

ADAM KWIECIŃSKI

PRAWNOKARNE ASPEKTY TERAPII
SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Alkoholizm, jako zjawisko patologiczne i kryminogenne, od dawna jest przedmiotem zainteresowania wielu instytucji, służb i organizacji społecznych zajmujących się jego profilaktyką i zwalczaniem. Straty społeczne, których źródłem są zachowania osób nadmiernie pijących i nałogowo nadużywających alkoholu są ogromne, stąd świadomość potrzeby podejmowania działań, celem ich ograniczenia, wydaje się nie tylko bezsporna, ale i powszechna. W określonych sytuacjach znaczącą rolę w tej materii przypisuje się także instytucjom prawa karnego.

W literaturze kryminologicznej szereg lat temu za oczywisty przyjęto pogląd o korelacjach, jakie istnieją między nadużywaniem alkoholu a popełnianiem przestępstw¹. Stanowisko to nadal uznaje się za aktualne z zastrzeżeniem, iż przy obecnym stanie wiedzy należy zdystansować się przed zbyt kategoriowym i zarazem automatycznym pozycjonowaniem alkoholu w etiologii przestępczości. Wskazuje się bowiem, że jest to problem dużo bardziej złożony, a jego precyzyjne ujęcie jest znacznie utrudnione, bądź wręcz niemożliwe, bez wieloaspektowej analizy wszystkich relacji i związków przyczynowych z nim związanych². Niemniej jednak, na podstawie licznych badań, należy przyjąć, że współwystępowanie alkoholu, z pewnymi zwłaszcza rodzajami przestępstw, jest wyraźne i że kryminogenna funkcja używania alkoholu jest poważna³, co potwierdza także znaczna nadreprezentacja osób uzależnionych w populacji skazanych.

Abstrahując od szczegółowej oceny tych zależności należy wskazać, że w sytuacji, kiedy dochodzi do popełnienia czynu zabronionego przez osobę uzależnioną, problem postępowania z alkoholikami staje się dodatkowo zagadnieniem

¹ L. Bogunia, *Alkohol jako czynnik kryminogeny*, [w:] L. Bogunia (red.), *Alkoholizm w województwie wrocławskim i mieście Wrocławiu*, Wrocław 1985, s. 107–120; A. Ratajczak, *Rola alkoholu w etiologii przestępstwa*, [w:] W. Świda (red.), *Kryminologia*, Warszawa 1977, s. 241–261; S. Szelhaus, *Znaczenie nadużywania alkoholu i alkoholizmu w genezie przestępczości*, [w:] J. Jasiński (red.), *Zagadnienia nieprzystosowania społecznego i przestępczości w Polsce*, Warszawa 1978, s. 244 i n.; Z. Ostriańska, *Wielokrotni recydywiści o wczesnym i późnym początku karalności*, „Archiwum Kryminologii” 1969, t. IV, s. 99 i n.

² J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2001, s. 395.

³ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 583; J. Malec, *Przestępczość to ciekawe zjawisko. Kryminologia nie elitarna*, Warszawa 2006, s. 81.

prawnokarnym i penitencjarnym (w szerszym kontekście karnowykonalnym). W takim bowiem przypadku trzeba rozstrzygnąć kwestię stosowania wobec takiej osoby odpowiednich środków terapeutycznych w ramach, obok lub nawet zamiast sankcji karnych, uwzględniając przy tym zarówno interesy wymiaru sprawiedliwości jak i potrzeby postępowania leczniczego. O tym, że nie jest to proste zadanie, świadczą trudności, jakie występują na tym polu w praktyce.

Polski system postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu ukształtował się wraz z uchwaleniem kodyfikacji karnej w 1997 roku. Przyjęte wtedy rozwiązania stanowiły o znaczącej zmianie w postrzeganiu tego zagadnienia przez ustawodawcę. W zamyśle ich autorów miały służyć wzmocnieniu rangi oddziaływań odwykowych w procesie społecznej readaptacji skazanych. Niemniej jednak, w miarę upływu czasu i gromadzenia kolejnych doświadczeń w stosowaniu i wykonywaniu nowych przepisów formułowane są liczne postulaty zmian. Ich podstawą są zarówno wady poszczególnych konstrukcji prawnych i występujące niespójności w obrębie systemu prawa karnego, jak i to, że odbiegają one niekiedy od współczesnych standardów w terapii uzależnień. W niniejszym opracowaniu podjęta zostanie próba syntetycznego przedstawienia najważniejszych regulacji prawnych w tym zakresie wraz ze wskazaniem w miarę potrzeby wniosków *de lege lata* i *de lege ferenda*.

Kluczowymi instytucjami, które wyznaczają ramy prawne dla procesu terapii alkoholików - sprawców przestępstw, są: kara pozbawienia wolności wykonywana w systemie terapeutycznym (art. 96 k.k.w.) oraz środek zabezpieczający wykonywany w zakładzie leczenia odwykowego lub w formie ambulatoryjnej (art. 96–98 k.k.). W pewnym zakresie zadania tego rodzaju mogą być realizowane także w ramach obowiązków nakładanych na probanta przy warunkowym zawieszeniu wykonania kary (art. 72 § 1 pkt 6 k.k.), warunkowym umorzeniu postępowania karnego (art. 67 § 3 k.k.) czy nawet w trakcie wykonywania kary ograniczenia wolności (art. 36 § 2 k.k.).

Zakres oraz warunki prowadzenia oddziaływań terapeutycznych są zróżnicowane w zależności od rodzaju zastosowanej wobec sprawcy sankcji. Oznacza to, że wybór tej najbardziej odpowiedniej ze względu na potrzeby zdrowotne sprawcy (a następnie nadanie postępowaniu wykonawczemu takiego kształtu, który będzie uwzględniał zachodzące w zakresie tych potrzeb zmiany) jest zadaniem niezwyklej wagi dla powodzenia procesu leczenia odwykowego. Świadczy to także o tym, jak trudną rolę w tym obszarze wyznaczono sądowi orzekającemu oraz organom postępowania wykonawczego.

