienne polityką wyraźnie akceptującą odbywanie kary w systemie terapeutycznym poza oddziałem specjalistycznym⁷⁹¹.

Podobnie w przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu w przedziale czasowym 1998–2019 można wyróżnić dwa zasadnicze okresy wzrostu kierowania skazanych do systemu terapeutycznego. Pierwszy obejmuje lata 1998 do 2001, zaś drugi rozpoczął się w 2013 r. Do 2001 r. nastąpił ponad pięciokrotny wzrost liczby skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego, w tym przebywających w oddziale i poza oddziałem (por. tabela 4) oraz czterokrotny wzrost wskaźnika liczby skazanych uzależnionych od alkoholu w porównaniu do ogółu skazanych. Od 2013 r. również widoczny jest dalszy wzrost liczby skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego, choć nie jest to wzrost tak dynamiczny jak wcześniej – od 2013 r. do 2019 r. nastąpił wzrost o ponad 14 punktów procentowych. Biorąc pod uwagę liczby bezwzględne, średnio w latach 1998–2019 karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym odbywało około 1557 skazanych.

W początkowej fazie obowiązywania nowego Kodeks karny wykonawczy (w latach 1998–2001) liczba skazanych kierowanych do systemu terapeutycznego wykonywania kary wynosiła od 466 skazanych w 1998 r. do 2495 w 2001 r. W 2002 r. nastąpił gwałtowny spadek liczby skazanych uzależnionych od alkoholu

⁷⁹¹ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 404; A.D. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 101.

odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym – do 539. W kolejnych latach następował niewielki wzrost liczby skazanych, zaś wyraźny wzrost nastąpił w 2013 r. Wówczas 2107 skazanych uzależnionych od alkoholu odbywało karę pozbawienia wolności. W kolejnych dwóch latach liczba skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę w systemie terapeutycznym utrzymywała się na tym samym poziomie. W latach 2016–2017 nastąpił ponowny wzrost, ale w 2018 r. doszło do nieznacznego spadku liczby skazanych przebywających w systemie terapeutycznym. W 2019 r. obserwujemy ponowny przyrost – do poziomu 2184 skazanych (por. tabela 4). Należy stwierdzić, że najmniejsza liczba skazanych odbywała karę w systemie terapeutycznym w 1998 r. – 466 osób, natomiast najwięcej skazanych odbywało karę w tym systemie w 2019 r. – 2184 skazanych. Sytuacja diametralnie zmieniła się w 2020 roku, prawdopodobnie z powodu pandemii covid-19 i obowiązującego w tym czasie lockdownu ograniczającego bezpośrednie kontakty społeczne, także świata przestępczego. Można przyjąć, że w efekcie zaistniałych ograniczeń znacząco zmniejszyła się liczba skazanych z 64 811 skazanych w 2019 roku do 58487 w 2020 roku. Liczba skazanych w 2020 r. jest porównywalna do liczby skazanych w 2002 roku, jednakże liczba skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego jest zdecydowanie wyższa niż w 2002 roku i wynosi 1696 osób, co stanowi niemal czterokrotny wzrost w stosunku do danych z 1998 r. i ponad trzykrotny w porównaniu z 2002 r.

Biorąc pod uwagę grupy klasyfikacyjne, największa tendencja wzrostowa kierowania skazanych do systemu terapeutycznego dotyczyła pierwszy raz karanych i recydywistów penitencjarnych. Jak wynika z analizy danych statystycznych CZSW za lata 1998-2019 od 2002 r. największy wzrost liczby skazanych w systemie terapeutycznym nastąpił w grupie klasyfikacyjnej skazanych odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy. Do 2013 roku doszło do prawie 2,5 krotnego wzrostu tej grupy skazanych. Natomiast od roku 2014 następuje bardziej dynamiczny wzrost liczby recydywistów penitencjarnych kierowanych do systemu terapeutycznego w stosunku do pierwszy raz karanych. Odpowiednio w latach: 2014 r. w systemie terapeutycznym przebywało 2270 recydywistów penitencjarnych, w 2015 r. – 2336, 2016 r. – 2355, 2017 r. – 2455, 2018 r. - 2487 i w 2019 r. odbywało karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym aż 2626 recydywistów.

Zaś w grupie młodocianych od 2005 r. następuje tendencja spadkowa kierowania skazanych do systemu terapeutycznego. W porównaniu do 2019 r. jest to spadek ponad 2,5-krotny.

Natomiast, jak wynika z informacji Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, pozyskanych na wniosek Autora pracy – liczba skazanych uzależnionych od alkoholu, objętych oddziaływaniami terapeutycznymi w całym 2020 r. we wszystkich oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu to – 4951 osób. W tym – liczba skazanych uzależnionych od alkoholu, objętych oddziaływaniami terapeutycznymi w całym 2020 r. na wniosek sądu orzekającego lub penitencjarnego – 460 (pozostali tj. 4491 dobrowolnie wyrazili zgodę na udział w terapii). Przy tym jak podkreślono – każdy oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od alkoholu (jest ich 33) składa się z funkcjonariuszy, którzy tworzą zespół terapeutyczny. Liczebność osób wchodzących w skład takich zespołów zawiera się w przedziale 3-12 (ze średnią 5,39)⁷⁹².

Co ciekawe, niezależnie od typu zakładu karnego w 2002 doszło do gwałtownego spadku liczby skazanych w porównaniu do roku 2001 – w przypadku zakładu karnego typu zamkniętego był to spadek o około 42 punkty procentowe, blisko 80 punktów procentowych w zakładach karnych typu półotwartego i 100 punktów procentowych w przypadku zakładów karnych typu otwartego. Następnie do 2007 roku włącznie zaobserwowano systematyczny wzrost liczby skazanych zarówno w zakładach karnych typu zamkniętego jak i półotwartego. W tym samym okresie liczba skazanych w zakładach karnych typu otwartego była wręcz symboliczna, był to jeden skazany, a nawet brak skazanych (w zależności od roku). W latach 2008–2012 doszło do systematycznego spadku liczby skazanych w zakładach karnych typu zamkniętego. Od roku 2013 nastąpił wyraźny wzrost liczby skazanych przebywających w systemie terapeutycznym, co było zgodne z ogólną tendencją wzrostu liczby skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego.

⁷⁹² Dane autora pozyskane na jego wniosek z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, opracowanie wykonane przez B. Adamczewską – starszy specjalista, stan na 19.02.2021. Odnośna korespondencja znajduje się w posiadaniu autora.

Tabela 5.

Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w wyszczególnionych zakładach karnych w latach 2001–2019*

Rok	Zakład karny typu					
	Zamkniętego		Półotwartego		Otwartego	
	lb	Wskaźnik dynamiki (%)	lb	Wskaźnik dynamiki (%)	lb	Wskaźnik dynamiki (%)
2001	4403	100	585	100	3	100
2002	2580	58,596	124	21,196	0	0
2003	2835	64,387	259	44,273	0	0
2004	3008	68,317	392	67,008	1	33,333
2005	3108	70,588	509	87,008	1	33,333
2006	3222	73,177	588	100,512	0	0
2007	3264	74,131	775	132,478	0	0
2008	3234	73,449	889	151,965	0	0
2009	3218	73,086	965	164,957	3	100
2010	3131	71,110	993	169,743	3	100
2011	3022	68,635	1108	189,401	1	33,333
2012	2764	62,775	953	162,905	1	33,333
2013	3082	69,997	1320	225,641	5	166,666
2014	3058	69,452	1356	231,794	4	125
2015	3095	70,292	1350	230,769	4	125
2016	3082	69,997	1327	226,837	5	166,666
2017	3282	74,540	1417	242,222	7	233,333
2018	3325	75,516	1391	237,777	7	233,333
2019	3482	79,082	1409	240,854	7	233,333
2020	3147	71,430	1024	175,040	1	33,333
Średnia	3167,10	71,92	936,95	160,119	2,65	87,499

Stan na 12 XII danego roku.

*w/w dane są dostępne od 2001 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych CZSW za lata 2001–2019.

W efekcie w 2019 roku w systemie terapeutycznym w zakładzie karnym typu: zamkniętego było 3482 skazanych (tj. wzrost o ponad 79 punktów procentowych), półotwartego – 1409 (ponad dwukrotny wzrost), otwartego – 7 skazanych (por. tabela 5). Również rok 2020, mimo pandemii można uznać za zadawalający biorąc pod uwagę liczbę skazanych przebywających w systemie terapeutycznym.

Odpowiednio w zakładzie karnym typu zamkniętego przebywało 3147 skazanych (tj. wzrost o ponad 70 punktów procentowych), półotwartego – 1024 (blisko dwukrotny wzrost), otwartego – jeden skazany.

Systematycznie postępujący przyrost skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym dającym szansę na wyleczenie skazanego z nałogu i przeciwdziałanie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości należy uznać za właściwy kierunek działania. Natomiast pojawia się pytanie – dlaczego zdecydowana większość skazanych odbywa karę w zakładzie karnym typu zamkniętego. Być może częściowo jest to spowodowane rodzajem przestępstw, w tym przeciwko życiu i zdrowiu, ale można też rozważać kwestię odbywania kary w zakładzie karnym typu zamkniętego ze względu na nadmierną represyjność polskiego prawa karnego, jest to tym bardziej zaskakujące, że istnieje prymat kar wolnościowych. Poza tym rozkład skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w poszczególnych typach jednostek penitencjarnych nie odzwierciedla w pełni zasady indywidualizacji penitencjarnej, jak i zasady wolnej progresji. Ponad 70% skazanych w tym systemie odbywa karę w jednostkach typu zamkniętego, a pozostali w półotwartych, co podyktowane jest w dużej mierze formułą organizacyjną oddziałów terapeutycznych. Oddziały dla uzależnionych od alkoholu działają jako zamknięte lub półotwarte. Nie funkcjonują bowiem oddziały terapeutyczne w typie otwartym.

Z pozyskanych danych z baz Centralnego Zarządu Służby Więziennej informujących o liczbie skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w latach 2001–2019 wynika, że łącznie liczba skazanych uzależnionych od alkoholu zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych przebywających w oddziale i poza tymi oddziałami w latach 2001–2019 wynosiła 31183 skazanych, tj. średniorocznie w systemie terapeutycznym skazanych uzależnionych od alkoholu w oddziale i poza oddziałem przebywało ponad 1641 osób (por. tabela 5). Z tego 16282 skazanych, czyli średniorocznie ponad 856 skazanych uzależnionych od alkoholu odbywało karę w oddziale terapeutycznym i 9318 osób (średniorocznie ponad 490 skazanych) mimo, że zostało zakwalifikowanych do odbywania kary w oddziale terapeutycznym, to jednak z różnych przyczyn przebywało poza tymi oddziałami. Ponadto 5583 skazanych uzależnionych od alkoholu odbywało karę poza oddziałem

terapeutycznym, co stanowi średniorocznie ponad 293 skazanych. Z przywołanych danych wynika, że zdecydowana część skazanych została zakwalifikowana do oddziałów terapeutycznych, jednakże ponad 36% z różnych przyczyn nie odbywało kary w oddziale terapeutycznym. Najczęstszą przyczyną nie odbywania kary w oddziale terapeutycznym w latach 2001–2019 były tzw. inne przyczyny – niedookreślone, tj. średniorocznie ponad 374 skazanych nie odbywało kary w oddziale terapeutycznym. Kolejną przyczyną nieodbywania kary w oddziale było oczekiwanie na transport – średniorocznie dotyczyło to ponad 280 skazanych, co wskazuje na duże problemy logistyczne (por. tabela 7).

Tabela 6.

Skazani uzależnieni od alkoholu zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych przebywający w oddziale i poza tymi oddziałami w latach 2001–2019

Rok	Skazani uzależnieni od alkoholu zakwalifikowani do systemu terapeutycznego		Wskaźnik dynamiki lb skazanych uzależnionych od alkoholu w porównaniu do ogółu skazanych (%)	Skazani uzależnieni od alkoholu zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych przebywający w oddziale		Skazani uzależnieni od alkoholu zakwalifikowani do odbywania kary poza oddziałem
	lb	Wskaźnik dynamiki (%)		lb	Wskaźnik dynamiki (%)	
2001	2495	518,73	4,42	384	180	1931
2002	539	116,29	0,90	396	119	24
2003	734	156,21	1,20	460	259	15
2004	945	200,61	1,45	546	399	0
2005	1080	227,69	1,56	635	444	1
2006	1200	254,98	1,69	706	492	2
2007	1389	295,31	1,83	762	627	0
2008	1515	320,16	2,05	792	722	1
2009	1602	340,12	2,16	881	721	0
2010	1672	356,61	/2,32	943	727	2
2011	1846	396,53	2,53	1008	837	1
2012	1498	329,73	1,95	1075	421	2
2013	2107	429,12	2,94	1015	421	671
2014	2068	421,18	2,94	1008	496	564
2015	2035	414,46	3,09	1088	428	519
2016	2011	409,57	3,09	1139	439	433
2017	2136	435,03	3,24	1167	502	467
2018	2127	433,19	3,32	1108	546	473
2019	2184	444,80	3,37	1169	538	477
Średnia	1641,21	324,60	2,32	856,94	490,42	293,84

Stan na 12 XII danego roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych CZSW za lata 2001–2019.

Tabela 7.

Skazani zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych przebywający poza tymi oddziałami według przyczyn

Rok	Ogółem	Leczenie	II sprawy	Oczekiwanie na transport	Inne przyczyny
2001	366	63	251	0	52
2002	475	59	198	162	56
2003	695	60	229	227	179
2004	852	73	222	303	254
2005	850	57	201	297	295
2006	942	82	207	323	330
2007	1037	67	186	405	379
2008	1168	80	223	385	480
2009	1131	53	181	384	513
2010	1097	59	177	359	502
2011	1205	63	165	396	581
2012	689	48	159	270	212
2013	682	30	14	205	433
2014	767	28	17	257	465
2015	701	27	15	264	395
2016	706	37	12	215	442
2017	844	19	16	275	515
2018	855	26	10	297	522
2019	825	17	16	309	502
Średnia	836,15	49,89	131,52	280,68	374,05

Stan na 12 XII danego roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych CZSW za lata 2001–2019.

Począwszy od 1989 r., który w Polsce jest cezurą dokonanej wtedy transformacji społeczno-gospodarczej i ustrojowej, wyraźnie utrzymuje się tendencja spadku liczby wszystkich popełnianych przestępstw, ale bardzo znaczący ich spadek następuje w kategoriach najbardziej społecznie szkodliwych, tj. zabójstw i zgwałceń. Z badań Jarosława Warylewskiego wynika, że w 2013 r. liczba zabójstw i zgwałceń była prawie o połowę mniejsza niż na początku tego stulecia. Podobnie w przypadku kradzieży. Licząc rok do roku i porównując 2013 r. do 2012 r. odnotować należy ok. 5% spadek ogólnej liczby wszystkich przestępstw, a w kategorii tzw. przestępstw kryminalnych aż o 8,9% (spadkowi temu towarzyszy wzrost liczby przestępstw gospodarczych o 9,3%)⁷⁹³. Tendencja ta nadal utrzymuje się.

⁷⁹³ J. Warylewski, *Wymiar sprawiedliwości karnej w Polsce – diagnoza statystyczno-kryminologiczna wybranych aspektów*, [w:] *Między nauką a praktyką prawa karnego. Księga jubileuszowa profesora Lecha Gardockiego*. Warszawa 2014, s. 336.

Tabela 8.

Orzeczenia wykonywane według rodzajów przestępstw (określonych w kodeksie karnym z 1997 roku) w dniu 31.12.2019 r.

Przestępstwa przeciwko:			Ogółem	Orzeczenia wykonywane w dniu 31 XII					
				Orzeczenia prawomocne	Orzeczenia nieprawomocne	Tymczasowe areszty	W zw. z artykułem 65 lub 58a *	Orzeczenia dotyczące kobiet	Orzeczenia dotyczące młodocianych
Ogółem Kodeks karny z 1997 r.			70 605	61439	1240	7 926	3 270	3 036	1162
w tym nieumyślni			443	378	19	46	0	15	6
pokojowi, ludzkości oraz wojenne {art. 117-126 kk}			56	43	1	12	2	3	3
Rzeczypospolitej Polskiej (art. 127-139 kk)			6	2	0	4	0	0	0
obronności (art. 140-147 kk)			2	2	0	0	0	0	0
zdrowiu i życiu (art. 148-164)	zabójstwa	148 §1	4 345	3435	226	684	90	446	53
		148 §2	1034	946	36	52	31	39	5
		148 §3	40	26	5	9	0	3	1
		148 §4	2	2	0	0	0	0	0
	pozostałe (149-162)		4152	3335	146	671	68	205	93
bezpieczeństwu powszechnemu (art. 163-172 kk)			394	209	13	172	76	15	13
bezpieczeństwu w komunikacji (art. 173-180 kk)			5 644	5391	51	202	12	90	42
środowisku (art. 181-188 kk)			9	5	0	4	2	0	0
wolności (art. 189-193 kk)			1346	963	40	343	61	61	22
wolności sumienia i wyznania (art. 194-196 kk)			1	1	0	0	0	0	0
wolności seksualnej i obyczajności (art. 197-205 kk)	zgwałcenia	197 §1	1571	1208	80	283	6	4	17
		197 §2	114	76	4	34	0	0	4
		197 §3	552	414	40	98	5	9	12
		197 §4	50	37	3	10	0	2	2
	pozostałe (198-205)		1451	1095	53	303	36	17	21
rodzinie i opiece art. 206-211 kk	znęcanie się (207)		4 423	3448	92	883	1	97	25
	alimenty (209)		5 296	5277	1	18	1	133	0
	pozostałe (206.208.210.211)		9	8	1	0	0	2	1

cd. Tabela 8.

czci i nietykalności cielesnej (art. 212-217 kk)		26	26	0	0	0	1	2	
prawom osób wykon, pracę zarobk. (art. 218-221 kk)		2	2	0	0	0	0	0	
dział, instyt. państw, oraz samorządu (art.222-231kk)		1432	1235	15	182	57	63	19	
wymiarowi sprawiedliwości (art.232-247 kk)	ucieczka (242 §1 i 4)	23	22	0	1	1	0	0	
	niepowrót z przepustki (242 §1)	30	30	0	0	0	0	0	
	niepowrót z przerwy (242 §3)	10	10	0	0	0	0	0	
	pozostałe (232-241. 243-247)	1559	1446	12	101	20	34	14	
wyborom i referendum (art. 248-251 kk)		1	0	0	1	0	0	0	
porządkowi publicz- nemu (art.252- 257.259-264 1	zorganizowana grupa (258)	1266	490	34	742	975	52	3	
	pozostałe (252-257.259-264)	726	559	15	152	183	11	4	
ochronie informacji (art 265-269 kk)		4	3	0	1	0	0	0	
wiarygodności dokumentów (art.270-277 kk)		464	378	0	86	68	50	6	
mieniu (art.278 -295 kk)	kradzieże (278)	4403	4272	i	127	52	363	36	
	kradzieże z włamaniem (279)	10 827	10280	47	500	347	188	165	
	rozbój	7 865	6895	169	SOI	207	227	303	
		1717	1326	71	320	92	55	91	
	wymuszenia rozbójnicze (282)	461	360	9	92	48	10	11	
pozostałe (281.283-295)	8784	7881	62	841	621	796	134		
obrotowi gospodarczemu (art. 296-309 kk)		313	139	2	172	187	41	1	
obrotow pieniądzm i papierami wart. (art 310-316 kk)		195	162	8	25	21	19	3	
określone w części wojskowej (art. 317-363 kk)		0	0	0	0	0	0	0	
Przestępstwa i wykroczenia określone w innych aktach prawnych		4572	3386	104	1082	557	189	131	

Źródło: Biuro Informacji i Statystyki CZSW 2019, s. 11.

Analizując orzeczenia wykonywane w warunkach kk z 1997 r., zauważa się, że największy udział w przestępczości dotyczy przestępstw przeciwko mieniu. Łącznie w dniu 31 grudnia 2019 r. przestępstwa przeciwko mieniu popełniło 34057 osadzonych. Zwraca też uwagę wysoki udział w ogólnej masie czynów osób, które dopuściły się przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, tj. 9573 przestępstwa, w tym zabójstw z art. 148 § 1 kk (4345 takich przestępstw). Także w grupie sprawców przestępstw seksualnych notuje się dużo wyższą liczbę – łącznie 3738, z czego 1571 popełniło przestępstwo z art. 197§ 1 kk. Kolejną pod względem liczebności grupę czynów zabronionych stanowią przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece. Jest to grupa przestępstw określonych w kk z 1997 r. w art. 206-211. Na dzień 31.12.2019 r. łącznie za przestępstwo przeciwko rodzinie i opiece orzeczono karę pozbawienia wolności w 9728 przypadkach. Prawomocnie za tego typu przestępstwa zostało skazanych 8733 osoby, z czego najwięcej za przestępstwo z art. 209 kk dotyczące alimentów (5277 skazanych). Dość liczną grupę stanowili także osadzeni za przestępstwa dotyczące bezpieczeństwa w komunikacji (5644 osadzonych). Natomiast za przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu orzeczono karę pozbawienia wolności w 1992 przypadkach, z tego za przestępstwo z art. 258 odpowiadało 1266 osób. Ostatnią dość rozbudowaną grupę stanowili osadzeni za przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu, łącznie do odpowiedzialności z art. 222-231 zostało pociągniętych 1432 osoby (por. tabela 8).

Tabela 9.

Średni wymiar kary i mediana aktualnie wykonywanych orzeczeń – stan w dniu 31.12.2019 r.

Wyszczególnienie	Aktualnie wykonywane orzeczenia			
	Średni wymiar (w miesiącach)		Mediana (w miesiącach)	
	2018	2019	2018	2019
prawomocnie orzeczonej kary pozbawienia wolności (bez kary dożywotniego pozbawienia wolności)	46,23	47,62	26,00	28,00
prawomocnie orzeczonej kary pozbawienia wolności (bez kary dożywotniego pozbawienia wolności i kary 25 lat pozbawienia wolności)	38,52	39,56	24,00	26,00
zastępczej kary pozbawienia wolności	4,99	5,27		
innych środków izolacyjnych*	0,56	0,51		

*Zastępcza kara pozbawienia wolności za grzywnę orzeczoną za wykroczenia skarbowe, kara aresztu, zastępcza kara aresztu za grzywnę lub za ograniczenie wolności, kara porządkowa, środek przymusu orzeczony w postępowaniu cywilnym

Źródło: Biuro Informacji i Statystyki CZSW 2019, s. 12.

Również w 2019 r. średni wymiar kary wykonywanych orzeczeń (stan w dniu 31.12.2019) bez kary dożywotniego pozbawienia wolności, wynosi 47,62 miesiąca, po dodatkowym odjęciu kar 25 lat pozbawienia wolności spada do 39,56 miesiąca. Zaś w 2018 r. średni wymiar kary wykonywanych orzeczeń (stan w dniu 31.12.2019 r.) wynosił odpowiednio – 46,23 i 38,52. Porównując te dane wynika, że w 2019 r. średnia wymiaru kary była wyższa (por. tabela 9).

Na podstawie powyższych danych można wyciągnąć wniosek, że skoro w 2019 r. średni wymiar kary wykonywanych orzeczeń był wyższy od średniej z 2018 r. to znaczy, że odpowiednio tendencja ta dotyczyła również średniej wymiaru kary wykonywanej wobec skazanych w systemie terapeutycznym.

Wśród orzeczeń prawomocnych (stan na dzień 31.12.2019) najczęściej orzekaną karą była kara powyżej 3 do 5 lat pozbawienia wolności. Łącznie karę powyżej 3 do 5 lat pozbawienia wolności wykonywano w 10 082 przypadkach, w tym dotyczyła ona 10 006 sprawców dorosłych i 76 młodocianych. Podobnie wśród orzeczeń nieprawomocnych najczęściej orzekaną karą była kara pozbawienia wolności powyżej 3 do 5 lat, łącznie skazano 452 osoby, w tym 428 dorosłych i 24 młodocianych. Drugą w kolejności najczęściej orzekaną karą, biorąc pod uwagę prawomocne orzeczenia była kara pozbawienia wolności od powyżej 6 miesięcy do jednego roku. Pod koniec 2019 r. była ona wykonywana wobec 9822 skazanych (9684 dorosłych, 138 młodocianych). W przypadku orzeczeń nieprawomocnych drugą najczęściej wymierzaną karą była kara powyżej 5 do 10 lat – łącznie 359 orzeczeń (w tym 349 dorosłych i 10 młodocianych). Trzecią najczęściej orzekaną karą była kara powyżej 2 do maksymalnie 3 lat pozbawienia wolności (biorąc pod uwagę prawomocne orzeczenia). Wykonywano ją w stosunku do 8102 skazanych. Dokładnie ten sam wymiar kary dominowała wśród orzeczeń nieprawomocnych (185 takich przypadków) (por. tabela 10).

Tabela 10.

Zasadnicza kara pozbawienia wolności według wymiaru kary – orzeczenia wykonywane w dniu 31.12.2019 r.

Wymiar kar		Ogółem	Liczba orzeczeń dotycząca:					
			Dorosłych			Młodocianych		
			Razem	Kobiet	Mężczyzn	Razem	Kobiet	Mężczyzn
Ogółem		58 929	58 303	2 238	56 065	626	18	608
Orzeczenia prawomocne	Razem	57 583	57 004	2 155	54 849	579	17	562
	do 3 miesięcy	756	741	37	704	15	0	15
	powyżej 3 do 6 miesięcy	4 276	4 214	199	4 015	62	4	58
	powyżej 6 m do 1 roku	9 822	9 684	393	9 291	138	3	135
	powyżej 1 r do 1 r 6 m	5 940	5 871	198	5 673	69	2	67
	powyżej 1 r 6 m do 2 lat	6 388	6 286	258	6 028	102	3	99
	powyżej 2 lat do 3 lat	8 102	8 015	277	7 738	87	3	84
	powyżej 3 lat do 5 lat	10 082	10 006	287	9 719	76	2	74
	powyżej 5 lat do 10 lat	7 315	7 291	272	7 019	24	0	24
	powyżej 10 lat do 15 lat	2 586	2 581	157	2 424	5	0	5
	powyżej 15 lat do 20 lat	106	105	0	105	1	0	1
	25 lat	1769	1769	63	1706	0	:	0
	kara dożywotniego pozbawienia wolności	441	441	14	427	0	0	0
	Razem		1346	1299	83	1216	47	1
Orzeczenia nieprawomocne	do 3 miesięcy	1	1	0	1	0	0	0
	powyżej 3 do 6 miesięcy	0	0	0	0	0	0	0
	powyżej 6 m do 1 roku	35	34	1	33	1	0	1
	powyżej 1 r do 1 r 6 m	58	58	1	57	0	0	0
	powyżej 1 r 6 m do 2 lat	41	40	1	39	1	0	1
	powyżej 2 lat do 3 lat	185	176	9	167	9	0	9
	powyżej 3 lat do 5 lat	452	428	32	396	24	0	23
	powyżej 5 lat do 10 lat	359	349	18	331	10	0	10
	powyżej 10 lat do 15 lat	129	128	13	115	1	0	1
	powyżej 15 lat do 20 lat	4	4	0	4	0	:	0
	25 lat	63	62	8	54	1	0	1
	kara dożywotniego pozbawienia wolności	19	19	0	19	0	0	0

Źródło: Biuro Informacji i Statystyki CZSW 2019, s. 13.

Istotne znaczenie w kształtowaniu społecznie pożądaných postaw skazanego oraz złagodzenia izolacyjno-represyjnego i ekspicyjnego charakteru kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym ma umiejętna i profesjonalna

działalność personelu penitencjarnego, zapewniająca adekwatne warunki do psychokorekcji, rehabilitacji i leczenia. Z tego względu ważne jest, aby zatrudniony personel posiadał przygotowanie merytoryczne i składał się z personelu złożonego ze specjalistów posiadających wiedzę o psychologicznych mechanizmach dotyczących zaburzeń występujących u skazanych przebywających w oddziałach terapeutycznych. Jak wynika z analizy danych statystycznych CZSW w latach 2018–2019 zdecydowana część zatrudnionych wychowawców działu penitencjarnego posiadała wysokie kwalifikacje i była przygotowana do pracy ze skazanymi w oddziałach specjalistycznych.

Tabela 11.
Wychowawcy działu penitencjarnego w latach 2018-2019

Wyszczególnienie	Wykształcenie								
	Razem	wyższe						Studium Nauczycielskie	średnie
		humanistyczne					techniczne		
		pedagogiczne	psychologiczne	sociologiczne	prawnicze	inne			
Wychowawcy 2018 r.	2192	1559	50	47	49	474	11	0	2
Wychowawcy 2019 r.	2154	1546	50	46	57	443	10	0	2

Źródło: Biuro Kadr i Szkolenia CZSW w: Biuro Informacji i Statystyki CZSW 2019, s.41.

W latach 2018–2019 łączna liczba wychowawców działu penitencjarnego utrzymywała się niemal na tym samym poziomie. Łącznie w 2018 r. pracowało 2192 wychowawców, zaś w 2019 r. – 2154. Z dostępnych danych wynika, że wśród wychowawców, najwięcej osób posiadało wykształcenie pedagogiczne (w 2018 r., było to 1559 osób, a w 2019 r. 1546), 50 osób w 2018 i 2019 r. legitymowało się wykształceniem psychologicznym. Podobna była liczba socjologów. W 2018 r. pracowało 47 socjologów a w 2019 r. - 46. Nastąpił natomiast wzrost zatrudnionych z wykształceniem prawniczym, w 2018 r. 49 wychowawców posiadało wykształcenie prawnicze, zaś w 2019 ich liczba ta wzrosła do 57. Ponadto w grupie wychowawców były także osoby, które posiadały inne, bliżej nieokreślone wykształcenie – w 2018 r. takich osób było 474, natomiast w 2019 r. – 443. Warto zauważyć, że wśród wychowawców działu penitencjarnego znajdowali się także pracownicy z wykształceniem wyższym technicznym (w 2018 r. było ich 11, w 2019 r. – 10).

Stosunkowo niewielu wychowawców posiadało tylko wykształcenie średnie (po 2 wychowawców w 2018 i 2019 r.), por. tabela 11.

§ 2. DESKRYPCJA BADANYCH RESPONDENTÓW

Badania przeprowadzono we wszystkich jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku z wyjątkiem Zakładu Karnego w Białymstoku ze względu na brak zgody Dyrektora Zakładu Karnego na przeprowadzenie badań. Badaniami objęto skazanych uzależnionych od alkoholu, wychowawców i terapeutów oraz dyrektorów poszczególnych jednostek penitencjarnych.

Udział w przeprowadzonych badaniach był dobrowolny, z tego powodu wydano kwestionariusze ankiety respondentom, którzy wstępnie wyrazili zgodę na ich wypełnienie. Mimo to, nie wszystkie ankiety zostały zwrócone. Łącznie wydano 195 kwestionariuszy ankiety, z tego odebrano 166 wypełnionych. Kwestionariusze ankiety były skierowane do skazanych uzależnionych od alkoholu oraz wychowawców i terapeutów zajmujących się postępowaniem ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w jednostkach penitencjarnych podległych Okręgowemu Inspektoratowi Służby Więziennej w Białymstoku. Poza tym w oparciu o kwestionariusz wywiadu przeprowadzono 6 wywiadów z dyrektorami jednostek penitencjarnych w/w Inspektoratu.

Badania ankietowe skazanych uzależnionych od alkoholu były prowadzone od listopada 2019 do listopada 2020 r. Uczestniczyli w nich skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. W jednostkach penitencjarnych, w których nie było możliwości przebadania wszystkich skazanych, w tym z powodu nie wyrażenia zgody przez część skazanych na udział w badaniach, przeprowadzono badania reprezentacyjne⁷⁹⁴. Wybór reprezentacyjnej próby badawczej został dokonany w oparciu o dobór warstwowo proporcjonalny⁷⁹⁵.

⁷⁹⁴ Według J. Sztumskiego badania reprezentacyjne koncentrują się na części zbiorowości ludzkiej i mają na celu dostarczenie ilościowych i porównywalnych danych w tych sytuacjach, w których nie mamy realnych możliwości przebadania wszystkich osób interesującej nas populacji. J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań...*, s. 103.

⁷⁹⁵ Jest to dobór próby stosowany „jeżeli rozkład interesującej nas cechy w zbiorowości generalnej znany jest przed rozpoczęciem badania”, umożliwia to bowiem zapewnienie „rzeczywistych wartości badanych cech w poszczególnych warstwach”. W „prostej próbie losowej” byłoby to niemożliwe. R. Mayntz, K. Holm, P. Hübner, *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Warszawa 1985, s. 101.

W jednostkach penitencjarnych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku w dniu 10 lutego 2021 r.⁷⁹⁶ przebywało 3319 osadzonych, w tym 374 tymczasowo aresztowanych, 2911 skazanych i 34 ukaranych. Wśród osadzonych było 45 kobiet – w tym 12 kobiet tymczasowo aresztowanych, 33 skazane i 9 ukaranych, które przebywały w Areszcie Śledczym w Białymstoku (por. tabela 12).

Tabela 12.

Osadzeni w jednostkach penitencjarnych w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku, stan na dzień 10.02.2021 r.

Nazwa jednostki penitencjarnej		Razem	1. Tymczasowo aresztowani	2. Skazani	3. Ukarani
OSW Białystok	Razem	3319	374	2911	34
	Kobiety	45	12	33	0
	Mężczyźni	3274	362	2 878	34
AŚ Białystok	Razem	662	145	508	9
	Kobiety	45	12	33	0
	Mężczyźni	617	133	475	9
AŚ Hajnówka	Razem	381	37	342	2
	Mężczyźni	381	37	342	2
AS Suwałki	Razem	596	84	503	9
	Mężczyźni	596	84	503	9
ZK Białystok	Razem	255	0	254	1
	Mężczyźni	255	0	254	1
ZK Czerwony Bór	Razem	674	58	609	7
	Mężczyźni	674	58	609	7
ZK Grądy -Woniecko	Razem	173	0	172	1
	Mężczyźni	173	0	172	1
ZK Przytuły Stare	Razem	578	50	523	5
Ogółem		3319	374	2911	34

Źródło: Centralna Baza Danych Osób Pozbawionych Wolności. Wyk. AZ.

Natomiast w dniu 31 grudnia 2020 roku we wszystkich jednostkach penitencjarnych podległych pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku przebywało 2874 skazanych, tj. o 1,27 punktów procentowych mniej niż w lutym 2021 r. Najwięcej skazanych odbywało karę pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze (585 osób; pojemność – 958), Przytułach Starych (519 osób; pojemność - 751) i w Areszcie Śledczym w Suwałkach (502 osoby; pojemność - 705) i w Areszcie Śledczym Białystok (451 skazanych; pojemność – 713). Najmniej liczne są: Zakład Karny Grądy-Woniecko (187 osób; pojemność – 225),

⁷⁹⁶ Według ostatnich danych pozyskanych na wniosek autora pracy z Centralnej Bazy Danych Osób Pozbawionych Wolności. Wyk. AZ.

Zakład Karny Białystok (277 osób; pojemność – 296) i Areszt Śledczy w Hajnówce (353 osoby; pojemność – 486), (por. tabela 13).

Ogólnie zaludnienie oddziałów mieszkalnych w aresztach śledczych i zakładach karnych w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku w dniu 31.12.2020 r. należało do jednych z najmniejszych w kraju – mieściło się w przedziale 80-81,99%. Tożsamy **wskaźnik** zaludnienia występował tylko w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Bydgoszczy. Mniej zaludnione były dwa okręgi: Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej Koszalin i Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej Rzeszów (poniżej 80 % zaludnienia), por. mapa 1.

Zgodnie z art. 69-70 kkw z 1997 r. jednostki penitencjarne w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku, tak jak w całym kraju, zostały podzielone ze względu na typ i rodzaj. I tak w **Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze** przebywają skazani dorośli odbywający karę pozbawienia wolności po raz pierwszy w zakładzie typu zamkniętego, półotwartego i otwartego, recydywiści penitencjarni zakwalifikowani do odbywania kary w zakładzie karnym typu zamkniętego i półotwartego. W **Areszcie Śledczym w Hajnówce** umieszczeni są skazani mężczyźni odbywający karę po raz pierwszy w zakładzie typu zamkniętego oraz półotwartego. Są to w większości osoby skazane na kary długoterminowe, za przestępstwa o wysokim stopniu szkodliwości społecznej lub osoby sprawiające problemy wychowawcze. **Zakład Karny w Grądach-Woniecku** jest zakładem typu półotwartego i otwartego dla dorosłych mężczyzn odbywających karę po raz pierwszy. W Zakładzie Karnym w Przytułach Starych przebywają recydywiści penitencjarni odbywający karę w zakładzie typu zamkniętego, półotwartego i otwartego oraz odbywają karę w zakładzie karnym typu półotwartego skazani po raz pierwszy. W **Areszcie Śledczym w Suwałkach** funkcjonuje 12 oddziałów mieszkalnych, spośród których: cztery oddziały przeznaczone są dla tymczasowo aresztowanych, trzy oddziały stanowią zakład karny typu półotwartego, z czego dwa dla skazanych odbywających karę po raz pierwszy i jeden dla recydywistów penitencjarnych przebywających w związku z realizacją umowy o zatrudnieniu, trzy oddziały stanowią zakład karny typu zamkniętego dla skazanych odbywających karę po raz pierwszy, jeden oddział dla skazanych młodocianych, odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego, jeden oddział terapeutyczny, w którym realizowana jest terapia dla skazanych uzależnionych od

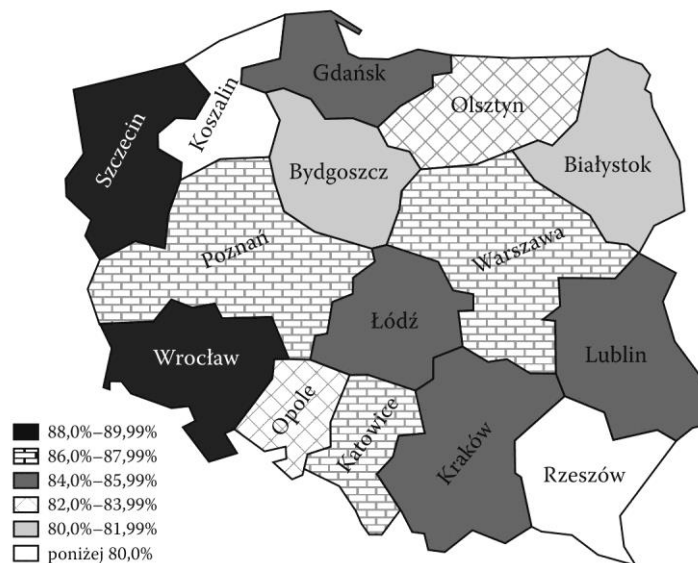
alkoholu oraz dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Oddział terapeutyczny funkcjonuje w warunkach zakładu typu półotwartego i przeznaczony jest dla skazanych młodocianych oraz skazanych dorosłych odbywających karę po raz pierwszy. Oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych w Areszcie Śledczym w Suwałkach powstał jako pierwszy w kraju, w warunkach zakładu karnego typu półotwartego. **Zakład Karny w Białymstoku** – jednostka jest zakładem typu otwartego i półotwartego dla mężczyzn recydywistów. **Areszt Śledczy w Białymstoku** jest przeznaczony dla mężczyzn i kobiet oraz dla kobiet jako zakład karny typu zamkniętego, w areszcie mogą też przebywać osadzeni zakwalifikowani jako wymagający osadzenia w wyznaczonym oddziale lub celi aresztu śledczego lub zakładu karnego typu zamkniętego w warunkach zapewniających wzmożoną ochronę społeczeństwa i bezpieczeństwo aresztu lub zakładu oraz kobiety i mężczyźni skierowani do ośrodka diagnostycznego. W areszcie funkcjonuje również oddział zakładu karnego dla mężczyzn recydywistów penitencjarnych, typu zamkniętego.

Wśród wszystkich jednostek penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku tylko w Areszcie Śledczym w Suwałkach znajduje się oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od alkoholu. W pozostałych jednostkach skazani uzależnieni od alkoholu odbywają karę poza oddziałem terapeutycznym.

Spośród skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, do których skierowano kwestionariusz ankiety, wypełniło 116 skazanych. Odpowiednio był to:

1. Areszt Śledczy w Białymstoku – 126 respondentów; tj. 72,2%
2. Areszt Śledczy w Suwałkach – 130 respondentów; tj. 100%
3. Areszt Śledczy w Hajnówce – 117 respondentów; tj. 100%
4. Zakład Karny w Grądy-Woniecko – 19 respondentów; tj. 56%
5. Zakład Karny w Przytuły Stare – 120 respondentów; tj. 62,5%
6. Zakład Karny w Czerwonym Borze – 14 respondentów; tj. 100%

Mapa 1.
Zaludnienie aresztów śledczych i zakładów karnych w dniu 31 grudnia 2020 r. (bez miejsc dodatkowych)



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości CZSW, Miesięczna Informacja Statystyczna, grudzień 2020, s. 7.

Tabela 13.
Osadzeni, w tym skazani przebywający w poszczególnych Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku oraz ich pojemność – stan ewidencyjny na dzień 30.11.2020 i 31.12.2020

Nazwa jednostki	Razem 30.11.2020	Razem 31.12.2020	Pojemność jednostek penitencjarnych 31.12.2020	Skazani 30.11.2020	Skazani 31.12.2020	Skazani uzależnieni od alkoholu odbyw. karę w systemie terapeutycz- nym 31.12.2020	%
AŚ Białystok	583	592	713	428	451	36	6,08
AŚ Hajnówka	396	393	486	352	353	17	4,32
AŚ Suwałki	606	591	705	512	502	30	5,07
ZK Białystok	250	280	296	247	277	Brak danych	Brak danych
ZK Czerwony Bór	658	652	958	584	585	14	2,14
ZK Grądy-Woniecko	190	189	225	188	187	16	8,46
ZK Przytuły Stare	595	579	751	537	519	32	5,52
Ogółem	3278	3276	4134	2848	2874	145	4,42

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych CZSW za listopad i grudzień 2020 r. oraz danych pozyskanych z poszczególnych jednostek penitencjarnych podległych pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku.

