

Małgorzata Łuczak

Ośrodki diagnostyczne – rola w indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności

1. Rola diagnozy psychologicznej w postępowaniu z osobami pozbawionymi wolności w polskim systemie karnym w ujęciu historycznym. Oddziały obserwacyjno-rozdzielcze

Biorąc pod uwagę perspektywę historyczną w odniesieniu do rozważań i unormowań prawnych na temat celu wykonywania kary pozbawienia wolności, na przestrzeni lat polski system penitencjarny ulegał w tym względzie znaczącym zmianom. Koncepcje te podążały za zmianą poglądów, jaka dokonywała się na poziomie trendów ogólnoeuropejskich czy ogólnoswiatowych. Kara pozbawienia wolności na początku miała charakter represyjny, odwetowy¹. Powstałe w 1918 roku państwo polskie przejęło sposoby wykonywania kary pozbawienia wolności, tym samym traktowania więźniów, po zaborcach². Nie zwracano uwagi ani na warunki, w jakich przebywali więźniowie, ani na ich kategoryzowanie w zależności od rodzaju popełnionego czynu przestępnego. Z czasem w zakresie funkcji przypisywanej karze pozbawienia wolności zaczęto brać pod uwagę także element wychowawczy. Powstały systemy odbywania kary (m.in. system celkowy w 1791 roku w Filadelfii, system wspólnej pracy i milczenia w 1826 roku

1 K. Dąbkiewicz, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 327.

2 M. Kalaman, M. Kalaman, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec osób niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie w polskim więziennictwie w przeszłości i obecnie*, Prace naukowe WWSZiP, „Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne” 2012, Nr 18 (2), s. 133.

w Auburn), dostrzeżono konieczność segregacji więźniów, a także potrzebę zróżnicowania stosowanych rygorów. Zmiany poglądów w podejściu kryminologii do etiologii przestępstw, upatrujące wśród czynników wpływających na ich popełnianie w wadliwym przebiegu procesu socjalizacji, wpływie środowiska kryminogennego skutkowały zwróceniem uwagi penitencjarystów na konieczność podejmowania pracy resocjalizacyjnej ze skazanymi. Zaczęły pojawiać się zaczątki indywidualnego traktowania więźniów. Pierwszą grupą osadzonych, na którą w kategoriach odrębnego traktowania zwrócono uwagę, były osoby młode wiekiem, a następnie wykazujące zaburzenia psychiczne. W Polsce problem ten zaczęto dostrzegać w okresie międzywojennym, ale znaczące działania podejmowano w latach pięćdziesiątych XX wieku³. Od 1928 roku podjęto decyzję o leczeniu osób chorych psychicznie⁴. Przy więzieniach, w osobnych budynkach, zaczęto uruchamiać szpitale psychiatryczne, do 1939 roku powstało ich pięć. Do szpitali tych kierowani byli skazani, którzy zachorowali w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Obok leczenia psychiatrycznego prowadzono badania psychocharakterologiczne⁵.

Pierwszym natomiast zakładem karnym, w którym uwagę zwrócono na indywidualne oddziaływania ze względu na stan psychiczny skazanych, był utworzony w 1958 roku Zakład Karny w Świeciu nad Wisłą, przeznaczony dla kobiet z anomaliami psychicznymi. W kolejnych latach powstawały w Polsce oddziały dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych (prototyp obecnie funkcjonujących oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo), obok nich powstawały kolejne oddziały dla osadzonych uzależnionych⁶. Ostatnią wyodrębnioną kategorią skazanych obejmowanych oddziaływaniami specjalistycznymi byli skazani za przestępstwa z art. 197–203 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Jeśli chodzi o koncepcje dotyczące odrębnego traktowania skazanych niepełnosprawnych psychicznie, na uwagę zasługiwały w szczególności dwie odrębne – pierwsza wypracowana w Zakładzie Karnym w Rawiczu, druga w Zakładzie Karnym w Oleśnicy⁷. Koncepcja pracy z osadzonymi niepełnosprawnymi psychicznie w Zakładzie Karnym w Rawiczu zakładała, iż początkowy etap pracy z osadzonymi ma być ukierunkowany na zmniejszenie napięcia emocjonalnego u osadzonych, pobudzenie ich do refleksji, co w efekcie miało służyć zwiększeniu ich podatności na prowadzone oddziaływania, zakładaną określoną korekcję.