W niniejszej pracy, spośród środków jakimi dysponuje sąd w reakcji na popełnienie czynu zabronionego przez osobę uzależnioną od alkoholu, analizie poddano karę pozbawienia wolności. Powodów dla wyekspozowania szczególnej pozycji tej sankcji w systemie owych środków jest kilka. Po pierwsze, w polskim więziennictwie na przestrzeni blisko osiemdziesięciu lat pracy penitencjarnej z więźniami-alkoholikami zdobyto bogate doświadczenia w tej dziedzinie, a także

sformułowano autorskie koncepcje odrębnego ich traktowania⁴. Po drugie, przemawia za tym także kryterium ilościowe. Kara pozbawienia wolności jest sankcją szeroko wykorzystywaną w praktyce leczenia uzależnionych przestępców, co poniekąd wynika z braku alternatywy dla niej w przypadku terapii osób odpowiadających za poważniejsze naruszenia prawa (zarówno środek zabezpieczający, jak i warunkowe zawieszenie wykonania kary dotyczą sprawców którym wymierzono karę do 2 lat pozbawienia wolności). Prawdą jest też to, że odmiennie niż w przypadku zakładów zabezpieczających, w strukturze polskich jednostek penitencjarnych funkcjonuje dość dobrze rozwinięta sieć oddziałów odwykowych dla skazanych⁵.

Wszystko to nie oznacza jednak, że wobec regulacji prawnej i sposobu organizacji oddziaływań leczniczych w ramach kary pozbawienia wolności nie zgłasza się żadnych zastrzeżeń. Niektóre, coraz silniej akcentowane w doktrynie, dotyczą nawet kwestii podstawowych, jak choćby zniesienie przymusu terapii skazanych⁶ – co jedynie wzmacnia słusność dokonanego w niniejszej pracy wyboru. Na koniec należy zauważyć, że poza wszystkimi wymienionymi powodami, zagadnienie to stanowi także niezwykle interesującą materię badawczą, chociażby z uwagi na to, że proces terapeutyczny musi przebiegać w specyficznych warunkach (izolacja penitencjarna) jednostki nie mającej charakteru podmiotu *stricte* leczniczego. W literaturze psychologicznej wymienia się szereg dalszych determinantów odmienności terapii więziennej tj. inny typ relacji terapeutycznej, mechanizm negatywnej selekcji pacjentów, różnice występujące w środowisku terapeutycznym, odmienne rozwiązania organizacyjne oraz większe potrzeby terapeutyczne skazanych i zakres przymusowych oddziaływań⁷.

⁴ Omówienie licznych przykładów programów z zakresu profilaktyki uzależnień funkcjonujących w polskich zakładach karnych zawiera opracowanie M. Marczak (red.), *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, Kraków 2009, s. 170–233.

⁵ Zgodnie z danymi Centralnego Zarządu Służby Więziennej w oddziałach terapeutycznych polskich zakładów karnych w końcu 2012 roku (stan na 31 grudnia) przebywało 1075 skazanych uzależnionych od alkoholu (<http://sw.gov.pl/Data/Files/001c169lidz/rok-2012.pdf>). Natomiast zakłady leczenia odwykowego, w których wykonywane są środki zabezpieczające, dysponują łącznie jedynie 55 miejscami dla skazanych uzależnionych. Por. załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, Dz.U. Nr 179, poz. 1854.

⁶ Szerzej na ten temat: T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 1995, nr 10, s. 44 i n.; A. Muszyńska, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności przez skazanych uzależnionych od środków odurzających*, [w:] L. Bogunia (red.), *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, t. VII, Wrocław 2001, s. 179 i n.; J. Szumski, *Model leczenia osób uzależnionych w projekcie kodeksu karnego wykonawczego*, „Prokuratura i Prawo” 1994, nr 6, s. 37. Także: A. Kwieciński, *Karać czy leczyć? Budowa polskiego systemu postępowania ze skazanymi wykazującymi zaburzenia preferencji seksualnych*. Raport z badań, [w:] *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, Warszawa 2013, s. 184–185.

⁷ A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, Alkoholizm i Narkomania 2007, t. XX, nr 3, s. 324 i n.

Zasadniczą rolę w podjęciu specjalistycznych oddziaływań wobec skazanych-alkoholików przypisuje się ich uczestnictwu w systemie terapeutycznym wykonywania kary pozbawienia wolności. To w jego ramach skazany uzależniony otrzymuje specjalistyczne wsparcie w postaci opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej (art. 96 § 1 in fine k.k.w.), którego celem jest zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości u skazanego, przywracanie równowagi psychicznej oraz kształtowanie jego zdolności współżycia społecznego i przygotowanie do samodzielnego życia na wolności (art. 97 § 1 k.k.w.).

Zadania określone w tym systemie wykonywane są w ramach oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych, zorganizowanych odrębnie dla alkoholików i dla narkomanów (§ 15 ust 1 Rozporządzenia MS z 14.08.2003 r.⁸). Wprawdzie w tym samym Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości (§ 22) dopuszcza się możliwość realizacji programów terapeutycznych także poza oddziałami terapeutycznymi, ale już w art. 96 § 4 k.k.w. ustawodawca wyraźnie preferuje aby wykonywanie kary w tym systemie odbywało się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji. Ten wybór nie powinien dziwić, zważywszy na wcześniejsze negatywne doświadczenia z tą formą prowadzenia oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych⁹. Wydaje się jednak, że po wprowadzeniu nowych rozwiązań w zakresie krótkoterminowej terapii odwykowej (omawianych szerzej w dalszej części pracy) ten trend, w stosunku do skazanych uzależnionych, może ulec odwróceniu.

