

Małgorzata Pietrucha-Hassan

Indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

1. Wstęp

Dla wykonywania kary pozbawienia wolności wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności szczególne znaczenie ma art. 96 § 1 k.k.w., który stwierdza, że:

„W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 k.k., 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”¹.

W przepisie § 15 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych² czytamy w ustępie 1:

„skazanego zakwalifikowanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym, skierowanego do oddziału terapeutycznego, umieszcza się w oddziale terapeutycznym dla skazanych:

- 1) z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo;
- 2) uzależnionych od alkoholu;
- 3) uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych;
- 4) niepełnosprawnych fizycznie”.

1 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1997 r., Nr 190, poz. 557 z późn. zm.).

2 Dz.U. z 2003 r., Nr 151, poz. 1469 z późn. zm.

Ustęp 2 § 15 wymienionego Rozporządzenia reguluje dalej „Skazanych za przestępstwo określone w art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, zakwalifikowanych do odbywania kary w systemie terapeutycznym, umieszcza się w wyznaczonych oddziałach, o których mowa w ust. 1 pkt. 1”. W związku z powyższym skazani za przestępstwa popełnione w wyniku zaburzeń preferencji seksualnych kierowani są do wyznaczonych oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Zgodnie z danymi podawanym przez Służbę Więzienną na dzień 20 kwietnia 2016 roku były 22 takie oddziały³. Pismem z dnia 29 grudnia 2005 roku Dyrektor Generalny Służby Więziennej⁴ wskazał 7 oddziałów do realizowania programu oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, który stanowi główną oś oddziaływań psychokorekcyjnych i edukacyjnych prowadzonych w warunkach izolacji penitencjarnej wobec interesującej nas grupy sprawców populacji osób pozbawionych wolności. Zgodnie ze wspomnianym powyżej pismem Dyrektora Generalnego oddziały terapeutyczne realizujące oddziaływania wobec skazanych za przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych znajdują się w Zakładzie Karnym w Goleniowie, Zakładzie Karnym w Sztumie, Zakładzie Karnym w Rawiczu, Zakładzie Karnym w Oleśnicy, Zakładzie Karnym w Rzeszowie, Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi oraz Areszcie Śledczym w Starogardzie Gdańskim. Oddziały te różnią się między sobą głównie przeznaczeniem, tzn. dla odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy, młodocianych lub recydywistów penitencjarnych.

Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych opiszę na przykładzie oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi. Oddział przeznaczony jest dla mężczyzn, skazanych odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy oraz młodocianych. Liczy 44 miejsc, a skazani za przestępstwa na tle seksualnym stanowią 55%⁵. Pozostałe 45% stanowią skazani za inne przestępstwa, u których zdiagnozowano rozmaite zaburzenia zdrowia psychicznego.

Opisując wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, należy zwrócić uwagę na fakt, że nie każde przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełniane jest w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Pewien odsetek sprawców nie ma takiej diagnozy, ponieważ np. ofiara zgwałcenia była pełnoletnia, a do przestępstwa doszło w efekcie rozhamowującego wpływu alkoholu na mechanizmy kontroli zachowania się sprawcy.

3 www.sw.gov.pl/statystyka (dostęp: 20.04.2016).

4 Pismo niepublikowane.

5 Badania własne.

2. Zaburzenia preferencji seksualnych

W odniesieniu do seksualnego życia człowieka nie ma stałych norm, które raz na zawsze określiłyby, co jest prawidłowością, a co patologią. Normy są bowiem odmienne nie tylko w różnych społecznościach, ale i w różnych warstwach, a nawet grupach społecznych, mogą także ulegać przemianom na przestrzeni jednego pokolenia, bywają też inne w zależności od płci. Ponadto to, co jest prawidłowością w jednej fazie rozwoju człowieka, może nią już nie być w następnej. Tak więc normy związane z życiem seksualnym należy ujmować dynamicznie jako proces będący wytworem określonych społecznych uwarunkowań, zmieniających się wraz z tymi pierwszymi⁶. W rozważaniach nad granicą normy i patologii seksualnej można wychodzić z założeń zorientowanych na sens i cel funkcji seksualnych w jak najszerszym ich znaczeniu. W tym ujęciu do normy seksualnej zaliczać się będzie potencjalną zdolność do spełnienia wszystkich trzech jej funkcji:

- 1) biologicznej (prokreacji);
- 2) psychologicznej (rozkoszy, satysfakcji);
- 3) społecznej (realizacji potrzeby więzi międzyludzkich).