Wytypowane areszty śledcze i zakłady karane – są to zakłady typu zamkniętego i półotwartego, w których wykonuje się karę pozbawienia wolności m.in. w systemie terapeutycznym. Można stwierdzić, że objęta badaniami grupa skazanych uzależnionych od alkoholu jest reprezentatywna, ponieważ badaniami objęto 81,78% skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę w systemie terapeutycznym. Skierowana do nich ankieta uwzględniała kryteria formalne, określane również jako przedmiotowe - pozwoliły one ustalić: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, uprzednio odbywane kary pozbawienia wolności, stopień uzależnienia od alkoholu. Poza tym w ankiecie zostały zamieszczone pytania obejmujące kryteria materialne o charakterze podmiotowym, które zdaniem Roberta Pokleka⁷⁹⁷ pozwalają określić stopień demoralizacji i zagrożenia społecznego oraz podatność na oddziaływania resocjalizacyjne. Kryteria materialne są szczególnie ważne dla ustalenia odpowiednich działań penitencjarnych.

W kwestionariuszu ankiety sformułowano też pytania mające na celu poznanie opinii skazanych uzależnionych od alkoholu na temat funkcjonowania systemu terapeutycznego i pracy personelu.

W tym miejscu zostanie zaprezentowana **klasyfikacja skazanych** ze względu na **płeć, miejsce zamieszkania, wiek i wykształcenie**.

Przyjęty w ankiecie układ i system pytań miał ułatwić i przyspieszyć wypełnienie ankiety oraz usprawnić ich analizę. Z zebranych danych wynika, że wśród 116 objętych badaniami skazanych, zdecydowanie dominują mężczyźni, stanowią bowiem aż 78,4% ogółu badanych. W systemie terapeutycznym odbywało karę 111 mężczyzn i 4 kobiety, które przebywały w Areszcie Śledczym w Białymstoku. Natomiast spośród badanych mężczyzn 1/3 (tj. 30 osób) skazanych odbywała karę w Areszcie Śledczym w Suwałkach i prawie 1/5 (22 osoby) w Białymstoku, pozostali skazani przebywali w Przytułach Starych (20 osób), Hajnówce (17) i Grądach-Woniecku (9), por. tabela 14.

⁷⁹⁷ R. Poklek, *Instytucjonalne i psychospołeczne aspekty więzienia*, Kalisz 2010, s. 94.

Tabela 14.
Liczba skazanych z podziałem na płeć i miejsce odbywania kary

Siedziba zakładu karnego	Płeć skazanych				Liczba skazanych	
	Mężczyźni		Kobiety			
	lb	%	lb	%	lb	%
Białystok	22	19,0	4	3,4	26	22,4
Suwałki	30	25,9	0	0,0	30	25,9
Hajnówka	16	13,8	1	0,9	17	14,7
Grądy-Woniecko	9	7,8	0	0,0	9	7,8
Przytuły	0	0,0	20	17,2	20	17,2
Czerwony Bór	14	12,1	0	0,0	14	12,1
Razem	91	78,4	25	21,6	116	100,0

Źródło: badanie własne.

Miejscem zamieszkania zdecydowanej większości skazanych (blisko 40%) były miejscowości liczące od 20 do 100 tys. mieszkańców. Na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku siedem miejscowości liczy od 20-100 tys. mieszkańców: Suwałki, Łomża, Augustów, Bielsk Podlaski, Zambrów, Grajewo i Hajnówka. Nieco mniej liczną grupę skazanych stanowili badani zameldowani na wsi. Miejsce zamieszkania na wsi wskazało 28 osób spośród ankietowanych, tj. 24,1%. Jeżeli do tej liczby doda się skazanych zamieszkałych w miejscowościach do 20 tys. (18 badanych – 15,5%), oznacza to, że blisko 40% pochodzi z małych miejscowości, a zatem wskaźnik zamieszkania skazanych w miejscowościach poniżej 20 tys. jest porównywalny z liczbą skazanych zamieszkałych w miejscowościach powyżej 20-100 tys. mieszkańców (por. tabela 15).

Tabela 15.
Miejsce zamieszkania skazanych

Miejsce zamieszkania							
wieś		do 20 tys.		20-100 tys.		ponad 100 tys.	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
28	24,1	18	15,5	46	39,7	24	20,7

Źródło: badanie własne.

Wśród respondentów, niezależnie od płci, najliczniejszą grupę skazanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 36-45 lat (31,9%) i nieco mniejszą w wieku 26-35 lat – 25,9%. Najmniej liczną grupę spośród ankietowanych stanowili skazani w wieku 56 lat i powyżej (6,9%). W tej grupie najstarszy był mężczyzna, który miał 87 lat i odbywał karę 25 lat pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym Przytuły Stare dla recydywistów penitencjarnych. Można przyjąć, że prawdopodobnie odbywał karę orzeczoną według rodzajów przestępstw określonych w Kodeksie karnym z 1969 r., art. 148 §1, tj. karę śmierci, którą zamieniono na karę 25 lat pozbawienia wolności (art.5 §1, pkt 2)⁷⁹⁸.

Wśród skazanych był też mężczyzna w wieku 66 lat, który odbywał karę w Areszcie Śledczym w Białymstoku. Ponadto nie mała była też grupa skazanych (9,5%) w wieku do 25 roku życia. Najmłodszy skazany miał po 21 lat, odbywał karę w Areszcie Śledczym w Białymstoku. Przedstawione wyniki dowodzą, że postępowanie ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu co do zasady nie dotyczy osób bardzo młodych, czy też starszych, a osób znajdujących się w przedziale wiekowym 26-55 lat (por. tabela 16).

Tabela 16.
Wiek skazanych

Wiek skazanych											
do 25 lat		26-35 lat		36-45 lat		46-55 lat		56 i więcej lat		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
11	9,5	30	25,9	37	31,9	17	14,7	8	6,9	13	11,2

Źródło: badanie własne.

Jak wynika z badań, najwięcej skazanych posiadało wykształcenie zawodowe (46 osób – tj. prawie 40 %, w tym jedna kobieta) i podstawowe (30 osób – 25,9%, w tym jedna kobieta). Równie wysoki jest wskaźnik skazanych z wykształceniem średnim (25 osób – 21,6 %, w tym 2 kobiety). Wykształceniem wyższym legitymowało się 10 skazanych - mężczyzn (8,6 %).

⁷⁹⁸ Ustawa z dnia 7 grudnia 1989 r. o amnestii (Dz.U. 1989 nr 64, poz. 390).

Przeprowadzone badania wskazują również na dość zaskakującą zależność między poziomem wykształcenia a poprzednią karalnością. Bardziej liczna jest grupa recydywistów wśród skazanych z wyższym wykształceniem. Spośród 10 skazanych z wyższym wykształceniem 6 (60%) było wielokrotnie skazanych, najczęściej za przestępstwa podatkowe. Również w grupie skazanych z podstawowym wykształceniem liczba recydywistów była wyższa (o 2,9 punktów procentowych od pierwszy raz karanych). Wśród skazanych posiadających wykształcenie średnie (liczba pierwszy raz karanych była o 11,2 punktów procentowych wyższa od recydywistów). Zaś liczba osób z wykształceniem zawodowym pierwszy raz karanych była o 6,1 punktów procentowych wyższa od recydywistów (por. tabela 17 i 18).

Tabela 17.
Wykształcenie skazanych

Wykształcenie skazanych											
podstawowe		gimnazjalne		zawodowe		średnie		wyższe		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
30	25,9	4	3,4	46	39,7	25	21,6	10	8,6	1	0,9

Źródło: badanie własne.

Wyniki przeprowadzonych badań dotyczących wykształcenia skazanych uzależnionych od alkoholu w jednostkach podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku są zbieżne z ogólnopolskimi badaniami, z których także wynika, że skazani uzależnieni od alkoholu w znacznej części posiadają podstawowe wykształcenie i mają niskie kwalifikacje zawodowe⁷⁹⁹. Z tego względu Ewa Żabczyńska podkreśla, że sytuacja materialna rodzin alkoholików jest gorsza, ponieważ przepijają oni znaczną część zarobków, a do tego zarabiają mniej z powodu niskich kwalifikacji i zatrudnienia w gorzej płatnych zawodach⁸⁰⁰.

⁷⁹⁹ E. Kiliszek, *Czynniki ryzyka sprzyjające niedostosowaniu społecznemu i przestępczości nieletnich*, „Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja” 2013, nr 21, s. 175.

⁸⁰⁰ Ibidem, s. 174.

Tabela 18.
Wykształcenie a wcześniejsza karalność

Wykształcenie	Wykształcenie a wcześniejsza karalność					
	P		R		brak wskazań	
	lb	%	lb	%	lb	%
podstawowe	12	10,3	15	12,9	3	2,6
gimnazjalne	4	3,4	0	0,0	0	0,0
zawodowe	25	21,6	18	15,5	3	2,6
średnie	18	15,5	5	4,3	2	1,7
wyższe	4	3,4	6	5,2	0	0,0
brak wskazań	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Razem	64	55,2	44	37,9	8	6,9

Źródło: badanie własne.

Poniżej zaprezentowane dane odnoszą się do **wykonywania kary** i wskazują na **rodzaj i typ zakładu karnego**, a także **miejsce i system jej wykonania**.

Biorąc pod uwagę typy zakładów karnych i aresztów śledczych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, najwięcej badanych - 64 mężczyzn (55%) odbywało karę w zakładach karnych typu półotwartego. Natomiast w jednostkach penitencjarnych typu zamkniętego odbywało karę 50 skazanych, tj. 43,1%, w tym 47 mężczyzn i 3 kobiety. W zakładach karnych i aresztach śledczych typu otwartego przebywały 2 osoby (1,7%), jedna kobieta i jeden mężczyzna. Ankietowane kobiety zadeklarowały, iż odbywają karę w Areszcie Śledczym w Białymstoku typu zamkniętego (3) i otwartego (1). Prawdopodobnie jedna z kobiet niewłaściwie określiła typ zakładu karnego podając zakład karny typu otwartego, w Areszcie Śledczym w Białymstoku bowiem funkcjonuje zakład karny dla kobiet tylko typu zamkniętego.

Prawie wszyscy skazani mężczyźni odbywali karę w zakładzie typu półotwartego (64) i zamkniętego (47) – odpowiednio w zakładzie typu zamkniętego w Areszcie Śledczym w Suwałkach przebywało 27 skazanych i w Areszcie Śledczym typu zamkniętego w Białymstoku - 20 oraz w Areszcie Śledczym w Hajnówce, także typu zamkniętego – 17 skazanych (por. tabela 19 i 20). Zatem na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku, zdecydowana większość skazanych

odbywała karę w zakładzie karnym typu półotwartego i zamkniętego, co jest zbieżne z ogólnopolską tendencją odbywania kary w poszczególnych typach zakładów.

Tabela 19.
Liczba skazanych w typie zakładu karnego z podziałem na płeć

Siedziba zakładu karnego	Typ zakładu karnego z podziałem na płeć											
	Zamknięty				Otwarty				Półotwarty			
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiety	
	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
Białystok	20	17,2	3	2,6	0	0,0	1	0,9	2	1,7	0	0,0
Suwałki	2	1,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	27	23,3	0	0,0
Hajnówka	17	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grądy-Woniecko	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	6,9	0	0,0
Przytuły Stare	5	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,9	0	0,0
Czerwony Bór	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	10,3	0	0,0
Razem	47	40,5	3	2,6	1	0,9	1	0,9	64	55,2	0	0,0

Źródło: badanie własne.

Należy podkreślić, że w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku kara pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu jest wykonywana w oddziale terapeutycznym tylko w Areszcie Śledczym w Suwałkach. Z badań ankietowych wynika, że odbywa tam karę 24 skazanych uzależnionych od alkoholu.

Tabela 20.
Typ zakładu karnego a poprzednia karalność

Typ zakładu karnego																	
Zamknięty						Otwarty						Półotwarty					
P		R		Brak wskazań		P		R		Brak wskazań		P		R		Brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
21	18,1	26	22,4	2	1,7	0	0,0	2	1,7	1	0,9	43	37,1	16	13,8	5	4,3

Źródło: badanie własne.

Pozostali skazani (62 osoby) uzależnieni od alkoholu zadeklarowali, że odbywają karę poza oddziałem terapeutycznym. Siedmiu skazanych odpowiedziało nieprawidłowo - wskazali, że odbywają karę w oddziale terapeutycznym, gdy

tymczasem przebywają w Areszcie Śledczym w Białymstoku i Zakładzie Karnym Grądy-Woniecko. Jednostki te nie posiadają oddziału terapeutycznego prowadzącego oddziaływanie wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. Spośród ankietowanych 23 skazanych nie udzieliło odpowiedzi. Można przyjąć, że znaczna ich część nie potrafiła właściwie zadeklarować miejsca wykonywania kary. Ze względu na jednostkę penitencjarną, w której odbywają karę pozbawienia wolności, należy sądzić, że 18 skazanych, którzy nie udzielili odpowiedzi, odbywa karę poza oddziałem terapeutycznym, 5 w oddziale terapeutycznym w Suwałkach (por tabela 21). Brak właściwego wskazania miejsca wykonywania kary może świadczyć o stanie psychicznym i intelektualnym badanych spowodowanym wieloletnim uzależnieniem od alkoholu i niską świadomością społeczną. Alkoholicy w odosobnieniu charakteryzują się poważnymi deficytami w wielu sferach funkcjonowania: komunikacji, budowania i podtrzymywania relacji interpersonalnych, decyzyjności i planowania, systematyczności podejmowanych działań i aktywności⁸⁰¹. W warunkach izolacji więziennej następuje wzrost bezradności, zubożenie uczuciowe, rozleniwienie umysłowe i zredukowanie poziomu możliwości intelektualnych⁸⁰².

Tabela 21.
Miejsce wykonywania kary

Siedziba zakładu karnego	Miejsce wykonywania kary pozbawienia wolności N=116					
	w oddziale terapeutycznym		poza oddziałem		brak wskazań	
	lb	%	lb	%	lb	%
Białystok	1	0,9	21	18,1	4	3,4
Suwałki	24	20,7	1	0,9	5	4,3
Hajnówka	0	0,0	14	12,1	3	2,6
Grądy-Woniecko	6	5,2	3	2,6	0	0,0
Przytuły	0	0,0	12	10,3	8	6,9
Czerwony Bór	0	0,0	11	9,5	3	2,6
Razem	31	26,7	62	53,4	23	19,8
Razem	62	53,5	124	106,9	46	39,6

Źródło: badanie własne.

⁸⁰¹ R. Poklek, *Instytucjonalne i psychospołeczne aspekty więzienia...*, s.110.

⁸⁰² S. Ziemiński, *Klasyfikacja skazanych*, Warszawa 1973, s. 53-107.

W grupie badanych – 47 (40,5%) stwierdziło, że zostali zakwalifikowani do systemu programowanego oddziaływania, 32 (27,6%) do systemu zwykłego, 31 (26,7%) do systemu terapeutycznego wykonywania kary. Pozostali skazani 3 (2,6%) zadeklarowali, że odbywają karę w dwóch systemach – terapeutycznym i zwykłym. Trzy osoby (2,6%) nie zaznaczyły żadnej odpowiedzi (por. tabela 22). Wysoki wskaźnik skazanych odbywających karę w systemie programowanego oddziaływania (47) może być spowodowany tym, że większość badanych skazanych nie odbywała kary w oddziale terapeutycznym, lecz poza oddziałem, w którym stosuje się tzw. krótką interwencję lub terapię krótkoterminową. Poza tym część skazanych, być może nie wymagała już stosowania wobec nich specjalistycznych oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych. Powyższe przypuszczenia uprawdopodobniają przeprowadzane wywiady z dyrektorami jednostek penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku (por. tabela 22).

Tabela 22.
System wykonywania kary

System wykonywania kary									
programowego oddziaływanie		terapeutyczny		zwykły		terapeutyczny/ zwykły		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
47	40,5	31	26,7	32	27,6	3	2,6	3	2,6

Źródło: badanie własne.

Warto także zwrócić uwagę na relacje pomiędzy **uzależnieniem od alkoholu a rodzajem i typem zakładu karnego z uwzględnieniem poprzedniej karalności i klasyfikacji prawnej czynu**. Niezwykle ważnym aspektem są także **więzi z rodziną**.

Wśród badanych osób pozbawionych wolności istnieje duża grupa, która ma problem z uzależnieniem od alkoholu, z tego objęto badaniami 116 osób. Jednakże tylko 71 (61,2%) ankietowanych skazanych przyznało się, że jest uzależnionych od alkoholu (por. tabela 23), ale nie wszyscy wskazali typ zakładu, w którym odbywają karę. Spośród wymienionych skazanych - 42 osoby wskazały, że odbywają karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego, 21 skazanych zaznaczyło zakład karny typu otwartego i jedna zakład karny półotwarty. Pozostali

skazani 42 osoby (36,2%) nie uświadamiają sobie, że borykają się z problemem alkoholowym.

Tabela 23.
Skazani uzależnieni od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu					
Tak		Nie		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%
71	61,2	42	36,2	3	2,6

Źródło: badanie własne.

Do tej liczby należy też zaliczyć 3 (2,6%) skazanych, którzy nie udzielili odpowiedzi (por. tabela. 23 i 24) Jest to zjawisko niepokojące, ponieważ warunkiem wyjścia z alkoholizmu i innych uzależnień jest rozbudzenie w sobie potrzeby zmiany w sposobie myślenia i zachowania, co jest niemożliwe bez uświadomienia sobie nabytego uzależnienia. Walka z uzależnieniem jest tym bardziej pożądana, że uzależnienie jest jednym z ważnych czynników kryminogennych, a alkohol lub narkotyki często są bezpośrednią lub pośrednią przyczyną popełnienia przestępstwa, na co wskazują ankietowani skazani.

Tabela 24.
Typ zakładu karnego a uzależnienie od alkoholu

Wyszczególnienie	Typ zakładu karnego a uzależnienie od alkoholu					
	zamknięty		otwarty		półotwarty	
	lb	%	lb	%	lb	%
Tak	42	36,2	21	18,1	1	0,9
Nie	25	21,6	19	16,4	0	0,0
Brak wskazań	4	3,4	2	1,7	2	1,7
Razem	71	61,2	42	36,2	3	2,6

Źródło: badanie własne.

Z informacji respondentów dotyczących wykonywanej kary pozbawienia wolności, wynika że ponad 60% skazanych uzależnionych od alkoholu popełniło przestępstwo pod wpływem alkoholu, z tego 42 osoby (59,15%) były karane po raz pierwszy i 25 skazanych (35,21%) było recydywistami (por. tabela 25). Tylko 25%

skazanych uzależnionych od alkoholu, odpowiedziało, że w chwili popełnienia przestępstwa byli trzeźwi. Podobnie jak w całym kraju, również w jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku znaczna część skazanych odbywała karę w wymiarze od 5 do 10 lat pozbawienia wolności, która bywa orzekana za przestępstwa przeciwko mieniu. Wśród badanych znajdowała się jedna osoba skazana na karę dożywotniego pozbawienia wolności, która również stwierdziła, że nie popełniła przestępstwa pod wpływem alkoholu (por. tabela 29). Równocześnie o uzależnieniu od alkoholu świadczy fakt, że w zdecydowanej większości (23,52%) skazanych stwierdziło, że najdłuższy okres abstynencji nie spowodowanej pobytem w jednostce penitencjarnej wynosił od trzech do sześciu miesięcy. Niektórzy skazani podawali nawet krótsze terminy abstynencji trwające maksymalnie miesiąc. Zaledwie kilkunastu respondentów wskazało przerwę w spożywaniu alkoholu – około dwóch lat. Ponad 1/3 badanych nie udzieliła odpowiedzi. Najczęstszą przyczyną powrotności do alkoholu były własne problemy skazanego – tak odpowiedziało blisko 20% badanych. Część badanych (11,76%) nie potrafi wskazać, dlaczego ponownie sięgnęło po alkohol. Natomiast 8,82% uważało, że spożyje alkohol jeden raz i nadal pozostanie w abstynencji co okazało się zawodne. Niektórzy skazani (2,94%) zdecydowali się na usunięcie uprzednio wszytej tabletki z disulfiramem (esperolu), co spowodowało powrót do nałogowego spożywania alkoholu. Ponad 16 % stwierdziło, że nie pamięta jaka była zasadnicza przyczyna sięgnięcia po alkohol. Niestety blisko 60% badanych nie udzieliło odpowiedzi.

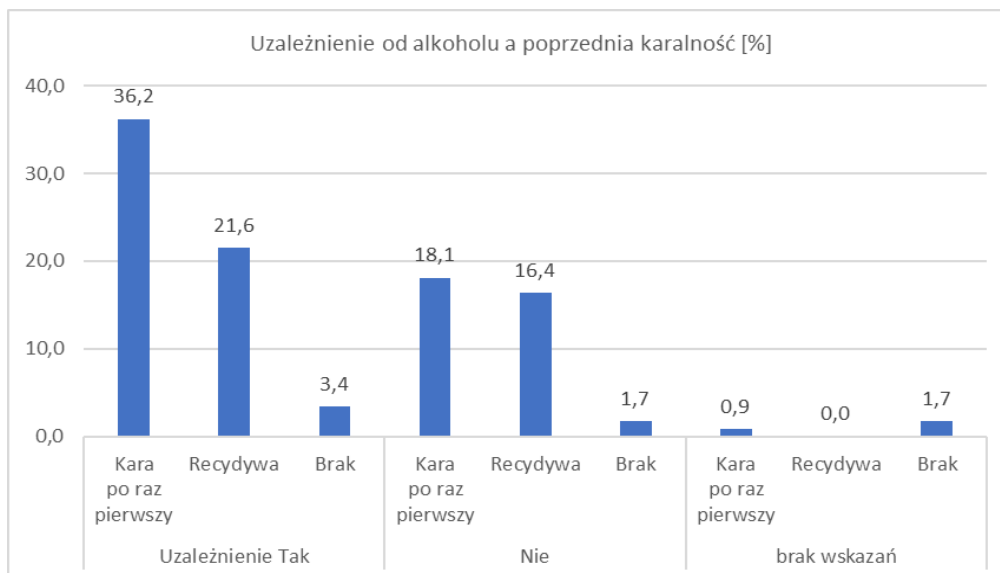
Tabela 25.
Uzależnienie od alkoholu a poprzednia karalność

Uzależnienie od alkoholu a poprzednia karalność																	
Tak						Nie						Brak wskazań					
P		R		Brak wskazań		P		R		Brak wskazań		P		R		Brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
42	36,2	25	21,6	4	3,4	21	18,1	19	16,4	2	1,7	1	0,9	0	0,0	2	1,7

Źródło: badanie własne.

Uzależnienie od alkoholu w kontekście poprzedniej karalności obrazuje poniżej zamieszczony wykres 2.

Wykres 2. Uzależnienie od alkoholu a poprzednia karalność



Źródło: badanie własne.

Natomiast przebywanie skazanych w określonym typie zakładu karnego w powiązaniu z poprzednią karalnością i popełnionym przestępstwem pod wpływem alkoholu ujęto w liczbach zamieszczonych w tabeli nr 26.

Tabela 26.

Typ zakładu karnego a poprzednia karalność i popełnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu

Wyszczególnienie	Typ zakładu karnego a poprzednia karalność i popełnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu																	
	Zamknięty						Otwarty						Półotwarty					
	P		R		Brak wskazań		P		R		Brak wskazań		P		R		Brak wskazań	
	lb	%	lb	%	L	%	lb	%	lb	%	lb	%	L	%	L	%	L	%
Pod wpływem alkoholu	11	9,5	16	13,8	2	1,7	0	0,0	2	1,7	0	0,0	34	29,3	5	4,3	5	4,3
Nie (trzeźwy)	9	7,8	10	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	7,8	11	9,5	0	0,0
Brak wskazań	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	21	18,2	26	22,4	2	1,7	0	0	2	1,7	1	0,9	43	37,1	16	13,8	5	4,3

Źródło: badanie własne.

Spośród skazanych, którzy udzielili odpowiedzi (113 osób), najwięcej badanych – 40 (35,4%) wskazało, że odbywa terminową karę pozbawienia wolności, ale nie doprecyzowało i nie podało jej dokładnej długości. Pod kątem długości kary drugą najliczniejszą grupę stanowili skazani odbywający karę w przedziale od powyżej 5 do 10 lat – 17 skazanych (15% badanych). Natomiast 15 (13,3%) skazanych odbywało karę o długości od powyżej 1,5 roku do 2 lat. Na krótszą karę – od powyżej 6 miesięcy do roku było skazanych 10 osób (8,8%). Karę od powyżej 3 do 5 lat odbywało 9 skazanych (8%). Z kolei 8 respondentów (7,1%) było skazanych na karę od powyżej 2 do 3 lat. Karę 25 lat pozbawienia wolności odbywało 4 skazanych (3,5%), zaś 3 skazanych (2,7%) odbywało karę od powyżej 15 do 20 lat pozbawienia wolności. Po 2 skazanych odbywało kary: powyżej 3 do 6 miesięcy, powyżej 10 do 15 lat i dożywotniego pozbawienia wolności. Tylko jeden skazany (0,9%) odbywał karę pozbawienia wolności do 3 miesięcy (por. tabela 27).

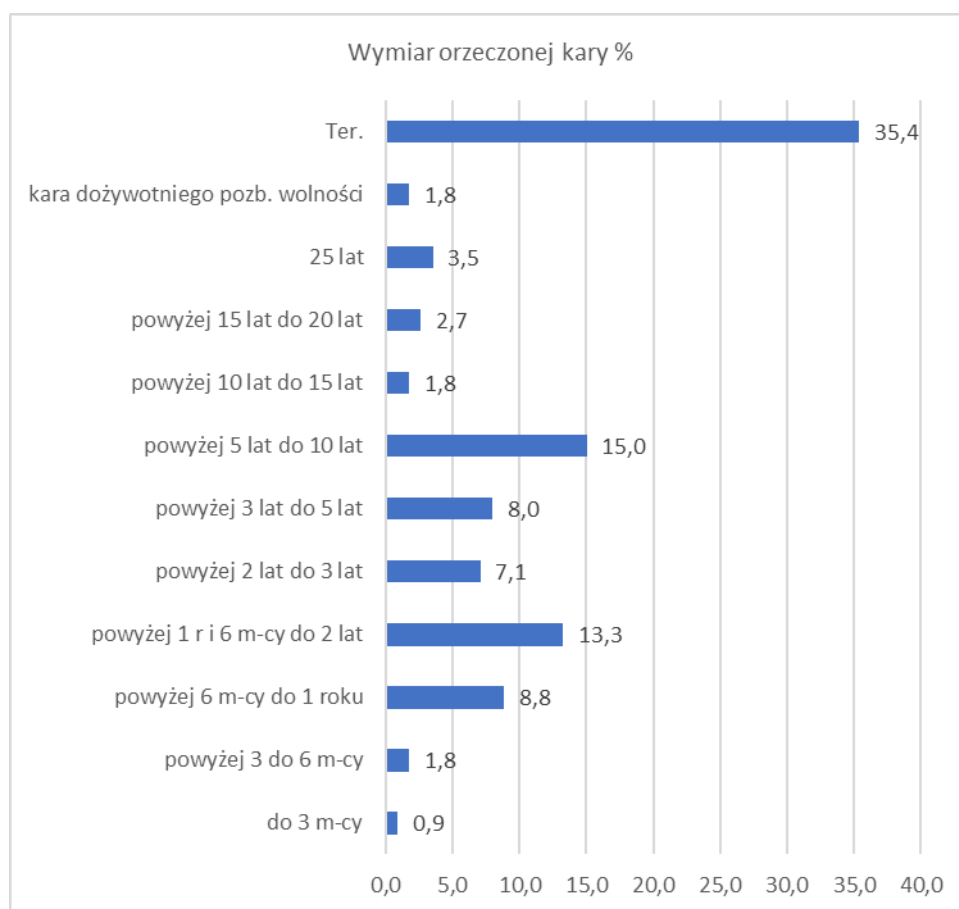
Tabela 27.
Wymiar orzeczonej kary

Wymiar orzeczonej kary	lb	%
do 3 m-cy	1	0,9
powyżej 3 do 6 m-cy	2	1,8
powyżej 6 m-cy do 1 roku	10	8,8
powyżej 1 r i 6 m-cy do 2 lat	15	13,3
powyżej 2 lat do 3 lat	8	7,1
powyżej 3 lat do 5 lat	9	8,0
powyżej 5 lat do 10 lat	17	15,0
powyżej 10 lat do 15 lat	2	1,8
powyżej 15 lat do 20 lat	3	2,7
25 lat	4	3,5
kara dożywotniego pozbawienia wolności	2	1,8
Terminowa kara (ogólnie)	40	35,3
Razem	113	100

Źródło: badanie własne.

Z danych ujętych w wykresie 3 wynika, że terminowa kara pozbawienia wolności, która przez skazanych była ujmowana bez wskazania wymiaru kary, była orzekana najczęściej.

Wykres 3. Wymiar orzeczonej kary



Źródło: badania własne.

Należy dodać, że w polskim piśmiennictwie naukowym uznaje się, że już skazanych na karę 3 lat pozbawienia wolności, traktuje się jako „więźniów długoterminowych”. Natomiast w przypadku osób odbywających karę 25 lat i dożywotniego pozbawienia wolności, przyjmuje się, że odbywają tzw. „skrajnie długą karę pozbawienia wolności”. Niektórzy autorzy wyróżniają też „kary wyższe” (w przedziale od 3 do 10 lat) i „kary najsurowsze ” (tj. wyroki powyżej 10 lat) oraz „kary krótkoterminowe” (tj. do 3 lat pozbawienia wolności)⁸⁰³. Zgodnie z tym podziałem wśród badanych odbywających (bez osób, które tylko ogólnie wskazały wykonanie kary terminowej nie podając dokładnej długości kary), którzy wskazali wymiar orzeczonej kary znajdowało się 36 skazanych (47,36%) odbywających „karę krótkoterminową”, 26 skazanych (34,21%) odbywało „karę wyższą” i 11 (14,47%) „karę najsurowszą” w tym było 6 skazanych (7,89%) z tzw. „skrajnie długą karę pozbawienia wolności”(por. tabela 27). Wypada przy tym zauważyć, że „kary

⁸⁰³ R. Szczepanik, K. Miszewski, *Wpływ długoterminowego uwięzienia na rodziny więźniów – stan wiedzy i zaniedbane kierunki*, „Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja” 2016, nr 30, s. 55.

wyższe” – orzeczone od 5 do 10 lat były wykonywane w grupie wiekowej 26-45 lat. Zaś „skrajnie długie kary pozbawienia wolności” - powyżej 25 lat dotyczyły grupy wiekowej 36-45 lat (por. tabela 27).

Tabela 28.

Wymiar kary a stan trzeźwości w chwili popełnienia przestępstwa

Wymiar kary	Stan trzeźwości w chwili popełnienia					
	tak*		nie*		brak wskazań	
	lb	%	lb	%	lb	%
do 3 m-cy	0	0,0	1	1,0	0	0,0
powyżej 3 do 6 m-cy	2	2,0	0	0,0	0	0,0
powyżej 6 m-cy do 1 roku	7	6,9	1	1,0	1	1,0
powyżej 1 r i 6 m-cy do 2 lat	10	9,9	3	3,0	0	0,0
powyżej 2 lat do 3 lat	3	3,0	4	4,0	0	0,0
powyżej 3 lat do 5 lat	5	5,0	1	1,0	0	0,0
powyżej 5 lat do 10 lat	13	12,9	4	4,0	0	0,0
powyżej 10 lat do 15 lat	1	1,0	1	1,0	0	0,0
powyżej 15 lat do 20 lat	1	1,0	1	1,0	1	1,0
25 lat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
kara dożywotniego pozbawienia wolności	0	0,0	1	1,0	0	0,0
terminowa kara (ogólnie)	27	26,7	13	12,9	0	0,0
Razem	69	68,3	30	29,7	2	2,0

*tak – pod wpływem alkoholu; nie – trzeźwy

Źródło: badanie własne.

Zatem łącznie aż 37 osób (48,68%) wobec, których orzeczono wymiar kary powyżej 3 lat to tzw. więźniowie długoterminowi. Tak duża liczba obywateli „karę długoterminową” jest niepokojąca społecznie. Prawdopodobnie są to osoby, których rodziny pośrednio doświadczały dolegliwości wymierzonej kary i borykają się z problemami związanymi z nieobecnością członka rodziny, obniżenia materialnego poziomu życia oraz pozycji społecznej. Pozycja ta nierzadko uległa dewaluacji jeszcze przed skazaniem z powodu alkoholizmu, o czym świadczy wysoki wskaźnik popełnionych przestępstw pod wpływem alkoholu. Najwyższy wskaźnik popełnienia przestępstwa pod wpływem alkoholu odnotowano wśród skazanych na karę pozbawienia wolności od 5 do 10 lat. (por. tabela 28).

Tabela 29.
Wymiar kary a wiek (N=113)⁸⁰⁴

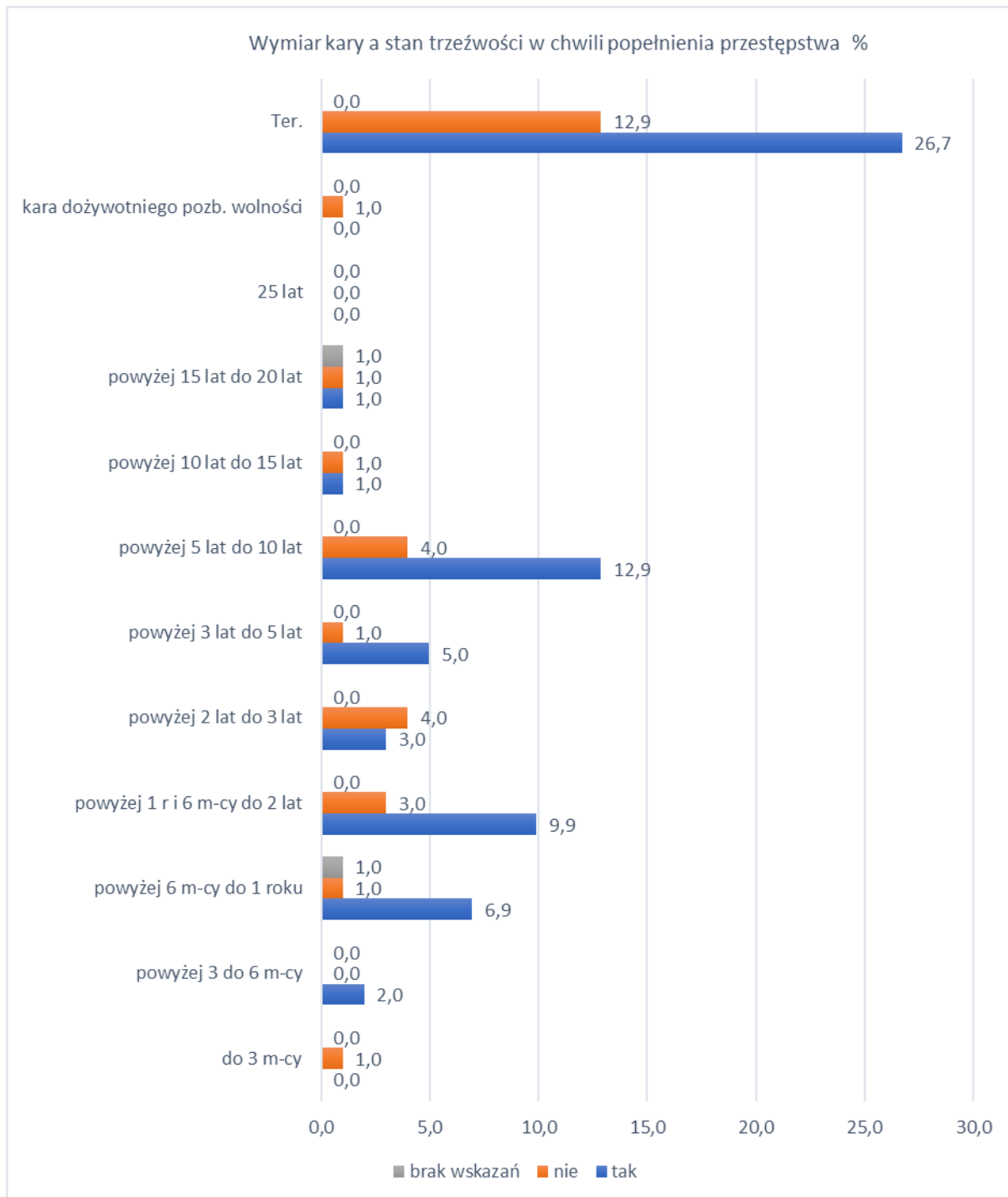
Wymiar kary	Wiek skazanego											
	do 25		26-35		36-45		46-55		56 i więcej		brak wskazań	
	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
do 3 m-cy	0	0	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0
powyżej 3 do 6 m-cy	1	0,9	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0
powyżej 6 m-cy do 1 roku	1	0,9	1	0,9	3	2,7	0	0	3	2,7	2	1,8
powyżej 1 r i 6 m-cy do 2 lat	2	1,8	6	5,3	2	1,8	3	2,7	0	0	2	1,8
powyżej 2 lat do 3 lat	0	0	4	3,5	0	0	1	0,9	1	0,9	2	1,8
powyżej 3 lat do 5 lat	3	2,7	3	2,7	3	2,7	0	0	0	0	0	0
powyżej 5 lat do 10 lat	0	0	6	5,3	6	5,3	3	2,7	1	0,9	1	0,9
powyżej 10 lat do 15 lat	0	0	1	0,9	1	0,9	0	0	0	0	0	0
powyżej 15 lat do 20 lat	0	0	2	1,8	1	0,9	0	0	0	0	0	0
25 lat	1	0,9	1	0,9	2	1,8	0	0	0	0	0	0
kara dożywotniego pozbawienia wolności	0	0	0	0	1	0,9	1	0,9	0	0	0	0
terminowa kara (ogólnie)	3	2,7	6	5,3	16	14,2	8	7,1	3	2,7	4	3,5
Razem	11	9,9	30	26,6	36	32,1	17	15,2	8	7,2	11	9,8

Źródło: badanie własne.

⁸⁰⁴ N=113, oznacza, to że łącznie dane uzyskane od tylu skazanych zamieszczono we wskazanej tabeli. Tylu skazanych odpowiedziało bowiem, jednocześnie na pytanie dotyczące wieku jak i wymierzonej kary. W oparciu o te dane sporządzono niniejszą tabelę.

Zamieszczony poniżej wykres nr 4 ilustruje wymiar kary w kontekście trzeźwości skazanych w chwili popełnienia przestępstwa wyrażony w procentach.

Wykres 4. Wymiar kary a stan trzeźwości w chwili popełnienia przestępstwa



Źródło: badanie własne.

Doznane urazy psychologiczne i społeczne towarzyszące uwięzieniu oraz separacja jednego z członków rodziny znacząco modyfikują zarówno relacje wewnątrzrodzinne, jak i funkcjonowanie osoby izolowanej. Przyjmuje się, że wsparcie i więzi z rodziną są niezwykle istotne z perspektywy skazanego, ponieważ są oparciem podczas odbywania kary, a także mogą motywować go do pracy nad sobą i pomagać mu w przezwyciężaniu kryzysów związanych z izolacją społeczną⁸⁰⁵.

Tabela 30.
Odwiedziny przez członków rodziny

Odwiedziny przez członków rodziny									
bardzo często		często		sporadycznie		Nie odwiedzają		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
25	21,6	40	34,5	24	20,7	21	18,1	6	5,2

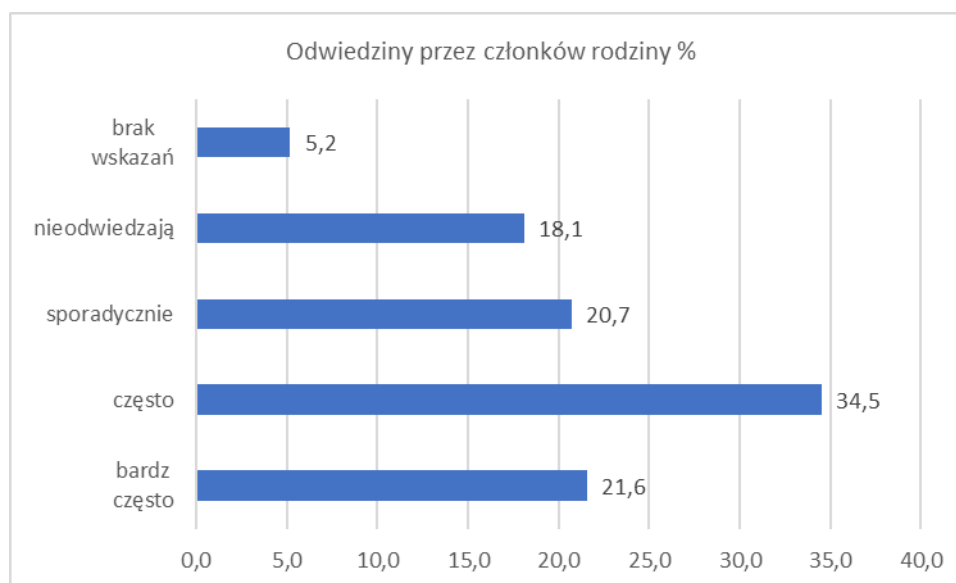
Źródło: badanie własne.

Stąd też według T. Szymanowskiego ważne jest, aby skazani utrzymywali kontakt z rodziną i światem zewnętrznym, który zaliczany jest do najważniejszych środków oddziaływania w czasie odbywania kary pozbawienia wolności⁸⁰⁶. Skazani w większości utrzymywali kontakt z rodziną, co dobrze rokuje na przezwyciężenie kryzysów związanych z izolacją społeczną. Częste odwiedziny zadeklarowało 40 badanych, tj. 34,5% ogółu respondentów. Dodatkowo 25 ankietowanych (21%) stwierdziło, że jest bardzo często odwiedzanych przez rodzinę. Natomiast sporadyczne kontakty z najbliższymi utrzymuje 24 badanych (20,7%). Niepokojące jest jednak to, iż 21 skazanych zaznaczyło, że w ogóle nie są oni odwiedzani przez członków rodziny, co z całą pewnością negatywnie wpływa na ich stan psychiczny i emocjonalny. Tylko 6 respondentów (5,2%) nie udzieliło żadnej odpowiedzi (por. tabela 30).

⁸⁰⁵ R. Szczepanik, K. Miszewski, op. cit., s. 57.

⁸⁰⁶ T. Szymanowski, *Polityka karna i penitencjarna w Polsce ...*, s. 202.

Wykres 5. Odwiedziny przez członków rodziny



Źródło: badanie własne.