Udział skazanego w oddziaływaniach specjalistycznych, niezależnie od tego czy będą one realizowane w oddziałach specjalnych czy poza nimi, zależy jednak od tego czy zostanie on do tego systemu zakwalifikowany. Wśród kryteriów klasyfikacyjnych o charakterze materialnym (dynamicznym) ważne miejsce zajmuje stan zdrowia psychicznego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających i psychotropowych (art. 82 § 2 pkt 6 k.k.w.). Procedura klasyfikacyjna realizowana jest w dwóch zasadniczych trybach przez sąd orzekający oraz komisję penitencjarną.

Zgodnie z art. 62 k.k. sąd, wydając wyrok skazujący na karę pozbawienia wolności, może określić rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbyć karę, a także orzec terapeutyczny system jej wykonania. Niestety, mimo zakładanego wzrostu ingerencji sądu w dziedzinę klasyfikacji, mechanizm ten jest

⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14.08.2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz.U. z 2013 r., poz. 1067.

⁹ A. Guzik, *Nie przedłużajmy fikcji*, Forum Penitencjarne 2003, nr 7, s. 11. Także wnioski sformułowane przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich po badaniach przeprowadzonych w 18 zakładach karnych i aresztach śledczych doprowadziły do konstatacji, że „tylko oddziały odwykowe gwarantują należyte leczenie [...]”, a działalność odwykowa prowadzona poza nimi jest „drastycznie niewystarczająca i bardzo różna jakościowo”. Por. J. Malec, *Problematyka odwykowa w jednostkach penitencjarnych*, [w:] Biuletyn RPO. Materiały, nr 34. *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, cz. IV, Warszawa 1998, s. 239.

używany sporadycznie¹⁰. Dzieje się tak z dużą stratą dla dynamiki postępowania wykonawczego i dla realizacji innych zadań komisji penitencjarnej, powodując obciążenie tego organu niemalże w całości rozmieszczaniem skazanych w odpowiednich jednostkach penitencjarnych. Niewątpliwie odpowiednio wcześniej podjęta terapia (co umożliwiła decyzja klasyfikacyjna wydana w trybie art. 62 k.k.) prowadzona w jednostkach realizujących specjalistyczne programy terapii odwykowej służy osiągnięciu planowanych przez ustawodawcę celów. Kwestia odpowiednio szybkiego wskazania takich osób umożliwi objęcie ich zindywidualizowanymi formami pomocy już u progu pobytu w zakładzie karnym. Pozwala to na zminimalizowanie negatywnych następstw inkarceracji dla zdrowia skazanego, stwarza możliwość racjonalnego zaplanowania procesu terapeutycznego i wreszcie buduje właściwe podłoże dla uzyskania zakładanych efektów w tych obszarach, które często są uzależnione od czasu leczenia i uprzedniego zmotywowania skazanego do współdziałania.

Praktyka niekorzystania z tego trybu jest o tyle niezrozumiała, że sądy orzekające karę zazwyczaj dysponują, zgromadzonym w toku postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego, materiałem pozwalającym na ustalenie zarówno kryteriów formalnych jak i materialnych klasyfikacji¹¹. Z pewnością na tym polu konieczne są zmiany. Gdyby okazało się, że nie wystarczy mobilizacja sądów do aktywności w tej przestrzeni, poprzez odwołanie się do sędziowskiej świadomości znaczenia kodeksowych regulacji w tym zakresie, wtedy należy rozważyć zmianę art. 62 k.k., polegającą na bardziej stanowczym ustaleniu zadań klasyfikacyjnych sądu. Do tego czasu należy mieć nadzieję, że funkcjonujący już na gruncie postępowania wykonawczego system selekcji skazanych potrzebujących specjalistycznej pomocy w postaci terapii odwykowej pozostanie wystarczająco wydolny.

O skuteczności tego systemu decydują w dużej mierze wyniki pracy osobopoznawczej realizowanej zarówno w zakładach karnych jak i poza nimi, a także efektywność działalności komisji penitencjarnej w danej jednostce. Jak wskazano wcześniej, to zazwyczaj na komisji penitencjarnej (jeśli sąd nie określił tego w wyroku w trybie art. 62 k.k.) spoczywa obowiązek skierowania skazanego do właściwego zakładu karnego i odpowiedniego systemu odbywania kary (art. 76 1 pkt 1 i 2 k.k.w.)¹². Jednak kluczem do tego, aby komisja podjęła w odpowiednim

¹⁰ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2010, s. 339–340. Podobnie: B. Stańdo-Kawecka, *Prawne podstawy resocjalizacji*, Zakamycze 2000, s. 133 oraz J. Hołda, Z. Hołda, *Prawo karne wykonawcze*, Zakamycze 2004, s. 168.

¹¹ W toku postępowania karnego należy ustalić tożsamość oskarżonego, jego wiek, stosunki rodzinne i majątkowe, wykształcenie, zawód i źródła dochodu oraz dane o jego karalności (art. 213 § 1 k.p.k.). Jeżeli był on już prawomocnie skazany, dołącza się do akt postępowania odpis lub wyciąg wyroku oraz dane dotyczące odbycia kary (art. 213 § 2 k.p.k.). W razie potrzeby sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza w stosunku do oskarżonego przeprowadzenie wywiadu środowiskowego (art. 214 k.p.k.). Sąd może wykorzystać dla celów klasyfikacji także wyniki badań oskarżonego przez biegłych psychologów lub lekarzy (art. 202 k.p.k., art. 203 k.p.k., art. 215 k.p.k.).