Rodzaj i nasilenie uchybień w możliwości spełnienia którejkolwiek z tych funkcji przez indywidualnego człowieka określa stopień odchylenia od normy w kierunku patologii seksualnej⁷. Prawidłowe zachowanie seksualne (interpersonalne) powinno więc zawierać potencjalną możliwość spełnienia trzech podstawowych funkcji, tj. biologicznej, psychologicznej i społecznej. Zachowania nieprawidłowe z punktu widzenia normy zachowań seksualnych to takie, które pozostają sprzeczne lub nie realizują tych funkcji lub realizują je w sposób niepełny⁸.

Kazimierz Imieliński podaje, że wszystkie odchylenia od normy w zachowaniu seksualnym, niezależnie od objawów oraz rodzaju, natężenia i czynników przyczynowych, przy czym termin obejmuje zarówno odchylenia seksualne w sensie odchylenia od norm społecznych, jak i odchylenia patologiczne w sensie odchylenia od normy medycznej, oznaczają dewiacje seksualne⁹. W seksuologii przyjmuje się różne zasady podziału odchylenia seksualnych. Kierując się kryterium społecznego dobra, słuszne wydaje się przyjęcie podziału na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza grupa obejmowałaby zachowania seksualne społecznie nieszkodliwe, będące niewielkimi odchyleniami mającymi raczej charakter odmian indywidualnych czy pewnych osobliwości („dziwactw”). Przyjęto nazywać je dewiacjami zachowań seksualnych. Mogą one dotyczyć sposobów zaspokajania

6 I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa 2002, s. 116.

7 K. Imieliński, *Zarys seksuologii i seksiatрії*, Warszawa 1986, s. 140.

8 Za: W. Czernikiewicz, *Niepublikowane materiały dla słuchaczy Studium Pomocy Psychologicznej w Dziedzinie Seksuologii*, Poznań 2006, s. 6.

9 K. Imieliński, *Zarys seksuologii...*, s. 201.

popędu oraz jego kierunku. Drugim rodzajem odchyłeń seksualnych są zachowania nazywane perwersjami (bądź zboczeniami). Ich realizację uważa się za społecznie szkodliwą i jest ona zwalczana. Szkodliwość ta może być bezpośrednia, np. gdy zagraża życiu ludzkiemu (zgwałcenie) lub pośrednia, gdy powodując konflikt ze społecznymi normami, prowadzi do głębokiej rozterki moralnej i w konsekwencji do nerwicy. Nerwicę traktujemy bowiem zawsze jako stratę zarówno osobistą, jak i społeczną. Tylko ten rodzaj nieprawidłowego zachowania seksualnego zaliczymy do patologii. Perwersje seksualne mogą także dotyczyć sposobów zaspokajania popędu seksualnego oraz odchyłeń w zakresie jego kierunku. Szkodliwość poszczególnych perwersji może być różna i niekiedy nie można, uwzględniając kryterium społeczne, przeprowadzić ścisłej granicy między wyróżnionymi dwoma grupami nieprawidłowych zachowań seksualnych, gdyż na przykład czym innym jest zachowanie typu homoseksualnego chłopców masturbujących się, czym innym homoseksualizm realizowany między ludźmi dorosłymi, czym innym jeszcze kontakt homoseksualny dorosłego mężczyzny z nieletnim chłopcem. Dlatego też ten sam rodzaj odmiennego zachowania seksualnego może być raz uważany za dewiację (lub nawet prawidłowość w danej fazie rozwoju), innym razem za perwersję. Wynika z tego, że odchyłeń w zachowaniu seksualnym nie można ujmować wyłącznie behawioralnie, na podstawie realizowanych czynności, ale konieczna jest każdorazowa znajomość sytuacji oraz motywacji danej osoby. Podział zachowań seksualnych na dewiacje i perwersje jest też z innego punktu widzenia utrudniony: cechuje go dynamiczność. Dewiacja może przekształcić się w perwersję i odwrotnie perwersja pod wpływem na przykład terapii może przyjąć postać nieszkodliwej dewiacji. Dlatego stosuje się często jeszcze inne kryterium podziału, według którego oddziela się dewiację od perwersji. Istotną cechą dewiacji stanowiłby jej preferencyjny charakter, czyli dewiacja byłaby pewnym wyborem zachowania, tym, co się woli, bardziej lubi, a więc nie miałaby ona przymusowego, wyłącznego charakteru. W chwili, gdy taki przymus wystąpi, to znaczy gdy człowiek nie może zaspokoić popędu seksualnego w inny, tylko w taki właśnie, odmienny od powszechnie przyjętego sposób, dewiacja staje się perwersją, której istotną cechą jest kompulsywność, czyli wewnętrzny przymus takiego i tylko takiego realizowania popędu¹⁰. Powstają zaburzenia preferencji seksualnych, czyli parafilie. Według W. Czernikiewicza zaburzenia preferencji seksualnych to pojęcie dookreślające te odchylenia seksualne, u podłoża których leży „zaburzony sposób wybierania obiektu seksualnego”. Jednostka preferuje zaspokajanie swojego popędu seksualnego w relacji z anormalnym obiektem seksualnym¹¹.