Różne były powody sporadycznego lub żadnego kontaktu skazanych z rodziną. Znamienne jest, że tylko 26 skazanych (22,41%) podało przyczynę braku więzi z rodziną. Nierzadko sporadyczny kontakt skazanego z rodziną był spowodowany dużą odległością od miejsca zamieszkania i „brakiem środków” na przejazd (tj. 6,89% skazanych). Brak kontaktu wynikający z niechęci skazanego podało 4,31% badanych. Jeden skazany stwierdził, że nie utrzymuje kontaktu z rodziną, ponieważ „nie ma o czym z nimi rozmawiać”. Warto dodać, że skazany ten odbywa karę dożywotniego pozbawienia wolności. Brak kontaktu skazanego z rodziną był też spowodowany odrazą rodziny związaną z dokonaną zbrodnią. Jest to konstatacja wyrażona przez skazanego, który stwierdził: „Nie odwiedzają bo jestem mordercą”. Niewielki procent badanych (3,44%) jako przyczynę braku odwiedzin rodziny wskazało – „że nie ma kto, bo rodzice nie żyją”. Inne powody braku więzi z rodziną podało 7,77% respondentów. W tym jedna osoba – mężczyzna w wieku 40 lat, odbywający karę trzech lat pozbawienia wolności jako przyczynę nie widzenia się z rodziną podał, że „miałem z nimi sprawę, [rodzina – przyp. M.K.] siedzi na dożywocie”⁸⁰⁷.

⁸⁰⁷ Badania własne.

§ 3. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA BADANEGO PERSONELU TERAPEUTYCZNEGO

Należy przypomnieć, że zgodnie z Zarządzeniem nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych o odpowiednie traktowanie i właściwe oddziaływania terapeutyczne stosowane wobec skazanych uzależnionych, w tym od alkoholu dbają m.in.: psycholog, wychowawca i terapeuta, podlegający dyrektorowi zakładu karnego i aresztu śledczego (art.13)⁸⁰⁸. Stąd też badaniami objęto m.in **dyrektorów zakładów karnych i aresztów śledczych** odpowiedzialnych w szczególności za „koordynację oddziaływań penitencjarnych prowadzonych w podległej jednostce organizacyjnej i nadzór nad nimi” (art.13)⁸⁰⁹ oraz wyżej wskazany personel terapeutyczny zatrudniony w jednostkach penitencjarnych podległych pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, z wyjątkiem Zakładu Karnego w Białymstoku (brak zgody na badania).

Do dyrektorów jednostek penitencjarnych skierowano kwestionariusz wywiadu z pytaniami otwartymi dotyczącymi kwestii osobowych i wykonywanych obowiązków. W badaniach uczestniczyło 6 dyrektorów zakładów karnych i aresztów śledczych podległych pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku. Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że badani dyrektorzy ze stopniem majora lub podpułkownika w Służbie Więziennej kierują zakładami karnymi i aresztami śledczymi typu: zamkniętego, półotwartego i otwartego dla młodocianych, pierwszy raz karanych i recydywistów penitencjarnych dla mężczyzn i kobiet. Wszyscy posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe – ukończone studia wyższe, w tym: prawnicze czy politologiczne. Poza tym posiadają dodatkowe kwalifikacje zawodowe: studia podyplomowe – kryminologia i prawo penitencjarne, resocjalizacja oraz kursy kwalifikacyjne z zakresu – zarządzania zasobami ludzkimi i zarządzania jednostkami penitencjarnymi. Ponadto są to osoby z dużym doświadczeniem zawodowym – najkrótszy staż pracy to 14 lat, zaś najdłuższy 26 lat i siedem miesięcy. Droga ich awansu jest podobna – od młodszego wychowawcy, poprzez starszego wychowawcę,

⁸⁰⁸ Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, (Dz.U. 2010 nr 79, poz. 523).

⁸⁰⁹ Ibidem.

kierownika działu penitencjarnego, zastępcę dyrektora do dyrektora danej jednostki penitencjarnej.

Badaniami ankietowymi objęto też **personel terapeutyczny** zatrudniony w jednostkach penitencjarnych podległych pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, oprócz Zakładu Karnego w Białymstoku z powodu braku zgody na przeprowadzenie badań. We wszystkich jednostkach, oprócz Aresztu Śledczego w Suwałkach, objęto badaniami **psychologów i wychowawców**, ponieważ jednostki te nie posiadają oddziałów terapeutycznych. Natomiast w Areszcie Śledczym w Suwałkach, ze względu na funkcjonowanie oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu, przeprowadzono badania przede wszystkim wśród **terapeutów**, co pozwoliło dokonać analizy oddziaływań terapeutycznych w oddziale i poza oddziałem terapeutycznym. Należy podkreślić, że poza oddziałem personel prowadzący oddziaływania wobec skazanych uzależnionych od alkoholu określa się jako specjalistycznie przygotowany personel. Zaś w oddziale zatrudniony jest tzw. zespół terapeutyczny. Łącznie w badaniach wzięło udział 50 osób, w tym 44 wychowawców i 6 terapeutów w/w jednostek penitencjarnych. Udział w badaniach ankietowych był dobrowolny, a uczestniczył w nich niemal cały personel terapeutyczny. Jedynie pojedyncze osoby zostały objęte badaniem z powodu usprawiedliwionej nieobecności w pracy spowodowanej stanem zdrowia, co zostało potwierdzone posiadaniem zwolnieniem lekarskim, a także nieobecności wynikającej z zaplanowanego urlopu wypoczynkowego. W poszczególnych jednostkach penitencjarnych, odpowiednio objęto badaniami:

- Areszt Śledczy w Białymstoku – 4 respondentów;
- Areszt Śledczy w Suwałkach – wychowawcy 1, terapeuci – 6 respondentów;
- Areszt Śledczy w Hajnówce – 13 respondentów;
- Zakład Karny w Grądach-Woniecku – 1 respondent;
- Zakład Karny w Przytuły Stare – 10 respondentów;
- Zakład Karny w Czerwonym Borze – 15 respondentów.

Tabela 31.
Płeć wychowawców

Płeć wychowawców			
Mężczyźni		Kobiety	
lb	%	lb	%
22	50,0	22	50,0

Źródło: badanie własne.

Wśród badanych wychowawców było 22 mężczyzn (50%) i 22 kobiety (50%), zaś w grupie terapeutów były 4 kobiety i 2 mężczyzn (por. tabela 31 i 32).

Tabela 32.
Płeć terapeutów

Płeć terapeutów			
M		K	
lb	%	lb	%
2	33,3	4	66,7

Źródło: badanie własne.

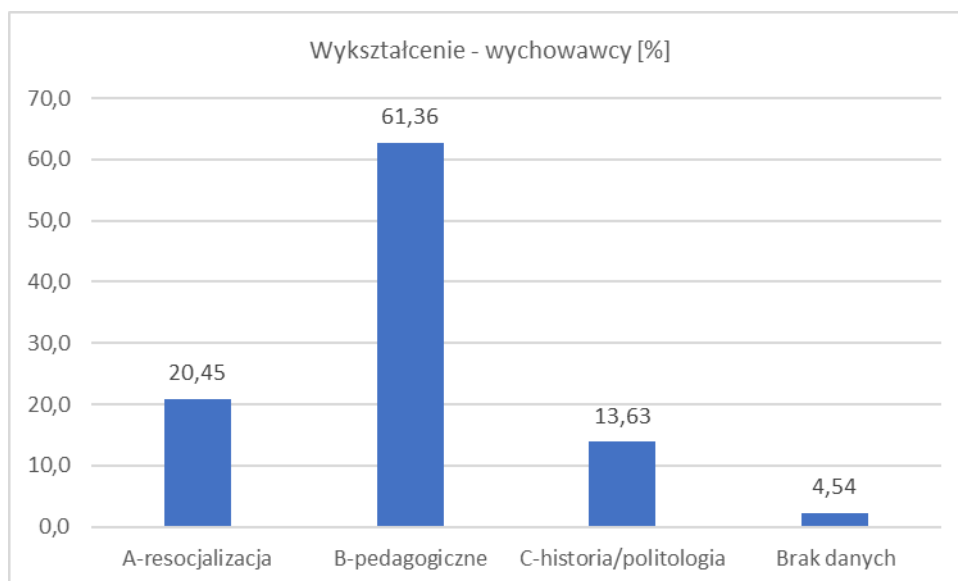
Objęci badaniami wychowawcy legitymowali się wysokim przygotowaniem zawodowym w zakresie pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od alkoholu. Wszyscy respondenci ukończyli studia wyższe. Za szczególnie korzystne przygotowanie do pracy penitencjarnej należy uznać fakt, że aż 36 wychowawców (81,81%) posiadało wykształcenie wyższe w zakresie resocjalizacji i pedagogiki. Jedynie 6 wychowawców (13,69%) posiadało dyplom poświadczający wykształcenie historyczne lub politologiczne. Dwie osoby nie udzieliły odpowiedzi dotyczącej posiadanych kwalifikacji (por. tabela 33).

Tabela 33.
Wykształcenie wychowawców

Wykształcenie wychowawców							
resocjalizacyjne		pedagogiczne		historyczne/politolog		brak danych	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
9	20,5	27	61,4	6	13,6	2	4,5

Źródło: badanie własne.

Wykres 6. Wykształcenie wychowawcy



Źródło: badanie własne.

Można zatem stwierdzić, że prowadzenie trudnych oddziaływań terapeutycznych podejmowanych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu powierzone zostało profesjonalistom, których wyróżnia wysoki poziom osobistego zaangażowania, posiadanie kompetencji i umiejętności postępowania specjalistycznego, jak też poczucie odpowiedzialności za wysoką jakość wykonywanej pracy. Profesjonalizacja badanych wynika także z ich bogatego doświadczenia zawodowego, które wykorzystują w pracy ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu.

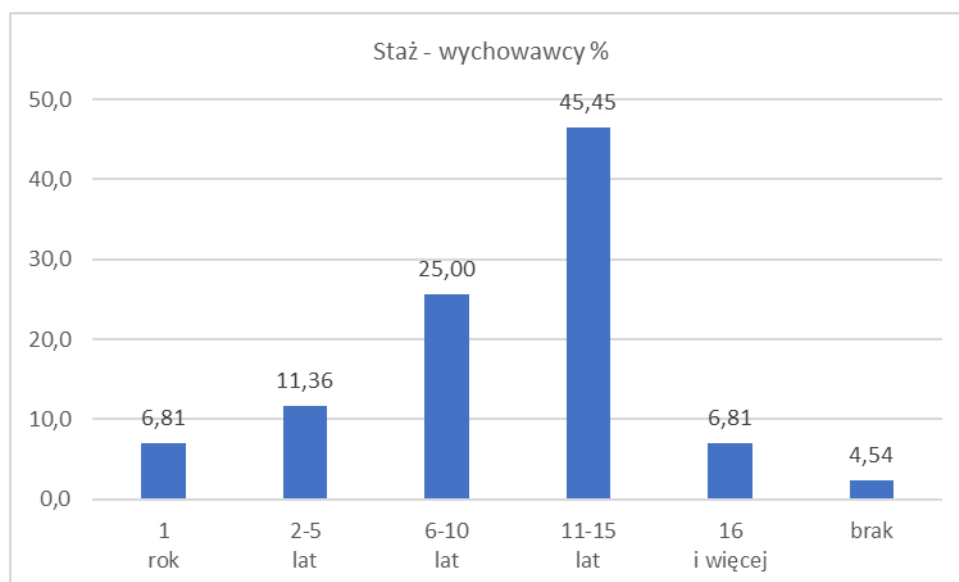
Tabela 34.
Staż pracy wychowawców

Staż pracy wychowawców											
1 rok		2-5 lat		6-10 lat		11-15 lat		16 i więcej		brak danych	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
3	6,8	5	11,4	11	25,00	20	45,5	3	6,8	2	4,5

Źródło: badanie własne.

Z danych procentowych ilustrujących staż pracy wychowawców – wykres 7, wynika że ponad 45%, spośród nich posiadało staż pracy między 11 a 15 lat.

Wykres 7. Staż wychowawcy



Źródło: badanie własne.

Ogólnie staż pracy ankietowanych specjalistów w jednostkach penitencjarnych zamyka się w przedziale powyżej od 6 do 15 lat, tj. aż 70,45% ogółu badanych wychowawców (25,00% – 6–10 lat, 45,45% – od 11 do 15 lat). Szczególnie godne podkreślenia jest, że wśród badanego personelu są też osoby ze stażem powyżej 16 lat pracy (3 wychowawców – 6,81%). Przy tym jest to personel w wieku do 55 roku życia. Najliczniejsza grupa wychowawców to osoby w wieku od 26 do 45 roku życia - 36 osób, tj. 81,81% (29,34% w wieku 25-35 lat, 52,27% w wieku 36-45 lat), por. tabela 34 i 35.

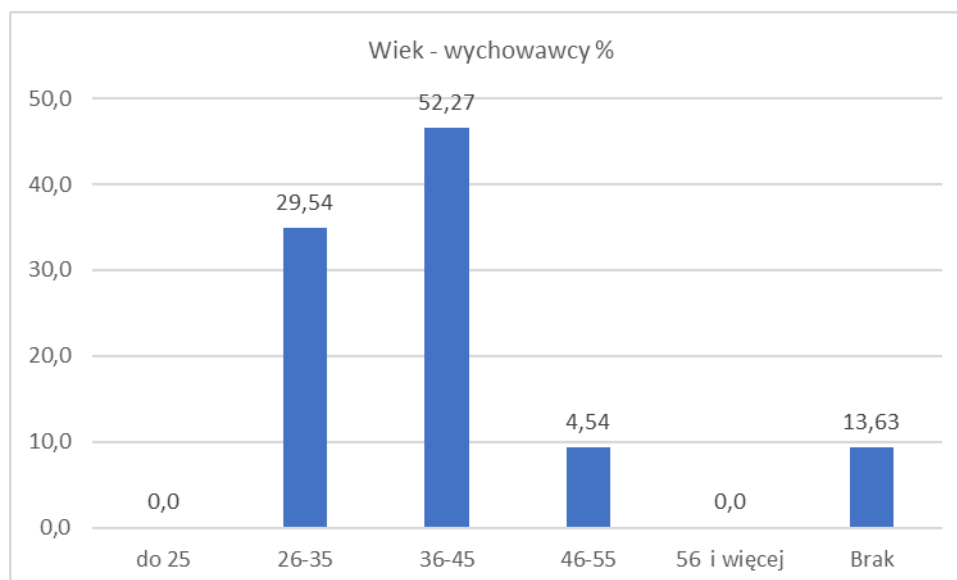
Tabela 35.
Wiek wychowawców

Wiek wychowawców											
do 25 lat		26-35		36-45		46-55		56 i więcej		brak danych	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
0	0,0	13	29,5	23	52,3	2	4,5	0	0,0	6	13,6

Źródło: badanie własne.

Spośród badanych wychowawców, jak już wspomniano, ponad 52% zatrudnionych było w wieku między 35 a 45 lat, co prezentuje poniżej zamieszczony wykres 8.

Wykres 8. Wiek wychowawcy



Źródło: badanie własne.

Również badana grupa terapeutów znajduje się w przedziale wiekowym 36-55 lat, jednak dominuje wśród terapeutów wiek to 36-45 lat. Jest to przedział wiekowy, w którym człowiek jest zdolny do wzmożonej aktywności zawodowej, co jest niezwykle istotne, zwłaszcza że posiadają wysoki staż pracy w oddziałach terapeutycznych (por. tabela 36, 37).

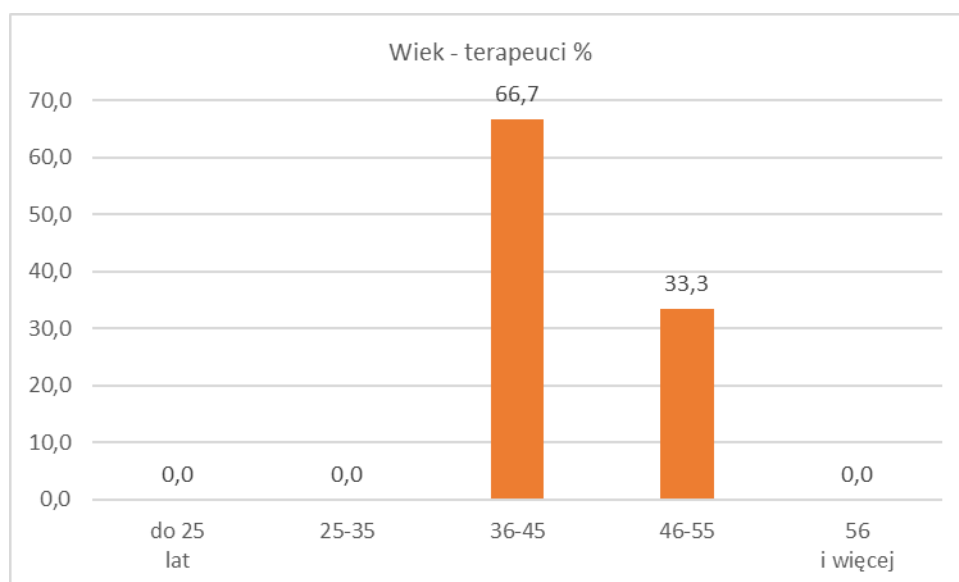
Tabela 36.
Wiek terapeutów

Wiek terapeuty											
do 25 lat		26-35		36-45		46-55		56 i więcej		brak danych	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
0	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0

Źródło: badanie własne.

Uzyskane wyniki badań dotyczące wieku terapeutów zamieszczono na wykresie 9.

Wykres 9. Wiek terapeutów



Źródło: badanie własne.

Wśród zatrudnionych terapeutów jedna osoba pracowała ponad 16 lat, zaś dwie podały, że pracują ponad 11 lat, co oczywiście świadczy o dużym doświadczeniu zawodowym.

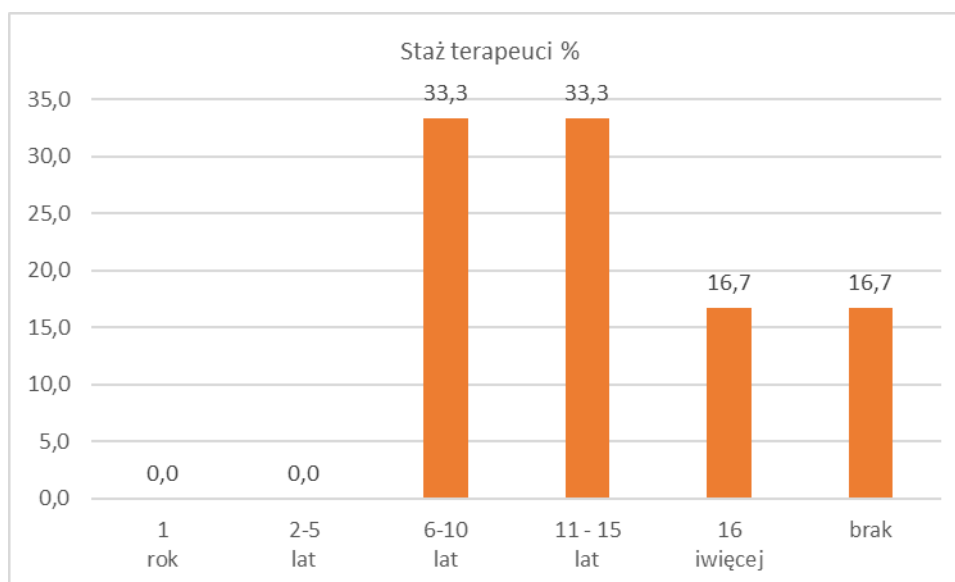
Tabela 37.
Staż pracy terapeutów

Staż pracy terapeutów											
1 rok		2-5 lat		6-10 lat		11-15 lat		16 i więcej		brak danych	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7

Źródło: badanie własne.

Ilustrację graficzną stażu pracy terapeutów stanowi wykres 10.

Wykres. 10. Staż pracy terapeutów



Źródło: badanie własne.

Wszyscy badani terapeuci legitymowali się wykształceniem wyższym i posiadali dyplom z zakresu psychologii lub pedagogiki (por. tabela 38), co w praktyce oznacza, że mają uprawnienia w zakresie wykonywane usługi psychologiczne, m.in.: diagnozy psychologicznej, opiniowania, orzekania, psychoterapii, udzielania pomocy psychologicznej (art. 4 ust. 1, pkt 1-5)⁸¹⁰.

⁸¹⁰ Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 nr 73, poz. 763).

Tabela 38.
Wykształcenie terapeutów

Wykształcenie terapeutów							
średnie/kurs		A		psychologiczne/ pedagogiczne		C	
lb	%	lb	%	lb	%	lb	%
0	0,0	1	16,7	4	66,7	1	16,7

Źródło: badanie własne.

Ogólnie rzecz ujmując, wychowawcy i terapeuci, to przygotowany merytorycznie personel posiadający wysokie kompetencje zawodowe, dysponujący wiedzą o psychologicznych mechanizmach dotyczących zaburzeń występujących u skazanych przebywających w oddziałach terapeutycznych, jak też posiadający przygotowanie z zakresu metodyki oddziaływań wychowawczych stosowanych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu.

ROZDZIAŁ VIII

WYKONYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI W SYSTEMIE TERAPEUTYCZNYM W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH

§ 1. PERSONEL TERAPEUTYCZNY W BADANYCH JEDNOSTKACH PENITENCJARNYCH

Zgodnie z Kodeksem karnym wykonawczym z 6 czerwca 1997 r. (art. 81) w badanych jednostkach penitencjarnych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku, tak jak w całym kraju, wykonuje się karę pozbawienia wolności w trzech systemach: terapeutycznym, programowanego oddziaływania oraz zwykłym. Równocześnie w rozdziale trzecim, w którym jest zamieszczony wyżej wskazany przepis wskazuje się na zasadę indywidualizacji kary pozbawienia wolności i potrzebę zindywidualizowanych oddziaływań (art. 67 § 2) w celu kształtowania społecznie pożądanых postaw. O leczniczym i resocjalizacyjnym działaniu systemu terapeutycznego istotnie decyduje zatrudniony personel terapeutyczny. Na znaczenie i rangę odpowiednio dobranego personelu pracującego w jednostkach penitencjarnych wskazują nawet Wzorcowe Reguły Minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczących postępowania z więźniami (Reguły Mandeli). Stanowią one, że w takim stopniu, jak to możliwe, w skład personelu powinna wchodzić wystarczająca liczba specjalistów, takich jak psychologowie, pracownicy społeczni, nauczyciele oraz osoby uczące wykonywania zawodu (Reguła 78 zd. 1). Również Rzecznik Praw Obywatelskich Adam Bodnar w 2016 roku zwracał uwagę na kwestię właściwej liczby personelu pracującego z osadzonymi oraz dostępność do usług psychologów ogólnopenitencjarnych, jak i pracujących

w oddziałach terapeutycznych oraz ośrodkach diagnostycznych. Słusznie wówczas zauważył, że niewystarczająca liczba zatrudnionych może łatwo doprowadzić do wysokiego poziomu stresu wśród personelu i jego przedwczesnego „wypalenia”, w konsekwencji osłabienia oddziaływań terapeutycznych⁸¹¹.

W przypadku Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku oddziaływania specjalistyczne skierowane do skazanych uzależnionych od alkoholu prowadzone są przez zespół terapeutyczny w oddziale terapeutycznym i przez specjalistycznie przygotowany personel poza oddziałem terapeutycznym. Zdecydowana większość personelu terapeutycznego przygotowującego do społecznej readaptacji skazanych prowadzi oddziaływania terapeutyczne poza oddziałem terapeutycznym, ponieważ w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku jest tylko jeden oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od alkoholu – w Areszcie Śledczym w Suwałkach. W jednostce tej, jak wynika z badań, jest zatrudniony jeden wychowawca i 6 terapeutów. Pozostałych 43 badanych wychowawców pracuje w jednostkach penitencjarnych: Białymstoku, Hajnówce, w Grądach-Woniecku, Czerwonym Borze i w Przytułach Starych (por. tabela 39).

Tabela 39.
Miejsce pracy wychowawców (w tym psychologów i pedagogów)

Siedziba	Miejsce pracy		
	Oddział	Poza oddziałem	Brak wskazań
Białystok	0	1	3
Suwałki	1	0	0
Hajnówka	0	6	7
Grądy-Woniecko	0	1	0
Przytuły Stare	0	7	3
Czerwony Bór	0	9	6
Suma	1	24	19

Źródło: badanie własne.

Jak wynika z danych uzyskanych bezpośrednio z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, obecnie w Polsce funkcjonują 33 oddziały terapeutyczne, w których wykonuje się karę wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. W tym,

⁸¹¹ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej gen. Jacka Kitlińskiego z dnia 16.05.2016 r., nr K M P .5 7 1.8.2016.M F.

w każdym oddziale terapeutycznym funkcjonariusze, tworzą zespół terapeutyczny, których liczebność zawiera się w przedziale 3-12 (ze średnią 5,39)⁸¹².

Biorąc pod uwagę typ zakładu karnego większość badanych wychowawców wskazała na zatrudnienie w zakładzie karnym typu zamkniętego, ale niektórzy respondenci zaznaczyli dwie odpowiedzi, a nawet trzy, np.: w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze, ponieważ w tej jednostce penitencjarnej funkcjonuje zarówno zakład typu zamkniętego, półotwartego, jak i otwartego. Odpowiednio w Czerwonym Borze w zakładzie karnym typu zamkniętego prowadzi oddziaływania terapeutyczne 9 wychowawców, w typie półotwartym 10 i otwartym 4, którzy wskazali trzy typy zakładu karnego. Natomiast dwa miejsca pracy badani wskazali: w Areszcie Śledczym w Hajnówce – 3 wychowawców zaznaczyło zakład karny typu zamkniętego i półotwartego, w Zakładzie Karnym Grądy-Woniecko jeden pracujący wychowawca wskazał zakład półotwarty i otwarty i w Zakładzie Karnym Przytuły Stare jedna osoba zaznaczyła typ zakładu półotwartego i otwartego (por. tabela 40).

Tabela 40.

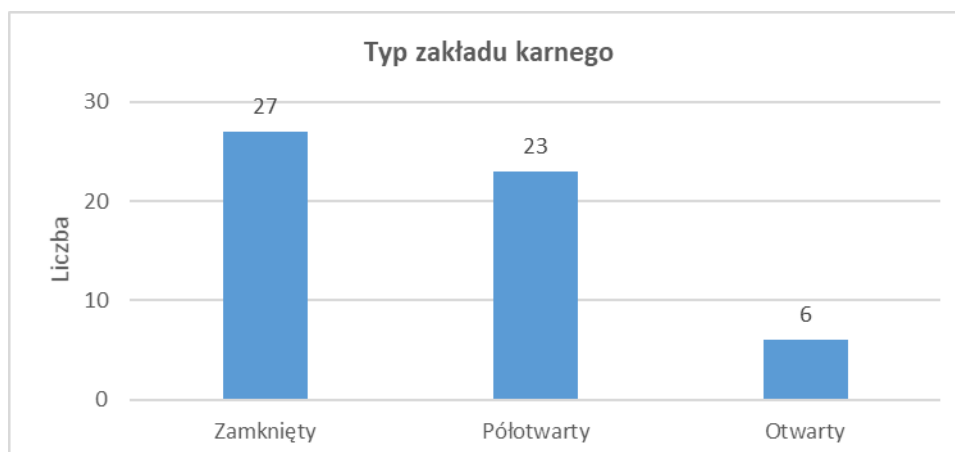
Miejsce pracy wychowawcy w poszczególnych typach zakładu karnego

Siedziba	Typ zakładu karnego		
	Zamknięty	Półotwarty	Otwarty
Białystok	2	1	0
Suwałki	0	1	0
Hajnówka	11	5	0
Grądy-Woniecko	0	1	1
Przytuły Stare	5	5	1
Czerwony Bór	9	10	4
Suma	27	23	6

Źródło: badanie własne.

⁸¹² Dane autora pozyskane na jego wniosek z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, opracowanie wykonane przez B. Adamczewską – starszy specjalista, stan na 19.02.2021. Odnośna korespondencja znajduje się w posiadaniu autora.

Wykres 11. Miejsce pracy wychowawcy w poszczególnych typach zakładów karnych



Dane zawarte w powyższej tabeli obrazuje wykres nr 11.

Badani wychowawcy w zdecydowanej większości prowadzili oddziaływania wychowawcze wśród skazanych odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy, przy czym dwóch wychowawców prowadziło oddziaływania wychowawcze również z recydywistami penitencjarnymi (por. tabela 41).

Tabela 41.

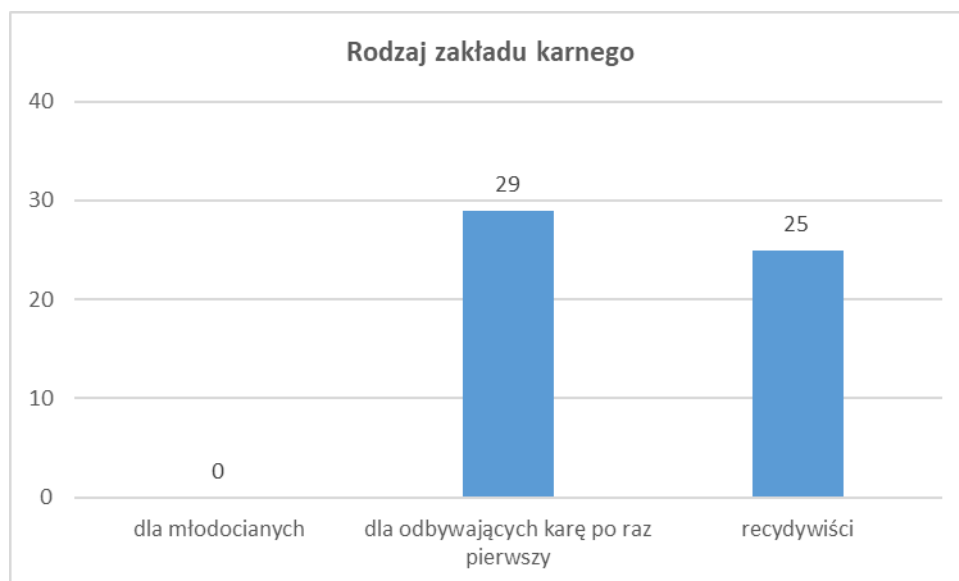
Miejsce pracy wychowawcy ze względu na rodzaj zakładu karnego

Siedziba	Rodzaj zakładu karnego		
	M	P	R
Białystok	0	0	4
Suwałki	0	1	0
Hajnówka	0	13	0
Grądy	0	1	0
Przytuły	0	2	9
Czerwony Bór	0	12	12
Suma	0	29	25

Źródło: badanie własne.

Poniżej zamieszczony wykres 12 obrazuje dane dotyczące miejsca pracy wychowawcy ze względu na rodzaj zakładu karnego.

Wykres 12. Rodzaj zakładu karnego



Źródło: badanie własne.

§ 2. LICZEBNOŚĆ GRUP SKAZANYCH POZOSTAJĄCYCH POD OPIEKĄ WYCHOWAWCÓW I TERAPEUTÓW

Zgodnie z Zarządzeniem nr 23/18 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie tworzenia i organizacji oddziałów penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (§9 ust. 4 pkt 1 i 2) w oddziałach penitencjarnych w jednostce typu zamkniętego dopuszcza się utworzenie etatu jednego funkcjonariusza na nie więcej niż 150 osadzonych, natomiast w jednostce typu półotwartego lub otwartego – może być zatrudniony jeden funkcjonariusz, który sprawuje opiekę nad nie więcej niż 350 osadzonymi⁸¹³. Tymczasem jak wynika z przeprowadzonej kontroli przez Krajowy Mechanizm Prewencji dostępność do usług np. psychologów ogólnopenitencjarnych, jak i pracujących w oddziałach terapeutycznych wskazuje na potrzebę zmiany dotychczasowego stanu faktycznego w celu poprawy dostępu skazanych do profesjonalnego wsparcia psychologicznego⁸¹⁴.

⁸¹³ Zarządzenie nr 23/18 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie tworzenia i organizacji oddziałów penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, §9 ust. 4, pkt 1 i 2.

⁸¹⁴ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej gen. Jacka Kitlińskiego z dnia 16.05.2016 r., nr K M P .5 7 1.8.2016.MF, s. 1.

Nierzadko bowiem zdarzają się sytuacje, że kadra terapeutyczna ma pod swoją opieką więcej skazanych niż przewiduje standard wynikający z przepisów⁸¹⁵, jest to o tyle sytuacja niepokojąca, że już obowiązujący standard nie gwarantuje skazanym prawidłowego i wydolnego systemu wsparcia psychologicznego. Różne są wskaźniki oceny nasycenia personelem „rzeczywistości więziennej”. Zwykle bierze się najczęściej pod uwagę: liczbę więźniów przypadających na jednego funkcjonariusza zatrudnionego w pionie penitencjarnym (wychowawczym) i liczbę więźniów przypadających na jednego wychowawcę⁸¹⁶.

Zgodnie z temat niniejszej pracy, w wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że najwięcej respondentów (25 wychowawców, tj. 56,81% ogółu badanych) podało, że pod ich opieką pozostaje od 40 do 80 skazanych. Spośród wyżej wskazanych największą grupę (8 badanych) stanowili wychowawcy zatrudnieni w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze - co stanowi około 18,18% badanych. Można założyć, iż wysoka liczba skazanych przypadających na jednego wychowawcę we wskazanym Zakładzie Karnym jest poniekąd podyktowana rozmiarami i dużą pojemnością tej jednostki penitencjarnej⁸¹⁷. Poza tym duża liczba skazanych przypadających na jednego wychowawcę może sygnalizować, że pracownicy kadry terapeutycznej są zbyt obciążeni pracą, a co za tym idzie istnieje potrzeba zwiększenia liczby etatów pracowników prowadzących oddziaływania specjalistyczne i rehabilitacyjne. Wyniki przeprowadzonych badań w tym zakresie są zatem zbieżne z wynikami wcześniej przeprowadzonych analiz dotyczących kadry terapeutycznej prowadzącej oddziaływania specjalistyczne wobec innych grup skazanych aniżeli skazani uzależnieni od alkoholu⁸¹⁸. Co gorsza należy nadmienić, iż wśród badanych wychowawców są osoby, które podały, że prowadzą oddziaływania wobec 80 lub więcej skazanych (8 wychowawców). W tej grupie

⁸¹⁵ Zarządzeniem nr 23/18 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie tworzenia i organizacji oddziałów penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych.

⁸¹⁶ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna...*, s. 174-175.

⁸¹⁷ Z danych uzyskanych bezpośrednio w Biurze Dyrektora Generalnego Służby Więziennej wynika, że Zakład Karny w Czerwonym Borze jest największym pod względem liczby osadzonych zakładem karnym podlegającym pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku – na dzień 10.02.2021 przebywało w nim 674 osadzonych, tj. 20,30% ogółu osadzonych odbywających karę w jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku; Dane Autora pozyskane na jego wniosek z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, opracowanie wykonane przez B. Adamczewską – starszy specjalista, stan na 19.02.2021. Odnośna korespondencja znajduje się w posiadaniu Autora.

⁸¹⁸ J. Konikowska-Kuczyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 123.

ponownie największa liczba wychowawców to pracownicy Zakładu Karnego w Czerwonym Borze. Można przyjąć, że jest to jednostka penitencjarna, która nawet w porównaniu z innymi zakładami karnymi i aresztami śledczymi podlegającymi pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, pilnie wymaga zwiększenia ilości etatów pracowników kadry terapeutycznej.

Na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku, znajdują się też jednostki penitencjarne, w których sytuacja dotycząca liczby wychowawców przypadających na jednego skazanego wydaje się być nieco lepsza. Zarówno w Areszcie Śledczym w Suwałkach, jak i w Areszcie Śledczym w Białymstoku, żaden z wychowawców nie wskazał, że pod jego opieką pozostaje 80 lub więcej skazanych. O ile w przypadku Aresztu Śledczego w Białymstoku sytuacja ta jest zrozumiała, to jednak w przypadku Aresztu Śledczego w Suwałkach można by przypuszczać, że w jednostce tej liczba skazanych pozostających pod opieką wychowawcy jest zbyt liczna. Jest to bowiem jedyna jednostka penitencjarna w województwie Podlaskim posiadająca oddział terapeutyczny, w którym prowadzi się oddziaływania wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. Sytuacja ta wyraźnie wskazuje na to, że zarządzanie Aresztem Śledczym w Suwałkach prowadzone jest w sposób przemyślany i racjonalny (por. tabela 42). Świadczy o tym także liczba skazanych przebywających w Areszcie Śledczym w Suwałkach przypadających na jednego terapeutę.

Tabela 42.

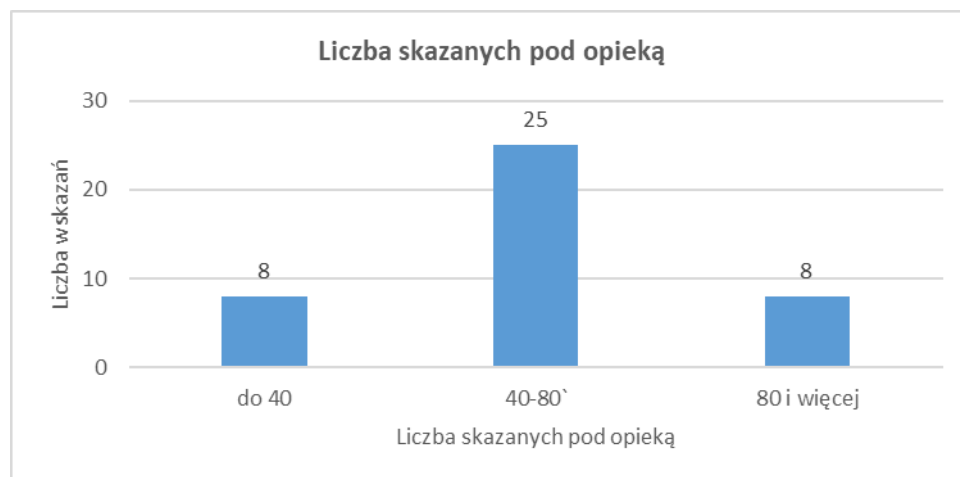
Liczba skazanych pod opieką wychowawcy (w tym z wykształceniem psychologicznym i pedagogicznym)

Siedziba	Liczba skazanych pod opieką			
	do 40	40-80	80 i więcej	Brak wskazań
Białystok	1	3	0	0
Suwałki	0	1	0	0
Hajnówka	3	6	2	2
Grądy-Woniecko	0	0	1	0
Przytuły	1	7	2	0
Czerwony Bór	3	8	3	1
Suma	8	25	8	3

Źródło: badanie własne.

Poniżej zamieszczony wykres 13 obrazuje liczbę skazanych pozostających pod opieką wychowawcy posiadającego wykształcenie wyższe, w tym pedagogiczne lub psychologiczne.

Wykres 13. Liczba skazanych pod opieką wychowawcy



Źródło: badanie własne.

Spośród 6 badanych terapeutów, czterech wskazało, że systemem wsparcia psychologicznego obejmują od 1 do maksymalnie 5 skazanych. Tylko dwóch terapeutów podało zdecydowanie wyższe wskaźniki. Jeden z nich zaznaczył, że oddziaływaniami terapeutycznymi obejmuje od 11 do 15 skazanych, natomiast drugi respondent wskazał, że stosuje oddziaływania specjalistyczne wobec ponad 21 skazanych uzależnionych od alkoholu (tabela 43).

Tabela 43.
Liczba skazanych pod opieką terapeuty

Liczba skazanych pod opieką terapeuty					
A 1-5	B 6-10	C 11-15	D 16-20	E 21 i więcej	Brak wskazań
4	0	1	0	1	0

Źródło: badanie własne.

Warto nadmienić, że w oparciu o obowiązujący Kodeks karny wykonawczy (art. 95 §3)⁸¹⁹ w oddziale terapeutycznym w Suwałkach oprócz skazanych uzależnionych od alkoholu odbywają też karę inni skazani za ich zgodą, ale tylko w sytuacji, gdy przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze. W Areszcie

⁸¹⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

Śledczym w Suwałkach przebywają skazani uzależnieni od środków odurzających lub substancji psychotropowych (tabela 44). Powoduje to, że wychowawcy i terapeuci są jeszcze bardziej obciążeni obowiązkami wychowawczymi, niż to wynika z ich zobowiązań zawodowych dotyczących oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu.

Tabela 44.
Inni skazani odbywający karę w oddziale terapeutycznym

Suwałki	Inni skazani odbywali karę w oddziale terapeutycznym		
	Tak	Nie	Brak wskazań
Wychowawcy	0	1	0
Terapeuci	5	1	0

Źródło: badanie własne.

Ogólnie rzecz biorąc, należy zgodzić się z H. Machelem, że wciąż istnieje konieczność dalszego pozyskiwania kadry specjalistycznej, aby cel poprawczy kary pozbawienia wolności był możliwy do osiągnięcia nawet wobec części społeczności więźniów⁸²⁰.

§ 3. SPOSÓB PROWADZENIA BADAŃ OSOBOPOZNAWCZYCH SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Badania osobopoznawcze skazanych uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku są prowadzone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych⁸²¹, jak też Zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016, w oparciu o które wychowawca zapoznaje się z „dostępными informacjami zawartymi w systemie informatycznym, a w uzasadnionych przypadkach w aktach ewidencyjnych⁸²².

⁸²⁰ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna...*, s. 177.

⁸²¹ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸²² Zarządzeniu nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14.04.2016 w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 39 ust. 1.

Ponieważ są to badania „osobopoznawcze” dotyczące podmiotu poznania – osoby, człowieka, dlatego uwzględniają powiązania skazanego ze środowiskiem społecznym oraz analizę etiologiczną czynu przestępczego, słowem całość biopsychospołeczną jednostki. Badanie czynników etiologicznych jest potrzebne ze względu na to, że mają one znaczenie w kryminogenezie⁸²³, albowiem kryminogeneza to wpleciony w życie człowieka „proces, którego finałem jest popełnienie czynu zabronionego. Odgrywają w nim rolę różne tzw. czynniki kryminogenne, a także w pewnym zakresie czynniki antykryminogenne.