¹² L. Bogunia, *Organy powołane do klasyfikacji skazanych na karę pozbawienia wolności*, [w:] L. Bogunia (red.), *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, t. XVII, Wrocław 2005, s. 305–314.

czasie decyzję o skierowaniu skazanego do systemu terapeutycznego jest zgromadzony materiał osobopoznawczy świadczący o tym, że u danego skazanego występuje uzależnienie wymagające tego rodzaju specjalistycznych oddziaływań.

Podstawą prawną, która umożliwiła jego zebranie jest przede wszystkim art. 83 k.k.w. Przepis ten pozwala na to, aby w razie ustalenia potrzeby badań psychologicznych bądź psychiatrycznych (w tym tych stwierdzających uzależnienie skazanego) można było objąć nimi skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności. Co do zasady, przeprowadza się je po uprzednim uzyskaniu zgody osoby, która ma być im poddana. W razie jej sprzeciwu, ustawodawca zabezpieczył możliwość ich dokonania nawet wbrew woli zainteresowanego (art. 83 § 1 k.k.w.). Z treści § 2 tego przepisu wynika ponadto, że badania tego rodzaju przeprowadza się przede wszystkim w odpowiednich ośrodkach diagnostycznych, co zarazem nie wyklucza ich wykonania poza nimi. Coraz częściej będzie to możliwe w ramach zwykłych jednostek penitencjarnych, dysponujących personelem odpowiednio przeszkolonym w kierunku realizacji tego typu diagnozy¹³.

W literaturze wskazuje się zarówno na pozytywne jak i negatywne strony takiej regulacji¹⁴. Z jednej strony wprowadzono bowiem zapis o limitacji procedur diagnostycznych (przeprowadza się je „w miarę potrzeb”), co w zestawieniu z ograniczonymi możliwościami ośrodków diagnostycznych (w roku 2012 na badania w tych placówkach przyjęto zaledwie 2097 osób)¹⁵ może budzić niepokój co do zasięgu takich badań. Z drugiej jednak strony dopuszczono możliwość takiej diagnozy już na poziomie jednostek podstawowych więziennictwa. W rzeczywistości rozwiązanie takie (istniejące wprawdzie wbrew intencjom ustawodawcy) pozwala znacząco odciążyć wskazane ośrodki, zapewniając przy tym fachowe badania większej liczbie osadzonych. Konstrukcja taka będzie funkcjonować pod warunkiem, że we wszystkich jednostkach penitencjarnych zatrudnieni będą psychologowie posiadający niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie diagnostyki uzależnień. Skuteczność ich działań będzie z kolei warunkowana wyposażeniem w co najmniej podstawowe informacje o uzależnieniach funkcjonariuszy pracujących na co dzień ze skazanym (wychowawca, oddziaływy)¹⁶. Niezależnie od tego należy zauważyć, że największe problemy wiążą się z badaniami realizowanymi

¹³ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Ustawy dodatkowe, akty wykonawcze*, Warszawa 1998, s. 182.

¹⁴ J. Malec, *Przeprowadzanie i wykorzystywanie badań psychologicznych i psychiatrycznych w polskich zakładach karnych*, [w:] Biuletyn RPO. Materiały, nr 42. *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, cz. IV, Warszawa 2000, s. 56 i n.

¹⁵ G. Korwin-Szymanowski, *Ośrodki diagnostyczne*, Forum Penitencjarne 2013, nr 11, s. 6–7.

¹⁶ Szerzej na temat diagnostyki stanu zdrowia psychicznego skazanych odbywających karę pozbawienia wolności: A. Kwieciński, *Rola diagnozy stanu zdrowia psychicznego skazanego w postępowaniu karnym wykonawczym*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2013, nr 81, s. 33–48 oraz *idem*, *Ośrodki diagnostyczne w więziennictwie. Wyraz rozsądnego kompromisu czy nieudanej reformy?*, [w:] P. Stępnik (red.), *Blaski i cienie współczesnej przestrzeni penitencjarnej*, Kalisz 2014 (w druku). Problem wyposażenia wychowawców i psychologów więziennych w niezbędną wiedzę pozwalającą na rozpoznanie uzależnienia u skazanych jest także przedmiotem opracowania J. Malca. Por. J. Malec, *Problematyka odwyklowa...*, *op. cit.*, s. 236 i n.

na podstawie zarządzenia sędziego penitencjarnego, kiedy skazany zdecydowanie odmawia współpracy w diagnozie.