10 I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój...*, s. 120.

11 Za: W. Czernikiewicz, *Niepublikowane materiały...*, Poznań 2006, s. 8.

3. Epidemiologia zaburzeń preferencji seksualnych

Nikt nie potrafi określić, jaki jest rzeczywisty społeczny zakres zjawiska zaburzeń preferencji seksualnych. Krajowy Konsultant ds. Seksuologii prof. Zbigniew Lew-Starowicz zwraca uwagę na kilka kontrowersji związanych z diagnozowaniem zaburzeń preferencji seksualnych w ramach obowiązujących systemów klasyfikacyjnych ICD – 10 i DSM-IV-TR. W jego ocenie badania uzyskane z ujawnionej populacji nie oddają w pełni skali zjawiska. Wskazuje on na trudności definicyjne wynikające z ciągłości między dewiacyjnością a tak zwanymi normalnymi zachowaniami seksualnymi. Podkreśla determinujący wpływ epidemiologii dewiacji seksualnych na poglądy na temat danej parafilii. Osoby przejawiające dewiacyjne zachowania seksualne często ukrywają swe specyficzne skłonności, co powoduje, że obraz parafilii (i tym samym kryteria diagnostyczne) tworzy się przede wszystkim na podstawie informacji pochodzących od osób, które zgłaszają się po pomoc do profesjonalisty lub wejdą w konflikt z prawem. Nic nie wiemy na temat osób z cechami parafilii, które z różnych powodów nigdzie nie szukają pomocy i nie popadły w konflikt z prawem lub tego konfliktu jeszcze nie ujawniono. Kolejny problem stanowi złożoność obrazu dewiacji – u wielu osób współistnieją różne postacie dewiacji (wielodewiacyjność). Niezwykle istotne znaczenie ma również natężenie potrzeb i zachowań dewiacyjnych. Zachowanie dewiacyjne może stanowić wyłączną formę realizacji potrzeb seksualnych, współistnieć z tak zwanym normalnym życiem seksualnym lub być epizodycznym doświadczeniem seksualnym¹². Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, że jak pokazuje ponad dziesięcioletnie doświadczenie autorki niniejszego artykułu w pracy z populacją skazanych odbywających karę pozbawienia wolności za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności, stanowią oni populację szczególną, ponieważ często parafilie współwystępują w niej z różnymi zaburzeniami stanu zdrowia psychicznego. Są to najczęściej zaburzenia osobowości, organiczne uszkodzenia OUN (organiczne uszkodzenia mózgu), różnego rodzaju i stopnia zaburzenia funkcji intelektualnych oraz uzależnienia. Wszystkie te czynniki utrudniają rzetelne i realne oszacowanie skali występowania zaburzeń preferencji seksualnych.

4. Przestępstwa na tle seksualnym

Od 1 stycznia 2006 roku do 20 kwietnia 2016 roku w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi przebywało 140 skazanych za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. W przypadku

¹² Za: Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000, s. 108.

107 skazanych z tej grupy biegli sądowi z dziedziny seksuologii powołani na etapie postępowania sądowego zdiagnozowali występowanie zaburzeń preferencji seksualnych w różnej postaci. Wobec 33 skazanych, pomimo stwierdzenia popełnienia przez nich przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, biegli orzekli, że przestępstwo nie miało związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. W efekcie badań psychiatrycznych i psychologicznych zdiagnozowano natomiast w tej grupie różnorodne zaburzenia zdrowia psychicznego, najczęściej upośledzenie umysłowe różnego stopnia. Na dzień 20 kwietnia 2016 roku w oddziale przebywało 21 skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych i 2 skazanych bez takiej diagnozy odbywających karę pozbawienia wolności za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności.