3 M. Dworski, *Koncepcja Zakładu Specjalnego w Oleśnicy*, „Przegląd Penitencjarny” 1967, Nr 3, s. 3.

4 M. Kalamán, M. Kalamán, *Wykonywanie kary...*, s. 134.

5 *Ibidem*.

6 A. Nawój-Śleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, Nr 64–65, s. 95–98.

7 M. Kalamán, M. Kalamán, *Wykonywanie kary...*, s. 136.

Obok farmakoterapii stosowano psychoterapię indywidualną⁸. Z kolei w więzieniu specjalnym w Oleśnicy wiodącą rolę przypisywano równocześnie prowadzonym oddziaływaniom leczniczo-wychowawczym.

W myśl zarządzenia Nr 67 Dyrektora Centralnego Zarządu Więziennictwa z 23 czerwca 1958 roku utworzono eksperymentalne oddziały obserwacyjno-rozdzielcze. Zgodnie z powyższym zarządzeniem w skład personelu tychże oddziałów winni wchodzić: psycholog, wychowawca i lekarz⁹. Początkowo oddział taki zorganizowany został w Centralnym Więzieniu w Warszawie w 1958 roku, natomiast w latach 1960–1964 oddziały takie tworzone były w innych ośrodkach wojewódzkich¹⁰ – między innymi w Zakładzie Karnym w Rawiczu i Oleśnicy. Dały one początek działalności diagnostycznej w polskim więziennictwie. Ich działalność pozwoliła jednocześnie na podjęcie prób oszacowania liczby osadzonych zaburzonych bądź uzależnionych w ogólnej populacji skazanych na karę pozbawienia wolności. W latach 70. XX wieku wskazywano, że na ogólną liczbę osób skazanych ponad 25% stanowiła powyższa kategoria osadzonych¹¹. Zakończenie badań osadzonych, którzy skierowani byli do oddziału obserwacyjno-rozdzielczego, wiązało się z dokonywaniem przez psychologa oceny cech osobowościowych osadzonych oraz formułowaniem prognozy penitencjarnej i społecznej. Kolejnym etapem były wskazania odnotowane w kwestionariuszu obejmujące 7 punktów. Dotyczyły one istotnych z punktu widzenia dalszego odbywania kary przez danego skazanego uwag: wskazania zakładu, przebywania w grupie, pracy, szkolenia, najbardziej wskazanego rodzaju zajęć kulturalno-oświatowych, wskazanego sposobu oddziaływania oraz zalecenia¹².

Wraz ze zmianą podejścia do celów wykonywania kary pozbawienia wolności zaczęto dostrzegać odrębną rolę psychologów w więzieniach. Coraz większe znaczenie zaczęto przypisywać pracy psychologicznej z osobami pozbawionymi wolności. Przez lata zmianom ulegała specyfika pracy, jak też zadania stojące przed psychologami zatrudnianymi w więziennictwie. Z perspektywy choćby własnego, ponad 25-letniego doświadczenia, zauważam, jak wiele w tej materii uległo zmianie. Zwiększyła się ilość zadań stawianych do realizacji psychologom, ilość podejmowanych przez nich decyzji, wydawanych opinii. Jednocześnie wzrosła także znacznie liczba osób z wykształceniem psychologicznym zatrudnianych

8 *Ibidem*, s. 141–142.

9 Z. Ficowa, *O współpracy lekarzy z oddziałami obserwacyjno-rozdzielczymi*, „Przegląd Więziennictwa” 1960, Nr 1, s. 96.

10 P. Braun, *Osoba niepełnosprawna w izolacji penitencjarnej*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II (7), s. 132.

11 W. Kosterkiewicz, K. Kościelski, *Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych w stosunku do więźniów młodocianych (na przykładzie jednostek penitencjarnych okręgu poznańskiego)*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu” 2006, Nr 2, s. 216.