Jakkolwiek pominięcie zgody na badania (art. 83 § 1 zd. 2 k.k.w.) znajduje uzasadnienie np. w potrzebie zabezpieczenia porządku, dyscypliny i bezpieczeństwa w jednostce penitencjarnej, to uzasadnienie takiego rozwiązania w kontekście umieszczenia skazanego w systemie terapeutycznym wydaje się trudniejsze. Często wskazuje się wtedy na konieczność „eliminowania lub co najmniej ograniczania czynników etiologicznych przestępstw popełnionych przez skazanych odbywających karę w tym systemie”¹⁷ i niski stopień samoświadomości skazanych o potrzebie poddania się terapii odwykowej¹⁸. Z drugiej strony, rozwiązanie takie stanowi istotne odstępstwo od sformułowanej w art. 67 § 1 k.k.w. koncepcji wykonywania kary pozbawienia wolności, odrzucającej przymusowe formy oddziaływań na skazanego. W tym przypadku chodzi jednak nie tylko o redukcję zasady podmiotowego traktowania skazanego, ale też o zdecydowanie niższą skuteczność takich oddziaływań. Wprawdzie wskazuje się, że osoby uczestniczące w terapii „penitencjarnej” znacznie rzadziej niż w warunkach wolnościowych przerywają leczenie odwykowe¹⁹, ale wynika to raczej ze specyfiki izolacji penitencjarnej (stwarzającej pośrednio bądź bezpośrednio sytuacje przymusowo wymuszające pozostanie w tym systemie skazanego) a nie z wyższej efektywności takich działań. Zresztą, według szacunków A. Nawój-Śleszyński²⁰, wobec blisko 1/4 skazanych zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego, system ten nie jest w ogóle realizowany, co jedynie potwierdza wcześniejsze wątpliwości w tym przedmiocie. Samo zresztą rozpatrywanie tej kwestii w separacji od regulacji art. 117 k.k.w. (stanowiącej o przymusie leczenia sensu stricte) jest bezprzedmiotowe. Przypisanie skazanego do systemu terapeutycznego wbrew jego woli (obojętnie od tego w jakim trybie by się dokonało) oznacza jedynie tyle, że skazany formalnie musi odbywać w nim karę (w oddziale terapeutycznym lub poza nim), jednak bez prawnej możliwości przymuszenia go do podjęcia terapii odwykowej. To ostatnie jest możliwe dopiero po wydaniu orzeczenia o zastosowaniu leczenia i rehabilitacji przez sąd penitencjarny w trybie art. 117 k.k.w.²¹

¹⁷ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 415. Podobnie: K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 525. Warto jednak zauważyć, że zarówno sam udział skazanych uzależnionych w systemie terapeutycznym, jak i objęcie ich przymusem leczniczym w trybie art. 117 k.k.w. nie jest uzależnione od popełnienia przestępstwa związanego z uzależnieniem od alkoholu. Konstrukcją taką, wiążącą potrzebę leczenia z przyczyną konfliktu z prawem, zastosowano jednak w odniesieniu do skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych (w art. 96 1 k.k.w. i art. 117 k.k.w.).

¹⁸ A. Majcherczyk, *Specyfika terapii...*, *op. cit.*, s. 329.

¹⁹ T. Głowik, *Relacje terapeutyczne w więzieniu – spotkanie personalne*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2007, z. 1, s. 378.

²⁰ A. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 64–65, s. 95 i n.

²¹ Szeroko na ten temat: A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 kkw*, [w:]

Wprawdzie ustawodawca w tym przepisie statuuje zasadę „dobrowolnego przymusu terapeutycznego” (niepoddanie się terapii jest zagrożone ewentualnością jej zastosowania wbrew woli skazanego) preferując pozyskanie skazanego do współpracy na tym polu w sposób nieprzymuszony, a w doktrynie postuluje się aby sąd orzekał w tym trybie rzeczywiście wyjątkowo, to trudno oprzeć się wrażeniu, iż możliwość ta, nieobłożona dodatkowymi wymogami, została zakreślona zbyt szeroko. Tym samym może się stać obiektem niepotrzebnych nadużyć.

Przy okazji warto wskazać brak wyrazistych kodeksowych instrumentów, które mogłyby skłonić skazanego do podjęcia leczenia odwykowego narzuconego orzeczeniem sądu. Roli tej nie wypełnia wystarczająco groźba zastosowania odpowiedzialności dyscyplinarnej względem skazanego uchylającego się od leczenia. Wprawdzie zgodnie z § 68 ust. 4 Zarządzenia nr 2/04 Dyrektora Generalnego SW skazany niewykazujący zaangażowania w realizacji indywidualnego programu terapeutycznego musi się liczyć z tym, że jego postawa znajdzie odzwierciedlenie także przy opiniowaniu, udzielaniu nagród czy dokonywaniu ocen okresowych postępów w resocjalizacji²². Niemniej jednak retorsje te są odsunięte w czasie, a nadal nie zostaje osiągnięty cel w postaci skłonienia skazanego do świadomego włączenia się w proces swojego powrotu do zdrowia.

W tej sytuacji, racjonalnym rozwiązaniem wydaje się odejście od obligatoryjnego przypisywania skazanych do systemu terapeutycznego i rezygnacja, bądź ograniczenie do niezbędnych przypadków, z przymusu leczniczego. Da to szansę na skuteczniejszą, bo opartą o współdziałanie, terapię tych skazanych, którzy świadomie i dobrowolnie podejmą się leczenia odwykowego. Wyłączenie z systemu terapeutycznego tych skazanych, którzy nie chcą się leczyć, pozwoli zaś na to, aby oddziaływania terapeutyczne przebiegały w lepszych warunkach niż dotychczas²³. Nie musi oznaczać to w żaden sposób rezygnacji z ich motywowania do podjęcia świadomej decyzji o uczestnictwie w programie terapii. Może się to odbywać w ramach systemu programowanego oddziaływania bądź zwykłego, wykorzystując zaangażowanie wychowawców i psychologów więziennych.

T. Kalisz (red.), *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga Pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, Wrocław 2011, s. 245–257.

²² Jako trafne należy ocenić rozwiązanie obligujące personel oddziałów odwykowych do intensywnego motywowania skazanych, którzy nie wykazują zaangażowania w terapię podczas całego ich pobytu w tych oddziałach. Realistycznie przyjęto także, że wobec części z nich takie oddziaływania zakończą się fiaskiem i pozwolono w takiej sytuacji na skrócenie zaplanowanego czasu terapii nawet o 1/3 (§ 68 ust. 1–3 Zarządzenia nr 2/04 Dyrektora generalnego SW).