W tym samym okresie z interesującej nas grupy skazanych 117 zostało zwolnionych z zakładu karnego po zakończeniu odbywania kary. Jak wynika z poczynionych na podstawie systemu Centralna Baza Danych Osób Pozbawionych Wolności Noe. NET ustaleń, do dnia 20 kwietnia 2016 roku 7 byłych podopiecznych oddziału zostało ponownie skazanych na karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w warunkach recydywy penitencjarnej i 2 pozostaje tymczasowo aresztowanych do kolejnej sprawy. W żadnych z tych 9 przypadków nie znamy niestety charakteru przestępstwa. 6 podopiecznych oddziału po raz kolejny odbywało karę pozbawienia wolności, jednakże ich pobyty w zakładzie karnym były na tyle krótkie, że nie mogły dotyczyć kolejnych przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości.

Zważywszy na charakter zdiagnozowanych u zwalnianych na wolność skazanych zaburzeń oraz poczynione przez nich mierne postępy w procesie resocjalizacji i oddziaływaniach terapeutycznych, Dyrektor Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi na wniosek zespołu terapeutycznego podjął decyzje, które skutkowały tym, iż:

- 1 skazany w czerwcu 2014 roku został skierowany do Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie i nadal w nim przebywa;
- 1 skazany w czerwcu 2015 roku został objęty nadzorem prewencyjnym;
- wobec 2 skazanych sądy skazujące zastosowały środki zabezpieczające w postaci terapii oraz mobilnego dozoru elektronicznego.

5. Algorytm postępowania ze sprawcą przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

Zgodnie z literą prawa, aby móc wykonywać karę pozbawienia wolności, musi zapaść chociażby nieprawomocny wyrok skazujący na taką karę. Przepisy art. 62 Kodeksu karnego przewidują, że sąd skazujący może skierować skazanego do odbywania kary w terapeutycznym systemie jej wykonywania. Po zapadnięciu wyroku

skazującego skazany ma możliwość zdecydowania, czy chce zacząć odbywanie kary pozbawienia wolności, czy też woli pozostać na prawach tymczasowo aresztowanego. Po rozpoczęciu wykonania kary pozbawienia wolności skazany poddawany jest wstępnej klasyfikacji, o ile nie zdecydował o tym sąd na podstawie art. 62 k.k. Wstępna klasyfikacja ma na celu ustalenie przede wszystkim grupy klasyfikacyjnej (młodociany, pierwszy raz odbywający karę pozbawienia wolności, recydywista penitencjarny) oraz typu zakładu karnego (zamknięty, półotwarty lub otwarty). O systemie wykonywania kary zadecydują wyniki przeprowadzonych badań osobopoznawczych, które prowadzone są w specjalnie do tego celu powołanych strukturach organizacyjnych Służby Więziennej zwanych ośrodkami diagnostycznymi. W strukturach polskiej Służby Więziennej funkcjonuje ich 15. Czas pobytu skazanego w ośrodku diagnostycznym jest uzależniony od wielu czynników, ale poświęcony jest przede wszystkim na przeprowadzenie dogłębnego i szczegółowego procesu diagnostycznego, w efekcie którego powstaje orzeczenie psychologiczno-penitencjarne. Każdy skazany kierowany do systemu terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo musi mieć sporządzone orzeczenie psychologiczno-penitencjarne¹³, ponieważ stanowi ono podstawowe źródło informacji na temat skazanego niezbędne do opracowania dla niego indywidualnego programu terapeutycznego. Zgodnie z § 4 ust. 1. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 roku w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych¹⁴ orzeczenie zawiera:

- 1) dane osobowe skazanego;
- 2) wyjaśnienie procesu wykołejenia społecznego skazanego oraz stopnia jego demoralizacji i podatności na oddziaływanie;
- 3) psychologiczną charakterystykę aktualnego stanu psychicznego skazanego oraz jego stosunku do popełnionego przestępstwa, a także do zadań i obowiązków wiążących się z wykonywaniem kary;
- 4) ustalenie ewentualnej potrzeby oddziaływania specjalistycznego i skierowania skazanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym;
- 5) wskazania w zakresie klasyfikacji, nauczania, zatrudnienia oraz zalecenia dotyczące potrzeby uwzględnienia psychologicznych i socjologicznych mechanizmów zachowania się skazanego przy stosowaniu indywidualnych oddziaływań;
- 6) imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy i stanowisko służbowe psychologa przeprowadzającego badanie.

13 Przypadki, w których sporządza się orzeczenie psychologiczno-penitencjarne reguluje szczegółowo § 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 z późn. zm.).