12 E. Janiszewska-Talago, *Wskazania oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych i ich realizacja*, „Przegląd Penitencjarny” 1965, Nr 4, s. 51; W. Szeller, *Kilka uwag o realizacji wskazań oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych na przykładzie CW w Sztumie*, „Przegląd Więziennictwa” 1961, Nr 1, s. 43–44.

w polskich więzieniach, co ma zapewnić szeroką i profesjonalną dostępność opieki psychologicznej osobom pozbawionym wolności przebywającym w aresztach i zakładach karnych. Dotyczy to zarówno kadry psychologów ogólnopentencjarnych, jak i zatrudnianych w ośrodkach diagnostycznych oraz oddziałach terapeutycznych prowadzących specjalistyczne oddziaływania wobec szczególnie trudnej grupy osadzonych. Grupa zawodowa psychologów zatrudnionych w Służbie Więziennej w ramach doskonalenia zawodowego uczestniczy w różnego rodzaju szkoleniach organizowanych zarówno przez różnego stopnia organy więziennictwa, jak i we własnym zakresie. Biorąc pod uwagę choćby same wymogi kwalifikacyjne, jakie winna spełniać kadra penitencjarna, a w szczególności kadra działów terapeutycznych, można stwierdzić, iż psychologowie w polskim systemie penitencjarnym stanowią wysoko wyspecjalizowaną grupę zawodową¹³.

2. Cele wykonania kary pozbawienia wolności w kontekście obowiązujących przepisów Indywidualizacja wykonania kary pozbawienia wolności

Ostra krytyka orientacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności na „przymusową” resocjalizację zapoczątkowana w latach 70. nie pozostała bez wpływu na prowadzone prace przy kodyfikacji kodeksowej i ostateczne brzmienie unormowań prawnych wprowadzone nową ustawą w 1997 roku¹⁴. Priorytetem stało się poszanowanie godności ludzkiej i praw człowieka, co znalazło wyraz przede wszystkim w art. 4 k.k.w., zgodnie z treścią którego kary, środki karne, środki zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Zakazane jest stosowanie tortur lub nieludzkiego albo poniżającego traktowania i karania skazanego. W obecnie obowiązujących przepisach nie zrezygnowano do końca z pojęcia „resocjalizacji”, lecz nabrało ono innego znaczenia. Skazany bowiem na zasadzie dobrowolności może poddać się oddziaływaniom poprzez udział w proponowanych mu zajęciach. Zgodnie z art. 67 § 1 k.k.w. „wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanых postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się

13 Mówi o tym Zarządzenie Nr 26/2015 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 30 czerwca 2015 roku w sprawie wymagań kwalifikacyjnych do zajmowania stanowisk w działach penitencjarnych i terapeutycznych oraz Domach Matki i Dziecka.

14 K. Dąbkiewicz, *Kodeks karny...*, s. 328–329.

od powrotu do przestępstwa”. Do osiągnięcia powyższego celu prowadzi się zindywidualizowane oddziaływania na skazanych w ramach określonych w ustawie systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych (art. 67 § 2 k.k.w.). Indywidualizacja będzie w tym kontekście polegała na dostosowaniu oddziaływań prowadzonych wobec skazanych do ich osobowości, możliwości i potrzeb. W szczególności zasada indywidualizacji jest realizowana poprzez system terapeutyczny wykonania kary pozbawienia wolności. Grupa skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym to osoby, wobec których z racji różnorodnych problemów czy deficytów (osoby uzależnione, wykazujące niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, bądź niepełnosprawne intelektualnie) należy w szczególności stosować zindywidualizowane oddziaływania.

Zgodnie z przepisami kodeksowymi w prowadzeniu oddziaływań wobec skazanych bierze się pod uwagę przede wszystkim pracę, w szczególności sprzyjającą zdobywaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym, a także środki terapeutyczne (art 67 § 3 k.k.w.).

3. Funkcjonowanie ośrodków diagnostycznych

Zadania, procedury

Ośrodki diagnostyczne rozpoczęły swoją działalność w polskim systemie penitencjarnym w 2000 roku. Przepisy dotyczące funkcjonowania ośrodków regulują zapisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 roku w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych¹⁵. Na terenie całego kraju powołanych zostało 15 ośrodków diagnostycznych, z których 14 mieści się w aresztach śledczych – AŚ Poznań, AŚ Białystok, AŚ Łódź, AŚ Lublin, AŚ Warszawa–Białołęka, AŚ Olsztyn, AŚ Bydgoszcz, AŚ Opole, AŚ Wrocław, AŚ Kraków, AŚ Szczecin, AŚ Gdańsk, AŚ Koszalin, AŚ Katowice, a jeden w zakładzie karnym – ZK Rzeszów. Pojemność poszczególnych ośrodków oscyluje w granicach, od najmniejszych w AŚ Koszalin (24) i AŚ Białystok (25) do największych AŚ Warszawa–Białołęka (43) i AŚ Poznań (44). Ośrodek diagnostyczny w AŚ w Łodzi dysponuje 30 miejscami. Dyrektor zakładu karnego bądź aresztu śledczego kieruje skazanego na badania do ośrodka na pisemny i uzasadniony wniosek psychologa, wychowawcy lub psychiatry. Do wniosku załączana jest pisemna zgoda skazanego na poddanie się badaniom. W przypadku, gdy skazany nie wyraża zgody na badania, dyrektor zakładu występuje z wnioskiem do sędziego penitencjarnego