Punktem centralnym tego procesu jest decyzja sprawcy czynu zabronionego⁸²⁴. Stąd też Robert Poklek twierdzi, że „Najpełniejsze i najwnikliwsze badania osobopoznawcze można (...) nazwać badaniami „kryminologiczno-klinicznymi”⁸²⁵, które umożliwiają prowadzenie skutecznych oddziaływań penitencjarnych, pozwalają na ustalenie stosunku skazanego do popełnionego przestępstwa, poznanie przyczyn i przebiegu wykołejenia społecznego, określenie podatności na projektowane oddziaływania penitencjarne, sporządzenie prognozy penitencjarnej i kryminologiczno-społecznej⁸²⁶.

Z tego powodu na początku skazanego przyjętego do zakładu karnego, także w jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, umieszcza się w celi przejściowej na okres do 14 dni w celu poddania go m.in. wstępnym badaniom lekarskim i osobopoznawczym. Oczywiście z uwagi na szeroki zakres celów nie jest możliwe, aby w tak krótkim czasie dokonać kompleksowych badań, zwłaszcza psychologicznych i psychiatrycznych, dlatego generalnie w celi przejściowej, jak twierdzi G. B. Szczygieł, przeprowadza się wstępne badania, aby kontynuować je w toku dalszego odbywania kary pozbawienia wolności⁸²⁷. Dzięki temu struktura procesu diagnostycznego

⁸²³ Według Małgorzaty Kuć – „kryminogeneza” w ujęciu leksykalnym oznacza „genezę przestępstwa, zakres przyczyn i uwarunkowań, czyli całokształt czynników uruchamiających ciąg zdarzeń-proces – który doprowadził jednostkę do popełnienia przestępstwa”, M. Kuć, *Kryminogeneza, [w:] Leksykon kryminologii. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa. 2015, s. 64. Natomiast Leon Tyszkiewicz uważa, że badanie kryminogenezy polega na opisie i wyjaśnieniu przyczyn, które spowodowały, że człowiek podjął fatalne w skutkach decyzje doprowadzające go do sytuacji, w jakiej podjął działania, których kulminacją było naruszenie norm prawnych, L. Tyszkiewicz, *Kryminogeneza w ujęciu kryminologii humanistycznej*, Katowice 1997, s. 40-42;

⁸²⁴ L. Tyszkiewicz, *Kryminogeneza i sposoby jej badania*, „Archiwum Kryminologii” 2007–2008, t. 29–30, s. 215.

⁸²⁵ R. Poklek, *Badania osobopoznawcze w penitencjarystyce*, „Resocjalizacja Polska” 2017, nr 14, s. 43.

⁸²⁶ Ibidem, s. 49.

⁸²⁷ G.B. Szczygieł, *Klasyfikacja skazanych...*, s. 165.

w penitencjarystyce ma charakter diagnozy ciągłej, a zebrane wcześniej dane i informacje osobopoznawcze uaktualnia się⁸²⁸.

Należy przy tym pamiętać, że dane i informacje osobopoznawcze oraz dokumenty dotyczące skazanego wytworzone przez Służbę Więzienną w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, tak jak w całym kraju, także w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku, zamieszcza się w działającym od 2004 roku systemie informatycznym – Centralnej Bazie Danych Osób pozbawionych Wolności Noe.NET – zgodnie z wymaganiami tego systemu i zasadami gromadzenia i przetwarzania danych⁸²⁹.

Podjmując analizę badań osobopoznawczych należy mieć też na uwadze fakt, że pojęcie kryminogenezy jest bardzo bliskie pojęciu motywacji⁸³⁰ bowiem jest to ogół czynników i procesów pobudzenia, ukierunkowania i podtrzymania określonych form zachowania. Stąd też respondenci – wychowawcy i terapeuci, łącznie 50 osób zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, aby zwiększyć motywację skazanego do dokonywania zmian w swoim postępowaniu, podnosić jego zaangażowanie i chęć współpracy z kadrą terapeutyczną w zakresie korekty funkcjonowania, starali się w prowadzonych badaniach osobopoznawczych, zgromadzić wiedzę o podopiecznym i jego problemach, przede wszystkim poprzez analizę dokumentacji, wywiad i rozmowę, wyniki badań psychologicznych, a także analizę korespondencji. Wszyscy wychowawcy (44 osoby) podczas badań skazanych uzależnionych od alkoholu prowadzili wywiad i rozmowę, 40 wychowawców, tj. ponad 90,90% dokonało analizy dokumentów, zaś 36 (ponad 81,81%) zapoznało się z wynikami badań psychologicznych, 31 wychowawców (ponad 70,45%) przeprowadziło obserwację, blisko połowa wychowawców (ponad 45,45%) zapoznała się z korespondencją skazanych. Oprócz tego 7 wychowawców uwzględniło inne od wymienionych sposobów badania skazanych uzależnionych od alkoholu. W Areszcie Śledczym w Hajnówce trzech wychowawców dodatkowo dokonało diagnozy skazanego. W Areszcie Śledczym w Białymstoku dwóch wychowawców ze względu na uprzednią karalność skazanych odwołało się do akt archiwalnych. Natomiast w Zakładzie

⁸²⁸ W. Friedrich, *Diagnoza penitencjarna sprawców przestępstw*, „Resocjalizacja Polska” 2015, nr 9, s. 51.

⁸²⁹ R. Poklek, *Badania osobopoznawcze w penitencjarystyce ...*, s. 52.

⁸³⁰ L. Tyszkiewicz, *Kryminogeneza i sposoby jej badania ...*, s. 218.

Karnym w Czerwonym Borze jeden z wychowawców dokonał diagnozy, zaś drugi uwzględnił w badaniach osobopoznawczych opinię biegłych (tabela 45).

Tabela 45.
Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych skazanych uzależnionych od alkoholu

Siedziba	Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych przez wychowawców					
	wywiad rozmowa	obserwacja	wyniki badań	analiza dokument	rozmowa korespondencja	inne
Białystok	4	3	4	3	2	2
Suwałki	1	0	0	1	0	0
Hajnówka	13	8	11	10	3	3
Grądy-Woniecko	1	1	1	1	0	0
Przytuły	10	9	7	10	8	0
Czerwony Bór	15	10	13	15	7	2
Suma	44	31	36	40	20	7

Źródło: badanie własne.

Terapeuci, którzy stanowią trzon oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu także w 100% stosowali w badaniach osobopoznawczych analizę dokumentów oraz wywiad i rozmowę. Ponad 83,33% terapeutów przeprowadziło obserwację i analizę wyników badań psychologicznych. Jeden z terapeutów dokonał też diagnozy.

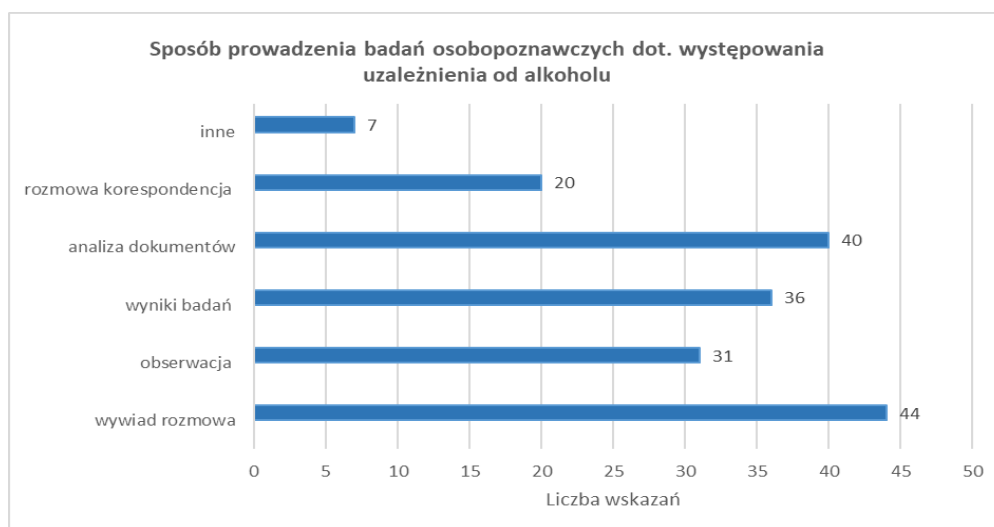
Tabela 46.
Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych skazanych uzależnionych od alkoholu

Siedziba	Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych przez terapeutów					
	wywiad rozmowa	obserwacja	wyniki badań	analiza dokumentów	rozmowa korespondencja	inne
Suwałki	6	5	5	6	0	1

Źródło: badanie własne.

Z danych ujętych w wykresie 14, wynika że najbardziej preferowanym sposobem prowadzenia badań osobopoznawczych dotyczących występowania uzależnienia od alkoholu jest wywiad, rozmowa ze skazanym, jak i analiza dokumentów.

Wykres 14. Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych dotyczących występowania uzależnienia od alkoholu



Źródło: badanie własne.

Należy podkreślić, że ze względu na to, iż większość skazanych niechętnie poddaje się leczeniu odwykowemu w trakcie odbywania kary personel terapeutyczny podczas prowadzonych wywiadów i rozmów ze skazanymi starał się m.in. uzyskać też informację dotyczącą ich wcześniejszych prób zwalczania uzależnienia od alkoholu. Niestety spośród badanych skazanych zaledwie 25 (tj. 21,55%) podjęło próbę wyjścia z nałogu, co może sugerować, że stosowana terapia odwykowa podczas odbywania kary jest traktowana przez więźniów instrumentalnie. Słusznie zauważa Robert Poklek, że skazani mają fałszywe przekonanie, że sam fakt jej ukończenia wpłynie bezpośrednio na decyzję sądu odnośnie warunkowego przedterminowego zwolnienia lub też łagodniejsze warunki odbywania kary w oddziale terapeutycznym, dodatkowe ulgi, itp.⁸³¹

Tabela 47.
Wcześniejsze próby skazanego zwalczania uzależnienia od alkoholu

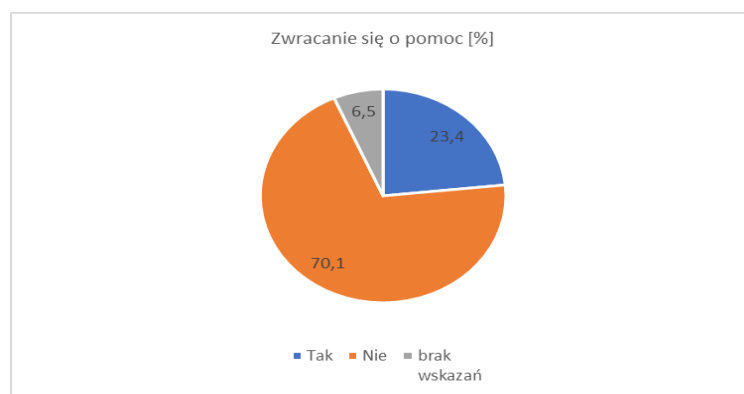
Zwracanie się o pomoc					
Tak		Nie		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%
25	23,4	75	70,1	16	6,5

Źródło: badanie własne.

⁸³¹ R. Poklek, Instytucjonalne i psychospołeczne aspekty więzienia, Kalisz 2010, s. 113.

Dane zawarte w powyższej tabeli obrazuje wykres nr 15.

Wykres 15. Zwracanie się o pomoc



Źródło: badanie własne.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku badania osobopoznawcze są realizowane zgodnie z § 9 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 roku⁸³², jaki i Zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. Prowadzone są wywiady i rozmowy ze skazanymi, obserwacje zachowań skazanego, wykorzystywane są wyniki badań psychologicznych, dokonywana jest analiza dokumentów dotyczących skazanego, analizuje się rozmowy i korespondencję z rodziną i innymi osobami bliskimi. W ten sposób prowadzone badania osobopoznawcze pozwalają ustalić przyczyny i przebieg wykołajenia społecznego, opracować prognozę penitencjarną i kryminologiczno-społeczną, zapewniającą właściwe oddziaływania penitencjarne. Przeprowadzone badania osobopoznawcze są profesjonalne i świadczą o wysokich kompetencjach zawodowych kadry terapeutycznej.

⁸³² Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

§ 4. UCZESTNICTWO SKAZANYCH W OPRACOWANIU INDYWIDUALNEGO PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO

Zgodnie z uregulowaniami prawnymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 roku (§21, ust. 7)⁸³³ opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego następuje, jeżeli to możliwe przy udziale skazanego (§21, ust. 7)⁸³⁴ na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań osobnopożnawczych. Ponieważ udział skazanego jest jedynie pożądanym, a nie obligatoryjnym, skazani sporadycznie partycypują w opracowywaniu planów ich terapii, na co wskazują m.in. wyniki badań A. Kwiecińskiego. Z badań tych wynika, że ponad 70% respondentów opowiada się za fakultatywnym udziałem skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego. Tylko nieco ponad 20% specjalistów uważa, że należałoby wymagać, aby skazani zawsze współuczestniczyli w opracowywaniu planów ich terapii⁸³⁵. Jest też grupa specjalistów (8,62%), którzy uważają, że udział skazanego w procesie tworzenia indywidualnego programu terapeutycznego jest zbędny, ponieważ program jest przygotowywany przez specjalistów, a udział skazanych może tylko nadmiernie skomplikować i opóźnić jego powstanie⁸³⁶.

Tendencja ta wciąż utrzymuje się, na co wskazują badania przeprowadzone w gronie specjalistów (wychowawców i terapeutów) oraz skazanych jednostek penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku. Spośród badanych wychowawców tylko jeden stwierdził, że skazani w dużym stopniu uczestniczyli w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, zaś 19 (tj. 43,18%) wychowawców dopuściło w niewielkim stopniu skazanych do udziału w przygotowaniu programu terapii. Pozostała część (54, 54%) nie wyraziła swego stanowiska lub zdecydowała, że udział skazanych w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego jest zbędny (por. tabela 48).

⁸³³ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸³⁴ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸³⁵ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności...*, s. 437.

⁸³⁶ *Ibidem*, s. 437.

Tabela 48.

Udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w opinii wychowawców

Siedziba	Udział skazanych w opracowywaniu programu				
	Tak			Nie	Brak wskazań
	A	B	C		
Białystok	1	1	0	0	2
Suwałki	0	0	0	1	0
Hajnówka	8	0	0	0	4
Grądy-Woniecko	1	0	0	0	0
Przytuły	4	0	0	1	5
Czerwony Bór	5	0	0	2	8
Suma	19	1	0	5	19

Legenda: A – bierze udział w niewielkim stopniu; B – bierze udział w dużym stopniu; C – wykonuje zlecone zadania

Źródło: badanie własne.

Wychowawcy, którzy uznali, że skazani powinni uczestniczyć w przygotowaniu indywidualnego programu terapeutycznego pozwolili na ich współuczestniczenie w określeniu celów programu, prowadzili też rozmowy indywidualne i uzgadniali ze skazanymi zgłaszane obszary do pracy własnej (por. tabela 49).

Tabela 49.

Sposób udziału skazanego w opracowaniu programu w opinii wychowawców

Siedziba	Sposób udziału skazanego w opracowaniu programu			Brak wskazań
	A	B	C	
Białystok	0	0	0	4
Suwałki	0	0	0	1
Hajnówka	2	3	1	7
Grądy-Woniecko	1	0	0	0
Przytuły Stare	0	3	1	6
Czerwony Bór	0	0	0	15
Suma	3	6	2	33

Legenda: A – rozmowy indywidualne ze skazanymi; B – współuczestniczy w określeniu celów; C – zgłasza obszary do pracy własnej

Źródło: badanie własne.

Natomiast terapeuci zatrudnieni w Areszcie Śledczym w Suwałkach wskazali, że tylko w niewielkim stopniu dopuszczają skazanych uzależnionych od alkoholu do udziału w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego. Choć niektórzy

terapeuci, aby kształtować motywację skazanych umożliwili im planowanie zleconych zadań (por. tabela 50).

Tabela 50.
Udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w opinii terapeutów

Siedziba	Udział skazanych w opracowywaniu programu					
	Tak			Nie		
	A	B	C			
Suwałki	4	0	2	0	0	0

Legenda: A – bierze udział w niewielkim stopniu; B – bierze udział w dużym stopniu;
C – wykonuje zlecone zadania

Źródło: badanie własne.

Jednak najczęściej terapeuci utożsamiali udział skazanych w przygotowaniu programu terapii z rozmową indywidualną jaką prowadzili ze skazanymi, sporadycznie było to współuczestniczenie w określeniu celów terapii albo udział w zgłaszaniu obszarów do pracy własnej (por. tabela 51).

Tabela 51.
Sposób udziału skazanego w opracowaniu programu w opinii terapeutów

Siedziba	Sposób udziału skazanego w opracowaniu programu		
	A	B	C
Suwałki	4	1	1

Legenda: A – rozmowy indywidualne ze skazanymi; B – współuczestniczy w określeniu celów;
C – zgłasza obszary do pracy własnej.

Źródło: badanie własne.

Warto dodać, że kwestia udziału skazanych uzależnionych od alkoholu w opracowaniu indywidualnego programu jest inaczej postrzegana przez skazanych jako uczestników planowanej terapii. Ponad 40% skazanych (48 osób, tj. 41,37%) twierdzi, że nie uczestniczyło w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego. Oprócz tego 35 skazanych (30,17%) nie udzieliło odpowiedzi, można przyjąć, że nie wyrazili swojego stanowiska z powodu uznania swojego udziału jako pozornie realizowanego. Jedynie 28 skazanych (24,13%), a zatem niespełna $\frac{1}{4}$ stwierdziła, że w niewielkim stopniu uczestniczyła w opracowaniu programu terapii (tabela 52).

Tabela 52.

Udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w opinii skazanych

Siedziba	Udział skazanego w opracowywaniu programu				
	Tak			Nie	Brak wskazań
	A	B	C		
Białystok	11	0	0	9	6
Suwałki	5	0	0	10	15
Hajnówka	1	0	0	12	4
Grądy-Woniecko	6	0	0	2	1
Przytuły	3	0	0	11	6
Czerwony Bór	7	0	0	4	3
Suma	28	0	0	48	35

Legenda: A – bierze udział w niewielkim stopniu; B – bierze udział w dużym stopniu;
C – wykonuje zlecone zadania

Źródło: badanie własne.

Jak już wyżej wskazano, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. (§21 ust. 7.)⁸³⁷ opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego następuje w miarę możliwości przy udziale skazanego. Pomimo że ustawodawca dopuścił fakultatywne uczestnictwo skazanego w procesie tworzenia indywidualnego programu terapeutycznego, to jednak w wielu przypadkach nie uwzględniał partycypacji skazanego. Ponadto znaczna część skazanych, ponad 60,32% (52 skazanych) nie określiło w jaki sposób wzięło udział w tworzeniu programu terapii, co również potwierdza, że programy terapeutyczne mają charakter schematyczny i sztamowy. Tymczasem zgodnie z intencją ustawodawcy wydaje się, że brak partycypacji skazanego w procesie opracowywania indywidualnego programu terapeutycznego powinien być traktowany jako sytuacja występująca sporadycznie i wyjątkowo, a nie jak ma to miejsce obecnie – rutynowo. Najwięcej skazanych nie udzieliło odpowiedzi dotyczącej sposobu ich udziału w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w Areszcie Śledczym w Hajnówce i w Areszcie Śledczym w Suwałkach (jest to odpowiednio 88,23% i 43,33% spośród badanych skazanych przebywających w tych jednostkach penitencjarnych). Najbardziej zaskakujący jest wysoki odsetek skazanych, którzy nie udzieli odpowiedzi dotyczącej programu terapii przebywających w Areszcie Śledczym w Suwałkach. Jest

⁸³⁷ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

to bowiem jedyna jednostka penitencjarna w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku, która posiada oddział terapeutyczny przeznaczony dla skazanych uzależnionych od alkoholu. Stąd też w prowadzonych w niej oddziaływaniach terapeutycznych powinno się w sposób szczególny uwzględniać indywidualne potrzeby i sugestie skazanego.

Analizując odpowiedzi respondentów, którzy wzięli udział w opracowaniu programów terapii, należy stwierdzić, że niejednokrotnie ich udział miał jedynie pasywny i reaktywny charakter (tabela 53). Wśród badanych 47 skazanych (40,51% spośród wszystkich skazanych) podało, że wyrazili oni jedynie gotowość do prowadzenia wobec nich oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych. Zatem duży odsetek skazanych nie był zainteresowany, aby mieć realny wpływ na kształt i sposób prowadzonych wobec nich oddziaływań. Tylko 12 skazanych (tj. 10,34%) zaproponowało konkretną tematykę zajęć realizowanych w ramach indywidualnego programu terapeutycznego – 6 osób spośród nich przebywało w Areszcie Śledczym w Białymstoku, tj. 23,07% skazanych odbywających karę w tej jednostce penitencjarnej. Natomiast 10 skazanych miało swój udział w określeniu celu terapii (8,62 % spośród wszystkich skazanych).

Tabela 53.

Sposób wzięcia udziału w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego

Siedziba	Udział skazanego w opracowywaniu programu					
	Tak					Brak wskazań
	A	B	C	D	E	
Białystok	4	6	14	10	3	9
Suwałki	0	2	16	3	1	13
Hajnówka	0	0	1	0	1	15
Grądy-Woniecko	2	2	3	3	0	2
Przytuły	2	1	4	4	2	
Czerwony Bór	2	1	9	5	4	
Suma	10	12	47	25	11	

Legenda: A – ustalenie celu; B – tematyka zajęć terapii; C – gotowość do leczenia;
D – aktywny udział w zajęciach; E – inny

Źródło: badanie własne.

Tabela 54.

Udział skazanych w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego a skuteczność prowadzonych oddziaływań terapeutycznych

Udział skazanych w programie	Udział skazanego w opracowywaniu programu i jego ocena				
	udział	Ocena			
		4-5	2-3	1	Brak wskazań (oceny)
Białystok					
A	11	9	2	0	0
B	9	5	3	0	1
C	6	2	1	2	1
Suwałki					
A	5	2	1	0	2
B	10	7	0	1	2
C	15	8	3	1	3
Hajnówka					
A	1	0	1	0	0
B	12	7	2	1	2
C	4	0	1	0	3
Grądy-Woniecko					
A	6	3	3	0	0
B	2	2	0	0	0
C	1	0	1	0	0
Przytuły Stare					
A	3	2	1	0	0
B	11	5	4	1	1
C	6	2	0	0	4
Czerwony Bór					
A	7	6	1	0	0
B	4	3	0	1	0
C	3	1	1	1	0

A – skazany brał udział w opracowaniu programu; B – skazany nie brał udział w opracowaniu programu;
C – skazani, którzy nie udzielili odpowiedzi dotyczącej ich udziału w opracowaniu programu

Źródło: badanie własne.

Podsumowując, należy stwierdzić, że indywidualne programy terapii mają charakter schematyczny z dwóch powodów: po pierwsze propozycje skazanych często nie są uwzględniane przez kadrę terapeutyczną, a po drugie sami skazani nie są skłonni i kreatywni w przedstawianiu konkretnych idei, które można by wdrożyć w stosowanych wobec nich indywidualnych programach terapeutycznych. Należy

zaznaczyć, że respondenci mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi jednocześnie, dotyczących sposobu ich partycypacji w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego. Stąd też, nie należy ich sumować ponieważ łączna ilość udzielonych odpowiedzi będzie wówczas większa aniżeli liczba ankietowanych.

Analizując poszczególne jednostki penitencjarne podlegające pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku najwyższy odsetek skazanych, którzy wzięli udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego i dokonali oceny jego skuteczności na 4-5 (w skali od 1 do 5⁸³⁸) występował w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze i wyniósł 85,71%. Dla porównania w Areszcie Śledczym w Suwałkach, w którym znajduje się oddział terapeutyczny przeznaczony dla skazanych uzależnionych od alkoholu, odsetek takich skazanych był znacznie niższy i wyniósł 40%. Co ważne, ani jeden z badanych skazanych, spośród tych którzy wzięli udział w opracowaniu indywidualnego programu terapii nie ocenił jej całkowicie negatywnie (na ocenę 1). Natomiast najwyższy procent skazanych spośród tych, którzy nie brali udziału w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego i ocenili go negatywnie (na ocenę 1) był również w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze i wyniósł 25% (por. tabela 54).

Warto zauważyć, że 22 respondentów, którzy wzięli udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego oceniło jego skuteczność na 4-5, co stanowi około 66,66%. Jednak 29 skazanych (co stanowi około 60,41% spośród osób, które nie brały udziału w opracowaniu programu terapii), oceniło jego skuteczność równie wysoko. Zatem różnica wyrażona w punktach procentowych w liczbie skazanych, którzy wzięli, a tymi którzy nie wzięli udziału w przygotowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, a jednocześnie ocenili tak samo wysoko jego skuteczność była niewielka i wyniosła jedynie 6,25 punktów procentowych. Z kolei udział osób, które nie wyraziły swojego stanowiska w kwestii ich partycypacji w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, choć oceniły jego skuteczność na 4-5 wyniósł około 37,14%. Wobec tego można wyciągnąć wniosek, że z punktu widzenia oceny skuteczności indywidualnego programu terapeutycznego w opinii skazanych, ich udział w jego opracowaniu nie jest kluczowy. Według badań przeprowadzonych przez A. Kwiecińskiego podejście to jest zbieżne z opinią

⁸³⁸ W zastosowanej skali 1 oznacza całkowity brak prowadzonych oddziaływań terapeutycznych, a 5 – pełną skuteczność terapii.

większości przedstawicieli kadry terapeutycznej, którzy twierdzą, że udział skazanego w przygotowaniu indywidualnego programu terapeutycznego nie jest konieczny⁸³⁹. Co za tym idzie obecnie nie ma potrzeby wprowadzenia modyfikacji obowiązujących regulacji prawnych, które dopuszczają wyłącznie fakultatywny udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego.

§ 5. RODZAJE ZAJĘĆ I METODY PRACY ZE SKAZANYMI UZALEŻNIONYMI OD ALKOHOLU W BADANYCH ODDZIAŁACH I POZA ODDZIAŁEM

Udział skazanego i jego indywidualne potrzeby określone na podstawie przeprowadzonych badań osobopoznawczych mają też istotne znaczenie w dostosowaniu rodzaju zajęć, metod i środków oddziaływania, którym zostanie poddany skazany. Należy uwzględnić:

- 1) harmonogram realizacji i czas trwania programu;
- 2) określenie sposobów pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu.
- 3) założenia merytoryczne i organizacyjne oraz szczegółowe cele programu;
- 4) metody i techniki oddziaływania;
- 5) harmonogram realizacji i czas trwania programu;
- 6) określenie sposobów pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu.

Przyjmuje się, że jest to korzystne zarówno dla skazanego, jak i dla prowadzącego terapię. Przeciwnego zdania jest 27,22% specjalistów. Uważają oni, że oddziaływania wobec skazanego można oprzeć na programie oddziału terapeutycznego, a indywidualne programy generują jedynie dodatkowe obowiązki biurokratyczne. Zauważalna jest różnica w rozkładzie odpowiedzi między psychologami a pozostałą grupą objętych badaniami specjalistów (głównie wychowawców). Ci pierwsi są w większym stopniu skłonni do rezygnacji z tej formy organizowania terapii, jaką są programy indywidualne.

Jak już wskazano na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku znajduje się tylko jedna jednostka penitencjarna, która posiada oddział terapeutyczny przeznaczony dla skazanych uzależnionych od alkoholu, z tego względu zdecydowana większość skazanych na terenie województwa podlaskiego

⁸³⁹ A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności ...*, s. 437.

odbywa karę pozbawienia wolności poza oddziałem terapeutycznym. W związku z tym wymieniona grupa skazanych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości⁸⁴⁰ podlega indywidualnemu programowi terapeutycznemu, który polega nie tylko na zastosowaniu krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej, lecz także na określeniu w miarę potrzeb innych oddziaływań koniecznych do rozwiązania problemów powstałych na skutek występowania uzależnienia od alkoholu. Ponieważ ustawodawca określił wyłącznie katalog niezbędnych elementów wchodzących w skład krótkiej interwencji, w związku z tym istnieje możliwość wprowadzenia innych działań nie wymienionych przez legislatora – zastosowanych wówczas jako *naturalia negotii*. Warto podkreślić, że skład terapii krótkoterminowej wchodzi m.in. cały program krótkiej interwencji (§21 ust. 3)⁸⁴¹, stąd też i w tym przypadku można wprowadzić inne elementy. Jako, że katalog możliwych do zastosowania oddziaływań jest rozbudowany w ramach przeprowadzonych badań zadano ankietowanym (wychowawcom i terapeutom) pytania dotyczące rodzajów zajęć i metody pracy ze skazanymi. W ankiecie przewidziano szereg odpowiedzi możliwych do wyboru wraz z prośbą o ich rangowanie od 1 do 10⁸⁴². Spośród badanych wychowawców (łącznie 44 osoby) tylko 11 (25% badanych) zdecydowało się dokonać podziału metod od najważniejszej do najmniej istotnej. Z tego powodu w analizie wyników badań zdecydowano się traktować odpowiedzi respondentów sumarycznie, biorąc pod uwagę to, którą z nich ankietowani wskazali najczęściej, a którą najrzadziej. I tak, najwięcej wychowawców – 39 (co stanowi 88,63% badanych) wyraziło opinię, że stosuje się przede wszystkim – kierowanie skazanych do właściwego systemu wykonywania kary. Jako drugie najistotniejsze działanie wychowawcy wskazali – utrzymywanie ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowanie ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym. Wymienione działanie podało 37 wychowawców (84,09% badanych). Warto zaznaczyć, że motywowanie skazanych do realizacji zadań jest zgodne z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi (§21 ust. 2, pkt.

⁸⁴⁰ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸⁴¹ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸⁴² Można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Zgodnie z przyjętą skalą 1 miało oznaczać działanie najpopularniejsze i najczęściej stosowane, zaś 10 metody wykorzystywane najrzadziej.

3)⁸⁴³. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono również, że 70,45% badanych (31 osób) organizowało zajęcia wzbudzające pożądaną aktywność u skazanych. Wydawałoby się, że aktywizowanie skazanych powinno być realizowane przez wszystkich wychowawców, tymczasem aktywizowanie skazanych potwierdziło 3/4 wychowawców. Mimo to można ten stan rzeczy uznać za zadowalający.

Tabela 55.

Oddziaływania wychowawcze stosowane wobec skazanych uzależnionych od alkoholu

Siedziba	Oddziaływania wychowawcze																	
	Tak																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Białystok	4	2	2	2	2	0	2	3	3	2	3	2	2	1	1	2	2	0
Suwałki	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Hajnówka	13	12	3	4	8	2	1	6	10	9	9	8	0	6	3	5	5	7
Grądy Woniecko	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
Przytuły Stare	8	8	4	2	8	1	2	7	7	8	3	3	0	3	4	3	2	3
Czerwony Bór	14	7	6	3	8	3	5	6	15	10	10	8	2	7	7	7	6	6
Suma	49	29	15	12	27	7	11	22	37	31	27	23	4	18	16	18	15	16

Legenda: 1 – kierowanie skazanych do właściwego systemu wykonywania kary; 2 – kierowania skazanych do właściwych zakładów i odpowiednich oddziałów w zakładach; 3 – odpowiednie rozmieszczenie skazanych w miejscach zakwaterowania, pracy i nauki; 4 – organizowanie grup wychowawczych; 5 – właściwy dobór grup wychowawczych do organizowanych zajęć; 6 – umożliwianie tworzenia zespołów skazanych; 7 – wizytacja cel mieszkalnych, miejsc pracy i nauki skazanych; 8 – egzekwowanie realizacji przez skazanych obowiązków wynikających z Kodeksu karnego wykonawczego; 9 – utrzymywanie ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowaniu ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznych; 10 – organizowanie zajęć wzbudzających pożądaną aktywność skazanych; 11 – wdrażanie skazanych do kształtowania poczucia odpowiedzialności, samokontroli i samodyscypliny; 12 – wspieranie kontaktów skazanych z osobami najbliższymi; 13 – podawanie w uzasadnionych przypadkach, do wiadomości innych skazanych decyzji dyrektora lub decyzji albo opinii komisji penitencjarnej, w szczególności, gdy są one wynikiem szczególnych osiągnięć i społecznie pożądanym postaw lub rażąco negatywnych zachowań; 14 – stwarzanie warunków sprzyjających utrzymywaniu pozytywnych relacji międzyludzkich; 15 – stwarzanie warunków sprzyjających zwracaniu się skazanych do przedstawicieli administracji zakładu z osobistymi prośbami, skargami, wnioskami i problemami; 16 – wskazywanie społecznie akceptowanych sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych; 17 – udzielanie pomocy skazanym w sytuacjach konfliktowych; 18 – łagodzenie antagonizmów i zapobieganie występowaniu wzajemnych szykan w środowisku skazanych

Źródło: badanie własne.

Natomiast najrzadziej w opinii wychowawców stosowano działania związane z kontrolą i z rozpoznawaniem zachowań skazanych. Ze szczególną rezerwą podchodzono przy tym do wizytowania cel. Tylko 15,90% badanych (7 osób) uznało,

⁸⁴³ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067); Zarządzeniu nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14.04.2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych §73 ust. 1 i §76 ust. 4.

że należy prowadzić wizytację cel mieszkalnych oraz miejsc pracy i nauki skazanych. Niewielki procent aktywności wychowawców potwierdzających stosowanie wizytacji może być spowodowany ogólną niechęcią skazanych do ustawicznej kontroli miejsc ich przebywania. Oprócz tego 4 wychowawców (tj. 9,09% badanych) stwierdziło, że w celu podbudowania emocjonalnego lub napiętnowania nagannych zachowań skazanych podaje się do wiadomości ogółu decyzję dyrektora lub decyzję albo opinię komisji penitencjarnej dotyczącą społecznie pożądaných zachowań i wyjątkowych osiągnięć skazanych, jak też zachowań rażąco negatywnych. Nie wykluczone, że niezbyt chętnie wychowawcy stosują ten rodzaj działania ze względów obyczajowych i praktycznych.

Również pracownicy terapii zajęciowej zatrudnieni w Areszcie Śledczym w Suwałkach odpowiedzieli w bardzo podobny sposób. Najczęściej stosowano organizowanie zajęć wzbudzających pożądaną aktywność u skazanych (zastosowanie jej wskazało 100% badanych) oraz utrzymywano ze skazanymi stałe kontakty wychowawcze (83,33 % badanych). Natomiast żaden z badanych terapeutów nie potwierdził, że ma miejsce podawanie w uzasadnionych przypadkach, do wiadomości innych skazanych decyzji dyrektora lub decyzji albo opinii komisji penitencjarnej dotyczącej zachowań skazanych.

Tabela 56.
Grupowe oddziaływania terapeutyczne poza oddziałem terapeutycznym

Siedziba	Grupowe oddziaływania terapeutyczne poza oddziałem terapeutycznym		
	Tak	Nie	Brak wskazań
Białystok	2	2	0
Hajnówka	6	2	5
Grądy	1	0	0
Przytuły	6	2	2
Czerwony Bór	2	8	5
Suma	17	14	12

Źródło: badanie własne.

Poza oddziałem dla skazanych uzależnionych od alkoholu można oprócz zajęć indywidualnych prowadzić również grupowe oddziaływania terapeutyczne. O takiej formie oddziaływań stanowi § 20 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości

(§20 ust. 2)⁸⁴⁴. Należy nadmienić, że organ stanowiący prawo wyraźnie wskazuje na jedynie możliwość prowadzenia grupowych oddziaływań, przy czym nie są one obowiązkowe. Wydaje się jednak, że ustawodawca przewidywał prowadzenie tej formy zajęć we wszystkich jednostkach penitencjarnych. Mimo tych założeń praktyka zweryfikowała jego intencje i kształtuje się inaczej. Co prawda 17 wychowawców zatrudnionych w 5 zakładach karnych i aresztach śledczych wskazało, że prowadzi grupowe oddziaływania terapeutyczne (39,59% badanych), to jednak 14 z nich (32,55%) podało, że nie stosuje tego rodzaju terapii. Zaś 12 wychowawców nie udzieliło żadnej odpowiedzi (27,90% badanych). Być może nie udzielono odpowiedzi z obawy, że nie prowadzono tej formy zajęć. Mają jednak świadomość, że brak jej stosowania jest niezgodny z założeniami przewidzianymi w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości (§20 ust. 2)⁸⁴⁵.

§ 6. WYBRANE PROGRAMY INDYWIDUALNEGO ODDZIAŁYWANIA NA SKAZANEGO

Terapia osób uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych różni się od tej w warunkach wolnościowych. Specyfika pracy w zakładach karnych z osobami uzależnionymi od alkoholu wynika przede wszystkim ze specyfiki miejsca oddziaływań oraz ze specyfiki samych pacjentów. Pociąga to za sobą konieczność prowadzenia terapii nieco różniącej się, od tej prowadzonej na wolności oraz wymusza tworzenie odmiennych ofert pracy z uzależnionymi, na co zwraca uwagę Beata Zajęcka⁸⁴⁶. Poza tym, jak podaje Jan Malec, znaczna część specjalistów opowiada się za rozpoczęciem terapii sześć miesięcy przed zakończeniem odbywania kary, niezależnie od wcześniejszej deklaracji skazanego o gotowości podjęcia leczenia⁸⁴⁷. Terapia bowiem w zakładzie ma za zadanie przysposobić osadzonego do funkcjonowania i radzenia sobie w warunkach wolnościowych. Dlatego okres między zakończeniem leczenia a zakończeniem odbywania kary nie może być zbyt długi. Również praca terapeutów w zakładach karnych ma swoje specyficzne cechy.

⁸⁴⁴ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸⁴⁵ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸⁴⁶ B. Zajęcka, *Terapia osób uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych*, „Pedagogika” 2008, t. 17, s. 130.

⁸⁴⁷ J. Malec, *Problematyka odwykowa w jednostkach penitencjarnych*, „Biuletyn RPO” 1998, nr 34.

Odpowiadają oni za ofertę profilaktyczną, efektywność oddziaływań, a zarazem za bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i jednostki penitencjarnej, w której pracują. Czynnikiem utrudniającym pracę terapeutyczną z osadzonymi jest niezaprzeczalnie fakt istnienia podkultury więziennej. Również sama terapia w zakładzie karnym posiada specyficzne cechy, stąd też w jednostkach penitencjarnych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku zgodnie z wyżej wskazane Rozporządzeniem poza oddziałem terapeutycznym stosuje się wobec skazanych uzależnionych od alkoholu krótką interwencję bądź terapię krótkoterminową.

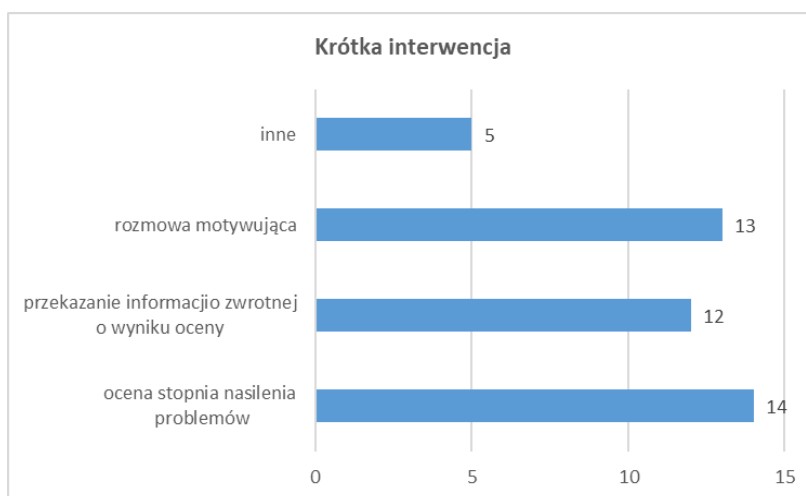
Tabela 57.
Oddziaływania terapeutyczne poza oddziałem terapeutycznym

Jednostka penitencjarna	Krótka interwencja				Brak wskazań
	ocena stopnia nasilenia problemów	przekazanie informacji zwrotnej o wyniku oceny	rozmowa motywująca	inne	
ZK Białystok	0	0	0	0	4
AŚ Hajnówka	4	2	4	1	7
ZK Grądy-Woniecko	1	1	1	1	0
ZK Przytuły Stare	5	5	4	1	4
ZK Czerwony Bór	4	4	4	2	10
Suma	14	12	13	5	25

Źródło: badanie własne.

Dane zawarte w powyższej tabeli obrazuje wykres 16.

Wykres 16. Krótka interwencja



Źródło: badanie własne.

W celu weryfikacji założeń ustawodawcy z praktyką, zasięgnięto opinii wychowawców w sprawie realizacji indywidualnego programu terapeutycznego w postaci krótkiej interwencji i terapii krótkoterminowej. Respondenci udzielając informacji potraktowali całościowo wymienione formy oddziaływania terapeutycznego. W badaniu tym nie brali udziału wychowawcy Aresztu Śledczego, jako że w jednostce tej nie prowadzi się terapii w formie krótkiej interwencji, ponieważ Areszt posiada oddział terapeutyczny. Z tego powodu łącznie przebadano 43 wychowawców. Z wypowiedzi badanych wychowawców, wynika że najczęściej stosowali ocenę stopnia nasilenia problemów wynikających z uzależnienia, która jest obowiązkowym elementem krótkiej interwencji. Ten element krótkiej interwencji wskazało 14 wychowawców, co stanowi 32,55%, zaś 13 wychowawców, tj. 30,23% prowadziło rozmowy motywujące skazanego do podjęcia terapii lub samodzielnej zmiany. Wychowawcy udzielali też odpowiednich wskazówek dotyczących zmiany zachowań wynikających z uzależnienia. Trzecim w kolejności najczęściej stosowanym elementem wchodzącym w skład krótkiej interwencji było przekazanie skazanemu informacji zwrotnej o wyniku oceny. Praktyczne zastosowanie tego czynnika podało 12 wychowawców (27,90%). Inne elementy krótkiej interwencji wykorzystywało 5 wychowawców (tj. 11,62% badanych) Niestety ponad połowa wychowawców – 25 osób (58,13%) nie wskazało żadnej odpowiedzi.

Ogólnie rzecz ujmując, ta część wychowawców, która wyraziła swoje stanowisko, podkreśliła że w badanych jednostkach penitencjarnych, oprócz Aresztu Śledczego w Białymstoku, prowadzi się oddziaływania terapeutyczne w postaci krótkiej interwencji, ale w ograniczonym zakresie. Nie wszyscy bowiem wychowawcy stosują wszystkie wymagane elementy, z których składa się krótka interwencja. Natomiast długość prowadzonych oddziaływań jest zgodna z założeniami ustawodawcy i obejmuje średnio od 3 do maksymalnie 5 sesji – jest to wartość zbliżona do minimalnej liczby spotkań terapeutycznych przewidzianej w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości (§21 ust. 1-3)⁸⁴⁸.