²³ Warto odnotować także pogląd E. Habzdy-Siwek, że w warunkach więziennych dojrzałą motywację do zmiany należy postrzegać w kategoriach pożądanego skutku terapii a nie warunku wstępnego rozpoczęcia oddziaływań. Uwagę tą autorka kieruje szczególnie w stronę skazanych uzależnionych, co w jej ocenie może stanowić usprawiedliwienie dla pewnych form zewnętrznego nacisku na zmianę ich postaw. Por. E. Habzda-Siwek, *Wybrane problemy realizacji systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawiania wolności w polskim systemie penitencjarnym*, [w:] B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski (red.), *Problemy penologii i praw człowieka u progu XXI wieku. Księga poświęcona pamięci Profesora Zbigniewa Hołdy*, Warszawa 2011, s. 375.

Samo ich uczestnictwo w systemach zwykłym i programowanym oddziaływania jest zresztą naturalnym następstwem wcześniejszego odbywania kary w systemie terapeutycznym. Idea tego systemu od początku opierała się bowiem na przechodniości²⁴ polegającej na tym, że pobyt skazanego w nim jest limitowany potrzebami w zakresie leczenia i kiedy skazany nie wymaga już specjalistycznej opieki jest przenoszony, zależnie od jego woli, do systemu zwykłego lub programowanego oddziaływania. Co istotne, dla skazanych opuszczających oddziały terapeutyczne po zakończeniu oddziaływań, zespół terapeutyczny opracowuje zalecenia odpowiedniego postępowania w czasie odbywania pozostałej części kary (§ 56 ust. 2 reg. org.-porz. wykonywania kary pozbawienia wolności²⁵). Istnieje więc szansa na kontynuację i utrwalenie tą drogą pewnych elementów programów terapeutycznych przez skazanych niebędących już formalnie w systemie terapeutycznym.

To ważne uprawnienie w obliczu tego, że czas trwania terapii w oddziale terapeutycznym dla skazanych uzależnionych jest jednoznacznie ustalony w programie oddziału i może być jedynie w indywidualnych przypadkach przedłużony, jednak nie więcej niż o 1/3 (§ 70 ust 1 pkt 2 i § 70 ust. 2 Zarządzenia Dyrektora Generalnego SW z dnia 24.02.2004 r.²⁶). Jest to rozwiązanie odmienne i zarazem mniej korzystne od tego, które dotyczy skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi (względem tej grupy okres pobytu w oddziale specjalistycznym pozostaje nieokreślony z góry i jest limitowany jedynie potrzebami zdrowotnymi skazanych).

W obliczu powyższego, uzupełnieniem oferty terapeutycznej więziennictwa dla skazanych uzależnionych od alkoholu mogą stać się tzw. programy krótkiej interwencji terapeutycznej. Ich wprowadzenie postulowano już od jakiegoś czasu w doktrynie względem skazanych na kary krótsze, słusznie przy tym podnosząc, że może to być sposób na objęcie jakąś formą pomocy większej ilości skazanych uzależnionych.²⁷ Dziś jest to prawnie usankcjonowane wobec skazanych zakwalifikowanych do odbywania kary w systemie terapeutycznym poza oddziałem specjalistycznym. Realizowany wobec nich indywidualny program terapeutyczny polega na zastosowaniu tzw. krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej (§ 21 ust. 1–3 Rozporządzenia MS z dnia 14.08.2003 r.). Oba programy różnią się między sobą czasem trwania oraz intensywnością i zakresem podejmowanych oddziaływań. Poza diagnozą problemów związanych z uzależnieniem, pracą edu-

²⁴ T. Kolarczyk, *Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 10, s. 36.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25.08.2003 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz.U. Nr 152, poz. 1493.

²⁶ Zarządzenie 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24.02.2004 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych (niepublikowane).

²⁷ E. Habzda-Siwiek, *Wybrane problemy...*, op. cit., s. 381–383.

kacyjną oraz oddziaływaniami motywującymi podejmuje się w ich ramach działania stricte terapeutyczne o ograniczonym, z istoty czasu ich trwania, zasięgu.

Należy wyrazić nadzieję, że pomimo wcześniejszych niezachęcających doświadczeń z terapią poza oddziałami terapeutycznymi nowe rozwiązania nie zostaną wykorzystane przez władze więzienne instrumentalnie, jako element poprawy statystyk i skrócenia kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziałów terapeutycznych. Pomimo tych zastrzeżeń wydaje się, że uwzględnienie w prawnej regulacji systemu terapeutycznego postępu, który dokonał się w rozwoju metod i form terapii uzależnień należy ocenić pozytywnie.

Specyfika postępowania penitencjarnego ze skazanymi uzależnionymi wymaga niekiedy stosowania niestandardowych środków i metod oddziaływań, które nie mieszczą się w ramach regulaminowych. Stąd tak istotne wydaje się uprawnienia dyrektora zakładu karnego do dokonywania niezbędnych odstępstw od regulaminowego sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności (§ 26 ust. 2 regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności). Wyjątki te powinny uwzględniać potrzeby terapii odwykowej, a gwarantem niezbędności ich stosowania jest fakt, że są one wprowadzane na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza lub psychologa.

Możliwość dostosowania poszczególnych elementów wykonywanej kary do wymogów wynikających ze stanu zdrowia skazanego jest jednym z filarów zasady indywidualizacji penitencjarnej. Z tego względu ważne są regulacje wskazujące, iż w systemie terapeutycznym nadrzędną rolę przypisuje się oddziaływaniom terapeutycznym. Równocześnie istotne jest, aby były one harmonijnie powiązane z pozostałymi formami oddziaływań penitencjarnych stosowanych wobec skazanego (§ 18 ust. 1 pkt 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14.08.2003 r.). Analizując pod tym kątem odpowiednie przepisy kodeksu karnego wykonawczego trudno o tak jednoznaczną ocenę. W art. 97 § 2 zd. 1 k.k.w. postanowiono o tym, że wykonywanie kary w systemie terapeutycznym dopasowuje się do potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higieniczno-sanitarnych. Względny terapii (leczenia) wymieniono tutaj w jednym szeregu z innymi potrzebami (środkami) oddziaływań stosowanymi rutynowo wobec skazanych. Na niestosowność sformułowania tego przepisu zwraca uwagę także S. Lelental²⁸.