¹⁵ Dz.U. 2000, Nr 29, poz. 369.

o zarządzenie przeprowadzenia badań. Badania w ośrodku nie powinny trwać dłużej niż 2 tygodnie. W uzasadnionych przypadkach mogą zostać przedłużone na czas niezbędny do ich przeprowadzenia.

Do ośrodków diagnostycznych kierowane są następujące grupy skazanych:

- 1) młodociani, którym do nabycia prawa do ubiegania się o warunkowe przedterminowe zwolnienie pozostało co najmniej 6 miesięcy lub sprawiający trudności wychowawcze;
- 2) sprawiający trudności wychowawcze, przede wszystkim tacy, których zachowanie wskazuje na poważny stopień demoralizacji, zaburzenia psychiczne albo szczególny brak umiejętności przystosowania się do warunków i wymagań zakładu;
- 3) skazani na karę dożywotniego pozbawienia wolności, a także na karę 25 lat pozbawienia wolności po uprawomocnieniu się wyroku;
- 4) co do których zachodzi podejrzenie konieczności stosowania oddziaływań w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo;
- 5) skazani za popełnienie przestępstwa określonego w art. 197–203 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych¹⁶.

Spośród ogółu skazanych w populacji więziennej ustawodawca szczególną uwagę zwrócił na grupę osadzonych młodocianych. W szczególności są oni objęci różnego rodzaju oddziaływaniami penitencjarnymi, obligatoryjnie odbywają karę pozbawienia wolności w systemie programowanego oddziaływania. Punktem wyjścia do takiego podejścia były założenia o potencjalnie najkorzystniejszych rokowaniach tej kategorii więźniów odnośnie ich podatności na prowadzone oddziaływania. Ta grupa osadzonych jest też najliczniejszą grupą wśród skazanych kierowanych na badania do ośrodka – kierowani zarówno obligatoryjnie – w przypadku, gdy do możliwości ubiegania się o warunkowe przedterminowe zwolnienie pozostało im co najmniej 6 miesięcy, bądź fakultatywnie – w przypadku sprawiania trudności wychowawczych.

Na podstawie przeprowadzonych w ośrodku diagnostycznym badań psycholog sporządza orzeczenie psychologiczno-penitencjarne. Lekarz psychiatra wydaje odrębnie opinię psychiatryczną. Orzeczenie psychologiczno-penitencjarne jest obszernym dokumentem zawierającym informacje na temat skazanego istotne z punktu widzenia podejmowanych wobec niego dalszych zindywidualizowanych oddziaływań. Elementy, jakie powinno zawierać, w szczególności określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 roku w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych. Na podstawie wyników badań dokonuje się weryfikacji decyzji klasyfikacyjnej. Badania psychologiczne przeprowadzane