Niestety oddziaływań terapeutycznych w formie krótkiej interwencji i terapii krótkoterminowej nie stosuje się w Areszcie Śledczym w Białymstoku. Zaistniała

⁸⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

sytuacja budzi szereg uzasadnionych wątpliwości, zwłaszcza że jest to sprzeczne z obowiązującymi regulacjami prawnymi.

Należy dodać, że pytanie dotyczące kwestii ewentualnych grupowych oddziaływań terapeutycznych poza oddziałem było skierowane nie tylko do wychowawców i terapeutów (por. tabela 58), ale także do skazanych. Prowadzone rozważania nie dotyczyły sposobów i metod stosowanych oddziaływań, lecz miały na celu zweryfikowanie realizowanych wobec skazanych oddziaływań grupowych. Rezultaty uzyskane w toku dokonanych badań wskazują, że w zdecydowanej większości przypadków nie prowadzi się wobec skazanych grupowych oddziaływań terapeutycznych.

Tabela 58.
Realizacja grupowych oddziaływań penitencjarnych poza oddziałem

Grupowe oddziaływania penitencjarne poza oddziałem [dane liczbowe]					
Tak		Nie		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%
32	27,6	63	54,3	21	18,1

Źródło: badanie własne.

Spośród 116 badanych 95 osób udzieliło odpowiedzi, z tego 63 skazanych (66,31%), stwierdziło że nie stosuje się wobec nich grupowych oddziaływań terapeutycznych, zaś 32 respondentów (33,68%), wskazało że były wobec nich prowadzone tego typu oddziaływania.

Tabela 59.
Program oddziału terapeutycznego w opinii terapeutów Aresztu Śledczego w Suwałkach

Program oddziału terapeutycznego według terapeutów				
Założenia i cele programu	Metody i techniki	Harmonogram i czas trwania programu	Sposoby pomiaru efektywności programu	Inne
5	5	5	6	1

Źródło: badanie własne.

Niezwykle istotnym czynnikiem w przypadku prowadzenia oddziaływań terapeutycznych w oddziale terapeutycznym jest program tego oddziału. Z uwagi na to, że jedynym oddziałem terapeutycznym przeznaczonym dla skazanych uzależnionych od alkoholu w Województwie Podlaskim jest placówka w Suwałkach zasięgnięto opinii zatrudnionych tam terapeutów na temat programu tego oddziału. Realizowany w Areszcie Śledczym program terapeutyczny jest generalnie zgodny z wytycznymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości (§19 ust. 1)⁸⁴⁹ i obejmuje następujące aspekty: założenia i cele programu, metody i techniki, harmonogram i czas trwania programu, sposoby pomiaru efektywności programu i in.

Godne podkreślenia jest, że spośród badanych terapeutów Aresztu Śledczego w Suwałkach – 4 nie tylko potwierdziło, że stosowało przyjęte założenia i cele programu oddziału terapeutycznego, ale dodatkowo uszczegółowiło swoją odpowiedź o wskazanie podstaw teoretycznych realizowanego programu oddziału terapeutycznego (tabela 59). W przyjętych założeniach i celach programu oddziału według badanych terapeutów stosuje się koncepcje wywodzące się ze Stanów Zjednoczonych. Jest to koncepcja „psychologicznych mechanizmów uzależnienia” oparta na założeniach sformułowanych przez Jamesa Prochaska⁸⁵⁰ oraz Carlo DiClemente⁸⁵¹. W stworzonym przez nich modelu zmiany, kluczowe jest tzw. koło zmiany. Ich zdaniem istnieje bowiem od 4 do 6 etapów, które mają kształt koła. Osoby pragnące wyzwolić się z uzależnienia przechodzą przez kilka etapów na tym kole, tak jakby poruszali się razem z nim. Wskazuje się na następujące etapy:

- Etap wstępnej kontemplacji – oznacza, że dana osoba nadal nie uważa, że jest uzależniona i powinna dokonać zmiany w swoim życiu.
- Etap kontemplacji – na etapie kontemplacji osoba wreszcie uświadamia sobie problem, a jednocześnie odrzuca koncepcję zmiany.

Jeżeli problem dotyczy osoby uzależnionej od alkoholu może ona np. stwierdzić, że: „Nie sądzę, że mam problem z piciem. Może piję trochę za dużo, ale nie

⁸⁴⁹ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸⁵⁰ James O. Prochaska jest profesorem psychologii na University of Rhode Island. Autor i współautor publikacji na temat dynamiki zmian behawioralnych.

⁸⁵¹ Carlo DiClemente jest doktorem, na stanowisku „emerytowanego profesora” na University of Maryland, w Baltimore i zajmuje się uzależnieniami zmianą zachowań zdrowotnych.

sądzę, żebym pił więcej niż którykolwiek z moich przyjaciół. Mogę przestać pić, jeśli tylko mam na to ochotę”⁸⁵².

- Etap przygotowania – jest to pierwszy etap, w którym osoba realnie próbuje coś zmienić. Jeśli uda się wejść na **scenę akcji, zainicjuje to proces zmian. Jeśli jednak osoba tego nie dokona, powróci do etapu kontemplacji.**

- Etap działania – zwykle jest to etap, w którym pojawia się terapeuta. To tutaj ludzie zaczynają podejmować określone działania, które pomogą im się zmienić.

Celem na tym etapie jest stworzenie zmiany w problemie, który pragnie się rozwiązać.

- Etap utrzymania - **na tym etapie kluczowe jest utrzymanie już osiągniętych zmian i niedopuszczenie do nawrotów.**
- Nawrót – w przypadku nawrotów, **następnym zadaniem będzie powrót do koła. Zakłada się bowiem, że upadki i nawroty są całkowicie normalne, a nawet należy się ich spodziewać**⁸⁵³.

Oczywiście powyższy model dotyczy głównie prowadzenia terapii realizowanej w warunkach wolnościowych, jednak z powyższych badań wynika, że jest też stosowany przez terapeutów w terapii skazanych uzależnionych od alkoholu w izolacji penitencjarnej.

Ze zgromadzonego własnego materiału empirycznego wynika, że dwóch badanych terapeutów, zwróciło uwagę na stosowanie w programie oddziały terapeutycznego koncepcji Jerzego Mellibrudy⁸⁵⁴. Jest on jednym z autorów modelu terapii określanego jako „strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnień”, który obejmuje wskazania określające strategie planowania i ukierunkowania całego procesu psychoterapii. Zawiera również zalecenia kształtujące strukturę kolejnych sytuacji terapeutycznych i działania pacjenta oraz terapeuty w tych sytuacjach⁸⁵⁵.

⁸⁵² <https://pieknoumyslu.com/transteoretyczny-model-zmiany> (data wejścia 01.05.2021).

⁸⁵³ Ibidem.

⁸⁵⁴ Jerzy Mellibruda – był polskim psychologiem i psychoterapeutą, profesorem w Szkole Wyższej Psychologii społecznej, autor wielu artykułów dotyczących problematyki alkoholowej.

⁸⁵⁵ J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, 1997 r., nr 3 (28).

Jeden z terapeutów wskazał także na koncepcję Johna Norcrossa⁸⁵⁶, która jest bliźniacza do koncepcji J. Prochaski i C. DiClemente, w związku z czym nie wymaga szerszego omówienia.

Metody i techniki oddziaływania to kolejny istotny czynnik programu oddziały terapeutycznego. Terapeuci wskazywali, że ważnymi metodami jest psychoterapia indywidualna i grupowa. Poza tym wskazywano na mityngi AA oraz świadectwa trzeźwości. Jeden z terapeutów podkreślił wykorzystywanie wykładów i warsztatów. Poza tym zwrócono też uwagę na istotny udział społeczności terapeutycznej ART., tj. leczącej przez sztukę, która bazuje na dwóch równoważnych elementach: sztuce (twórczości) i terapii. Dzięki tej osoba może lepiej zrozumieć siebie oraz naturę swoich problemów i trudności. To z kolei może prowadzić do pozytywnej trwałej zmiany w jego postrzeganiu siebie, w aktualnych relacjach oraz ogólnie rozumianej jakości życia⁸⁵⁷.

Jeżeli chodzi o czas trwania programu i jego harmonogram, to terapeuci stwierdzali, że trwa on około 3 miesięcy. Jeden terapeuta podał 13 tygodni. W trakcie tych 3 miesięcy realizuje się 144 godziny zajęć grupowych, a także zajęcia indywidualne oraz warsztaty. Terapia indywidualna prowadzona jest raz w tygodniu, a zajęcia grupowe 5 dni w tygodniu. Jeden terapeuta nie wyraził swojego stanowiska.

W przedmiocie pomiaru efektywności terapii, ankietowani informowali, że realizują program ewaluacyjny zgodny z procedurami określonymi przez biuro CZSW. W ramach tej procedury jest prowadzona ocena przebiegu terapii, wypełnienia ankiety oraz kwestionariusza. Stosuje się też badania **typu pre-test i post-test**. Model badawczy pre-test i post-test jest jedną z ilościowych metod badawczych. Metoda ta polega na sprawdzeniu, czy zmienna niezależna (czynnik) miała wpływ na wyniki pomiaru zmiennej zależnej. Zastosowanie pomiaru pre-test i post-test polega na wykonaniu co najmniej dwukrotnej oceny danej zmiennej⁸⁵⁸.

W przypadku innych oddziaływań wskazano, że prowadzi się bieżące cotygodniowe zebrania kliniczne zespołu terapeutycznego analizujące przebieg udziału poszczególnych uczestników terapii.

⁸⁵⁶ John Norcross – psycholog kliniczny i psychoterapeuta na University of Scranton.

⁸⁵⁷ D. Edwards, *Art therapy*. London 2004.

⁸⁵⁸ https://www.naukowiec.org/wiedza/metodologia/pre-test-i-post-test_663.html (data wejścia: 01.05.2021).

Tabela 60.

Rodzaje oddziaływań terapeutycznych stosowane w oddziale i poza oddziałem

Rodzaje oddziaływań terapeutycznych stosowane w oddziale i poza oddziałem								
Zajęcia motywujące do utrzymania abstynencji	Nabywanie umiejętności sprzyjających utrzymaniu abstynencji	Zajęcia indywidualne	Zajęcia grupowe	Wykłady	prezentacje / projekcje filmów	Spotkania z grupą AA	Praca własna	inne
13	15	12	20	15	15	19	16	4

Źródło: badanie własne.

We wszystkich sześciu jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej, w toku przeprowadzonych badań naukowych podjęto problem rodzaju oddziaływań stosowanych wobec skazanych, takich jak: zajęcia indywidualne, wykłady, czy prezentacje multimedialne. Respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi, ponieważ stosuje się wobec nich różne rodzaje oddziaływań terapeutycznych. Ankietowani, generalnie nie wyróżnili najczęściej stosowanych oddziaływań stwierdzili, że niemal wszystkie były wykorzystywane w podobnym stopniu.

Z analizy wskazanych oddziaływań terapeutycznych spośród 116 skazanych – tylko 13 osób (tj. 11,20 %) podkreśliło udział, w zajęciach motywujących do utrzymania abstynencji. Natomiast 19 (16,37%) respondentów uczestniczyło w spotkaniach grup AA, w czasie których uświadamia się skazanych czym jest alkoholizm i jakie są jego skutki. Podobna liczba skazanych stwierdziła, że prowadzi się wobec nich zajęcia służące nabywaniu umiejętności sprzyjających utrzymaniu abstynencji – 15 osób (12,93%). Ważnym elementem terapii są także zajęcia indywidualne, jak i grupowe. Tu jednak można zaobserwować pewną rozbieżność odpowiedzi – 20 skazanych (17,24%) wskazało stosowanie zajęć grupowych, zaś 12 (10,34%) wyeksponowało prowadzenie wobec nich zajęć indywidualnych. Oprócz tego ważnymi formami oddziaływań terapeutycznych są prezentacje, projekcje filmów i wykłady. Zastosowanie ich potwierdziło odpowiednio do wymienionych rodzajów oddziaływań – po 15 skazanych (12,93%). O wykorzystywaniu pracy własnej, o nastawieniu autotelicznym, sprzyjającej własnemu rozwojowi – zaświadczyło 16 skazanych (13,79%). Tylko 4 osoby (3,44%) wymieniły inne rodzaje oddziaływań terapeutycznych poza wcześniej omówionymi (tabela 60).

§ 7. MOTYWACJA I STOPIEŃ ZAANGAŻOWANIA SKAZANYCH W OPRACOWANIU INDYWIDUALNYCH PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH

Ze względu na to, że procesy motywacyjne ukierunkowują zachowanie jednostki na osiągnięcie określonych celów, z tego względu ważne było ustalenie podjętych przez wychowawców i terapeutów działań mających znaczenie dla realizacji indywidualnych programów terapeutycznych. Aby wzmacniać intensywność tych działań wychowawcy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości mają obowiązek utrzymywania ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowania ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym⁸⁵⁹.

Tabela 61.
Motywacja do realizacji zadań

Siedziba	Motywacja do realizacji zadań			
	A	B	C	Brak wskazań
Białystok	0	0	0	4
Suwałki	0	0	0	1
Hajnówka	2	4	0	7
Grądy-Woniecko	1	0	1	0
Przytuły	0	7	0	3
Czerwony Bór	0	4	2	9
Suma	3	15	3	24

Legenda: A – poprzez rozmowy; B – obserwacja; C – przyznawanie nagród

Źródło: badanie własne.

Z przeprowadzonych badań jednak wynika, że nie wszyscy stosują się wprost do treści wyżej wskazanego Rozporządzenia. Spośród badanych aż 15 wychowawców (34,09%) utrzymuje bierny kontakt ze skazanymi – wyłącznie poprzez obserwację zachowań skazanego. Jedynie 3 wychowawców (6,81%) wskazało, że utrzymuje kontakt w formie indywidualnych rozmów ze skazanymi i też 3 wychowawców zadeklarowało, że motywuje skazanych do realizacji określonych zadań poprzez przyznawanie nagród. Zastanawiające jest, że aż 24 wychowawców (54,54% badanych) nie wypowiedziało się w tej sprawie (por. tabela 61). Wydaje się, że przynajmniej część z nich nie zajęła stanowiska w sprawie kontaktów

⁸⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

wychowawczych ze skazanymi, ponieważ w rzeczywistości nie podtrzymuje ich, przez co nie dopełnia obowiązków przewidzianych w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości⁸⁶⁰. Z dezaprobatą należy też odnotować fakt, że ponad 1/3 wychowawców, wyłącznie w sposób bierny – w postaci obserwacji utrzymywała kontakty wychowawcze ze skazanymi. Trzeba jednak nadmienić, że w Rozporządzeniu z 2003 r. nie sprecyzowano w jaki sposób powinno się realizować sposób utrzymywania ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowania ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym⁸⁶¹. Z uwagi na obecną interpretację obowiązujących przepisów należałoby poddać pod rozwagę ich ewentualną nowelizację, w celu zobligowania wychowawców do aktywnego utrzymywania kontaktów wychowawczych i motywowania skazanych do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym.

Kwestia motywowania skazanych jest tym bardziej godna rozważenia i uszczegółowienia przepisów w tym zakresie, że wśród badanych skazanych zaledwie około 22% przed wykonaniem kary podejmowało próbę wyjścia z nałogu, co potwierdza konieczność zintensyfikowania działań związanych z procesem motywowania skazanych do podjęcia leczenia odwykowego.

Tabela 62.
Próba samodzielnego wyjścia z alkoholizmu

Siedziba jednostki penitencjarnej	Próba samodzielnego wyjścia z alkoholizmu		
	Tak	Nie	Brak wskazań
Białystok	10	14	2
Suwałki	5	22	3
Hajnówka	2	14	1
Grądy-Woniecko	1	8	0
Przytuły Stare	6	13	1
Czerwony Bór	2	12	0
Suma	26	83	7

Źródło: badanie własne.

⁸⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).

⁸⁶¹ Ibidem.

Potrzeba motywowania skazanych jest tym większa, że skazani borykają się też z różnorodnymi problemami natury emocjonalnej, psychologicznej czy duchowej, które także zniechęcają do podjęcia aktywności związanej z wyjściem z nałogu. Spośród 116 skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w badanych jednostkach penitencjarnych, aż 83 z nich (71,55%) stwierdziło, że nie zwracało się z prośbą o pomoc do żadnej instytucji specjalistycznej oraz osób cieszących się społecznym zaufaniem, jak: lekarz, psycholog lub duchowny. Zaledwie 26 ankietowanych (tj. 22,41%), potwierdziło że korzystało z wyżej wskazanych form pomocy. Spośród badanych tylko 7 osób nie udzieliło odpowiedzi (6,03%). (por. tabela 62).

Gotowość skazanego do udziału w oddziaływaniach terapeutycznych jest bardzo ważnym elementem w procesie wykonywania kary. Zgodnie z przepisami istnieją dwie możliwości prowadzenia oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu, biorąc pod uwagę ich gotowość i chęć do prowadzenia oddziaływań leczniczych – rehabilitacyjnych: skazani mogą dobrowolnie wyrazić zgodę na terapię albo – w przypadku jej braku – mogą zostać przymusowo skierowani do systemu terapeutycznego na wniosek sądu orzekającego lub penitencjarnego. Z przeprowadzonych badań w jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, wynika że większa część wychowawców prowadzi oddziaływania w systemie terapeutycznym wobec skazanych, którzy dobrowolnie biorą w nim udział. Warto nadmienić, że udział skazanych w systemie terapeutycznym jest zbieżny z wynikami w Polsce dotyczącymi dobrowolnego udziału skazanych uzależnionych od alkoholu w systemie terapeutycznym jest zbieżny. Liczba skazanych uzależnionych od alkoholu, objętych oddziaływaniami terapeutycznymi we wszystkich oddziałach terapeutycznych w kraju wynosiła – 4951. Z tego przymusowo do systemu terapeutycznego zostało skierowanych 460 skazanych (9,29%), zaś pozostała część – 4491 skazanych (90,70%) odbywało karę w systemie terapeutycznym dobrowolnie⁸⁶².

W przypadku wychowawców jednostek penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku aż 14 (tj. 31,81% badanych)

⁸⁶² Dane autora pozyskane na jego wniosek z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, opracowanie wykonane przez B. Adamczewską – starszy specjalista, stan na 19.02.2021. Odnośna korespondencja znajduje się w posiadaniu autora.

zdeklarowało, że prowadzi oddziaływania głównie wobec skazanych, którzy sami wyrazili na to zgodę. Zaś 9 wychowawców (tj. 20,45%), stwierdziło że prowadzi terapię wobec skazanych skierowanych przymusowo do systemu terapeutycznego (por. tabela 63). Należy dodać, że wychowawcy niejednokrotnie wskazywali, że prowadzą oddziaływania terapeutyczne zarówno wobec skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego dobrowolnie jak i przymusowo. Jednakże znaczny odsetek wychowawców nie wyraził swojej opinii (61,36%). Można przypuszczać, że prowadzą oni oddziaływania głównie wobec skazanych przymusowo skierowanych do systemu terapeutycznego. Być może prowadzenie oddziaływań wobec takich skazanych jest trudniejsze i wymaga więcej zaangażowania, a czasem skazani w ogóle odmawiają realnej współpracy. Niewykluczone, że z tego powodu wychowawcy nie chcieli uzewnętrznić swojego stanowiska w tej sprawie.

Tabela 63.

Oddziaływania wychowawców wobec skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego pod przymusem i dobrowolnie

Siedziba jednostki penitencjarnej	Czy wychowawcy prowadzą oddziaływania wobec skazanych dobrowolnie czy pod przymusem		
	Dobrowolnie	Pod przymusem	Brak wskazań
Białystok	1	1	3
Suwałki	0	0	1
Hajnówka	5	2	8
Grądy-Woniecko	1	0	0
Przytuły	3	3	7
Czerwony Bór	4	3	10
Suma	14	9	27

Źródło: badanie własne.

Należy podkreślić, że wszyscy terapeuci zatrudnieni w Areszcie Śledczym w Suwałkach prowadzili oddziaływania wobec skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego zarówno dobrowolnie, jak i przymusowo (tabela 64).

Tabela 64.

Oddziaływania terapeutów wobec skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego pod przymusem i dobrowolnie

Siedziba jednostki penitencjarnej	Czy terapeuci prowadzą oddziaływania wobec skazanych dobrowolnie czy pod przymusem		
	Dobrowolnie	Pod przymusem	Brak wskazań
Suwałki	6	6	0

Źródło: badanie własne.

Leczenie uzależnienia jest procesem rozbudowanym i żmudnym – wymaga czasu i poświęcenia zarówno ze strony terapeuty, jak i osoby uzależnionej. Jednak samo podjęcie decyzji o leczeniu jest niezwykle istotne. Najczęstszą trudnością w terapii jest brak motywacji skazanego do podjęcia leczenia, a co za tym idzie, brak chęci do porzucenia nałogu i ciągłe zaprzeczanie chorobie⁸⁶³. Ze względu na to, że już samo wyrażenie zgody skazanego na poddanie się leczeniu, w sposób bardzo znaczący zwiększa jego szansę na wyjście z uzależnienia, poddano gruntownej analizie stan gotowości skazanych do udziału w oddziaływaniach terapeutycznych. Spośród badanych skazanych (116 osób) wyraziło dobrowolną zgodę na oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne 83 (71,55%), zaś przymusowo zostało objętych oddziaływaniami 20 skazanych (17,24%). Natomiast 13 skazanych (11,20%) nie zajęło stanowiska w tej kwestii. Uzyskane wyniki są porównywalne z danymi krajowymi. W Polsce bowiem z 4951 uzależnionych od alkoholu chęć terapii wyraziło 4491 (co stanowi 90,70%). Podobnie odsetek osób, które nie wyraziły zgody również był niewielki i wynosił 460 skazanych (9,29%)⁸⁶⁴.

⁸⁶³ <https://twojewsparcie.pl/motywacja-do-podjecia-leczenia-odwykowego> (data wejścia: 13.04.2021).

⁸⁶⁴ Dane autora pozyskane na jego wniosek z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, opracowanie wykonane przez B. Adamczewską – starszy specjalista, stan na 19.02.2021. Odnośna korespondencja znajduje się w posiadaniu autora.

Tabela 65.

Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych z uwzględnieniem typu zakładu i poprzedniej karalności

Udział w terapii		Zamknięty			Otwarty			Półotwarty		
		Karany po raz pierwszy	Recydywista	Brak wskazań	Karany po raz pierwszy	Recydywista	Brak wskazań	Karany po raz pierwszy	Recydywista	Brak wskazań
dobrowolny	lb	16	19	1	0	1	0	32	9	5
	%	13,8	16,4	0,9	0,0	0,9	0,0	27,6	7,8	4,3
pod przymusem	lb	3	4	0	0	1	0	11	1	0
	%	2,6	3,4	0,0	0,0	0,9	0,0	9,5	0,9	0,0
brak wskazań	lb	2	3	1	0	0	1	0	6	0
	%	1,7	2,6	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	5,2	0,0
Razem	lb	21	26	2	0	2	1	43	16	5
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Źródło: badanie własne.

Na pokreślenie zasługuje fakt że gotowości skazanych do udziału w oddziaływaniach terapeutycznych. Ze względu na typ zakładu karnego, w jednostkach typu zamkniętego 36 skazanych (73,46%) wyraziło chęć objęcia ich oddziaływaniami. Zgody takiej nie wyraziło tylko 7 skazanych (14,28%). Natomiast wśród skazanych przebywających w zakładach karnych typu półotwartego chęć do uczestniczenia w terapii zadeklarowało 46 skazanych (71,87%), ale przeciwnych było 12 (18,75%) osób (tabela 65).

Można, więc wyciągnąć wniosek, że typ zakładu karnego, w którym przebywają skazani co do zasady nie wpływa na gotowość skazanego do udziału w terapii. Niewielka jest bowiem różnica w punktach procentowych pomiędzy skazanymi przebywającymi w zakładzie karnym typu zamkniętego, którzy dobrowolnie poddali się terapii a skazanymi w zakładzie karnym typu półotwartego, także dobrowolnie uczestniczącymi w terapii – i wynosi około 1,59 punktów procentowych.

Nie ma też większego znaczenia, czy skazany jest recydywistą penitencjarnym, czy też osobą pierwszy raz karaną z punktu widzenia chęci skazanych do objęcia ich terapią. Różnica wyrażona w punktach procentowych pomiędzy pierwszy raz karanymi a recydywistami biorąc pod uwagę wyłącznie osoby, które dobrowolnie wyraziły chęć prowadzenia wobec nich oddziaływań w systemie terapeutycznym wyniosła 9,1 punktów procentowych. Natomiast różnica pomiędzy recydywistami

a osobami skazanymi po raz pierwszy, którzy nie wyrazili chęci leczenia wyniosła 8,24 punktów procentowych.

Na marginesie można dodać, że wśród skazanych przebywających w zakładzie karnym typu otwartego, jeden skazany wyraził dobrowolnie chęć objęcia go leczeniem, jeden był przeciwny i skierowano go do terapii przymusowo, zaś kolejny nie wyraził swojego stanowiska.

Wychowawcy stwierdzili podobnie jak skazani, że prowadzą oddziaływania głównie wobec skazanych skierowanych dobrowolnie do systemu terapeutycznego (14 osób spośród tych, którzy udzielili odpowiedzi, tj. 60,86%).

Weryfikacja oddziaływań zawartych w indywidualnym programie terapeutycznym jest nieodłącznym elementem towarzyszącym jego realizacji. Zgodnie z Rozporządzeni Ministra Sprawiedliwości z 2003 r. indywidualny program terapeutyczny powinien być aktualizowany w zależności od pojawiających się potrzeb.

Z przeprowadzonych wieloaspektowych badań dotyczących dostosowywania wykonywania kary do wymogów określonych w Kodeksie karnym wykonawczym wynika, że wychowawcy w zasadzie starają się weryfikować indywidualny program terapeutyczny do potrzeb związanych z wykonywaniem kary.

Tabela 66.
Aktualizacja programu terapeutycznego

Jednostka penitencjarna	Aktualizacja programu terapeutycznego			
	Tak	Nie (dlaczego)		Brak wskazań
		A	B	
Białystok	0	0	1	3
Suwałki	0	0	0	1
Hajnówka	2	1	3	7
Grądy-Woniecko	0	1	0	0
Przytuły Stare	3	1	0	6
Czerwony Bór	2	3	0	10
Suma	7	6	4	27

Legenda: A – odbywanie kary w poza oddziałem terapeutycznym w formie, krótkiej interwencji;
B – program na czas trwania terapii był wcześniej określony

Źródło: badanie własne.

Spośród badanych wychowawców jedynie 7 (15,90%) uznało istnienie potrzeby zaktualizowania indywidualnego programu terapeutycznego. Pozostałe osoby, które wyraziły swoje stanowisko w tej sprawie, nie aktualizowały go, ponieważ skazani odbywali karę poza oddziałem terapeutycznym w formie krótkiej interwencji i nie było przestrzeni do jego uaktualnienia. Taka przyczyna braku aktualizacji indywidualnego programu terapeutycznego została wskazana przez 6 wychowawców, tj. (13,63%). Z kolei 4 wychowawców (9,09%) stwierdziło, że nie było potrzeby aktualizacji programu, ponieważ został on opracowany na ustalony czas trwania terapii. Niestety aż 27 pracowników badanych jednostek penitencjarnych prowadzących oddziaływanie terapeutyczne (61,36%) nie udzieliło żadnej odpowiedzi (tabela 66). Można uznać, że w opinii wymienionej grupy respondentów, kwestia aktualizacji indywidualnego programu terapeutycznego nie była na tyle istotna, aby sprowokować do przemyślenia tego zagadnienia.

Tabela 67.

Opinie wychowawców w zakresie dostosowywania wykonywania kary do wymagań określonych w kkw z 1997 r.

Dostosowywanie kary do wymagań w zakresie:		Siedziba jednostek penitencjarnych						
		Białystok	Suwałki	Hajnówka	Grądy-Woniecko	Przytuły Stare	Czerwony Bór	
Leczenia	A	2	1	3	0	3	1	10
	B	0	0	2	0	1	0	3
	C	0	0	0	0	0	1	1
Zatrudnienia	D	0	0	1	0	0	0	1
	E	1	1	3	0	2	1	8
	F	1	0	1	0	0	0	2
Nauczania	G	0	1	1	0	1	2	5
	H	2	0	1	0	2	0	5
	I	0	0	2	0	0	0	2
Wymagań higieniczno-sanitarnych	J	2	0	1	0	1	0	4
	K	0	1	1	0	1	1	4
	L	0	0	1	0	1	1	3

Legenda: A – konsekwentne leczenie, B – konsekwentna psychoterapia, C – określenie stanu zdrowia, D – wykształcenie, E – wykonywany zawód, F – zainteresowania, G – kontynuowanie nauki, H – udział w kursach zawodowych, I – informacje o innych możliwościach edukacyjnych, J – odpowiednie wyżywienie, K – temperatura pomieszczenia, L – odpowiednie oświetlenie.

Źródło: badanie własne.

We wszystkich jednostkach penitencjarnych - zarówno w zakładach karnych jak i aresztach śledczych wykonywanie kary dostosowuje się do określonych wymagań w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higieniczno-sanitarnych zawartych w Kodeksie karnym wykonawczym z 1997 r. (art. 97 §2)⁸⁶⁵. Aby dokonać rzetelnej weryfikacji wymagań określonych w Kodeksie postawiono respondentom szereg pytań. Respondenci m.in. odpowiadali na pytanie dotyczące dostosowywania wykonywania kary do potrzeb w zakresie leczenia. Spośród 44 wychowawców, swoje stanowisko wyraziło 14 z nich (31,81%), z tego 10 stwierdziło, że dokonuje się wśród skazanych konsultacji lekarskich (71,42%). Natomiast 3 wychowawców (21,42%) uznało, że przeprowadza się wyłącznie konsultacje psychologiczne (tabela 67). Tylko jeden wychowawca (7,14%) określił, że dokonuje się wyłącznie oceny stanu zdrowia skazanego. Niektórzy wychowawcy postulowali, aby dostosowywanie wykonywania kary w zakresie leczenia zostało uzupełnione o konsultacje lekarskie.

Natomiast opinię w kwestii dostosowywania wykonywania kary w zakresie zatrudnienia wyraziło 11 wychowawców (25%), 8 z nich (72,72%) stwierdziło, że należy uwzględnić przede wszystkim wykonywany zawód. Tylko 2 osoby (18,18%) zwróciły uwagę na zainteresowania skazanych. Jeden wychowawca (9,09%) uznał, że ważnym czynnikiem w dostosowywaniu wykonywania kary w zakresie zatrudnienia jest wykształcenie skazanych. Opinia ta jest niezwykle zasadna. Zatrudnienie bowiem skazanego zgodnie z jego wykształceniem pozwoliłoby na lepsze wykorzystanie jego wiedzy, kompetencji i umiejętności.

Kolejnym dosyć istotnym czynnikiem dostosowywania wykonywania kary do wymogów ustawowych jest nauczanie. Swoją opinię w tym zakresie wyraziło 12 wychowawców (27,27% badanych). Pięciu z nich uznało, że karę dostosowuje się albo poprzez kontynuowanie dotychczasowej nauki skazanych albo poprzez organizowanie wszelkiego rodzaju kursów zawodowych (41,66%). Natomiast dwóch respondentów stało na stanowisku, że wystarczające jest udzielenie skazanym informacji edukacyjnej (16,66%). Z uwagi na zaistniałą ogólnoswiatową epidemię szczególnie istotne jest dostosowywanie kary nie tylko w zakresie leczenia, zatrudniania, czy nauczania, lecz przede wszystkim w przedmiocie wymagań higieniczno-sanitarnych. W tym aspekcie wypowiedziało się 11 wychowawców

⁸⁶⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

(25% badanych). Ich opinie były bardzo zbliżone. Po 4 wychowawców stwierdziło, że należy konsekwentnie zwracać uwagę na odpowiednie żywienie skazanych, a także kontrolować temperaturę panującą w celach i innych pomieszczeniach, w których przebywają osoby odbywające karę pozbawienia wolności. Jedynie 3 pracowników (27,27%) zwróciło uwagę na odpowiednie oświetlenie.

Tabela 68.

Opinie terapeutów w zakresie dostosowywania wykonywania kary do wymagań określonych w kkw z 1997 r.

Opinie terapeutów w zakresie dostosowywania wykonywania kary do wymagań określonych w kkw z 1997 r.												
Siedziba	Dostosowywanie kary do potrzeb w zakresie:											
	leczenia			zatrudnienia			nauczania			wymagań higieniczno-sanitarnych		
Suwałki	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
		3	0	0	0	2	0	1	0	1	4	0

Legenda: A – Konsultacje lekarskie; B – Konsultacje psychologiczne; C – Określenie stanu zdrowia skazanego; D – Wykształcenie; E – Wykonywany zawód; F – Zainteresowania; G – Kontynuowanie nauki; H – kursy; I – Informacja Edukacyjna; J – Wyżywienie; K – Temperatura; L – Oświetlenie

Źródło: badanie własne.

Spośród terapeutów zatrudnionych w Areszcie Śledczym w Suwałkach, 3 z nich (50%) wypowiedziało się w przedmiocie dostosowywania wykonywania kary w zakresie leczenia wskazując wyłącznie na konieczność dokonywania konsultacji lekarskich. Dwóch pracowników zauważyło, że ważnym elementem w zatrudnieniu skazanego jest jego zawód wykonywany przed osadzeniem. Jeżeli chodzi o aspekt dostosowania wykonywania kary do wymagań edukacyjnych, swoją opinię wyraziło 2 terapeutów, zwracając szczególną uwagę na kontynuowanie nauki albo na udzielanie skazanym informacji edukacyjnej (por. tabela 68). Natomiast w przypadku wymagań higieniczno-sanitarnych, 4 terapeutów uznało, że karę dostosowuje się szczególnie poprzez zapewnienie odbywającym karę zbilansowanych i zróżnicowanych racji żywieniowych. Żaden z ankietowanych nie odniósł się do kwestii właściwej temperatury pomieszczeń i oświetlenia w celach.

Tabela 69.

Kryteria zwalniające z wymogu prowadzenia oddziaływań terapeutycznych w opinii wychowawców

Siedziba jednostki penitencjarnej	Kiedy według wychowawców skazani nie wymagają już prowadzenia oddziaływań terapeutycznych			
	A	B	C	Brak wskazań
Białystok	2	0	1	1
Hajnówka	0	0	3	10
Przytuły Stare	3	3	2	2
Czerwony Bór	3	3	2	7
Grądy-Woniecko	0	1	0	0
Suwałki	0	0	0	1
Suma	8	7	8	21

Legenda: A – w wyniku decyzji personelu; B – po realizacji programu; C – w wyniku sporządzonej oceny

Źródło: badanie własne.

Zgodnie z art. 97 §3 kkw (art. 97 §3)⁸⁶⁶ prowadzenie oddziaływań specjalistycznych jest istotą programu terapii stosowanego wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. Mimo, to system terapeutyczny w swoim pierwotnym założeniu ma charakter przejściowy, a zatem skazani odbywają w nim karę tylko przez określony czas dostosowany indywidualnie do każdego skazanego. Po jego upływie wychowawca podejmuje decyzję w sprawie dalszej terapii kierując się różnymi kryteriami. W celu ich zweryfikowania, zapytano wychowawców – na podstawie jakich kryteriów podejmują decyzję o zakończeniu terapii?

Wychowawcy mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi jednocześnie (uwzględnionych w tabeli jako A, B i C) z tego powodu nie należy ich sumować, ponieważ łączna ich liczba jest większa niż liczba ankietowych. Spośród ankietowanych wychowawców (18,18%) stwierdziło, że zakończenie oddziaływań terapeutycznych następuje na podstawie decyzji personelu. Również 8 wychowawców wskazało, że zakończenie terapii może nastąpić w wyniku sporządzonej w tej sprawie oceny. Natomiast 7 wychowawców (15,90%) stwierdziło, że zasadniczym powodem, do zakończenia terapii jest zrealizowanie w całości indywidualnego programu terapeutycznego. Niestety spośród badanych wychowawców aż 21 (47,72%) nie wyraziło swojej opinii (tabela 69).

⁸⁶⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).

Tabela 70.

Kryteria zwalniające z wymogu prowadzenia oddziaływań terapeutycznych w opinii terapeutów

Siedziba jednostki penitencjarnej	Kiedy według wychowawców skazani nie wymagają już prowadzenia oddziaływań terapeutycznych			
	A	B	C	Brak wskazań
Suwałki	4	1	2	0

Źródło: badanie własne.

Wśród terapeutów zatrudnionych w Areszcie Śledczym w Suwałkach 4 z nich (66,66%) wskazało, że brak konieczności prowadzenia oddziaływań stwierdza się głównie w oparciu o decyzję personelu. Dwóch pracowników (33,33%) wskazało na wiodącą rolę sporządzonej oceny, zaś jeden terapeuta stwierdził, że zakończenie oddziaływań następuje w wyniku zrealizowania programu terapeutycznego (tabela 70).

Tabela 71.

Zmiany w oddziaływaniach terapeutycznych w opinii skazanych

Siedziba jednostki penitencjarnej	Zmiany w oddziaływaniach terapeutycznych w opinii skazanych						
	Działanie 1	Działanie 2	Działanie 3	Działanie 4	inne	Nie	Brak wskazań
Białystok	0	1	0	0	4	9	12
Suwałki	0	0	0	0	5	8	17
Hajnówka	0	1	0	0	2	6	8
Grądy-Woniecko	0	0	0	1	2	3	3
Przytuły Stare	1	1	1	0	0	6	11
Czerwony Bór	1	0	0	1	0	3	9
Suma	2	3	1	2	13	35	60

Legenda: Działanie 1 – rozmowa informacyjna; Działanie 2 – więcej terapii indywidualnej; Działanie 3 – więcej nagród; Działanie 4 – spotkania AA

Źródło: badanie własne.

W celu zwiększenia efektywności oddziaływań terapeutycznych i uzyskania informacji dotyczących ewentualnych zmian w funkcjonowaniu systemu terapeutycznego podjęto starania o pozyskanie w tej sprawie opinii skazanych. Niestety ponad połowa badanych skazanych (60 osób, tj. 51,72%) nie wyraziła swojego stanowiska. Tym niemniej spośród 116 ankietowanych 35 z nich (30,17%), uznało że nie wprowadziłoby żadnych modyfikacji. Być może część z nich bała się szczerze wypowiedzieć w tej sprawie, w obawie przed negatywną reakcją wychowawców. Z kolei 3 skazanych (2,58%) zaproponowało więcej terapii

indywidualnej, przez co zapewne należy rozumieć częstsze spersonalizowane zajęcia, dostosowane osobiście do każdego skazanego. Jednocześnie po 2 skazanych (1,72%) preferowało odpowiednio: więcej spotkań w grupach Anonimowych Alkoholików lub większą ilość rozmów informacyjnych. Tylko jeden skazany (0,86%) postulował wprowadzenie większej ilości nagród. Co ciekawe, 13 skazanych wypowiedziało się w inny sposób aniżeli wskazano w tabeli 71. Niektórzy z nich wątpili w sensowność terapii, zaś inni uważali nawet, że nieuzasadnione jest proponowanie jakichkolwiek zmian, ponieważ zgłoszone propozycje niekoniecznie zostałyby uwzględnione.

Kilka osób odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym sformułowało merytoryczne propozycje. Wskazano m.in. potrzebę lepszego podejścia do skazanych oraz zmniejszenie liczebności grup terapeutycznych. Kolejny skazany zasugerował częstsze prezentowanie różnorodnych filmów instruktażowych. O dziwo, niektórzy skazani w odpowiedzi na zadane im pytanie dotyczące wprowadzenia zmian, zamiast udzielenia odpowiedzi pisali, że nie chcą się leczyć, dlatego, że nie są alkoholikami. W ten sposób wypierali ze swojej świadomości fakt bycia uzależnionymi. Pojawiła się także propozycja respondentów, aby położyć większy nacisk na motywowanie skazanych do realizacji oddziaływań terapeutycznych. Jeden z ankietowanych wyraził także swój sprzeciw wobec obecnie realizowanych przymusowych oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych, którzy nie wyrazili na nie uprzednio dobrowolnej zgody. Zdarzały się także propozycje, które można by uznać za co najmniej dziwne, a nawet humorystyczne, jak choćby idea wprowadzenia wariografu stosowanego wobec skazanych uzależnionych od alkoholu⁸⁶⁷.

Podsumowując, można uznać, że skazani są zadowoleni z oddziaływań realizowanych w ramach aktualnego systemu terapeutycznego wykonywania kary. Świadczy o tym dość wysoka ocena dotychczasowej terapii dokonana przez skazanych. Poza tym zdecydowana większość skazanych (81,89%) nie wyraziła swojego zdania lub uznała, że nie wprowadziłaby żadnych modyfikacji do obecnie realizowanych oddziaływań. Była też grupa skazanych, która zaproponowała konkretne zmiany, niektóre z nich wydają się być naprawdę godne rozważenia, jak chociażby rezygnacja z przymusowych oddziaływań resocjalizacyjnych i rehabilitacyjnych oraz zmniejszenie liczebności grup terapeutycznych.

⁸⁶⁷ Badania własne.

§ 8. OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII PROWADZONEJ WOBEC SKAZANYCH

Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych w opinii wychowawców i terapeutów jest konieczna i przydatna dla celów budowania efektywnych programów terapeutycznych.

Tabela 72.

Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych

Siedziba jednostki penitencjarnej	Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych					
	Skala ocen					Brak wskazań
	1	2	3	4	5	
Białystok	0	0	3	0	0	1
Suwałki	0	0	1	0	0	0
Hajnówka	0	1	5	5	0	2
Grądy-Woniecko	0	0	0	1	0	0
Przytuły	0	2	4	1	1	2
Czerwony Bór	1	3	4	2	0	5
Suma	1	6	17	9	1	10

Źródło: badanie własne.

Kluczowym zagadnieniem w badaniach dotyczących systemu terapeutycznego jest weryfikacja skuteczności prowadzonych oddziaływań w opinii wychowawców i terapeutów. Ich oceny bowiem świadczą o efektywności stosowanych oddziaływań terapeutycznych. Badani pracownicy mogli dokonać oceny skuteczności prowadzonych oddziaływań w oparciu o skalę liczbową – od 1 do 5, w której 1 oznaczało kompletny brak efektywności oddziaływań, zaś 5 pełną skuteczność terapii.