W praktyce o powodzeniu podjętych względem skazanego uzależnionego oddziaływań decyduje w dużej mierze właściwe przygotowanie indywidualnego programu terapeutycznego. Aby zwiększyć szanse wdrożenia w życie jego założeń, powinien on być poprzedzony opracowaniem rzetelnej diagnozy, zawierającej m.in. ocenę motywacji skazanego do zmian, wskazanie pozytywnych stron jego osobowości oraz opis zasadniczych problemów zdrowotnych. Sam program powinien zaś zawierać precyzyjne określenie zakresu, celu i metod oddziaływań specjalistycz-

²⁸ S. Lelental, *Kodeks karny...*, op. cit., s. 416.

nych, a także kryteriów ich realizacji. Ważne jest żeby uczynić wszystko by program terapeutyczny był opracowywany przy aktywnym udziale samego zainteresowanego (§ 21 ust. 1, 2, 4 Rozporządzenia MS w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych). Partycypacja skazanego już na etapie projektowania działań odwykowych zwiększa bowiem prawdopodobieństwo jego akceptacji dla dalszych oddziaływań terapeutycznych.

Na marginesie analizy regulacji prawnych pozostają zagadnienia związane z trudnościami, jakie występują w praktyce prowadzenia terapii odwykowej w warunkach więziennych, a które finalnie decydują o jej efektywności. W tym kontekście wskazuje się m.in. na programy kształcenia uniwersyteckiego i doskonalenia zawodowego terapeutów więziennych, które nie przystają do specyfiki pracy ze skazanymi w zakładach karnych. Powoduje to, że weryfikacja założeń ich treści następuje dopiero w trakcie pracy ze skazanym-pacjentem i nie zawsze wypada pomyślnie. Od pewnego czasu wysuwa się postulat wzbogacenia i zróżnicowania oferty terapeutycznej oddziałów odwykowych, co byłoby zresztą zbieżne z pełną realizacją zasady indywidualizacji penitencjarnej. Świadomość ograniczeń i znużenie stosowanym dotychczas modelem oddziaływań, opartym na całkowitej abstynencji pacjentów, dostrzegalne są wśród samych terapeutów, stąd ich rosnące zainteresowanie koncepcjami teoretycznymi i klinicznymi stosowanymi powszechnie zagranicą²⁹. Jednak równoległe do wprowadzania nowych programów terapeutycznych sprawą niecierpiącą zwłoki pozostaje wypracowanie standardów ewaluacji oddziaływań psychokorekcyjnych stosowanych już w polskich zakładach karnych³⁰. Być może nowe regulacje prawne przyczynią się do wypełnienia tej poważnej luki w więziennym systemie terapii odwykowej³¹.

Ważną kwestią pozostaje możliwość podtrzymania efektów oddziaływań terapeutycznych po opuszczeniu zakładu karnego przez skazanego. W tym zakresie należałoby dążyć do podjęcia szerszej współpracy więziennictwa z systemem placówek lecznictwa odwykowego na wolności (poradnie odwykowe, ambulatoria itp.). Być może niezbędne okaże się zinstytucjonalizowanie takiej współpracy w płaszczyźnie legislacyjnej. Należy równocześnie przyznać, że poza przypadkami, kiedy obowiązek leczenia odwykowego jest nakładany na skazanego w ramach warunkowego zwolnienia (art. 159 § 1 k.k.w. w zw. z art. 72 § 1 pkt. 6 k.k.), trudno go nakłonić do kontynuowania terapii na wolności. W tym obszarze nieoceniona okazuje się działalność samopomocowych grup wsparcia (klubów Anonimowych Alkoholików) prowadzących swoją działalność zarówno

²⁹ A. Majcherczyk, *Specyfika terapii...*, *op. cit.*, s. 339 i n.

³⁰ E. Habzda-Siwek, *Wybrane problemy...*, *op. cit.*, s. 385.

³¹ Zgodnie z § 71 Zarządzenia nr 2/04 Dyrektora Generalnego SW w oddziale terapeutycznym dla skazanych uzależnionych prowadzi się badania efektywności terapii, a stopień realizacji celów określonych w programie oddziału ocenia się w oparciu o wyniki tych badań. Wyniki te wykorzystuje się do doskonalenia stosowanych metod oddziaływań specjalistycznych.

wewnątrz jednostek penitencjarnych, jak i w środowisku wolnościowym³². Stanowią one naturalny (i co ważne – dobrowolny) łącznik między terapią realizowaną w warunkach izolacji penitencjarnej a leczeniem które skazany może podjąć po odbyciu kary.

Trudno jednoznacznie ocenić regulację prawną terapii odwykowej więźniów w sytuacji, kiedy brak jest aktualnych wyników niezależnych badań naukowych świadczących o stopniu osiągania zakładanych w tym obszarze celów. Dotychczas nie opublikowano także żadnych rezultatów wewnętrznych procedur ewaluacyjnych realizowanych przez Służbę Więzienną. Nadal dysponujemy jedynie szacunkami co do epidemiologii występowania uzależnień w populacji więziennej³³, a co za tym idzie trudno oszacować realne potrzeby w tym zakresie i dostosować do tego optymalny model organizacyjny działalności odwykowej jednostek penitencjarnych³⁴.