16 Patrz: § 11 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. z 2003 r., Nr 151, poz. 1469).

w ośrodku diagnostycznym mają na celu ustalenie na bazie analizy linii życiowej danej osoby czynników wpływających na proces demoralizacji, określenie jej stopnia, prognozowanie odnośnie do podatności na oddziaływania. Badanie psychologiczne nie może ograniczać się li tylko do stosowania przez psychologa odpowiednich metod i narzędzi psychologicznych. W trakcie pobytu skazanego w ośrodku diagnostycznym obserwacji podlega jego zachowanie, sposób funkcjonowania w grupie współosadzonych, codzienna aktywność. Psychologowie prowadzą rozmowy ze skazanymi dotyczące oceny ich bieżących problemów i potrzeb, może zachodzić także wskazanie do skierowania danego osadzonego na konsultację psychiatryczną. Równolegle analizowana jest dostępna dokumentacja osobopoznawcza, w szczególności istotne znaczenie mają informacje zawarte w opiniach z placówek opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych, w wywiadach środowiskowych, opiniach sądowo-psychiatrycznych, sądowo-psychologicznych, sądowo-seksuologicznych, wreszcie informacje zawarte w treści wyroku, np. określenie przez sąd orzekający warunków odbywania kary pozbawienia wolności (art. 62 k.k.). Ocenie podlega aktualny stan psychiczny osoby badanej, jej stosunek do popełnionego przestępstwa, zadań i obowiązków wiążących się z wykonywaniem kary pozbawienia wolności. Dokonuje się ustalenia ewentualnej potrzeby stosowania oddziaływań specjalistycznych i skierowania skazanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym – w zależności od diagnozowanych problemów do oddziałów terapeutycznych dla osób uzależnionych bądź dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Wśród skazanych kierowanych na badania do ośrodka diagnostycznego duży procent stanowią osoby uzależnione, a także wykazujące różnego rodzaju zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Etiologia owych zaburzeń jest zróżnicowana. Często wśród osób przebywających w Areszcie Śledczym w Łodzi mamy osadzonych z tzw. podwójną diagnozą. W każdym przypadku skazani tacy wymagają indywidualnego podejścia, zapewnienia szczególnej opieki, w tym pomocy psychologicznej. Osoby takie są konsultowane przez lekarza psychiatrę. Szczególnie niepokojąca jest liczba skazanych uzależnionych od SPA¹⁷, w tym od dopalaczy. Osoby takie nierzadko na skutek intensywnego, wieloletniego zażywania takich substancji doświadczają poważnych zaburzeń zdrowia psychicznego, łącznie z pojawiającymi się zaburzeniami o obrazie psychotycznym. Wymagają specjalistycznej, indywidualnej opieki psychologicznej, a często także psychiatrycznej. Niejednokrotnie zachodzi potrzeba wdrażania terapii farmakologicznej celem ustabilizowania stanu psychicznego. Pomimo diagnozowanego przez lekarza uzależnienia osadzeni często nie identyfikują się z chorobą, wymagają motywowania do podjęcia leczenia odwykowego. Zdarzają się także sytuacje, iż pomimo zdiagnozowanego uzależnienia od alkoholu

17 SPA – skrót od substancje psychoaktywne. Określa każdą substancję przyjmowaną w celu uzyskania określonego efektu psychicznego: alkohol, opiaty, leki i substancje o działaniu uspakajającym i nasennym, inne.

bądź środków odurzających czy substancji psychotropowych skazany ze względu na nasilenie prezentowanych zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych nie jest w stanie prawidłowo zaadoptować się do warunków izolacji, tym samym nie kwalifikuje się na daną chwilę do uczestnictwa w zajęciach terapii odwykowej. Ze względu na potrzebę przywrócenia równowagi psychicznej wymaga natomiast oddziaływań specjalistycznych prowadzonych w warunkach oddziaływań dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi.

W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym obok wymienianych już wcześniej elementów powinno zawierać się także wskazania w zakresie klasyfikacji, nauczania, zatrudnienia, a także zalecenia dotyczące potrzeby uwzględnienia psychologicznych i socjologicznych mechanizmów zachowania skazanego przy stosowaniu zindywidualizowanych oddziaływań. To także istotne uwagi dotyczące skazanych mające wpływ na ich dalsze warunki odbywania kary pozbawienia wolności.

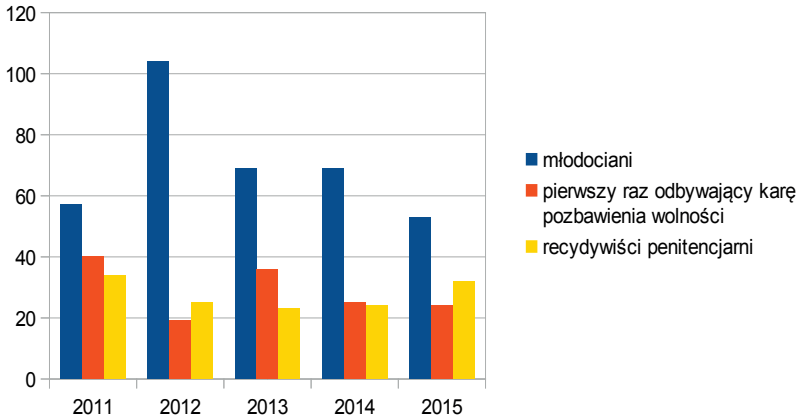
Diagnoza psychologiczna, która dokonywana jest w trakcie badań w ośrodku diagnostycznym, stanowi wyjściowy element do podejmowania dalszych oddziaływań wobec danego skazanego. Informacje zawarte w orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym są bazą do wykorzystania w pracy ze skazanym przez kadrę penitencjarną (wychowawcy, psychologowie penitencjarni), jak też kadrę terapeutyczną. Na podstawie powstałej diagnozy tworzone są między innymi Indywidualne Programy Oddziaływań czy też Indywidualne Programy Terapeutyczne.