Spośród badanych wychowawców (44 osoby) swoją opinię dotyczącą skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych przedstawiło 34 (tj. 77,27%) ankietowanych, z tym, że w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze 50% spośród zatrudnionych tu wychowawców, nie udzieliło odpowiedzi (tabela 72).

Zdecydowana większość wychowawców spośród tych, którzy udzielili odpowiedzi - 26 (76,47%) osób, oceniło system dostatecznie lub dobrze, zaś 6 osób (17,64%) wyraziło negatywną opinię o skuteczności stosowanego systemu terapeutycznego. Na podstawie tych ocen można uznać, że wychowawcy generalnie akceptują obecny system terapeutyczny i nie oczekują jego nowelizacji.

Należy dodać, że w Biurze Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, uzyskano informację, iż poszczególne oddziały terapeutyczne realizują także wystandaryzowane badania ewaluacyjne prowadzone co 2 lata, w których analizowane są dane sprzed, jak i po zakończeniu oddziaływań terapeutycznych, a także w okresie 2 lat po terapii. W związku z tym każdy oddział opracowuje raport z badań ewaluacyjnych, wskazujący na skuteczność prowadzonych oddziaływań. Pomiar uwzględnia wiele wskaźników efektywności terapii uzależnienia, w tym stopień stadiów zmiany według koncepcji Jamesa Prochaski i Carlo DiClemente, czy też ocenę stopnia realizacji indywidualnego programu terapeutycznego. W pomiarze odroczonym w czasie (tj. 2 lata po zakończonej terapii) zbieranych jest szereg informacji dotyczących m.in. dalszego spożywania alkoholu, korzystania z wolnościowych form pomocy i oceny dotyczącej występowania pozytywnych zmian w stylu życia skazanych⁸⁶⁸.

Tabela 73.

Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych według terapeutów

Siedziba jednostki penitencjarnej	Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych według terapeutów					
	Skala ocen					
	1	2	3	4	5	Brak wskazań
Suwałki	0	1	3	2	0	0

Źródło: badanie własne.

Ocena terapeutów była bardzo zbliżona do opinii wychowawców. Żaden z nich nie wypowiedział się bardzo dobrze lub bardzo źle. Natomiast większość z nich (5 osób, tj. 83,33%) oceniła prowadzone oddziaływania - dostatecznie lub dobrze. Tylko jeden terapeuta (16,66%) miernie ocenił system terapeutyczny (tabela 73).

Przy ocenie skuteczności oddziaływań terapeutycznych wzięto też pod uwagę zachowania skazanych wobec personelu penitencjarnego świadczące o reakcji skazanych na bodźce związane z realizacją indywidualnego programu terapeutycznego. Szczególną uwagę przy tym zwrócono, czy skazani przejawiają zachowania antyspołeczne – wyrażające się nadmiernym pobudzeniem, agresją i wrogością wobec wychowawców i terapeutów - zagrażające ich poczuciu

⁸⁶⁸ Dane autora pozyskane na jego wniosek z Biura Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, opracowanie wykonane przez B. Adamczewską – starszy specjalista, stan na 19.02.2021. Odnośna korespondencja znajduje się w posiadaniu autora.

bezpieczeństwa, a tym samym przyczyniające się do obniżenia skuteczności oddziaływań terapeutycznych.

Tabela 74.
Zagrożenie ze strony skazanego w opinii wychowawców

Siedziba jednostki penitencjarnej	Zagrożenie ze strony skazanego w opinii wychowawców		
	Tak	Nie	Brak wskazań
Białystok	0	3	1
Suwałki	0	1	0
Hajnówka	0	8	5
Grądy-Woniecko	0	1	0
Przytuły Stare	1	7	2
Czerwony Bór	0	9	6
Suma	1	29	14

Źródło: badanie własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że wychowawcy i terapeuci w zdecydowanej większości nie spotykają się z zagrożeniem ze strony skazanych. Spośród wychowawców, którzy udzielili odpowiedzi 29 (96,66%) wychowawców i 4 (66,66%) stwierdziło, że nie doświadczyło zachowań zagrażających ich bezpieczeństwu (tabela 76, 77). Tylko jeden wychowawca zaznaczył, że miał styczność z zagrożeniem spowodowanym niechęcią skazanych do wykonywania poleceń i jeden terapeuta doznał agresji ze strony skazanych.

Tabela 75.
Zagrożenie ze strony skazanego w opinii terapeutów

Siedziba jednostki penitencjarnej	Zagrożenie ze strony skazanego w opinii terapeutów		
	Tak	Nie	Brak wskazań
Suwałki	1	4	1

Źródło: badanie własne.

Generalnie w opinii całego personelu penitencjarnego i skazanych poziom bezpieczeństwa panujący w jednostkach penitencjarnych jest zadowalający i służy skuteczności terapii.

Ważnym elementem prowadzonych badań empirycznych jest także ocena **skuteczności terapii prowadzonej wobec skazanych w opinii skazanych**

w kontekście motywacji, gotowości do poddania się terapii, typu zakładu karnego i poprzedniej karalności.

Analogicznie tak, jak w grupie pracowników prowadzących oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne (wychowawców i terapeutów), także wśród skazanych przeprowadzono badania dotyczące skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Posłużono się też tą samą skalą ocen, od 1 do 5, w której 1 oznaczało całkowity brak skuteczności terapii, zaś 5 pełną efektywność prowadzonych oddziaływań.

Tabela 76.
Skuteczność prowadzonych oddziaływań według skazanych

Siedziba jednostki penitencjarnej	Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych					
	Skala ocen					Brak wskazań
	1	2	3	4	5	
Białystok	2	1	5	5	11	2
Suwałki	3	0	4	8	10	5
Hajnówka	1	1	3	2	5	5
Grądy-Woniecko	0	0	4	2	3	0
Przytuły	1	2	3	4	5	5
Czerwony Bór	2	0	2	8	2	0
Suma	9	4	21	29	36	17

Źródło: badanie własne.

Łącznie przebadano 116 skazanych. Największy odsetek ankietowanych – 36 osób (31,03%) bardzo dobrze oceniło terapię. Tylko 4 skazanych (4,86%) wydało negatywną ocenę – 2. Znacząca grupa skazanych (50 osób, tj. 43,10%) stwierdziła, że prowadzone oddziaływania można by określić jako dostateczne, a nawet dobre. Tylko 9 osób (7,75%) oceniło prowadzone oddziaływania skrajnie negatywnie (tabela 76). Konkludując można stwierdzić, że skazani ocenili pozytywnie, dobrze, a nawet bardzo dobrze prowadzone oddziaływania terapeutyczne. W związku z tym należy domniemywać, że stopień skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych jest wysoki. Niestety wśród badanych znalazły się także osoby, które nie wyraziły żadnego stanowiska – było to 17 osób, co stanowi (14,65%).

Porównując wyniki badań dotyczące skuteczności prowadzonych oddziaływań wśród personelu terapeutycznego oraz skazanych, należy zwrócić uwagę, że mimo występowania istotnych podobieństw pojawiły się też duże rozbieżności. I tak odsetek osób w obydwu tych grupach – pracowników i skazanych, które dobrze (na

4) oceniły prowadzone oddziaływania był bardzo zbliżony (25% wśród skazanych i 20,45% wśród wychowawców). Natomiast zaistniała znacząca rozbieżność wśród ocen bardzo dobrych, ponieważ 31,03% skazanych oceniło terapię na 5, zaś tylko 2,27% wychowawców oceniło skuteczność oddziaływań terapeutycznych bardzo dobrze. Zaistniała podobna dysproporcja pomiędzy wychowawcami i skazanymi, którzy negatywnie ocenili skuteczność terapii. Znikoma liczba wychowawców (2,27%), jak i skazanych (7,75%) oceniła skuteczność prowadzonej terapii na 1.

Ogólnie rzecz ujmując, można uznać, że wychowawcy i terapeuci mają większe oczekiwania dotyczące skuteczności terapii niż skazani, z tego powodu wychowawcy i terapeuci niżej ocenili efektywność terapii. Natomiast skazani wyżej oceniają skuteczność terapii, ponieważ są usatysfakcjonowani dokonującymi się zmianami w ich zachowaniu, pojawiającymi się czasie bieżącego stosowania wobec nich oddziaływań terapeutycznych. Dostrzegają ich skuteczność w walce z nałogiem, która w konsekwencji ma prowadzić do zaprzestania lub zmniejszenia częstotliwości nadużywania alkoholu.

Tabela 77.

Ocena skuteczności oddziaływań według skazanych a sposób zakwalifikowania skazanego do systemu terapeutycznego

Sposób zakwalifikowania skazanego do systemu terapeutycznego	Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych					
	Skala ocen					Brak wskazań
	1	2	3	4	5	
Dobrowolnie	6	2	17	21	30	6
Pod przymusem	2	1	4	6	3	2
Brak wskazań	1	1	0	2	3	1
Suma	9	4	21	29	36	9

Źródło: badanie własne.

W toku przeprowadzonych badań przeanalizowano czy istnieje związek pomiędzy oceną skuteczności prowadzonych oddziaływań, a sposobem zakwalifikowania skazanego do systemu terapeutycznego wykonywania kary. Spośród 116 badanych – 81 (69,82%) zostało zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego dobrowolnie. Natomiast 21 skazanych (18,10%) nie wyraziło dobrowolnej zgody na realizację oddziaływań terapeutycznych i były one prowadzone wobec nich przymusowo, zaś 14 osób (12,06%) nie wskazało czy prowadzi się wobec nich oddziaływań dobrowolnie czy przymusowo. Spośród zakwalifikowanych dobrowol-

nie 51 osób (62,96%) oceniło oddziaływania bardzo dobrze lub dobrze – oceny 5 lub 4. Spośród odbywających karę w systemie terapeutycznym przymusowo z 21 skazanych bardzo dobrą lub dobrą ocenę dotyczącą skuteczności zaznaczyło 9 skazanych (42,85%). Wśród badanych znalazły się również osoby, które nie zadeklarowały czy zostały zakwalifikowane do systemu terapeutycznego dobrowolnie czy też przymusowo, jednak mimo to zdecydowały się go ocenić. Spośród nich 5 osób (35,71%) prowadzone oddziaływania oceniło dobrze lub bardzo dobrze (tabela 77). W analizie przeprowadzonych badań, nie wykluczono osób, które nie wyraziły swojego stanowiska na temat oceny skuteczności prowadzonych oddziaływań, uznając, że jest to swego rodzaju protest, polegający na lekceważącym stosunku do prowadzonych oddziaływań terapeutycznych.

Na podstawie uzyskanych wyników badań, można wysnuć wniosek, że istnieje związek pomiędzy skutecznością prowadzonych oddziaływań terapeutycznych a sposobem zakwalifikowania skazanego do systemu terapeutycznego. W przypadku skazanych, którzy dobrowolnie uczestniczą w systemie terapeutycznym wykonywania kary, oceniono go dobrze lub bardzo o 20 punktów procentowych wyżej od tych, którzy zostali zakwalifikowani do systemu terapeutycznego przymusowo.

Zastanawiające, że w przypadku skazanych, którzy ocenili prowadzone oddziaływania dostatecznie (ocena 3) różnice w odsetkach dwóch grup badanych są znikome. Niewiele ponad $\frac{1}{5}$ skazanych (17 osób, tj. 20,98%), którzy dobrowolnie wyrazili zgodę na oddziaływania lecznicze lub rehabilitacyjne oceniła system terapeutyczny dostatecznie. Również dostatecznie zostały ocenione oddziaływania terapeutyczne przez skazanych (4 osoby, tj. 19,04%), którzy zostali do nich zmuszeni.

Zatem różnica wyrażona w punktach procentowych dotycząca dwóch powyższych grup skazanych, wynosi tylko powyżej 1 punktu procentowego.

Istnieje natomiast znacząca różnica procentowa dotycząca skazanych, którzy ocenili system terapeutyczny źle lub bardzo źle (oceny 2 lub 1). Negatywne oceny wskazało 6 osób (7,40%) spośród skazanych, których zakwalifikowano do systemu terapeutycznego dobrowolnie. Również negatywnie oddziaływania terapeutyczne oceniło 3 skazanych (14,28%) zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego przymusowo. Zatem o 6,88 punktu procentowego więcej skazanych, wobec których prowadzi się oddziaływania terapeutyczne przymusowo ocenia go źle lub bardzo źle,

w porównaniu do skazanych zakwalifikowanych dobrowolnie. Istnieje więc zależność pomiędzy sposobem zakwalifikowania skazanego, a odsetkiem skazanych oceniających oddziaływania terapeutyczne źle i bardzo źle.

Analizując zależności pomiędzy poszczególnymi ocenami skazanych a sposobem ich zakwalifikowania do systemu terapeutycznego, można stwierdzić, że istnieje korelacja między sposobem kwalifikacji do systemu terapeutycznego a oceną skazanego dotyczącą skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Stąd też większy odsetek skazanych, wobec których prowadzi się oddziaływania terapeutyczne dobrowolnie, ocenia je dobrze lub bardzo dobrze. Skazani zakwalifikowani do systemu terapeutycznego przymusowo częściej oceniają realizowane wobec nich oddziaływania terapeutyczne negatywnie.

W kontekście efektywności systemu terapeutycznego ważna jest diagnoza **zachowań determinujących skuteczność terapii.**

Tabela 78.
Nieprzyjemne traktowanie

Nieprzyjemne traktowanie [dane liczbowe]					
Tak		Nie		brak wskazań	
lb	%	lb	%	lb	%
3	2,6	104	89,7	9	7,8

Źródło: badanie własne.

Praca terapeuty i wychowawcy w zakładzie karnym oprócz trudności związanych z bezpośrednim prowadzeniem zajęć jest też związana z możliwością występowania nieprzewidzianych zachowań ze strony skazanych, dlatego pracownik musi być zawsze na nie przygotowywany i czujny. Problem niewłaściwego zachowania i traktowania innych dotyczy nie tylko traktowania personelu przez skazanych, lecz także skazanych przez personel. Uzyskane wyniki badań napawają optymizmem i świadczą o szacunku personelu do skazanych, ponieważ tylko 3 (2,6%) skazanych potwierdziło, że byli traktowani niewłaściwie, jednak nie określili w jaki sposób i w jakiej formie. Zdecydowany odsetek z nich tj. 104 (89,70%) skazanych nie miało żadnych zastrzeżeń do pracy personelu terapeutycznego (tabela 78). Jest to bardzo pozytywne i zadawalające, że funkcja wychowawców i terapeutów jest właściwie oceniana przez skazanych.

Tabela 79.
Zagrożenie ze strony innego skazanego

Siedziba jednostki penitencjarnej	Zagrożenie ze strony innego skazanego		
	Tak	Nie	Brak wskazań
Białystok	4	20	2
Suwałki	2	25	3
Hajnówka	2	15	0
Grądy-Woniecko	0	9	0
Przytuły Stare	3	16	1
Czerwony Bór	0	14	0
Suma	11	99	6

Źródło: badanie własne.

Bezpieczeństwo osadzonych jest jednym z najważniejszych, jeśli nie najważniejszym, z aspektów wpływających na wykonywanie kary nie tylko z punktu widzenia wychowawców i terapeutów, ale także skazanych. Niestety obawa i strach to elementy, z którymi w pewnym momencie stykają się wszyscy, przebywający w izolacji penitencjarnej. Najgroźniejsze są jednak sytuacje bezpośredniego zagrożenia, które mogą wynikać z różnych sytuacji związanych z przebywaniem w wieloosobowych celach. W związku z tym zapytano skazanych, czy kiedykolwiek spotkali się z zagrożeniem ze strony innego skazanego. W przypadku odpowiedzi twierdzącej skazani mieli możliwość doprecyzowania na czym polegało zagrożenie. Generalnie skazani przebywający w 6 badanych jednostkach penitencjarnych stwierdzili, że nie spotkali się z zagrożeniem ze strony innego skazanego – w ten sposób odpowiedziało 99 osób, co stanowi 85,34%. Z kolei występowanie zagrożenia potwierdziło 11 skazanych, tj. 9,48%, jednak nikt nie zdecydował się na dokładne opisanie na czym to zagrożenie polegało. Żadnej odpowiedzi nie udzieliło 6 (5,17%) skazanych (tabela 79). Ogólne nie pojawia się różnica dotycząca częstotliwości ewentualnego występowania zagrożenia ze strony innego skazanego pomiędzy jednostkami penitencjarnymi, które posiadają oddział terapeutycznych jak i tymi, które takiego oddziału nie mają.

Na przykład w Areszcie Śledczym w Suwałkach, gdzie znajduje się oddział terapeutyczny 25 (83,33%) osadzonych, stwierdziło, że nie doświadczyło agresji ze strony innego skazanego. Podobne opinie wyrazili skazani w Areszcie Śledczym w Białymstoku, gdzie nie ma oddziału terapeutycznego przeznaczonego dla

skazanych uzależnionych od alkoholu – 20 (76,92%) skazanych odpowiedziało, że nie spotkało się z zagrożeniem ze strony innego skazanego.

Konkludując, z wypowiedzi ankietowanych należy wyciągnąć wniosek, że zarówno w jednostkach penitencjarnych, które mają oddział terapeutyczny przeznaczony dla skazanych uzależnionych od alkoholu, jak i w tych, które go nie mają, nie występuje zagrożenie ze strony innego skazanego, co należy ocenić pozytywnie i uznać, że oddziaływania terapeutyczne stosowane w badanych jednostkach penitencjarnych są skuteczne.

Pomoc postpenitencjarna jest nie zwykle ważną z formą wsparcia osobom opuszczającym zakłady karne w ich readaptacji do życia na wolności. Działania wspierające rozpoczyna się już na początku pobytu osadzonego w izolacji penitencjarnej (diagnoza potrzeb i deficytów więźnia będąca wstępem do opracowania indywidualnego programu zaradczego)⁸⁶⁹. Celem działań pomocowych jest uzyskanie przez osobę zwolnioną samodzielności życiowej poprzez aktywizację i uruchomienie jej własnych zasobów oraz możliwości, wzmocnienie jej reintegracji społecznej i zapobieżenie powrotowi na drogę przestępstwa. Rodzaj, formę i rozmiar pomocy postpenitencjarnej dostosowuje się do okoliczności uzasadniających jej udzielenie i opiera się ją na materialnym oraz psychicznym wspieraniu byłych więźniów.

Skazani opuszczający jednostki penitencjarne podlegające pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku uzyskali wsparcie materialne, w tym finansowe (3,63% badanych) i odzież (0,90%), oraz udzielono im informacji, gdzie możliwa jest kontynuacja leczenia uzależnienia od alkoholu (tabela 80). Wśród skazanych znalazła się też grupa 7 osób (6,36%), która otrzymała pomoc ze strony grup AA. Dość wymowna jest wypowiedź jednego ze skazanych, który stwierdził, że opuszczając zakład karny otrzymał wsparcie finansowe w wysokości 29 złotych.

⁸⁶⁹ G. Futyma, *Pomoc osobom osadzonym, zwalnianym z jednostek penitencjarnych, świadczona przez służbę więzienną*, [w:] *Formy pomocy osobom skazanym, opuszczającym jednostki penitencjarne*, red. A. Boduch-Syc, Kraków 2018, s. 7.

Tabela 80.
Pomoc postpenitencjarna

Siedziba jednostki penitencjarnej	Pomoc postpenitencjarna						
	Działanie nr 1	Działanie nr 2	Działanie nr 3	Działanie nr 4	Inne	Nie	Brak wskazań
Białystok	2	0	0	0	5	11	8
Suwałki	0	0	0	0	1	10	19
Hajnówka	0	0	0	0	0	10	7
Grądy-Woniecko	0	0	0	0	2	6	1
Przytuły Stare	2	3	1	1	2	9	6
Czerwony Bór	3	1	0	0	0	8	2
Suma	7	4	1	1	10	54	43

Legenda: Działanie nr 1 – spotkania AA; Działanie nr 2 – pomoc materialna; Działanie nr 3 – pomoc niewystarczająca; Działanie nr 4 – odzież

Źródło: badanie własne.

Niestety blisko połowa skazanych opuszczających zakład karny nie otrzymała żadnej pomocy postpenitencjarnej. Aż 54 (49,09%) respondentów na 110, którzy udzielili odpowiedzi, stwierdziło, że nie otrzymało żadnego wsparcia. Znaczna część osadzonych bardzo liczyła na pomoc rodziny czy przyjaciół.

Warto podkreślić, że aż 43 skazanych (39,09%) nie udzieliło żadnej odpowiedzi. Wśród nich znalazły się m.in. osoby, które odbywają karę po raz pierwszy i wciąż są w jej trakcie, dlatego nie byli w stanie ustosunkować się do kwestii pomocy postpenitencjarnej.

Reasumując – skazani opuszczający zakład karny, z powodu niewystarczającej pomocy postpenitencjarnej, są w pewnym sensie zdani sami na siebie. Szczególnie z trudną sytuacją borykają się osoby o różnorodnym pochodzeniu etnicznym i niskim statusie społecznym. Nierzadko są to osoby, które nie utrzymują kontaktów z rodziną i bliskimi, nie mogą więc liczyć na ich wsparcie.

PODSUMOWANIE

Systemy penitencjarne na świecie, także w Polsce w ostatnich dziesięcioleciach przechodziły gruntowne zmiany. Doszło do weryfikacji celów i sposobów wykonywania kary pozbawienia wolności. Modyfikacje te w Polsce zostały wprowadzone w 1997 r. na podstawie uchwalonego Kodeksu karnego wykonawczego, w oparciu o który przewidziano trzy systemy wykonywania kary, tj. system terapeutyczny, programowanego oddziaływania oraz system zwykły.

Jedną z najważniejszych zasad wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym stała się zasada indywidualizacji, co jest szczególnie istotne w przypadku osób uzależnionych od alkoholu. Należy jednak nadmienić, że idea odrębnego traktowania skazanych uzależnionych od alkoholu była elementem polskiego porządku prawnego na długo przed wejściem w życie kkw z 1997 r.

Już w okresie międzywojennym starano się wcielić tę ideę w życie argumentując jej wprowadzenie specjalnym statusem danej grupy skazanych, ponieważ wówczas w polskim systemie penitencjarnym kluczowym elementem była tendencja do indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności. Rozwój tego podejścia przerwała II wojna światowa i przełom ustrojowy w Polsce po jej zakończeniu. Nowy etap rozwoju postępowania ze skazanymi rozpoczął się dopiero w 1956 r. Było to związane m.in. z uchwaleniem w 1955 r. pod auspicjami Organizacji Narodów Zjednoczonych Reguł Minimalnych, które za nadrzędny cel wykonywania kary pozbawienia wolności uznawały resocjalizację. W związku z tym wprowadzono zgodnie z Kodeksem karnym wykonawczym z 1969 r. nieznane wcześniej w polskiej praktyce penitencjarnej kryterium klasyfikacji według stopnia demoralizacji i podatności na resocjalizację. Wprowadzone kryteria klasyfikacji stanowiły, faktyczny postęp w procesie indywidualizacji postępowania penitencjarnego, mimo że przepisy Kodeksu karnego wykonawczego nie zawierały norm odnoszących się bezpośrednio do skazanych uzależnionych od alkoholu. Kolejny przełom ustrojowy,

który dokonał się w Polsce po roku 1989, stał się podstawą do budowania nowych regulacji w zasadzie w każdej dziedzinie życia społecznego, także w obszarze prawa karnego wykonawczego, o czym świadczy przyjęcie kkw z 1997 r.

Warto zaznaczyć, że wprowadzone zgodnie z kkw z 1997 r. zindywidualizowane postępowanie penitencjarne, jak wskazywano historycznie, jest celowe, ze względu na uwarunkowania kryminologiczne. Zakładano bowiem, że istnieje ścisły związek pomiędzy nieprawidłowościami psychicznymi, a etiologią przestępczości. Dodatkowo zdobycze nauk medycznych, psychologii i pedagogiki przestały być postrzegane jako wystarczające do całkowitego wyeliminowania przestępczości. Choć aktualnie dużo ostrożniej łączy się skłonność do popełniania przestępstw z określonymi zaburzeniami zdrowia psychicznego i uzależnieniami, to jednak terapię więzienną nadal uznaje się za efektywny środek ograniczenia przestępczości powrotnej. Stały rozwój nauki, także w obszarze penitencjarystyki prowokuje do formułowania nowych postulatów związanych z odrębnym postępowaniem ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w systemie terapeutycznym wykonywania kary pozbawienia wolności.

Stąd też w toku prowadzonych badań zwrócono szczególną uwagę na kwestie skuteczności oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec skazanych uzależnionych od alkoholu. Podjęto również próbę sformułowania postulatów, które są szczególnie istotne dla praktyki postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu odbywającymi karę w systemie terapeutycznym. Rozpoznanie wykonywania kary pozbawienia wolności skazanych uzależnionych od alkoholu - z uwzględnieniem założeń krajowych i międzynarodowych, umożliwiło także wskazanie indywidualnych właściwości i potrzeb systemu terapeutycznego wykonywania kary w Polsce oraz pozwoliło uwidocznić sposoby i formy humanitarnego oddziaływania w warunkach izolacji penitencjarnej. Należy dodać, że zwrócono szczególną uwagę na przesłanki natury humanitarnej, ponieważ są one ważnym argumentem przemawiającym za wydzieleniem tej grupy skazanych i objęciem ich oddziaływaniami specjalistycznymi.

W wyniku przeprowadzonej analizy teoretycznych podstaw prawnych wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, jak i przeglądu stanowisk przedstawicieli doktryny oraz modelu praktycznego wykonywania kary pozbawienia wolności wobec skazanych uzależnionych od

alkoholu dokonano weryfikacji sformułowanych na wstępie pracy hipotez badawczych.

Hipoteza główna zakładała, że wykonywanie kary pozbawienia wolności w odniesieniu do skazanych uzależnionych od alkoholu w systemie terapeutycznym jest zgodne z założeniami teoretycznymi zawartymi w kkw.

Konsekwentnie do hipotezy głównej sformułowano hipotezy szczegółowe. Przyjęto, że występuje różnica między skutecznością terapii skazanego skierowanego dobrowolnie a skutecznością terapii skierowanego przymusowo do oddziaływań terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu. Założono też, że skuteczność systemu terapeutycznego jest większa w przypadku, gdy skazany z własnej woli wyraża zgodę na objęcie go terapią i aktywnie uczestniczy w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego.

Kompleksowa analiza obowiązującego stanu prawnego i opinii doktryny w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu upoważnia do stwierdzenia, że wprowadzony Kodeksem karnym wykonawczym z 1997 r. system terapeutyczny wraz z przepisami szczególnymi regulującymi sposób prowadzenia oddziaływań penitencjarnych przyjętych Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 2003 r. i Zarządzeniem nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 2016 r. – stosowany w praktyce penitencjarnej jest zgodny z założeniami teoretycznymi. Przy tym, w realizacji tego systemu uwzględnia się również konieczność odrębnego traktowania skazanych z zaburzeniami zdrowia. Jest to zgodne z przesłankami humanitarnego postępowania z osobami pozbawionymi wolności zawartymi w licznych dokumentach określających kanony postępowania z więźniami, które wypracowano w toku współpracy międzynarodowej.

Z przeprowadzonych badań wynika też, że zachodzi związek między skutecznością terapii skazanego skierowanego dobrowolnie a skutecznością terapii skierowanego przymusowo do oddziaływań terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu.

Zgodnie z przepisami istnieją dwie możliwości poddania się skazanego oddziaływaniom terapeutycznym. Skazani uzależnieni od alkoholu, biorąc pod uwagę ich gotowość i chęć do prowadzenia oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych: mogą dobrowolnie wyrazić zgodę na terapię albo – w przypadku jej braku – mogą

zostać przymusowo skierowani do systemu terapeutycznego na wniosek sądu orzekającego lub penitencjarnego. W badanych jednostkach penitencjarnych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku, większa część wychowawców prowadzi oddziaływania w systemie terapeutycznym wobec skazanych, którzy dobrowolnie biorą w nim udział.

Spośród badanych skazanych aż 71,55% wyraziło dobrowolną zgodę na oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne. Przymusowo zostało objętych oddziaływaniami tylko 17,24% skazanych. Uzyskane wyniki są porównywalne z danymi krajowymi. W zakładach karnych w Polsce bowiem chęć terapii wyraziło 90,70% uzależnionych od alkoholu. Podobnie odsetek osób, które nie wyraziły zgody również był niewielki i wynosił 9,29%.

Natomiast w trakcie leczenia odwykowego większość skazanych niezbyt chętnie poddaje się terapii, ponieważ jak wynika z wypowiedzi badanego personelu, stosowana terapia odwykowa podczas odbywania kary jest traktowana przez więźniów instrumentalnie. Skazani mają fałszywe przekonanie, że sam fakt jej ukończenia wpłynie bezpośrednio na decyzję sądu odnośnie warunkowego przedterminowego zwolnienia lub też łagodniejsze warunki odbywania kary w oddziale terapeutycznym, dodatkowe ulgi, itp. Badani wychowawcy i terapeuci powyższą opinię uzasadniają informacjami uzyskanymi podczas prowadzonych wywiadów i rozmów ze skazanymi. Jako znamienne przykłady potwierdzające traktowanie terapii w kategoriach korzyści, przywołują wypowiedzi skazanych, potwierdzające że nie podejmowali wcześniej – przed skazaniem, prób zwalczania uzależnienia od alkoholu. Należy, więc uznać słuszność opinii personelu, ponieważ z przeprowadzonych badań wynika, że spośród badanych skazanych zaledwie 21,55% podjęło próbę wyjścia z nałogu przed wykonywaniem kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym.

W tym kontekście niezwykle ważną okazała się kwestia motywowania skazanych, zwłaszcza że skazani borykają się z różnorodnymi problemami natury emocjonalnej, psychologicznej czy duchowej, które zniechęcają do podjęcia aktywności związanej z wyjściem z nałogu. Stąd też szczególnej analizie poddano procesy motywacyjne – ukierunkowujące zachowanie jednostki na osiągnięcie określonych celów oraz działania mające znaczenie dla realizacji indywidualnych programów terapeutycznych. Założono bowiem, że skuteczność systemu

terapeutycznego jest większa jeżeli skazany z własnej woli uczestniczy w terapii i bierze aktywny udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego. Hipoteza ta sprawdziła się częściowo, pozytywna jej weryfikacja dotyczy związku między dobrowolnym udziałem skazanego w terapii a oceną skuteczności. Natomiast nie ma zależności między aktywnym udziałem skazanego w opracowaniu indywidualnego programu a skutecznością terapii. Wniosek ten został postawiony na podstawie uzyskanych wyników badań. W przypadku skazanych, którzy dobrowolnie uczestniczyli w systemie terapeutycznym wykonywania kary, ocenili go dobrze lub bardzo dobrze - o 20 punktów procentowych wyżej, od tych którzy zostali zakwalifikowani do systemu terapeutycznego przymusowo.

Analizując zależności pomiędzy poszczególnymi ocenami skazanych a sposobem ich zakwalifikowania do systemu terapeutycznego, można stwierdzić, że istnieje korelacja między sposobem kwalifikacji do systemu terapeutycznego a oceną skazanego dotyczącą skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Stąd też większy odsetek skazanych, wobec których prowadzi się oddziaływania terapeutyczne dobrowolnie, ocenia je dobrze lub bardzo dobrze. Zaś skazani zakwalifikowani do systemu terapeutycznego przymusowo częściej oceniają realizowane wobec nich oddziaływania terapeutyczne negatywnie.

Udział skazanego w przygotowaniu indywidualnego programu terapeutycznego nie przesądza o jego ocenie dotyczącej skuteczności terapii. Różnica wyrażona w punktach procentowych w liczbie skazanych, którzy wzięli udział w opracowaniu programu a tymi, którzy nie brali udziału w przygotowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, a jednocześnie ocenili tak samo wysoko jego skuteczność, była niewielka i wyniosła jedynie 6,25 punktów procentowych. Tymczasem udział osób, które nie wyraziły swojego stanowiska w kwestii ich partycypacji w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, choć oceniły jego skuteczność na 4-5, wyniósł około 37,14%. Wobec tego można wyciągnąć wniosek, że z punktu widzenia oceny skuteczności indywidualnego programu terapeutycznego w opinii skazanych, ich udział w jego opracowaniu nie jest kluczowy.

Nadzwyczaj pożądana jest dostępność skazanych do profesjonalnego wsparcia psychologicznego. Niestety z przeprowadzonych badań wynika, że dostępność do usług np. psychologów ogólnopenitencjarnych, jak i pracujących w oddziałach terapeutycznych jest mocno ograniczona. Nie potwierdziło się zatem przyjęte

założenie, że ilość oddziałów terapeutycznych i ośrodków leczenia odwykowego jest wystarczająca. Dość powszechne są sytuacje, że kadra terapeutyczna ma pod swoją opieką więcej skazanych niż przewiduje standard wynikający z przepisów. Jest to stan tym bardziej niepokojący, że nawet obowiązujący standard nie gwarantuje skazanym prawidłowego i wydolnego systemu wsparcia psychologicznego. Poza tym duża liczba skazanych przypadających na jednego wychowawcę wskazuje, że pracownicy kadry terapeutycznej są zbyt obciążeni pracą, a zatem istnieje potrzeba zwiększenia liczby etatów pracowników prowadzących oddziaływania specjalistyczne i rehabilitacyjne. Potrzeba zwiększenia liczby etatów jest też pożądana ze względu na zachowanie porządku i bezpieczeństwa w jednostce penitencjarnej.

Słusznie przyjmuje się, że pewne zaburzenia zdrowotne mogą powodować zachowania, które w warunkach zakładu karnego są szczególnie kłopotliwe dla personelu terapeutycznego z powodu stwarzania zagrożenia jego funkcjonowania. Co prawda w przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu odbywających karę na terenie właściwości Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku nie odnotowano zachowań agresywnych kierowanych w stronę otoczenia lub wobec samych siebie, to jednak utrzymujący się stan niewystarczającej liczby etatów, a co za tym idzie nadzoru i kontroli, może doprowadzić do sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa skazanych i personelu. Poza tym niewystarczająca liczba etatów w funkcjonujących oddziałach terapeutycznych powoduje, że indywidualne programy terapeutyczne tracą swoje właściwości, są w rzeczywistości schematyczne i niemal takie same dla wszystkich skazanych bez uwzględnienia różnic indywidualnych.

Reasumując należy stwierdzić, że założenia teoretyczne systemu terapeutycznego są zgodne ze standardami międzynarodowymi i są realizowane wobec skazanych w praktyce. System terapeutyczny stwarza możliwości wyjścia z uzależnienia od alkoholu i przeciwdziała powrotowi do przestępstwa. W celu poprawienia skuteczności systemu terapeutycznego wykonywania kary wymaga on modyfikacji i pewnych korekt.

Ze względu na ograniczone ramy podsumowania dysertacji zdecydowano się przedstawić najważniejsze wnioski i powiązane z nimi postulaty. Rozbudowane analizy zostały zawarte w tekście pracy wraz z podsumowaniami zamieszczonymi na końcu poszczególnych podrozdziałów i na zakończenie rozdziału.

W celu udoskonalenia funkcjonowania systemu terapeutycznego w kontekście skazanych uzależnionych od alkoholu, a także pełnej realizacji zadań sformułowanych przez ustawodawcę należy rozważyć z punktu widzenia podjętego tematu, następujące postulaty:

1. Celem optymalizacji wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym należy rozszerzyć liczbę etatów, jak też zmniejszyć liczbę skazanych przypadających na jednego pracownika terapeutycznego. Zgodnie bowiem z Zarządzeniem nr 23/18 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie tworzenia i organizacji oddziałów penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (§9 ustęp 4, punkt 1 i 2) w oddziałach penitencjarnych w jednostce typu zamkniętego dopuszcza się stworzenie etatu jednego funkcjonariusza na nie więcej niż 150 osadzonych, natomiast w jednostce typu półotwartego lub otwartego – może być zatrudniony jeden funkcjonariusz, który sprawuje opiekę nad nie więcej niż 350 osadzonymi. Tymczasem jak wynika z przeprowadzonych badań nierzadko zdarza się, że określone w przepisach limity są przekraczane, co jest niekorzystne w kontekście skuteczności oddziaływań terapeutycznych i w związku z tym należy je znowelizować. Tym bardziej, że kontrola dokonana przez Krajowy Mechanizm Prewencji również wskazuje, iż dostępność do usług np. psychologów ogólnopenitencjarnych, jak i pracujących w oddziałach terapeutycznych wymaga zmiany dotychczasowego stanu faktycznego w celu poprawy dostępu skazanych do profesjonalnego wsparcia psychologicznego.
2. W kontekście doetatyzowania kadry terapeutycznej istnieje też potrzeba uporządkowania wymagań dotyczących czasu pracy lekarzy psychiatrów, jak i całego zespołu terapeutycznego. Należy zauważyć, że w tej materii brakuje też stosownych regulacji w przepisach. Również uregulowania wymaga czas pracy psychologów ogólnopenitencjarnych zatrudnionych poza oddziałami specjalistycznymi, ponieważ odgrywają oni kluczową rolę we wstępnej diagnostyce i prowadzeniu szeregu mniej złożonych programów profilaktycznych i terapeutycznych (także w ramach krótkich interwencji). Można również rozważyć wprowadzenie superwizji dla

zespołu terapeutycznego, jak i stworzenie klarownego systemu zachęt i ułatwień w podnoszeniu swoich kwalifikacji.

3. Istnieje też potrzeba zwiększenia liczby oddziałów terapeutycznych, ponieważ m. in. na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku zdecydowana większość skazanych odbywa karę pozbawienia wolności poza oddziałem terapeutycznym, co jest działaniem alternatywnym i poniekąd nie spełnia podstawowych założeń ustawodawcy. Terapia przede wszystkim powinna być prowadzona w oddziale terapeutycznym, zaś w praktyce odbywa się ona poza oddziałem w formie krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej. Dodatkowo w ramach krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej zgodnie z kkw oprócz zajęć indywidualnych mogą być prowadzone również grupowe oddziaływania terapeutyczne. Jednak w praktyce penitencjarnej zajęcia te są stosowane sporadycznie, ponieważ dominują zajęcia indywidualne. Praktyka ta nie jest zgodna z intencją ustawodawcy, który wskazał dwie formy oddziaływania terapeutycznego, a nie jedną. Z tego powodu, w celu upowszechnienia grupowej terapii, warto zastanowić się nad nowelizacją obecnie obowiązujących przepisów, w taki sposób, aby założenia ustawodawcy były respektowane i przestrzegane. Ażeby osiągnąć założony cel należałoby zachęcić personel terapeutyczny do stosowania grupowych oddziaływań terapeutycznych poza oddziałem terapeutycznym.
4. Warto też rozważyć nowelizację obowiązujących przepisów dotyczących „dobrowolnego przymusu” w taki sposób, aby skazani sami wyrażali dobrowolną chęć do poddania się terapii. Z badań bowiem wynika, że zachodzi korelacja pomiędzy sposobem kwalifikacji do systemu terapeutycznego a oceną skazanego dotyczącą skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Skazani dobrowolnie zakwalifikowani do systemu terapeutycznego wyżej oceniają jego skuteczność, zaś skazani zakwalifikowani do systemu terapeutycznego przymusowo częściej oceniają realizowane wobec nich oddziaływania terapeutyczne negatywnie.
5. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r. opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego następuje

w miarę możliwości przy udziale skazanego. Pomimo, że ustawodawca dopuścił fakultatywne uczestnictwo skazanego w procesie tworzenia indywidualnego programu terapeutycznego, to jednak w wielu przypadkach nie uwzględnia się partycypacji skazanego. Ponadto znaczna część skazanych, nie określiła w jaki sposób wzięła udział w tworzeniu programu terapii, co również potwierdza, że programy terapeutyczne mają charakter schematyczny i sztamkowy. Tymczasem, zgodnie z intencją ustawodawcy wydaje się, że brak partycypacji skazanego w procesie opracowywania indywidualnego programu terapeutycznego powinien być traktowany jako sytuacja występująca sporadycznie i wyjątkowo, a nie jak ma to miejsce obecnie - rutynowo. Podsumowując, należy stwierdzić, że indywidualne programy terapii mają charakter schematyczny z dwóch powodów: po pierwsze propozycje skazanych często nie są uwzględniane przez kadrę terapeutyczną, a po drugie sami skazani nie są skłonni i kreatywni w przedstawianiu konkretnych idei, które można by wdrożyć w stosowanych wobec nich indywidualnych programach terapeutycznych. Wobec tego, że z punktu widzenia oceny skuteczności indywidualnego programu terapeutycznego w opinii skazanych, ich udział w jego opracowaniu nie jest znaczący obecnie nie ma potrzeby wprowadzenia modyfikacji obowiązujących regulacji prawnych, które dopuszczają wyłącznie fakultatywny udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego. W przyszłości można by jednak rozważyć modyfikację przepisów w takim kierunku, aby połączyć dobrowolność poddania się oddziaływaniom terapeutycznym z udziałem skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, co być może doprowadziłoby do jeszcze lepszej efektywności wykonywania kary w systemie terapeutycznym.

6. W czasie wykonywania wstępnej diagnozy skazanego, można rozważyć wprowadzenie obowiązkowego badania GGTP, w celu zweryfikowania i upewnienia się czy skazany rzeczywiście przejawia uzależnienie od alkoholu. GGTP (ściślej GGT) jest enzymem występującym przede wszystkim w nerkach, wątrobie i trzustce. Podwyższony poziom GGTP występuje m. in. przy przewlekłym nadużywaniu alkoholu. Badanie to

wykonuje się w przypadku podejrzenia przewlekłego nadużywania alkoholu, ponieważ GGT jest najbardziej wrażliwym wskaźnikiem długotrwałego spożywania alkoholu, zaś u alkoholików poziom GGT w surowicy krwi może wielokrotnie przekraczać normy⁸⁷⁰. Ponadto poziom GGTP wraca do normy dopiero po około 3 miesiącach od dnia zaprzestania spożywania alkoholu, zatem jest znakomitym markerem wskazującym na występowanie stanu uzależnienia od alkoholu⁸⁷¹.