Jednak równocześnie systematycznie wzrasta liczba skazanych-alkoholików objętych terapią odwykową w zakładach karnych, zwiększa się liczba oddziałów terapeutycznych i podnoszą się kwalifikacje osób prowadzących terapię. Sami terapeuci coraz częściej starają się dostrzegać w specyfice warunków więzennych realne szanse, a nie tylko bariery dla powodzenia procesu odwykowego. Z pewnością wzmocnieniu efektywności podejmowanych oddziaływań służyłyby także zmiany zaproponowane w niniejszej pracy. Do tych najpilniejszych należy zaliczyć postulat reorganizacji procesu diagnostycznego i kwalifikującego skazanych do systemu terapeutycznego, potrzebę znaczącej redukcji elementów przymusowości w terapii, stworzenie czytelnych mechanizmów pozwalających na kontynuację pewnych elementów terapii osobom, które są już poza systemem terapeutycznym. Sam proces wzbudzenia (wzmacniania) motywacji skazanego do podjęcia terapii może odbywać się także w ramach systemu programowanego oddziaływania. W praktyce, wyraźnie odczuwa się brak systemowego ogniwa, które spajałoby działalność odwykową więziennej i wolnościowej służby terapeutycznej. Bacznej obserwacji wymaga stworzony niedawno model tzw. terapii krótkoterminowej realizowanej poza oddziałami terapeutycznymi. Należy wyrazić nadzieję, że tkwiący w nim potencjał nie zostanie wykorzystany przez władze więzienne instrumentalnie.

³² Szerzej na ten temat: M. Gordon, T. Kolarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików*, Warszawa 1993. O problematyce praktycznych aspektów działalności samopomocowych grup wsparcia uzależnionych w zakładach karnych traktuje także szereg prac zamieszczonych w zbiorze R. Cibor, J. Nawój (red.), *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w społecznościach więziennych*, Cieszyn 1997, s. 147–167.

³³ T. Szymanowski, *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego*, Warszawa 2005, s. 199. Także: W. Brodowski, J. Nawój, *Problemy alkoholowe skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym półotwartym*, [w:] R. Cibor, J. Nawój (red.), *Rozwiązywanie problemów alkoholowych...*, op. cit., s. 62.

³⁴ Doświadczeni terapeuci więzienni wskazują wręcz, iż problem uzależnień wśród skazanych osiągnął taką skalę, że właściwie w każdej większej jednostce penitencjarnej powinien funkcjonować oddział odwykowy. Por. A. Majcherczyk, *Specyfika terapii...*, op. cit., s. 323.

PRAWNOKARNE ASPEKTY TERAPII SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Streszczenie

Przypisaniu w kryminologii roli istotnego czynnika w genezie przestępczości uzależnieniu od alkoholu musi być skorelowane z właściwą formą reakcji prawnokarnej w przypadku, kiedy czyn zabroniony miał istotny związek z alkoholizmem jego sprawcy. Przedmiotem niniejszego opracowania jest analiza prawna odrębnego postępowania z osobami skazanymi na karę pozbawienia wolności, u których zdiagnozowano tę formę uzależnienia. Rozważania uwzględniają wybrane elementy praktyki penitencjarnej oraz niedawno wprowadzone zmiany w regulacji prawnej. W konkluzji sformułowano postulaty *de lege lata* i *de lege ferenda* w zakresie objętym analizą systemu terapii alkoholików w warunkach izolacji penitencjarnej zbudowanym na gruncie kodyfikacji karnej z 1997 roku.

LEGAL AND PENAL ASPECTS OF THERAPY FOR CONVICTS ADDICTED TO ALCOHOL

Summary

In criminology, treating the addiction to alcohol as an important factor in the origin of criminality must be correlated with an adequate form of penal response in the event a criminal offence has been strongly connected with the perpetrator's alcoholism. The article aims to conduct a legal analysis of a different treatment of convicts who have been diagnosed with this form of addiction. The considerations take into account some selected elements of penal practice and recently amended regulations. In conclusion, the author formulates calls *de lege lata* and *de lege ferenda* in the area covered by the analysis of the therapy system for alcoholics in penitentiaries based on the Criminal Code of 1997.

LES ASPECTS LÉGAUX ET PÉNAUX DE LA THÉRAPIE DES CONDAMNÉES DÉPENDANTS DE L'ALCOOL

Résumé

Dans la criminologie le rôle d'un élément important de la genèse de criminalité dépendante de l'alcool doit former une corrélation avec une forme convenable de la réaction légale et pénale dans le cas où l'acte interdit a eu une liaison essentielle avec l'alcoolisme de son actant. L'objet de la considération présente est une analyse

légale de la procédure séparée concernant les personnes condamnées à la punition de manque de liberté à qui on a présenté une diagnose de cette forme de dépendance. Ces considérations montrent quelques éléments choisis de la pratique pénitentielle ainsi que quelques changements introduits récemment dans la régularisation légale. Dans la conclusion on a formulé des exigences *de lege lata* ainsi que celle *de lege ferenda* dans le cadre de cette analyse du système de la thérapie des alcooliques dans les conditions de l'isolation pénitentielle d'après la codification pénale de 1997.

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ОСУЖДЁННЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Резюме

Признанию в криминологии роли существенного фактора в генезисе преступлений алкогольной зависимости должно быть соотнесено с соответствующей формой уголовно-правовой реакции в случае, когда запрещённое деяние имело непосредственную связь с алкоголизмом его виновника. Предметом настоящего исследования является юридический анализ отдельного судопроизводства с лицами, приговорёнными к лишению свободы, и у которых обнаружена данная форма зависимости. В рассуждениях учтены выбранные элементы пенитенциарной практики, а также недавно введённые изменения в правовом регулировании. В заключение сформулированы постулаты *de lege lata* и *de lege ferenda* в рамках анализа системы терапии алкоголиков в условиях пенитенциарной изоляции, построенного на основе уголовной кодификации 1997 года.