4. Wyniki badań psychologicznych przeprowadzonych w Ośrodku Diagnostycznym w Areszcie Śledczym w Łodzi latach 2011–2015 w kontekście indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności

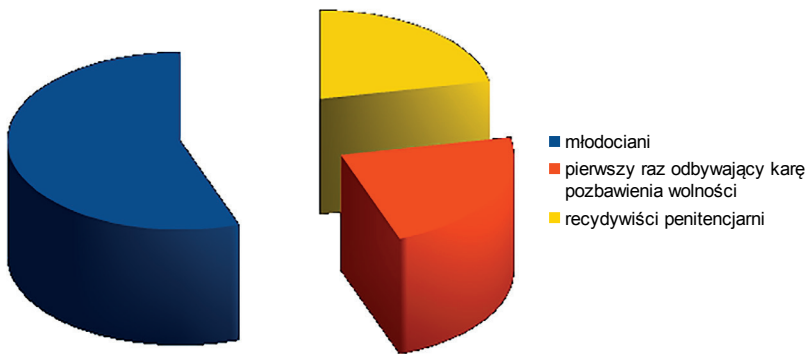
Celem zobrazowania liczby przeprowadzonych w Ośrodku Diagnostycznym w Areszcie Śledczym w Łodzi badań psychologicznych, w tym w szczególności wskazań do stosowania zindywidualizowanych oddziaływań w warunkach oddziaływań terapeutycznego przedstawiono poniżej dane statystyczne dotyczące okresu ostatnich pięciu lat.

W latach 2011–2015 w ośrodku przebadano ogółem 634 osadzonych. Najwięcej w roku 2012 – 148, a najmniej w 2015 – 109.

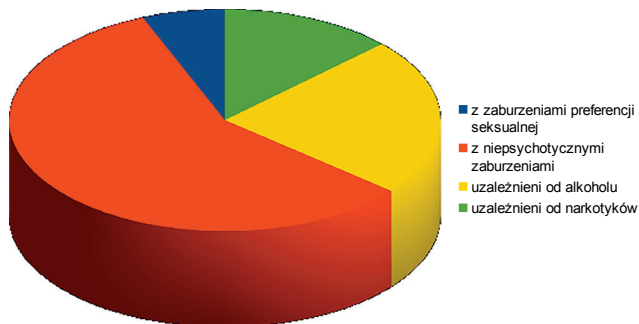
Dane dotyczące liczby przebadanych osadzonych w w/w okresie najlepiej przedstawiają zamieszczone poniżej wykresy.



Wykres 1. Ilość skazanych poszczególnych grup (młodociani, odbywający karę po raz pierwszy i recydywiści penitencjarni) przebadani w ośrodku diagnostycznym Aresztu Śledczego w Łodzi w latach 2011–2015



Wykres 2. Proporcje – ilościowe poszczególnych grup skazanych przebadanych w ośrodku diagnostycznym w Areszcie Śledczym w Łodzi w latach 2011–2015



Wykres 3. Proporcje ilościowe przebadanych w ośrodku diagnostycznym w Areszcie Śledczym w Łodzi osadzonych w rozbiu na stwierdzone zaburzenia, a w konsekwencji skierowanych do odpowiednich oddziałów terapeutycznych w latach 2011–2015

Jak widać na wykresach 1 i 2, najliczniejszą grupę skazanych poddanych badaniu w ośrodku stanowili skazani młodociani. Sytuacja taka powtarza się niezmiennie od pięciu lat. Proporcje pomiędzy dorosłymi odbywającymi karę po raz pierwszy i recydywistami penitencjarnymi praktycznie, mimo pewnych wahań, są stałe.