Należy również zastanowić się nad nowelizacją przepisów dotyczących zadań personelu terapeutycznego w zakresie motywowania skazanych do poddania się dobrowolnej terapii, w taki sposób, aby personel prowadzący oddziaływania terapeutyczne miał obowiązek aktywnego motywowania skazanych. Wprawdzie w wyniku badań ustalono, że aż 70,45% personelu penitencjarnego stara się aktywizować skazanych w dążeniu do wyjścia z nałogu, ale utrzymywany kontakt ze skazanymi jest bierny. Można uznać, że skuteczność oddziaływań terapeutycznych byłaby lepsza i przynosiła oczekiwane rezultaty, gdyby był to kontakt nie tylko sporadyczny, ale stały i aktywny, oparty na wspólnotowych relacjach oraz na działaniach aktywizujących skazanych. Należy jednak nadmienić, że w Rozporządzeniu z 2003 r. nie sprecyzowano w jaki sposób powinno się wcielać w życie utrzymywanie ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowanie ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym. W celu zwiększenia skuteczności oddziaływań resocjalizacyjnych wykonywania kary pozbawienia wolności, podstawą której jest indywidualizacja penitencjarna, powinno się mobilizować kadrę terapeutyczną (tj. zespół terapeutyczny lub specjalistycznie przygotowany personel) do pogłębienia znajomości osobowości skazanych, ich stopnia wykolejenia, demoralizacji, a w stosunku do recydywistów – skuteczności uprzednich oddziaływań w zakładach karnych. Z tych względów

⁸⁷⁰ <https://www.synevo.pl/ggtp> (data wejścia: 09.11.2021).

⁸⁷¹ K. Zambrzycka, K. Snarska, C. Dolińska, M. Chorąży, *Alkoholizm i jego następstwa*, s. 254, https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2d0-yVPw5vMJ:https://ppm.umb.edu.pl/do_cstore/download/UMB4f9dd3c951554d549b9d21bba2004daf/0000064412.pdf+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-d (data wejścia: 09.11.2021).

szczególnego znaczenia nabiera doskonalenie systemu gromadzenia danych osobopoznawczych i ich uzupełnianie⁸⁷².

Trzeba też nadmienić, że w celu wzbogacenia wiedzy na temat funkcjonowania i skuteczności oddziaływań terapeutycznych podczas badań zapytano o opinię w tej kwestii skazanych uczestniczących w systemie terapeutycznym. Znaczna część skazanych nie tylko wypowiedziała się w sprawie weryfikacji prowadzonych działań terapeutycznych, ale przede wszystkim sformułowała propozycję ewentualnych zmian.

7. Wskazano m.in. na potrzebę lepszego podejścia do skazanych oraz zmniejszenie liczebności grup terapeutycznych. Poza tym postulowano wzbogacenie zajęć o prezentacje różnorodnych filmów instruktażowych związanych z wyjściem z nałogu. Pojawiła się także propozycja, aby wprowadzić narzędzia, które skuteczniej motywowałyby skazanych do realizacji oddziaływań terapeutycznych. Oprócz tego skazani składali również dosyć radykalne propozycje zniesienia przymusowych oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych, którzy nie wyrazili na nie uprzednio dobrowolnej zgody. Postulaty skazanych potwierdzają wyżej zaproponowane modyfikacje zmian systemu terapeutycznego. Powinno się je poddać pod rozważenie, zwłaszcza że zostały odnotowane przez osoby poddane takiej formie wykonywania kary.
8. Skazani wypowiedzieli się też w sprawie pomocy postpenitencjarnej. Z ich wypowiedzi wynika, że świadczona pomoc postpenitencjarna jest niewystarczająca. Stwierdzenie to powinno wzbudzić refleksję, ponieważ pomoc postpenitencjarna jest niezwykle ważną formą wsparcia osób opuszczających zakłady karne w ich readaptacji do życia na wolności. Niestety skazani opuszczający zakład karny, z powodu niewystarczającej pomocy postpenitencjarnej, są w pewnym sensie zdani sami na siebie. Znaczna część osadzonych nie korzystała z pomocy instytucjonalnej, lecz była wspierana przez rodzinę i przyjaciół. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się osoby o różnorodnym pochodzeniu etnicznym i niskim statusie społecznym. Nierzadko są to osoby, które nie utrzymują kontaktów z rodziną i bliskimi, nie mogą więc liczyć na ich wsparcie.

⁸⁷² P. Wierzbicki, *Indywidualizacja penitencjarna w Polsce*, Warszawa 1976, s. 176.

W związku z tym istnieje potrzeba dokonania nowelizacji przepisów dotyczących pomocy postpenitencjarnej, tak aby zapewnić skazanym realną pomoc materialną czy rzeczową, w momencie opuszczania zakładu karnego.

Godna uwagi i wciąż aktualna, mimo upływu czasu jest propozycja M. Sujki, który już w latach siedemdziesiątych XX w., w celu zapobieżenia powrotowi do nałogu postulował organizację zakładu pracy typu chronionego, hoteli robotniczych i poradni o charakterze postpenitencjarnym⁸⁷³.

Wyniki badań skłaniają też do zgłoszenia ogólnych postulatów dotyczących traktowania skazanych, którzy odbyli wymierzoną karę.

9. Należy rozważyć propozycję, aby osoby, które zakończyły terapię po opuszczeniu izolacji penitencjarnej miały formalną możliwość kontynuowania pomocy w zakresie wzmocnienia efektów odbytej terapii i utrzymania ukształtowanych w systemie terapeutycznym społecznie pożądanych postaw.
10. W celu wzmocnienia efektów prowadzonej terapii i zmniejszenia prawdopodobieństwa powrotu do przestępstwa warto wprowadzić postulat nawiązania współpracy jednostek penitencjarnych z ośrodkami leczenia odwykowego funkcjonującymi w warunkach wolnościowych.
11. Należy nadal prowadzić badania naukowe dotyczące wykonywania kary w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od alkoholu w celu zwiększenia skuteczności prowadzonych oddziaływań. Badania te powinny być prowadzone systematycznie zarówno przedstawiciele doktryny jak i praktyków.

⁸⁷³ M. Sujka, *Najczęstsze przyczyny powrotu do nałogu u alkoholików przebywających w Wojewódzkim Areszcie Śledczym w Łodzi*, „Alkoholologia Łódzka” 1971, nr 1, s. 43.

BIBLIOGRAFIA

- Adamski A., *Uwagi na temat powiązań między nadużywaniem alkoholu i przestępczością w świetle danych statystycznych*, „Państwo i Prawo” 1978, nr 7(389).
- Anonimowi alkoholicy: historia o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet zostało uzdrowionych z alkoholizmu*, Warszawa 2017.
- Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Gdynia 2002.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, Warszawa 2009.
- Barlow H. D., *Introduction to criminology, Seventh Edition*, Nowy Jork 1996.
- Bartczak-Praczkowska M., M. Pietrucha-Hassan, *Resocjalizacja poprzez terapię – postępowanie z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz przejawiającymi zaburzenia preferencji seksualnych 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.
- Batawia S., Jankowski H., [w:] K. Pawlak, *Polski Biograficzny Słownik Penitencjarny*, Kalisz 2008.
- Bedyński K., *Historia więziennictwa Polski Ludowej 1944–1956*, Warszawa 1988.
- Bieńkowska E., [w:] *Kodeks karny część ogólna. Komentarz*, red. G. Rejman, Warszawa 1999.
- Błachut J., Gaberle A, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2001.
- Bogunia L., *Organy sądowe orzekające w postępowaniu wykonawczym*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2000, t. VI.
- Boratyńska K.T., Królikowski M., [w:] *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. A. Sakowicz, Warszawa 2016.
- Bossowski J., *Unarodowienie czy unifikacja prawa karnego jako problem przyszłości*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1925, nr 1.
- Buchała K. [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 Kodeksu karnego*, red. K. Buchała, A. Zoll, Kraków 1998.
- Budyn-Kulik M., [w:] *Kodeks Karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2017.
- Bugajski Z., *Nowa organizacja więziennictwa polskiego w oświetleniu historycznym*, Warszawa 1937.
- Bugajski Z., *Z ustąpieniem Dyrektora Departamentu p. Tadeusza Krychowskiego*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, 1934, nr 8.

- Car S., *Przedmowa*, [w:] *Księga jubileuszowa więziennictwa polskiego 1918–1928*, red. Z. Bugajski, Warszawa, 1929.
- Chmielewski K., Pająk M., *Organizacja więziennictwa polskiego (1918–1939)*, „Czasopismo Prawno-Historyczne” 2017, t. 69, z. 2.
- Chmielewski K., *Polska doktryna prawa penitencjarnego w okresie międzywojennym – zarys problematyki*, „Czasopismo Prawno-Historyczne” 2016, t. 68, z. 1.
- Czerwiński D., *Praca polityczno-wychowawcza w więzieniach województwa gdańskiego w okresie stalinizmu w świetle dokumentów resortu bezpieczeństwa*, „Argumenta Historica. Czasopismo Naukowo-Dydaktyczne” 2014, nr 1.
- Czołgoszewski J., *Więziennictwo okresu stalinowskiego na Warmii i Mazurach w latach 1945–1956*, Olsztyn 2002.
- Czołgoszewski J., *Wykonywanie kary śmierci w okresie stalinowskim*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, Warszawa 2008, nr 58.
- Czudek E., *Trudniej im zdrowieć*, „Świat Problemów” 2005, nr 1 (144).
- Dawidziuk E., *Traktowanie osób pozbawionych wolności we współczesnej Polsce na tle standardów międzynarodowych*, Warszawa 2013.
- Dąbkiewicz K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015.
- Długosz J., [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2017.
- Dodziuk A., *Choroba, kara, odpowiedzialność. Rozmowa z Wiktorem Osiatyńskim*, „Świat Problemów” 1997, nr 4 (51).
- Dodziuk A., *Tutaj nie ma złodziei, tutaj są pacjenci*, Rozmowa z Ewą Chmurską, kierowniczką Działu Terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu w Areszcie Śledczym Warszawa Mokotów, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Dudziński T., *Nie tak jak na wolności*, „Świat Problemów” 2005, nr 1 (144).
- Edwards D., *Art therapy*, London 2004.
- Fudała J., *Aktualny stan leczenia odwykowego i profilaktyki uzależnień w jednostkach penitencjarnych*, [w:] *Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*, Warszawa 1997.
- Fudała J., *Leczenie w więzieniu*, „Świat Problemów” 1997, nr 4, s. 20.
- G. Futyma, *Pomoc osobom osadzonym, zwalnianym z jednostek penitencjarnych, świadczona przez służbę więzienną*, [w:] *Formy pomocy osobom skazanym, opuszczającym jednostki penitencjarne*, red. A. Boduch-Syc, Kraków 2018.
- Gajdus D., B. Gronowska, *Europejskie standardy traktowania więźniów (rekonstrukcja standardów oraz ich znaczenie dla polskiego prawa i praktyki penitencjarnej). Zarys wykładu*, Toruń 1998.
- Gałązka M., *Zasady subiektywizmu i indywidualizacji odpowiedzialności karnej w Kodeksie karnym z 1932 r.*, [w:] *Kodeks karny z 1932 r.*, red. A. Grześkowiak, K. Wiak, M. Gałązka, R.G. Hałas, S. Hypś, D. Szeleszczuk, Lublin 2015.

- Garlicki L., Wojtyczek K., [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II art. 30-86*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- Głowik T., *System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Głowik T., *W warunkach zakładu karnego*, „Świat Problemów” 2002, nr 4 (111).
- Godyla R., Kwieciński A., *Wybrane problemy związane z umieszczeniem skazanego w systemie terapeutycznym wykonywania kary pozbawienia wolności w trybie art. 96 § 2 KKW*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2008, t. 22.
- Godyla R., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, t. 13, Wrocław 2003.
- Gordon M., Kolarczyk T., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików*, Warszawa 1993.
- Gordon M., *Resocjalizacja skazanych z zaburzeniami psychicznymi – możliwości i ograniczenia*, [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*, red. H. Machel, M. Paliwoda, M. Spryszyńska, Gdańsk 2006.
- Górny J., *Rola międzynarodowych kongresów penitencjarnych w rozwoju teorii i praktyki wykonania kary*, Warszawa 1980.
- Górny J., *Elementy indywidualizacji i humanizacji karania w rozwoju penitencjarystyki*, Warszawa 1996.
- Górski T., „Atlantis” się sprawdza. Rozmowa z Kajetanem Dubielem, dyrektorem Biura Społeczno-Penitencjarnego Centralnego Zarządu Służby Więziennej, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Gronowska B., *Europejski Trybunał Praw Człowieka. W poszukiwaniu efektywnej ochrony praw jednostki*, Toruń 2011.
- Gronowska B., *Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z dnia 4 kwietnia 2000 r., sygn. 26629/95 w sprawie Witolda Litwy przeciwko Polsce – problem legalności zatrzymania w izbie wytrzeźwień*, „Prokuratura i Prawo” 2000, nr 7-8.
- Guzik A., *Nie przedłużajmy fikcji*, „Forum Penitencjarne” 2003, nr 7.
- Guzik-Makaruk E. M., *Zagadnienia podstawowe kryminologii jako nauki*, [w:] *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, red. E.W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, Warszawa 2019.
- Habzda-Siwiek E., *Wybrane problemy realizacji systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnych*, [w:] *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia. Księga poświęcona pamięci Profesora Zbigniewa Hołdy*, red. B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski, Warszawa 2011.
- Helgason T., *Epidemiologia alkoholizmu – uzależnienia od alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986.
- Hellsten T., *Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików – hipopotam w pokoju stołowym*, Łódź 2006.

- Hofmański P., *Komentarz do wybranych przepisów Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, [w:] Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. *Standardy Prawne Rady Europy. Teksty i komentarze Tom III Prawo Karne*, red. E. Zielińska, Warszawa 1997.
- Hofmański P., Paprzycki L. K., [w:] *Kodeks Karny. Komentarz*, red. M. Filar, Warszawa 2014.
- Hofmański P., [w:] *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Komentarz do artykułów 1-18*, t. I, red. L. Garlicki, Warszawa 2010.
- Hołda Z., Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Gdańsk 2005.
- Hołyst B., *Alkohol a przestępczość*, „Problemy Alkoholizmu” 1981, nr 7-8.
- Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2007.
- Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2016.
- Horna-Cieślak H., *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Warszawa 2017.
- Jabłońska E., *Alkohol jako czynnik kryminogeny i wiktymogeny w przestępstwach zabójstwa na przykładzie spraw rozpoznawanych przez Sąd Okręgowy w Krośnie*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2016, nr 2 (19).
- Kacprzak A., *Współczesne aspekty resocjalizacji przestępców w wybranych krajach europejskich*, „Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologica” 2017, nr 62.
- Kaczanowski F., *Wytyczne dla segregacji więźniów alkoholików i epileptyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1938, nr 3.
- Kaczanowski Feliks (1904–1976) lekarz psychiatra*, „Przegląd Pruszkowski” 1984, t. 1.
- Kaczyńska E., *Ludzie ukarani. Więzienia i system kar w Królestwie Polskim 1918–1914*, Warszawa 1989.
- Kalisz T., *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2000, t. 6.
- Kalisz T., *Decyzja klasyfikacyjna. Charakter prawny oraz tryby kontroli i weryfikacji*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2015, t. 36.
- Kalisz T., *Sędziowski nadzór penitencjarny. Polski model nadzoru i kontroli nad legalnością i prawidłowością wykonywania środków o charakterze izolacyjnym*, Wrocław 2010.
- Kalisz T., *Skargi, wnioski i prośby zgłaszane przez skazanych w toku postępowania wykonawczego*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, red. L. Bogunia, t. 24, Wrocław 2009.
- Kaniasty M., *Alkohol i jego skutki*, [w:] *Odczyty i broszury popularne dla Towarzystw polskich*, t. 3, Poznań 1914.
- Kazimierz-alkoholik, *Początki ruchu AA w zakładach karnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Kempa A., *Rola diagnozy psychologicznej w programowaniu resocjalizacji skazanych z anomaliami i zespołami uzależnień*, [w:] *Problemy więziennictwa u progu XXI wieku. I Polski Kongres Penitencjarny Kalisz 3-5 czerwca 1996*, red. B. Hołyst, S. Redo, Warszawa – Wiedeń – Kalisz 1996.

- Kessel N., Walton H., *Alkoholizm*, Warszawa 1967.
- Kędzierski A., *Rola wspólnoty AA w zakładach karnych*, „Arka, Biuletyn Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i innych Uzależnień Fundacji im. S. Batorego” 1997, nr 21.
- Kędzierski A., *Z punktu widzenia dyrektora ZK*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Kiliszek E., *Czynniki ryzyka sprzyjające niedostosowaniu społecznemu i przestępczości nieletnich*, „Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja” 2013, nr 21.
- Kiryłuk M., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych*, „Biuletyn RPO. Materiały” 1997, nr 32.
- Klimecki H., *Metody i formy leczenia alkoholików w warunkach zakładów karnych*, „Alkoholologia Łódzka” 1971, nr 1.
- Kolarczyk T., *Anonimowi Alkoholicy w zakładach penitencjarnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 9.
- Kolarczyk T., *Kierowanie skazanych do zakładów karnych dla osób wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych*, „Nowe Prawo” 1983, nr 3.
- Kolarczyk T., *Postępowanie z alkoholikami w więzieniu*, „Problemy Alkoholizmu” 1986, nr 1.
- Kolarczyk T., *Skazani nadużywający alkoholu i uzależnieni od niego*, [w:] *Rozwój penitencjarystyki w PRL: wybrane problemy*, red. P. Wierzbicki, Warszawa 1988.
- Kolarczyk T., *Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 10.
- Konarska-Wrzosek V., [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red.: R. A. Stefański, Warszawa 2015.
- Konikowska-Kuczyńska J., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wobec skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych*, Warszawa 2015.
- Kopaliński W., *Podręczny słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1996.
- Kordeczuk J., *Znaczenie Kodeksu Karnego z 1932 r. dla rozwoju nauki i Prawa Karnego w Polsce w XX wieku*, „Zeszyty Prawnicze” 2011, t. 11, nr 2.
- Korwin-Szymanowski G., *Ośrodki diagnostyczne*, „Forum Penitencjarne” 2013, nr 11.
- Kostewicz T., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec więźniów politycznych w latach 1944–1956*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, Warszawa 1991, nr 1.
- Kotowska M., *Zjawisko patologii społecznej w ujęciu kryminologicznym*, „Studia Prawno-ustrojowe” 2009, nr 9.
- Kryminologia*, red. P. Łabuz, I. Malinowska, M. Michalski, Warszawa 2020.
- Księga Jubileuszowa Więziennictwa Polskiego 1918–1928*, red. Z. Bugajski, Warszawa 1929.
- Księga Jubileuszowa Więziennictwa Polskiego 1918–1988*, red. A. Marek, Warszawa 1990.
- Kublak A., Przybyłowska I., Rostocki W. A., *Społeczna przestrzeń wywiadu kwestionariuszowego*, „Studia Socjologiczne” 1990, nr 3-4.
- Kuć M., *Kryminogeneza*, [w:] *Leksykon kryminologii. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2015.

- Kulisewicz T., *Zespół uzależnienia od alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986.
- Kurek A., *Niemieckie więzienia sądowe na Śląsku w czasach Trzeciej Rzeszy*, Kraków 2007.
- Kwieciński A., *Odbywanie kary pozbawienia wolności przez skazanych z odchyleniami od normy psychicznej*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2004, t. 16, Wrocław 2004.
- Kwieciński A., *Penitencjarny model postępowania z osobami uzależnionymi od środków odurzających i substancji psychotropowych*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, t. 15, Wrocław 2004.
- Kwieciński A., *Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego 2005”, t. 13.
- Kwieciński A., *Rola diagnozy stanu zdrowia psychicznego skazanego w postępowaniu karnym wykonawczym*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2013, nr 81.
- Kwieciński A., *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi*, [w:] *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, red. A. Kwieciński, Warszawa 2013.
- Kwieciński A., *Prawnokarne aspekty terapii skazanych uzależnionych od alkoholu*, „Ius Novum” 2014, nr 3.
- Kwieciński A., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, Warszawa 2017.
- Kwieciński A., *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 k.k.w.*, [w:] *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, red. T. Kalisz, Wrocław 2011.
- Kwieciński A., Pałaszewski P., *Kształtowanie się polskiego modelu wykonywania tymczasowego aresztowania w latach 1945–1969*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2014, t. 32, Wrocław 2014.
- Lachowski J., [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, red. J. Lachowski, Warszawa 2016.
- Lelental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2017.
- Lelental S., *Kwalifikowanie skazanych do systemu terapeutycznego oddziaływania (ze szczególnym uwzględnieniem skazanych za przestępstwa seksualne)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2008, t. 19.
- Lelental S., *Początki, rozwój i stan obecny ustawodawstwa o wykonywaniu kar i innych środków prawnokarnej reakcji na przestępstwo w Polsce w latach 1918–2015*, [w:] *Nil nisi veritas. Księga dedykowana Profesorowi Jackowi Matuszewskiemu*, red. M. Głuszak, D. Wiśniewska-Jóźwiak, Łódź 2016.
- Lelental S., Niewiadomska-Krawczyk M., *Przebieg prac nad przygotowaniem projektów kodyfikacji karnej z 1997 roku, ze szczególnym uwzględnieniem projektu kodeksu karnego wykonawczego*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, t. 54, Wrocław 2019.
- Lelental S., Szymanowski T., *Uzasadnienie projektu kodeksu karnego wykonawczego z 1990 r., Projekt Kodeksu karnego wykonawczego (przeznaczony do dyskusji środowiskowej)*,

- Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego – Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, redakcja z 21.06.1990 r..
- Lelonkiewicz J., Lelonkiewicz M., *Wpływ podejścia terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu na zmianę postępowania terapeutycznego wobec osób uzależnionych od alkoholu*, „Nowiny Psychologiczne” 1997, nr 2.
- Lernell L., *Zarys kryminologii ogólnej*, Warszawa 1973.
- Linowski K., Nowicka J., *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Ostrowiec Świętokrzyski 2004.
- Liszt F., *Der Zweckgedanke im Strafrecht*, Marburg 1882.
- Lityński A., *Dwa kodeksy karne 1932: w osiemdziesiątą rocznicę*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2012, nr 12.
- Łapiński P., *Nadzór sądowy nad procesem resocjalizacji więźniów w polskim systemie penitencjarnym*, „Resocjalizacja Polska” 2021, nr 21.
- Łuniewski W., *Zadania psychiatrii penitencjarnej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1938, nr 3.
- Łupińska A., *Reguły Mandeli przyjęte w ONZ*, „Forum penitencjarne” 2015, nr 11 (210).
- Machel H., *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej – casus polski. Studium penitencjarno-pedagogiczne*, Kraków 2006.
- Machel H., *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2006.
- Machel H., *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*, Gdańsk 1994.
- Majcherczyk A., *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, t. 20, nr 3.
- Majer J., *Więzienne leczenie odwykowe wobec nowych wyzwań*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1996, nr 12-13.
- Makarewicz J., *Kodeks karny z komentarzem*, Lwów 1932.
- Makarewicz J., *Zbrodnia i kara*, „Wiedza Współczesna”, t. 3, Lwów 1922.
- Makowski W., *Rozważania prawnicze. Z dziedziny prawa publicznego, z dziedziny prawa karnego – mowy autora*, Warszawa 1928.
- Malec J., *Problematyka odwykowa w jednostkach penitencjarnych*, „Biuletyn RPO-Materiały” 1998, nr 34.
- Maleszyk R., *Więziennictwo polskie na tle dziejów państwa w latach 1918–1956*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 62-63.
- Marek A., *Kodeks Karny. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Mayntz, R., Holm K., Hübner P., *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Warszawa 1985.
- Mazur A., *Kryminogenność alkoholizmu*, „Archiwum Kryminologii” 1990, t. 17.
- Melezini M., *Kształtowanie się koncepcji kar dodatkowych w prawie karnym w okresie II Rzeczypospolitej Polskiej*, „Miscellanea Historico-Iuridica” 2015, t. 14, z. 2.

- Melezini M., *Punitive wymiaru sprawiedliwości karnej w Polsce w XX wieku*, Białystok 2003.
- Melezini M., *Założenia polityczno-kryminalne kodeksu karnego z 1969 r. i ich realizacja w praktyce w latach 1970–1980*, „Z Dziejów Prawa” 2019, T. 12 (20).
- Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3 (28).
- Merz E., *Rozważania z zakresu praworządności wykonania kary pozbawienia wolności*, „Palestra” 1968, nr 12/9 (129).
- Michałowska G., *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Warszawa 2007.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10)*, Wydawnictwo Światowa Organizacja Zdrowia 2009.
- Migdał J., *Perspektywy kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2008, z. 1.
- Migdał J., *Polityka karna i penitencjarna Polski lat 1944–1956*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2008, T. XV, nr 2.
- Migdał J., *Polski system penitencjarny w latach 1918–1928*, Gdańsk 2011.
- Migdał J., *Polski system penitencjarny w latach 1928–1939*, Gdańsk 2012.
- Migdał J., *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008 w ujęciu doktrynalnym, normatywnym. Kontynuacja czy zmiana?*, Gdańsk 2008.
- Migdał J., Raglewski J., *Kara pozbawienia wolności, zarys dziejów polskiej doktryny, prawa i praktyki penitencjarnej*, Gdańsk 2005.
- Moczydłowski P., *Więziennictwo w okresie transformacji ustrojowej*, [w:] *System penitencjarny i postpenitencjarny w Polsce*, red. T. Bulenda, R. Musidłowski, Warszawa 2003.
- Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Rzecznik Praw Obywatelskich*, red. P. Kazimirski, H. Machińska, J. Zarecka, Warszawa 2019.
- Morawski J., *Alkohol a przestępstwa i wykroczenia*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986.
- Mrozek K., *Reguły Nelsona Mandeli*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, red. T. Kalisz, Wrocław 2018, t. 48.
- Muszyńska A., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności przez skazanych uzależnionych od środków odurzających*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2001, t. 7.
- Muszyńska A., *Z problematyki poczytalności sprawców uzależnionych od środków odurzających*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2000, t. 6.
- Nawój-Śleszyński A.D., *Rozmiary i zróżnicowanie populacji więziennej w Polsce w okresie obowiązywania ustawodawstwa karno-wykonawczego z 1997 roku*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2019, t. 54, s. 149-150.

- Nawój-Śleszyński A.D., *Systemy wykonywania kary pozbawienia wolności i ich potencjał reedukacyjny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, nr 92.
- Nawój-Śleszyński A.D., *Przymus leczenia i rehabilitacji sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych. Aspekty prawno-kryminologiczne*, [w:] *Uzależnienia chemiczne i przemoc domowa. Konteksty penitencjarne i terapeutyczne*, red. A. Jaworska, P. Kozłowski, Bydgoszcz 2014.
- Nawój-Śleszyński A.D., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 64-65.
- Nawrot O., *Wprowadzenie do logiki dla prawników*, Warszawa 2017.
- Neymark E., *Organizacja więziennictwa polskiego*, [w:] *Aktualne zagadnienia i projekty reformy więziennictwa*, red. Z. Bugajski i E. Neymark, t. 1, Warszawa 1925.
- Neymark E., *Rola lekarza w walce z przestępczością*, [w:] *Pamiętnik XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich*, Poznań 1933, T.2.
- Neymark E., *Zarys Etiologii Kryminalnej*, Warszawa 1925,
- Neymark E., *Zasady nowej organizacji więziennictwa w świetle nowoczesnych postulatów nauk penitencjarnych*, [w:] *Księga jubileuszowa więziennictwa polskiego 1918–1928*, red. Z. Bugajski, Warszawa 1929.
- Niełączna M., *Zmiany za murami? Stosowanie standardów postępowania z więźniami w Polsce*, Warszawa 2011.
- Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol*, Lublin 2004.
- Nita M., *Indywidualne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Seria Pedagogika” 2006, nr 1.
- Nowicki M., *Wokół Konwencji Europejskiej. Komentarz do Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, Warszawa 2013.
- Ostrihanska Z., *Wielokrotni recydywiści o wczesnym i późnym początku karalności*, [w:] *Archiwum Kryminologii*, red. S. Batawia, t. 4, Warszawa 1969.
- Pamiętnik X IV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 11-15 września 1933 r.*, t. 2, Poznań 1933.
- Paprzycki L., *System środków zabezpieczających w ujęciu Kodeksu karnego z 1932 r. – koncepcja i rzeczywistość*, [w:] *Kodeks karny z 1932 r.*, red.: A. Grześkowiak, K. Wiak, M. Gałązka, R. G. Hałas, S. Hypś, D. Szeleszczuk, Lublin 2015.
- Pawela S., *Kodeks karny wykonawczy, praktyczny komentarz z indeksem rzeczowym*, Warszawa 1999.
- Pawela S., *O czynnikach prognostycznych przy warunkowym zwolnieniu*, „Nowe Prawo” 1983, nr 9-10.
- Pawela S., *Prawo karne wykonawcze, Zarys Wykładu*, Kraków 2003.
- Pawlak K., *Polski Biograficzny Słownik Penitencjarny*, Kalisz 2008.
- Pawlak K., *Więziennictwo Polskie w latach 1918–1939*, Kalisz 1995.

- Pawlak K., *Za kratami więzień i drutami obozów (Zarys dziejów więziennictwa w Polsce)*, Kalisz 1999.
- Perkowska M., *Źródła informacji o przestępczości*, [w:] *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, red. E. W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, Warszawa 2019.
- Petrykowski J., Wierzbicki P., *Zbiór ważniejszych aktów prawnych dotyczących problematyki penitencjarnej. Część pierwsza*, Warszawa 1966.
- Petzel J., *Rachunek zdań (rozdział)*, [w:] *Logika dla prawników*, red. A. Malinowski, Warszawa 2015.
- Płatek M., *Europejskie Reguły Więzienne a polskie prawo i praktyka penitencjarna*, „*Studia Iuridica*” 1997, T. 34.
- Płatek M., *Wybrane zasady i instytucje kodeksu karnego wykonawczego z 1997 roku w świetle europejskich reguł więziennych z 11 stycznia 2006 r.*, [w:] *X lat obowiązywania Kodeksu Karnego Wykonawczego*, red. S. Leleńtal, G. B. Szczygieł, Białystok 2009.
- Płatek M., *Znaczenie więziennych stereotypów (Znaczenie Reguł Minimalnych Postępowania z Więźniami i Europejskich Reguł Więziennych dla procesu normalizacji)*, [w:] *Między Autonomią a Kontrolą. Studia i szkice*, red. A. Kojder, J. Kwaśniewski, Warszawa 1992.
- Pływaczewski E. M., Jurgielewicz-Delegacz E., *Teorie kryminologiczne*, [w:] *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, red. E.W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, Warszawa 2019.
- Pniewska A., Zientarska A., Milewska M., *Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej Roczna Informacja Statystyczna za rok 2019*, Warszawa 2019.
- Podleś M., *Założenie o racjonalności prawodawcy w procesie wykładni w prawie spółek*, „*Acta Universitatis Wratislaviensis, „Przegląd Prawa i Administracji*” 2020, nr 3978.
- Poklek R., *Badania osobopoznawcze w penitencjarystyce*, „*Resocjalizacja Polska*” 2017, nr 14.
- Poklek R., *Instytucjonalne i psychospołeczne aspekty więzienia*, Kalisz 2010.
- Poklewski-Kozieł K., *Prawa więźnia w świetle reguł międzynarodowych oraz ustawodawstwa polskiego*, [w:] *Prawa człowieka. Model prawny*, red. R. Wieruszewski, Wrocław 1991.
- Pomiankiewicz J., *Zarys historii więziennictwa w Polsce*, [w:] *Prawo karne wykonawcze z elementami polityki karnej i penitencjarnej*, red. T. Szymanowski, Warszawa 2017.
- Pomianowski R., *Czy można mówić o specyfice więziennego odwyku?*, „*Świat Problemów*” 1997, nr 9 (56).
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego z dnia 6 czerwca 2006 r. – II Akzw.594/06, K-481*, „*Krakowskie Zeszyty Sądowe. Biuletyn Sądu Apelacyjnego w Krakowie w sprawach karnych*” 2007 nr 2 (194), poz. 78.
- Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2017.
- Rabinowicz L., *Zagadnienie tzw. „prawa penitencjarnego”. Kilka uwag w związku z artykułem p. Jerzego Wład. Śliwowskiego p. tyt.: „Narodziny prawa penitencjarnego”*, „*Gazeta Sądowa Warszawska*” 1935, nr 15.

- Raś D., *O poprawie winowajców w więzieniach i zakładach dla nieletnich. Propozycje prawników, lekarzy, działaczy społecznych i pedagogów oraz rozwój więziennictwa do połowy XX wieku*, Katowice 2006.
- Ratajczak A., [w:] *Kryminologia*, red. W. Świda, Warszawa 1977.
- Reber A. S., Reber E., *Słownik psychologii*, Warszawa 2000.
- Rzepliński A., *Autorski projekt nowelizacji Kodeksu karnego wykonawczego*, [w:] *Obywatelskie inicjatywy ustawodawcze 1980–1990*, red. K. Barczyk, S. Grodziski, S. Grzybowski, Warszawa 2001.
- Sitarz O., *Prawa człowieka skazanego na karę pozbawienia wolności w orzecznictwie ETS*, [w:] *Kary długoterminowe. Polityka karna, wykonywanie, warunkowe zwolnienia*, red. T. Gardocka, Warszawa 2006.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013.
- Sławińska J., *Stan nietrzeźwości a czyn przestępczy*, „Problemy Alkoholizmu” 1986, nr 11.
- Smarzyński H., *Alkoholizm – Rodzina – Dzieci, Patologia społeczna – Zapobieganie*, Warszawa 1979.
- Stańdo-Kawecka B., *Badania osobopoznawcze skazanych i oddziaływania terapeutyczne w historii rozwoju więziennictwa*, [w:] *Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką*, red. E. Habzda-Siwiek, J. Kabzińska, Sopot 2014.
- Stańdo-Kawecka B., *Prawne podstawy resocjalizacji*, Kraków 2000.
- Stańdo-Kawecka B., *Rekomendacja 1257 (1995) o warunkach pozbawienia wolności w państwach członkowskich Rady Europy. Komentarz*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2011, nr 72-73.
- Stępniać P., *Indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności w systemach penitencjarnych w Polsce i we Francji*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2010, nr 67-68.
- Stępniać P., *Przemiany w polskim więziennictwie, a model oddziaływań penitencjarnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 62-83.
- Sujka M., *Najczęstsze przyczyny powrotu do nałogu u alkoholików przebywających w Wojewódzkim Areszcie Śledczym w Łodzi*, „Alkoholologia Łódzka” 1971, nr 1.
- Szczepanik R., Miszewski K., *Wpływ długoterminowego uwięzienia na rodziny więźniów – stan wiedzy i zaniedbane kierunki*, „Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja” 2016, nr 30.
- Szczygieł B.G., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce międzywojennej*, „Miscellanea Historico-Iuridica” 2008, t. 6.
- Szczygieł G.B., *Społeczna readaptacja skazanych w polskim systemie penitencjarnym*, Białystok 2002.
- Szczygieł G. B., [w:] *System Prawa Karnego*, t. 6: *Kary i środki karne. Poddanie sprawcy próbie*, red. M. Melezini, Warszawa 2016.
- Szczygieł G.B., *Zastępcza kara pozbawienia wolności*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana profesorowi*

- Tadeuszowi Bojarskiemu, red. A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger, Lublin 2011.
- Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1995.
- Szumski J., *Alkohol a wymiar kary (Wybrane zagadnienia)*, „Studia Prawnicze” 1987 nr 3.
- Szumski J., *Model leczenia osób uzależnionych w projekcie kodeksu karnego wykonawczego*, „Państwo i Prawo” 1994, nr 6(580).
- Szumski J., *Prawnokarne sposoby reakcji wobec osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków na tle projektów legislacyjnych*, [w:] *Problemy nauk penalnych: Prace ofiarowane Pani Prof. Oktawii Górniok*, red. L. Tyszkiewicz, Katowice 1996.
- Szydło M., [w:] *Konstytucja RP, t. 1. Komentarz do art. 1-86*, Warszawa 2016.
- Szymanowski T., *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego. Podstawowe problemy w świetle badań empirycznych*, Warszawa 2004.
- Szymanowski T., *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa w Polsce i ich wpływ na wykonywanie kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 62-63.
- Szymanowski T., *Przemiany systemu penitencjarnego w Polsce*, Warszawa 1996.
- Szymanowski T., *Trzy ustawy nowelizujące prawo karne w Polsce – wprowadzenie i wybrane przepisy*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 10,
- Szymanowski T., [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty Wykonawcze*, Warszawa 1998.
- Szymanowski T., Świda Z., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty Wykonawcze*, Warszawa 1998.
- Ślaski S., *Efektywność terapii odwykowej w zakładzie karnym*, „Problemy Alkoholizmu” 1996, nr 4.
- Śliwowski J., *Kara pozbawienia wolności we współczesnym świecie. Rozważania penitencjarne i penologiczne*, Warszawa 1981.
- Śliwowski J., *Narodziny prawa penitencjarnego*, „Gazeta Sądowa Warszawska” 1934, nr 44.
- Śliwowski J., *Prawo i polityka penitencjarna*, Toruń 1978.
- Śliwowski J., *Zagadnienie postępowania ze skazanymi*, [w:] *Problematyka przestępczości na V Kongresie Narodów Zjednoczonych*, Warszawa 1976.
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Tarnawski M., *Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu*, „Palestra” 1985, 29/11(335).
- Terapeuci piszą o pacjentach oddziałów specjalnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Trafny M., *Zasada humanitaryzmu w kodeksie karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2007, nr 3.
- Tużnik L., *Organizacja leczenia odwykowego w zakładach karnych w świetle uregulowań Kodeksu Karnego Wykonawczego z 1997 roku*, [w:] *Problemy organizacji i zarządzania w więziennictwie. Materiały II Krajowego Sympozjum Penitencjarnego*, red. W. Ambroziak, P. Stępnia, Poznań-Kalisz-Warszawa 1999.

- Tyszkiewicz L., *Badania osobopoznawcze w prawie karnym. Wprowadzenie w problematykę prawną i kryminologiczną*, Warszawa 1975.
- Tyszkiewicz L., *Kryminogeneza i sposoby jej badania*, „Archiwum Kryminologii” 2007–2008, t. 29-30.
- Tyszkiewicz L., *Kryminogeneza w ujęciu kryminologii humanistycznej*, Katowice 1997.
- Uliczka M., *Atlantis w polskim wydaniu*, „Świat Problemów” 1995, nr 11
- Utrat-Milecki J., *Więziennictwo w Polsce w latach 1944–1956*, Warszawa 1995.
- Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego*, [w:] *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks Karny. Kodeks Postępowania Karnego. Kodeks Karny Wykonawczy*, red. I. Fredrich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak, Warszawa 1997.
- W dziewięćdziesięciolecie polskiego więziennictwa. Księga Jubileuszowa*, red. Z. Jasiński, A. Kurek, D. Widelak, Opole 2008.
- Wachholz L., *Alkoholizm a przestępstwo 1927*, [w:] *Leona Wachholza rozważania o przyczynach zbrodni*, wyb. i oprac. J. Widacki, Kraków 2008, s. VIII, 63–69.
- Wala K., *Systemy penitencjarne na przestrzeni XVIII i XIX wieku*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2015, t. 24, nr 4.
- Walczak S., *Postępowanie ze skazami w polskim systemie penitencyjnym. Zarys polityki penitencjarnej*, Warszawa 1992.
- Wald I., *Spżycie alkoholu na tle uwarunkowań kulturowych*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa 1986.
- Warylewski J., *Wymiar sprawiedliwości karnej w Polsce – diagnoza statystyczno-kryminologiczna wybranych aspektów*, [w:] *Między nauką a praktyką prawa karnego. Księga jubileuszowa profesora Lecha Gardockiego*, Warszawa 2014.
- Wasylkowska K., „Atlantis” i AA – szansa na resocjalizację, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Ważny A., [w:] *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. A. Sakowicz, Warszawa 2016.
- Wdowiak L., *Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w niektórych stanach psychopatologicznych*, [w:] *Materiały z konferencji w 1971 roku na temat wybranych zagadnień orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym*, Warszawa 1972.
- Widacki J., *Leon Wachholz, zapomniany polski kryminolog*, „Archiwum Kryminologii” 2018, t. 60.
- Wielec M., *Znaczenie i rola systemów wykonywania kary pozbawienia wolności w resocjalizacji skazanego*, [w:] *Autorytet i godność służb penitencyjnych a skuteczność metod resocjalizacji*, red. J. Świtka, M. Kuć, I. Niewiadomska, Lublin 2004.
- Wierzbicki P., *Indywidualizacja penitencjarna w Polsce*, Warszawa 1976.
- Więzień – alkoholik – pacjent odwykowy*, „Świat Problemów” 2002, nr 5 (112).
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2008.

- Włodarczyk E., *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*, [w:] *Człowiek w pułapce problemów: psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązywania*, red. H. Karaszewska, Poznań 2020.
- Woronowicz B.T., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) i Program Dwunastu Kroków*, [w:] *Przesłanie nadziei – przewodnik dla duszpasterstwa trzeźwości*, red. ks. M. Dziewicki, Warszawa 1993.
- Woronowicz B.W., *Wyznania lekarza*, [w:] *Anonimowi alkoholicy: historia o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet zostało uzdrowionych z alkoholizmu*, Warszawa 2017.
- Wróbel W., [w:] *Kodeks Karny. Część ogólna. Tom I. Komentarz do art. 53-116*, red. W. Wróbel, A. Zoll, Warszawa 2016.
- Zajęcka B., *Specyfika i skuteczność wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, red. S. Badora, I. Mudrecka, Opole 2006.
- Zajęcka B., *Terapia osób uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pedagogika” 2008, t. 17.
- Zielinko I., *Nowelizacja nowelizacji w zakresie prawa karnego – wybrane zagadnienia z ostatniej nowelizacji*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, nr 92.
- Ziemiński S., *Klasyfikacja skazanych*, Warszawa 1973.
- Żeromska-Charlińska J., *Współczesne oblicza przemocy jako przejaw choroby alkoholowej*, [w:] *Nowe oblicza uzależnień*, red. E. Łuczak, Olsztyn 2009.