Z wykresu 3 wynika, że najliczniejsza grupa osadzonych przebadana w ośrodku wymagająca stosowania specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych prezentowała niepsychotyczne zaburzenia psychiczne – stanowią oni ponad połowę powyższej grupy. Drugą pod względem liczebności grupę stanowią skazani uzależnieni od alkoholu. Najmniejszy jest udział osadzonych z zaburzeniami preferencji seksualnej.

5. Podsumowanie

Badania psychologiczne, szczególnie diagnoza psychologiczna, bezspornie mają znaczący udział w indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności. W tym krótkim opracowaniu starałam się zwrócić uwagę na najbardziej istotne kwestie z punktu widzenia stawianej w ośrodkach diagnostycznych diagnozy psychologicznej skazanych i podejmowanych na jej podstawie oddziaływań. Zasygnalizowałam zmiany dokonujące się w polskim systemie penitencjarnym, jakim podlegała kwestia traktowania więźniów oraz określenie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Opracowanie jest efektem zarówno analizy literatury dotyczącej problemu, jak i własnych doświadczeń zawodowych powstałych w drodze wieloletniej pracy psychologicznej w jednostce penitencjarnej. Śledząc na przestrzeni historii polskiej penitencjarystyki zagadnienia związane z pracą psychologów i koncepcji wykonywania kary pozbawienia wolności, zauważa się, że ulegały one znaczącym przemianom. Początkowo traktowano wszystkich skazanych jednakowo, z czasem dopiero zaczęto zwracać uwagę na potrzebę wyodrębniania określonych grup osadzonych. Dostrzegano potrzebę odrębnego traktowania osób chorych psychicznie, wykazujących różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Kolejno uwagę zaczęto poświęcać skazanym uzależnionym, wreszcie skazanym za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. W każdym z tych przypadków prowadzone oddziaływania zmierzające do korekcji postaw, zachowań, przeciwdziałania powrotowi do przestępstwa muszą opierać się na trafnie dokonanej ocenie problemów, z jakimi boryka się dana osoba, a tym samym sformułowaniu diagnozy psychologicznej. W praktyce penitencjarnej oznacza to, iż aby móc dokonać korekcji zaburzeń zachowania, trzeba wiedzieć najpierw, gdzie tkwi problem, z powodu którego skazany popełnił przestępstwo bądź dlaczego dokonuje czynu zabronionego po raz kolejny. Niezwykle istotne jest określenie, jaka jest w tym rola czynników środowiskowych, zewnętrznych, a jaka podmiotowych

(osobowość, deficyty poznawcze, niepełnosprawność psychiczna, inne), z jakiego powodu wynikają problemy w adaptacji do wymogów społecznych, jakie są motywy zachowań danej osoby. W uzyskaniu odpowiedzi na te pytania znaczącą rolę pełnią właśnie ośrodki diagnostyczne.

Bibliografia

- Braun P., *Osoba niepełnosprawna w izolacji penitencjarnej*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II (7).
- Dąbkiewicz K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015.
- Dworski M., *Koncepcja Zakładu Specjalnego w Oleśnicy*, „Przegląd Penitencjarny” 1967, Nr 3.
- Ficowa Z., *O współpracy lekarzy z oddziałami obserwacyjno-rozdzielczymi*, „Przegląd Więziennictwa” 1960, Nr 1.
- Janiszewska-Talago E., *Wskazania oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych i ich realizacja*, „Przegląd Penitencjarny” 1965, Nr 4.
- Kalamán T., Kalamán M., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec osób niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie w polskim więziennictwie w przeszłości i obecnie*, Prace naukowe WWSZiP, „Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne” 2012, Nr 18 (2).
- Kosterkiewicz W., Kościelski K., *Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych w stosunku do więźniów młodocianych (na przykładzie jednostek penitencjarnych okręgu poznańskiego)*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu” 2006, Nr 2.
- Nawój-Śleszyński A., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, Nr 64–65.
- Szeller W., *Kilka uwag o realizacji wskazań oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych na przykładzie CW w Sztumie*, „Przegląd Więziennictwa” 1961, Nr 1.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zmianami).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557 z późn. zmianami).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych (Dz.U. z 2000 r., Nr 29, poz. 369).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. z 2003 r., Nr 151, poz. 1469).