AKTY PRAWA KRAJOWEGO

- Dekret Naczelnika Państwa Polskiego w sprawie tymczasowych przepisów więziennych z 8 lutego 1919 r., *Dziennik Praw Państwa Polskiego* 1919, nr 15, poz. 202.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 sierpnia 1998 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. nr 111 poz. 669).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2013 r. poz. 1067).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 1989 nr 31 poz. 166).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego (Dz.U. 1931 nr 71, poz. 577).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego

- i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz.U. 2007 nr 5, poz. 40).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. 2016 poz. 2231).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach, karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego (DZ.U. 1983 nr 25, poz. 113).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1932 nr 60, poz. 571).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 7 marca 1928 roku w sprawie organizacji więziennictwa (Dz.U. 1928 nr 29, poz. 272).
- Uchwała nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem, Monitor Polski 1972 nr 30, poz. 163.
- Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. Urz. 1959 nr 69, poz. 434).
- Ustawa z dnia 11 września 1956 r. o przejściu więziennictwa do zakresu działania Ministra Sprawiedliwości (Dz. Urz. 1956 nr 41, poz. 188).
- Ustawa z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. 2018, poz. 2179).
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz.U. 1969 nr 13, poz. 94).
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1969 nr 13, poz. 98).
- Ustawa z dnia 26 lipca 1939 r. o organizacji więziennictwa (Dz.U. nr 68, poz. 457).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230).
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. Urz. 1956 nr 12, poz. 62).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179, poz. 1485).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557).
- Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 Nr 73, poz. 763).
- Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. 2010 nr 79, poz. 523).
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z 25 stycznia 1974 r., w sprawie tymczasowego regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.Urz. MS z 1974 nr 2, poz. 6).
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 listopada 1962 r. w sprawie utworzenia eksperymentalnego oddziału dla leczenia odwykowego więźniów alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie, AAN w Warszawie, zespół arch. nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812.
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności, (Dz.Urz. MS z 1966 r. nr 2, poz. 12).

Zarządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1975 r. w sprawie organizacji leczenia odwykowego w zakładach karnych (Dz. Urz. 1975 nr 2, poz. 20).

Zarządzenie Nr 1 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 8 stycznia 1960 roku w sprawie utworzenia oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych, [w:] J. Petrykowski, P. Wierzbicki, *Zbiór ważniejszych aktów prawnych dotyczących problematyki penitencjarnej. Część pierwsza*, Warszawa 1966.

Zarządzenie Nr 1/67/CZW z 10 stycznia 1967 r. w sprawie zasad i form leczenia odwykowego choroby alkoholowej u więźniów w zakładach karnych (niepublikowane), AAN w Warszawie, zespół arch. nr 2414, Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/37.

Zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych.

Zarządzenie nr 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych.

Zarządzenie nr 34/66/CZW Ministra Sprawiedliwości z dnia 30 kwietnia 1966 r. w sprawie klasyfikacji więźniów (niepublikowane), AAN w Warszawie, zespół arch. nr 285, Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 1/271.

Zarządzenie nr 6/59 Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 grudnia 1959 roku w sprawie segregacji więźniów w zakładach karnych.

Zarządzenie Nr 62 Dyrektora CZW wydano 30 grudnia 1964 r. w sprawie leczenia odwykowego więźniów alkoholików w zakładach karnych, AAN w Warszawie, zespół arch. nr 2414, Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/33.

Zarządzenie Nr 67 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z dnia 23 czerwca 1958 roku w sprawie utworzenia w zakładzie karno-śledczym Warszawa I, Warszawa III eksperymentalnych oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych.

DOKUMENTY PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO

Konwencja Wiedeńska o Prawie Traktatów, sporządzona w Wiedniu dnia 23.05.1969 r. (Dz.U. z 2.11.1990 r.).

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności po nowelizacji przez Protokół nr 11 i 14 z Protokołem nr 1 oraz Protokołami nr 4, 6 i 7 sporządzona w Rzymie dnia 4.11.1950 (Dz.U. 1993 nr 61, poz. 284).

Protokół dodatkowy do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Protokół nr 4 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności gwarantujących niektóre prawa i wolności, inne niż już zawarte w Konwencji

i w Pierwszym Protokole dodatkowym do Konwencji, Protokół nr 6 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności dotyczący zniesienia kary śmierci, Protokół nr 7 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy Europejskie Reguły Więzienne (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952. posiedzeniu delegatów).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO).

Statut Rady Europy (Dz.U. 1994 Nr 118 poz. 565).

Wzorcowe reguły minimalne postępowania z więźniami. Przyjęte w Genewie w 1955 r. przez Pierwszy Kongres Narodów Zjednoczonych w Sprawie Zapobiegania Przeszłości i Postępowania ze Sprawcami Przeszłości i zaaprobowane przez Radę Gospodarczą i Społeczną w rezolucji 663C (XXIV) z dnia 31 lipca 1957 r. oraz 2076 (LXII) z dnia 13 maja 1977 r.

Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli) przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 7.10.2015 r.

Zbiór Reguł Minimalnych traktowania więźniów. Rezolucja 73/5 przyjęta 19.01.1973 r.

ORZECZNICTWO

Postanowienie SN z dnia 13 października 2010 r., sygn. IV KK 250/10, [w:] dodatek Orzecznictwo, „Prokuratura i Prawo” 2011, nr 3.

Wyrok SA z Lublina z 27.3.2000 r., II AKa 247/99, KZS 2001, Nr 3, poz. 46.

INNE DOKUMENTY

Komentarz wprowadzający do tymczasowego regulaminu wykonania kary pozbawienia wolności. Centralny Zarząd Zakładów Karnych, Warszawa, luty 1974.

Projekt Kodeksu karnego wykonawczego (przeznaczony do dyskusji środowiskowej), Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego – Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, redakcja z 21.6.1990 r.

Pismo okólne NRP 829/60 (niepublikowane) z 24 grudnia 1960 r. Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa, AAN w Warszawie, zespół arch. nr 2414 Centralny Zarząd Więziennictwa w Warszawie, sygn. 24/60.

Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej gen. Jacka Kitlińskiego z dnia 16.05.2016 r., nr K M P .5 7 1.8.2016.M F.

Projekt Kodeksu karnego wykonawczego wraz z uzasadnieniem, Komisja do Spraw Reformy Prawa Karnego Zespół Prawa Karnego Wykonawczego, red. Czerwca 1994 roku, „Państwo i Prawo” – wkładka 1994, nr 7-8.

Tymczasowa instrukcja Dyrektora CZW w sprawie zasad działania Oddziału dla Więźniów Alkoholików w ośrodku pracy w Sikawie oraz zakresu i metody pracy personelu tego oddziału, AAN w Warszawie, zespół nr 285 Ministerstwo Sprawiedliwości w Warszawie, sygn. 3812.

INTERNET

Kułań B., *Prawne regulacje pracy i nauki skazanych oraz ich realizacja, na przykładzie więzienia na Św. Krzyżu w latach 1918-1939*, 29/04/2013 · <https://www.infolotnicze.pl/2013/04/29/prawne-regulacje-pracy-i-nauki-skazanych-oraz-ich-realizacja-na-przykladzie-wiezienia-na-sw-krzyzu-w-latach-1918-1939/2> (data wejścia: 30.03.2020).

Lelental S., *Początki, rozwój i stan obecny ustawodawstwa o wykonywaniu kar i innych środków prawnokarnej reakcji na przestępstwo w Polsce w latach 1918–2015*, w: *Nil nisi veritas. Księga dedykowana Profesorowi Jackowi Matuszewskiemu*, red. M. Głuszak, D. Wiśniewska-Jóźwiak, Łódź 2016, s. 562, <http://dx.doi.org/10.18778/8088-187-7.37> (data wejścia: 16.04.2020).

Pniewska A., Zientarska A., Milewska M., *Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej Roczna Informacja Statystyczna*, Warszawa 27.02.2020, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (data wejścia: 16.09.2020).

PAP, <https://www.prawo.pl/prawniczy-sady/polskie-wieziennictwo-tez-uznaje-reguly-nelsona-mandeli,181712.html> (data wejścia: 27.04.2019).

Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, <https://www.sw.gov.pl/assets/98/29/13/4d0aa81edd3ddc0d1132f1bde154ab564484eb10.pdf> (data wejścia: 28.04.2019).

Zambrzycka K., Snarska K., Dolińska C., Chorąży M., *Alkoholizm i jego następstwa*, s. 254, <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2d0-yVPw5vMJ:https://ppm.umb.edu.pl/docstore/download/UMB4f9dd3c951554d549b9d21bba2004daf/0000064412.pdf+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-d> (data wejścia: 9.11.2021).

Zestawienie własne sporządzone na podstawie: *Przeznaczenie Zakładów Karnych i aresztów Śledczych według stanu na dzień 1 lutego 2018 r.* Strona Centralnego Zarządu Służby Więziennej w Polsce, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-przeznaczenie-zk-i-as> (data wejścia: 31.01.2018 r.).

<https://www.rpo.gov.pl/pl/content/reguly-nelsona-mandeli> (data wejścia: 03.11.2017).

<https://anomed.pl/anonimowi-alkoholicy> (data wejścia: 28.09.2021).

SPIS TABEL I WYKRESÓW

Tabela 1. Wskaźnik prizonizacji w wybranych krajach Europy w latach 1989–2004	187
Tabela 2. Wskaźnik prizonizacji w Polsce na 100 tys. mieszkańców (stan w dn. 31 XII)	188
Tabela 3. Wskaźnik prizonizacji w Okręgowych Inspektoratach Służby Więziennej w Polsce na 100 tys. mieszkańców – stan w dn. 31.12.2020.....	190
Tabela 4. Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w różnych systemach w porównaniu ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu zakwalifikowanymi do systemu terapeutycznego w Polsce w latach 1998–2020	191
Tabela 5. Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w wyszczególnionych zakładach karnych w latach 2001–2019*	195
Tabela 6. Skazani uzależnieni od alkoholu zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych przebywający w oddziale i poza tymi oddziałami w latach 2001–2019	197
Tabela 7. Skazani zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych przebywający poza tymi oddziałami według przyczyn.....	198
Tabela 8. Orzeczenia wykonywane według rodzajów przestępstw (określonych w kodeksie karnym z 1997 roku) w dniu 31.12.2019 r.	199
Tabela 9. Średni wymiar kary i mediana aktualnie wykonywanych orzeczeń – stan w dniu 31.12.2019 r.	201
Tabela 10. Zasadnicza kara pozbawienia wolności według wymiaru kary – orzeczenia wykonywane w dniu 31.12.2019 r.	203
Tabela 11. Wychowawcy działu penitencjarnego w latach 2018-2019.....	204
Tabela 12. Osadzeni w jednostkach penitencjarnych w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Białymstoku, stan na dzień 10.02.2021 r.....	206
Tabela 13. Osadzeni, w tym skazani przebywający w poszczególnych Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych podlegających pod Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku oraz ich pojemność – stan ewidencyjny na dzień 30.11.2020 i 31.12.2020.....	209
Tabela 14. Liczba skazanych z podziałem na płeć i miejsce odbywania kary	211
Tabela 15. Miejsce zamieszkania skazanych	211
Tabela 16. Wiek skazanych	212
Tabela 17. Wykształcenie skazanych.....	213

Tabela 18. Wykształcenie a wcześniejsza karalność	214
Tabela 19. Liczba skazanych w typie zakładu karnego z podziałem na płeć	215
Tabela 20. Typ zakładu karnego a poprzednia karalność	215
Tabela 21. Miejsce wykonywania kary	216
Tabela 22. System wykonywania kary	217
Tabela 23. Skazani uzależnieni od alkoholu	218
Tabela 24. Typ zakładu karnego a uzależnienie od alkoholu.....	218
Tabela 25. Uzależnienie od alkoholu a poprzednia karalność.....	219
Tabela 26. Typ zakładu karnego a poprzednia karalność i popełnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu	221
Tabela 27. Wymiar orzeczonej kary	222
Tabela 28. Wymiar kary a stan trzeźwości w chwili popełnienia przestępstwa.....	224
Tabela 29. Wymiar kary a wiek (N=113)	225
Tabela 30. Odwiedziny przez członków rodziny	227
Tabela 31. Płeć wychowawców	231
Tabela 32. Płeć terapeutów	231
Tabela 33. Wykształcenie wychowawców	231
Tabela 34. Staż pracy wychowawców	232
Tabela 35. Wiek wychowawców	234
Tabela 36. Wiek terapeutów	235
Tabela 37. Staż pracy terapeutów	236
Tabela 38. Wykształcenie terapeutów	237
Tabela 39. Miejsce pracy wychowawców (w tym psychologów i pedagogów)	239
Tabela 40. Miejsce pracy wychowawcy w poszczególnych typach zakładu karnego	240
Tabela 41. Miejsce pracy wychowawcy ze względu na rodzaj zakładu karnego	241
Tabela 42. Liczba skazanych pod opieką wychowawcy (w tym z wykształceniem psychologicznym i pedagogicznym)	244
Tabela 43. Liczba skazanych pod opieką terapeuty	245
Tabela 44. Inni skazani odbywający karę w oddziale terapeutycznym	246
Tabela 45. Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych skazanych uzależnionych od alkoholu.....	249
Tabela 46. Sposób prowadzenia badań osobopoznawczych skazanych uzależnionych od alkoholu.....	249
Tabela 47. Wcześniejsze próby skazanego zwalczania uzależnienia od alkoholu.....	250

Tabela 48. Udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w opinii wychowawców	253
Tabela 49. Sposób udziału skazanego w opracowaniu programu w opinii wychowawców	253
Tabela 50. Udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w opinii terapeutów	254
Tabela 51. Sposób udziału skazanego w opracowaniu programu w opinii terapeutów	254
Tabela 52. Udział skazanego w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego w opinii skazanych.....	255
Tabela 53. Sposób wzięcia udziału w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego.....	256
Tabela 54. Udział skazanych w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego a skuteczność prowadzonych oddziaływań terapeutycznych	257
Tabela 55. Oddziaływania wychowawcze stosowane wobec skazanych uzależnionych od alkoholu.....	261
Tabela 56. Grupowe oddziaływania terapeutyczne poza oddziałem terapeutycznym	262
Tabela 57. Oddziaływania terapeutyczne poza oddziałem terapeutycznym	264
Tabela 58. Realizacja grupowych oddziaływań penitencjarnych poza oddziałem	266
Tabela 59. Program oddziału terapeutycznego w opinii terapeutów Aresztu Śledczego w Suwałkach.....	266
Tabela 60. Rodzaje oddziaływań terapeutycznych stosowane w oddziale i poza oddziałem.....	270
Tabela 61. Motywacja do realizacji zadań	271
Tabela 62. Próba samodzielnego wyjścia z alkoholizmu	272
Tabela 63. Oddziaływania wychowawców wobec skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego pod przymusem i dobrowolnie	274
Tabela 64. Oddziaływania terapeutów wobec skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego pod przymusem i dobrowolnie	275
Tabela 65. Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych z uwzględnieniem typu zakładu i poprzedniej karalności	276
Tabela 66. Aktualizacja programu terapeutycznego	277
Tabela 67. Opinie wychowawców w zakresie dostosowywania wykonywania kary do wymagań określonych w kkw z 1997 r.	278
Tabela 68. Opinie terapeutów w zakresie dostosowywania wykonywania kary do wymagań określonych w kkw z 1997 r.....	280
Tabela 69. Kryteria zwalniające z wymogu prowadzenia oddziaływań terapeutycznych w opinii wychowawców	281
Tabela 70. Kryteria zwalniające z wymogu prowadzenia oddziaływań terapeutycznych w opinii terapeutów	282

Tabela 71. Zmiany w oddziaływaniach terapeutycznych w opinii skazanych	282
Tabela 72. Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych	284
Tabela 73. Ocena skuteczności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych według terapeutów	285
Tabela 74. Zagrożenie ze strony skazanego w opinii wychowawców	286
Tabela 75. Zagrożenie ze strony skazanego w opinii terapeutów	286
Tabela 76. Skuteczność prowadzonych oddziaływań według skazanych.....	287
Tabela 77. Ocena skuteczności oddziaływań według skazanych a sposób zakwalifikowania skazanego do systemu terapeutycznego.....	288
Tabela 78. Nieprzyjemne traktowanie	290
Tabela 79. Zagrożenie ze strony innego skazanego	291
Tabela 80. Pomoc postpenitencjarna.....	293
Wykres 1. Wskaźnik prizonizacji w wybranych krajach Europy w latach 2005–2012	188
Wykres 2. Uzależnienie od alkoholu a poprzednia karalność.....	220
Wykres 3. Wymiar orzeczonej kary	223
Wykres 4. Wymiar kary a stan trzeźwości w chwili popełnienia przestępstwa	226
Wykres 5. Odwiedziny przez członków rodziny.....	228
Wykres 6. Wykształcenie wychowawcy	232
Wykres 7. Staż wychowawcy.....	233
Wykres 8. Wiek wychowawcy.....	234
Wykres. 10. Staż pracy terapeutów	236
Wykres 11. Miejsce pracy wychowawcy w poszczególnych typach zakładów karnych.....	241
Wykres 16. Krótka interwencja.....	264
Schemat 1. Relacje różnych typów związków alkoholu z przestępczością.....	33
Mapa 1. Zaludnienie aresztów śledczych i zakładów karnych w dniu 31 grudnia 2020 r. (bez miejsc dodatkowych)	209

ANEKS

Załącznik 1

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Jestem doktorantem i prowadzę badania dotyczące systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. Uprzejmie proszę o wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety. Uzyskane informacje pozwolą zweryfikować realizację założeń ustawodawcy. W pytaniach zamkniętych Proszę o podkreślenie jednej lub kilku odpowiedzi (jeśli kilka można uznać za właściwe).

Z góry dziękuję za rzetelne i wyczerpujące udzielenie informacji.

Właściwą odpowiedź zaznacz – X

1. Płeć: • kobieta..... • mężczyzna
2. Wiek
3. Miejsce zamieszkania:
 - miasto:
 - do 20 tys. mieszkańców..... • od 20 do 100 tys. mieszkańców..... • powyżej 100 tys. mieszkańców.....
 - wieś.....
4. Wykształcenie:
 - podstawowe
 - średnie
 - zawodowe
 - wyższe
 - inne, jakie?
.....
5. Miejsce wykonywania kary pozbawienia wolności:
 - w oddziale terapeutycznym
 - poza oddziałem terapeutycznym
6. Typ zakładu karnego:
 - Zakład karny typu zamkniętego

- Zakład karny typu półotwartego
 - Zakład karny typu otwartego
7. Rodzaj zakładu karnego:
- Zakład karny dla młodocianych;
 - Zakład karny dla odbywających karę po raz pierwszy;
 - Zakład karny dla recydywistów penitencjarnych;
8. System wykonywania kary pozbawienia wolności
- Programowanego oddziaływania;
 - Terapeutyczny;
 - Zwykły
9. Wymiar orzeczonej kary pozbawienia wolności:
- terminowa kara pozbawienia wolności (1 miesiąca do 15 lat);
 - kara 25 lat pozbawienia wolności;
 - kara dożywotniego pozbawienia wolności;
10. Czy skazany przejawia uzależnienie od alkoholu?
- tak
 - nie
11. Czy przestępstwo zostało popełnione pod wpływem alkoholu?
- tak
 - nie
12. Jak został/a Pan/Pani zaklasyfikowany/a do systemu terapeutycznego
- dobrowolnie
 - pod przymusem
13. Jakie były prowadzone wobec Pana/Pani oddziaływania terapeutyczne prowadzone w oddziale terapeutycznym lub poza oddziałem?;
- zajęcia motywujące do utrzymania abstynencji;
 - zajęcia pozwalające nabyć umiejętności sprzyjające utrzymaniu abstynencji;
 - były to zajęcia:
 - indywidualne • grupowe • wykłady • prezentacje multimedialne
 - spotkania Anonimowych Alkoholików • biblioterapia • praca własna
 - projekcje filmów;
 - inne, jakie?
-
- Jaki był harmonogram realizacji i czas trwania programu?
-

- Jak Pan/Pani ocenia realizację programu, *określając w skali od 1 do 5*, w zakresie:
 - Pana/Pani aktywności (zaangażowania);
 - Nabycia wiedzy i umiejętności radzenia sobie z chorobą alkoholową;
 - Świadomości negatywnych konsekwencji uzależnienia;
 - Nabycia umiejętności życiowych warunkujących utrzymanie abstynencji;
 - Inne, jakie?

.....
- 14. Jeżeli prowadzi się wobec Pana/Pani oddziaływania penitencjarne poza oddziałem terapeutycznym proszę wskazać, czy są to grupowe oddziaływania terapeutyczne?
 - tak • nie
- 15. Czy Pan/Pani został/a zapoznany/a z indywidualnym programem terapeutycznym?
 - tak – Jeżeli tak, to kto udzielił takiej informacji?

.....
 - nie
- 16. Czy brał/brała Pan/Pani udział w opracowywaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
 - tak i dlaczego

.....
 - nie i dlaczego?

.....
- 17. W jakim stopniu i w jaki sposób wziął/wzięła Pan/Pani udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego, zaproponowałem:
 - cele prowadzonych oddziaływań;
 - tematykę zajęć i wykładów;
 - wyraziłem gotowość leczenia odwykowego;
 - zgłosiłem się do udziału w zajęciach indywidualnych i grupowych;
 - inne, jakie?

.....

 - nie uczestniczyłem w opracowaniu programu i dlaczego?

.....
- 17. Jak Pan/Pani ocenia skuteczność prowadzonych oddziaływań terapeutycznych?
(od 1 – brak skuteczności terapii do 5 – pełna skuteczność terapii)

1 2 3 4 5
- 19. Czy osoby prowadzące oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne utrzymują z Panem/Panią stałe kontakty wychowawcze?
 - kontakt osobisty:

- systematyczny • okazjonalny • rzadki • brak kontaktu

- kontakt telefoniczny lub z wykorzystaniem internetu:

- systematyczny • okazjonalny • rzadki • brak kontaktu

- inny, jaki?

.....

20 W jaki sposób motywuje się Pana/Panią do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie oddziaływania lub w indywidualnym programie terapeutycznym?

- poprzez nagrody
 - zrozumiałe określenie celu terapii;
 - zrozumiałe wskazanie na korzyści wyjścia z uzależnienia;
 - właściwe planowanie wyjścia z uzależnienia;
 - stopniowanie trudności zadań do wykonania;
 - wskazanie na negatywne konsekwencje pozostawania w uzależnieniu;
 - inne, jakie?
-

21. Czy kiedykolwiek spotkał się Pan/Pani z nieprzyjemnym traktowaniem ze strony pracownika prowadzącego oddziaływanie terapeutyczne?

- tak, jeżeli tak, to z czym było związane nieprzyjemne traktowanie?

.....

- nie

22. Czy kiedykolwiek spotkał się Pan/Pani z zagrożeniem ze strony innego skazanego?

- tak, jeżeli tak, to z czym było związane zagrożenie?

.....

- nie

23. Czy członkowie rodziny odwiedzają Pana/Panią w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności?

- bardzo często • często • sporadycznie • nie odwiedzają i dlaczego?
-

24. Czy kiedykolwiek zwracał/a się Pan/Pani do szpitala, poradni, lekarza, psychologa lub duchownego z powodu kłopotów emocjonalnych, które przynajmniej częściowo były związane z alkoholem?

- tak • nie

25 Czy kiedykolwiek podejmował/a Pan/Pani samodzielnie lub za pomocą AA próby zaprzestania picia alkoholu?

- tak, jeżeli tak, to jakie były to działania?

.....

- nie

26 Jaki był Pana/Pani najdłuższy okres abstynencji (niewymuszonej pobytem w Zakładzie Karnym) i kiedy to było? Co takiego się wydarzyło, że złamał Pan/Pani abstynencję?

.....

27. Czy i jakie wprowadziłby/aby Pan/Pani zmiany w oddziaływaniach prowadzonych w ramach obowiązującego systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności?

.....

28. Czy otrzymał Pan/Pani pomoc związaną z opuszczeniem zakładu karnego, jeżeli tak, to jaką?

.....

KWESTIONARIUSZ ANKIETY DO WYCHOWAWCY

Jestem doktorantem i prowadzę badania dotyczące systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. Uprzejmie proszę o wypełnienie kwestionariusza ankiety. Uzyskane informacje pozwolą zweryfikować realizację założeń ustawodawcy. W pytaniach zamkniętych proszę o podkreślenie jednej lub kilku odpowiedzi (jeśli kilka można uznać za właściwe).

Z góry dziękuję za rzetelne i wyczerpujące udzielenie informacji.

1. Płeć: • kobieta • mężczyzna
2. Wiek
3. Staż pracy
4. Wykształcenie:
 - wyższe, jakie?
 - inne, jakie?
5. Liczba skazanych pozostających pod Pana/Pani opieką.....
6. Miejsce wykonywania pracy w charakterze członka zespołu terapeutyczne- go/specjalistycznie przygotowanego personelu:
 - w oddziale terapeutycznym
 - poza oddziałem terapeutycznym
7. Typ zakładu karnego:
 - Zakład karny typu zamkniętego
 - Zakład karny typu półotwartego
 - Zakład karny typu otwartego
8. Rodzaj zakładu karnego:
 - Zakład karny dla młodocianych
 - Zakład karny dla odbywających karę po raz pierwszy
 - Zakład karny dla recydywistów penitencjarnych
9. W jaki sposób prowadzi się badania osobopoznawcze dotyczące występowania uzależnienia od alkoholu?
 - wywiad ze skazanym;
 - rozmowy ze skazanym;
 - obserwację zachowań skazanego;
 - wykorzystanie wyników badań psychologicznych;

- analizę dokumentów dotyczących skazanego, w tym wywiadu środowiskowego, w przypadku zlecenia jego wykonania, oraz informacji dotyczących osoby skazanego przesłanych przez sąd;
- rozmowy i korespondencję z rodziną i innymi osobami bliskimi skazanemu;
- zapoznawanie się z treścią korespondencji skazanego, jeżeli podlega ona nadzorowi lub cenzurze
- inne, jakie?

.....

10. Jakie oddziaływania prowadzone są wobec osób uzależnionych od alkoholu? (proszę wybrać maksymalnie 10 odpowiedzi punktując w skali od 1 do 10).

- kierowaniu skazanych do właściwego systemu wykonywania kary;
- kierowaniu skazanych do właściwych zakładów, a także do odpowiednich oddziałów w zakładach;
- odpowiednim rozmieszczaniu skazanych w miejscach zakwaterowania, pracy i nauki;
- organizowaniu grup wychowawczych;
- właściwym doborze grup wychowawczych do organizowanych zajęć;
- umożliwianiu tworzenia zespołów skazanych;
- wizytacji cel mieszkalnych, miejsc pracy i nauki skazanych;
- egzekwowaniu realizacji przez skazanych obowiązków, wynikających z Kodeksu karnego wykonawczego;
- utrzymywaniu ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowaniu ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie oddziaływania lub w indywidualnym programie terapeutycznym;
- organizowaniu zajęć wzbudzających pożądaną aktywność skazanych;
- wdrażaniu skazanych do kształtowania poczucia odpowiedzialności, samokontroli i samodyscypliny;
- wspieraniu kontaktów skazanych z osobami najbliższymi;
- podawaniu, w uzasadnionych przypadkach, do wiadomości innych skazanych, decyzji dyrektora lub decyzji albo opinii komisji penitencjarnej, w szczególności, gdy są one wynikiem szczególnych osiągnięć i społecznie pożądanym postaw lub rażąco negatywnych zachowań;
- stwarzaniu warunków sprzyjających utrzymywaniu pozytywnych stosunków między- ludzkich;
- stwarzaniu warunków sprzyjających zwracaniu się skazanych do przedstawicieli administracji zakładu z osobistymi prośbami, skargami, wnioskami i problemami;
- wskazywaniu społecznie akceptowanych sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych;
- udzielaniu pomocy skazanym w sytuacjach konfliktowych;
- łagodzeniu antagonizmów i zapobieganiu występowaniu wzajemnych szykan w środowisku skazanych.

- inne, jakie?
.....
11. Jeżeli prowadzi Pan/Pani oddziaływania terapeutyczne w oddziale terapeutycznym, proszę wskazać co zawiera program tego oddziału?
- założenia merytoryczne i organizacyjne oraz szczegółowe cele programu:
.....
 - metody i techniki oddziaływania:
.....
 - harmonogram realizacji i czas trwania programu:
.....
 - określenie sposobów pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu:
.....
 - inne, jakie?
.....
12. Kto i w jaki sposób sporządził wniosek o skierowanie do właściwego oddziału terapeutycznego skazanego uzależnionego od alkoholu?
.....
13. Jeżeli prowadzi Pan/Pani oddziaływania penitencjarne poza oddziałem terapeutycznym proszę wskazać czy w odniesieniu do skazanych prowadzone są grupowe oddziaływania terapeutyczne?
- tak • nie
14. Jeżeli prowadzi Pan/Pani oddziaływania penitencjarne poza oddziałem terapeutycznym proszę wskazać na czym polega indywidualny program terapeutyczny stosowany w odniesieniu do skazanego?
- ocenę stopnia nasilenia problemów wynikających z uzależnienia;
 - przekazanie skazanemu informacji zwrotnej o wyniku oceny;
 - rozmowę motywującą skazanego do podjęcia terapii lub samodzielnej zmiany oraz przekazanie skazanemu odpowiednich wskazówek dotyczących zmiany zachowań wynikających z uzależnienia;
 - inne, jakie?
.....
 - liczba sesji:
15. Czy skazani biorą czynny udział w opracowywaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
- tak i dlaczego?
.....
 - nie i dlaczego?

-
16. W jakim stopniu i w jaki sposób skazany bierze udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
-
17. Czy indywidualny program terapeutyczny prowadzony w odniesieniu do skazanych jest na bieżąco aktualizowany?
- tak
 - nie i dlaczego?
-
18. W jaki sposób prowadząc oddziaływania penitencjarne utrzymuje Pan/Pani ze skazanymi stałe kontakty wychowawcze?
-
19. W jaki sposób motywuje ich Pan/Pani do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym?
-
20. Czy w oddziale terapeutycznym, w którym Pan/Pani pracuje odbywają karę pozbawienia wolności inni skazani niż skazani uzależnieni od alkoholu?
- tak (jeżeli tak to jacy?)
-
- nie
21. W jaki sposób wykonywanie kary dostosowuje się do:
- potrzeb w zakresie leczenia
-
- zatrudnienia
-
- nauczania
-
- wymagań higieniczno-sanitarnych?
-
22. W jaki sposób stwierdza się, że skazani nie wymagają już oddziaływania specjalistycznego?
-
23. Czy skazani w odniesieniu, do których prowadzi Pan/Pani oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne zostali objęci leczeniem dobrowolnie za ich zgodą czy też pod przymusem w wyniku orzeczenia sądu penitencjarnego?
-
24. Jak Pan/Pani ocenia skuteczność prowadzonych oddziaływań terapeutycznych?

(od 1 – brak skuteczności terapii do 5 – skuteczność całkowita)

1 2 3 4 5

25. Czy kiedykolwiek spotkał się Pan/Pani z traktowaniem powodującym zagrożenie ze strony skazanych w odniesieniu, do których prowadzone są oddziaływania terapeutyczne?

– tak i dlaczego?

.....

– nie

Traktowanie powodujące zagrożenie było związane z:

.....

.....

KWESTIONARIUSZ ANKIETY DO TERAPEUTY

Jestem doktorantem i prowadzę badania dotyczące systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. Uprzejmie proszę o wypełnienie kwestionariusza ankiety. Uzyskane informacje pozwolą zweryfikować realizację założeń ustawodawcy. W pytaniach zamkniętych proszę o podkreślenie jednej lub kilku odpowiedzi (jeśli kilka można uznać za właściwe).

Z góry dziękuję za rzetelne i wyczerpujące udzielenie informacji.

1. Płeć: • kobieta • mężczyzna
2. Wiek
3. Staż pracy
4. Wykształcenie:
 - wyższe, jakie?
 - inne, jakie?
5. Liczba skazanych pozostających pod Pana/Pani opieką
6. Miejsce wykonywania pracy w charakterze członka zespołu terapeutycznego/specjalistycznie przygotowanego personelu:
 - w oddziale terapeutycznym
 - poza oddziałem terapeutycznym
7. Typ zakładu karnego:
 - Zakład karny typu zamkniętego
 - Zakład karny typu półotwartego
 - Zakład karny typu otwartego
8. Rodzaj zakładu karnego:
 - Zakład karny dla młodocianych
 - Zakład karny dla odbywających karę po raz pierwszy
 - Zakład karny dla recydywistów penitencjarnych
9. W jaki sposób prowadzi się badania osobopoznawcze dotyczące występowania uzależnienia od alkoholu?
 - wywiad ze skazanym;
 - rozmowy ze skazanym;
 - obserwację zachowań skazanego;
 - wykorzystanie wyników badań psychologicznych;

- analizę dokumentów dotyczących skazanego, w tym wywiadu środowiskowego, w przypadku zlecenia jego wykonania, oraz informacji dotyczących osoby skazanego przesłanych przez sąd;
- rozmowy i korespondencję z rodziną i innymi osobami bliskimi skazanemu;
- zapoznawanie się z treścią korespondencji skazanego, jeżeli podlega ona nadzorowi lub cenzurze
- inne, jakie?

.....

10. Jakie oddziaływania prowadzone są wobec osób uzależnionych od alkoholu? (proszę wybrać maksymalnie 10 odpowiedzi punktując w skali od 1 do 10).

- kierowaniu skazanych do właściwego systemu wykonywania kary;
- kierowaniu skazanych do właściwych zakładów, a także do odpowiednich oddziałów w zakładach;
- odpowiednim rozmieszczaniu skazanych w miejscach zakwaterowania, pracy i nauki;
- organizowaniu grup wychowawczych;
- właściwym doborze grup wychowawczych do organizowanych zajęć;
- umożliwianiu tworzenia zespołów skazanych;
- wizytacji cel mieszkalnych, miejsc pracy i nauki skazanych;
- egzekwowaniu realizacji przez skazanych obowiązków, wynikających z Kodeksu karnego wykonawczego;
- utrzymywaniu ze skazanymi stałych kontaktów wychowawczych i motywowaniu ich do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie oddziaływania lub w indywidualnym programie terapeutycznym;
- organizowaniu zajęć wzbudzających pożądaną aktywność skazanych;
- wdrażaniu skazanych do kształtowania poczucia odpowiedzialności, samokontroli i samodyscypliny;
- wspieraniu kontaktów skazanych z osobami najbliższymi;
- podawaniu, w uzasadnionych przypadkach, do wiadomości innych skazanych, decyzji dyrektora lub decyzji albo opinii komisji penitencjarnej, w szczególności, gdy są one wynikiem szczególnych osiągnięć i społecznie pożądanym postaw lub rażąco negatywnych zachowań;
- stwarzaniu warunków sprzyjających utrzymywaniu pozytywnych stosunków między- ludzkich;
- stwarzaniu warunków sprzyjających zwracaniu się skazanych do przedstawicieli administracji zakładu z osobistymi prośbami, skargami, wnioskami i problemami;
- wskazywaniu społecznie akceptowanych sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych;
- udzielaniu pomocy skazanym w sytuacjach konfliktowych;
- łagodzeniu antagonizmów i zapobieganiu występowaniu wzajemnych szykan w środowisku skazanych.
- inne, jakie?

-
11. Jeżeli prowadzi Pan/Pani oddziaływania terapeutyczne w oddziale terapeutycznym, proszę wskazać co zawiera program tego oddziału?
- założenia merytoryczne i organizacyjne oraz szczegółowe cele programu:
.....
 - metody i techniki oddziaływania:
.....
 - harmonogram realizacji i czas trwania programu:
.....
 - określenie sposobów pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu:
.....
 - inne, jakie?
.....
12. Czy skazani biorą czynny udział w opracowywaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
- tak i dlaczego?
.....
 - nie i dlaczego?
.....
13. W jakim stopniu i w jaki sposób skazany bierze udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
.....
14. Czy indywidualny program terapeutyczny jest na bieżąco aktualizowany?
- tak
 - nie i dlaczego?
15. W jaki sposób prowadząc oddziaływania penitencjarne utrzymuje Pan/Pani ze skazanymi stałe kontakty wychowawcze?
.....
16. W jaki sposób motywuje ich Pan/Pani do realizacji zadań określonych w indywidualnym programie terapeutycznym?
.....
17. Czy w oddziale terapeutycznym, w którym Pan/Pani pracuje odbywają karę pozbawienia wolności inni skazani niż skazani uzależnieni od alkoholu?
- tak (jeżeli tak to jacy?)
 - nie

18. W jaki sposób wykonywanie kary dostosowuje się do:

- potrzeb w zakresie leczenia

.....

- zatrudnienia

.....

- nauczania

.....

- wymagań higieniczno-sanitarnych?

.....

19. W jaki sposób stwierdza się, że skazani nie wymagają już oddziaływania specjalistycznego?

.....

20. Czy skazani w odniesieniu, do których prowadzi Pan/Pani oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne zostali objęci leczeniem dobrowolnie za ich zgodą czy też pod przymusem w wyniku orzeczenia sądu penitencjarnego?

.....

21. Jak Pan/Pani ocenia skuteczność prowadzonych oddziaływań terapeutycznych?

(od 1 – brak skuteczności terapii do 5 – skuteczność całkowita)

1 2 3 4 5

22. Czy kiedykolwiek spotkał się Pan/Pani z traktowaniem powodującym zagrożenie ze strony skazanych w odniesieniu, do których prowadzone są oddziaływania terapeutyczne?

- tak i dlaczego?

- nie

- Traktowanie powodujące zagrożenie było związane z:

.....

.....

KWESTIONARIUSZ WYWIADU DO DYREKTORA JEDNOSTKI PENITENCJARNEJ

Jestem doktorantem i prowadzę badania dotyczące systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności, z tego względu uprzejmie proszę o wypełnienie kwestionariusza wywiadu. Uzyskane informacje pozwolą zweryfikować realizację założeń ustawodawcy.

Z góry dziękuję za rzetelne i wyczerpujące informacje.

1. Zakład Karny/Areszt Śledczy w
(*właściwe proszę podkreślić)
2. Typ i rodzaj Zakładu Karnego.....
3. Pełniona funkcja i stanowisko, ranga, stopień służbowy w Służbie Więziennej
.....
4. Wykształcenie.....
– dodatkowe kwalifikacje zawodowe (studia podyplomowe, kursy, szkolenia, staże itp.)
.....
5. Staż pracy
6. Droga awansu zawodowego
.....
.....
7. Czy Zakład Karny, którym Pan kieruje posiada oddział terapeutyczny o specjalizacji dla skazanych uzależnionych od alkoholu?
.....
–jeżeli tak, to ilu skazanych jest uzależnionych od alkoholu.....
8. Ilu skazanych ogółem odbywa karę pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym, którym Pan kieruje
.....
.....
– ilu spośród ogółu skazanych odbywających karę jest uzależnionych od alkoholu i odbywa karę pozbawienia wolności w systemie:
 - – terapeutycznym
.....
 - – programowanego oddziaływania
.....
 - – zwykłym

.....
9. Ilu skazanych jest uzależnionych od alkoholu wśród:

- młodocianych

.....
- pierwszy raz karanych

.....
- recydywistów penitencjarnych

.....
10. Czy w Zakładzie Karnym są skazani, którzy popełnili przestępstwo w związku z uzależnieniem od alkoholu?

.....
11. Jak liczna jest grupa skazanych, którzy popełnili przestępstwo w związku z uzależnieniem od alkoholu, wśród:

- młodocianych

.....
- pierwszy raz karanych

.....
- recydywistów penitencjarnych

.....
12. W jaki sposób prowadzi się badania osobopoznawcze dotyczące występowania uzależnienia od alkoholu?

.....
13. Jak Pan sądzi, jak są oceniane działania podejmowane w terapeutycznym systemie wykonywania kary w skali od 1 do 5 przez:

- skazanych

.....
- wychowawców

.....
- terapeutów

.....
- i przez Pana

.....
**(od 1 – brak skuteczności terapii do 5 – skuteczność całkowita)*

14. Jeżeli Zakład Karny, którym Pan kieruje posiada oddział terapeutyczny, czy w programie oddziału dokonałby Pan zmian
– jeżeli tak, to jakich?
.....
– jeżeli nie, to dlaczego?... ..
.....
15. Jeżeli kierowany przez Pana Zakład Karny nie posiada oddziału terapeutycznego, to czy w odniesieniu do skazanych uzależnionych od alkoholu prowadzone są grupowe oddziaływania terapeutyczne? Jakie:
– terapia krótkoterminowa, obejmująca działania
.....
– krótka interwencja, obejmująca działania
.....
– inne, jakie?
.....
16. Jeżeli kierowany przez Pana Zakład Karny posiada oddział terapeutyczny, to jak jest realizowany indywidualny program terapeutyczny stosowany w odniesieniu do skazanego uzależnionego od alkoholu?
.....
17. Czy skazani uzależnieni od alkoholu biorą czynny udział w opracowywaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
.....
– jeżeli nie, to dlaczego?
.....
18. W jakim stopniu i w jaki sposób skazany bierze udział w opracowaniu indywidualnego programu terapeutycznego?
.....
19. Czy indywidualny program terapeutyczny prowadzony w odniesieniu do skazanych jest na bieżąco aktualizowany?
.....
20. W jaki sposób gromadzi się dane dotyczące oddziaływań penitencjarnych prowadzonych w odniesieniu do skazanych?
.....
21. W jaki sposób stwierdza się, że skazani nie wymagają już oddziaływania specjalistycznego i przenosi się ich do odpowiedniego systemu wykonywania kary?
.....

22. Czy skazani w odniesieniu, do których prowadzi się oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne zostali objęci leczeniem dobrowolnie za ich zgodą czy też pod przymusem w wyniku orzeczenia sądu penitencjarnego?
.....
- w tym ilu dobrowolnie.....
23. Czy w kierowanym przez Pana Zakładzie Karnym zdarzają się zachowania skazanych, które zagrażają bezpieczeństwu zespołu terapeutycznego/specjalistycznie przygotowanego personelu?
.....
24. Czy spotkał się Pan z nieprzyjemnym traktowaniem skazanych przez członków zespołu terapeutycznego/specjalistycznie przygotowanego personelu?
.....
25. Jak stosowany system terapeutyczny wykonywania kary pozbawienia wolności jest oceniany przez skazanych?
.....
26. Jak oddziaływania prowadzone przez personel terapeutyczny przeciwdziałają powrotowi do przestępstwa?
.....
27. Czy jest związek między systemem terapeutycznym, a wyleczeniem skazanego z nałogu
.....
28. Czy i jakie wprowadziłby Pan zmiany w oddziaływaniach prowadzonych w ramach obowiązującego systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności?
.....
29. Czy i jakie według Pana standardy międzynarodowe powinny być uwzględnione w polskich regulacjach prawnych w odniesieniu do skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym?
.....
30. Uwagi własne.....
.....