14 Dz.U. z 2000 r., Nr 29, poz. 369.

Dla indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności orzeczenie psychologiczno-penitencjarne ma istotne znaczenie: pozwala poznać dotychczasową charakterystyczną dla danego skazanego linię życia, jego doświadczenia życiowe oraz opis zdiagnozowanych deficytów i zaburzeń, które złożyły się na jego wykołajenie społeczne. Ma to kluczowe znaczenie na dalszym etapie wykonywania kary. Natomiast wnioski zawarte w orzeczeniu stanowią podstawę podejmowanych przez komisję penitencjarną decyzji klasyfikacyjnych i określenia warunków indywidualnego oddziaływania na skazanego. Znaczna większość, bo około 90% badanych odbywających karę pozbawienia wolności za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, kierowana jest przez komisje penitencjarne do systemu terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, w którym są realizowane specjalistyczne programy właściwe dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności¹⁵.

6. System terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, w tym sprawcy przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

Skierowanie skazanego do oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w celu wykonywania kary w systemie terapeutycznym o tej samej nazwie nie wymaga wcześniejszego ustalania terminu przyjęcia. Po przyjęciu skazanego do oddziału terapeutycznego zespół terapeutyczny przeprowadza z nim rozmowę, która odbywa się w miarę możliwości w obecności wszystkich członków zespołu terapeutycznego w celu wzajemnego zapoznania się ze skazanym i przedstawienia mu (poza informacjami wynikającymi z uregulowań prawnych dotyczących wykonywania kary pozbawienia wolności) specyfiki odbywania kary w oddziale terapeutycznym, zapoznania z zespołem terapeutycznym, programem oddziału i tygodniowym rozkładem zajęć oraz kalendarium wykonywania kary. Zgodnie z art. 97 § 1 k.k.w.

15 Chodzi o to, aby skazany został skierowany do oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo realizującego program oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności.

„Wykonując karę w systemie terapeutycznym, uwzględnia się w postępowaniu ze skazanym w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności do współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia”. Z kolei § 20 ust. 1. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹⁶ stanowi, że: „Skazany zakwalifikowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym jest poddawany zindywidualizowanym oddziaływaniom według opracowanego indywidualnego programu terapeutycznego”.

7. Indywidualny Program Terapeutyczny

Przepis § 82 ust. 1 pkt. 2 Zarządzenia Nr 19/2016 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 roku w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych stanowi, że „indywidualny program terapeutyczny sporządza się [...] nie później niż 30 dni od przyjęcia skazanego do oddziału terapeutycznego”. Indywidualny program terapeutyczny to dokument opracowywany przez zespół terapeutyczny, a więc psychologów, pedagogów i terapeutów, na podstawie danych i opisów zawartych w orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym oraz ustaleń poczynionych podczas bezpośrednich rozmów ze skazanym. Opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego następuje w miarę możliwości przy udziale skazanego¹⁷ i stanowi swoisty plan pobytu skazanego w oddziale terapeutycznym określający możliwe do realizacji, w warunkach pozbawienia wolności, cele terapeutyczne i wychowawcze. Ważne jest to, aby opracowując indywidualny program terapeutyczny, zespół:

- 1) przyjął cele terapeutyczne możliwe do osiągnięcia przez konkretnego skazanego przy zdiagnozowanych u niego deficytach np. intelektualnych, aby cele nie były nadmiarowe i utopijne, gdyż wtedy będą zniechęcać skazanego do wysiłku edukacyjnego i terapeutycznego, co przyniesie odwrotny do požądanego skutek;
- 2) pamiętał, że cel terapeutyczny musi dotyczyć skazanego, a nie jego wolnościowego otoczenia społecznego np. rodziny, które to otoczenie pozostaje

¹⁶ Dz.U. z 2003 r., Nr 151, poz. 1469 z późn. zm.

¹⁷ § 21 ust. 7. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych.

poza zasięgiem oddziaływań psychokorekcyjnych. Podmiotem oddziaływań jest skazany i nie można, jako celu terapeutycznego przyjąć np. systemowej terapii rodzin lub motywować osoby pokrzywdzonej przestępstwem do podjęcia dialogu ze skazanym;

- 3) uwzględnił indywidualny dobór metod i technik oddziaływań adekwatny do indywidualnego przypadku skazanego.

Indywidualny program terapeutyczny składa się z dwóch części: diagnozy i właściwego indywidualnego programu terapeutycznego. Diagnoza, o której mowa w § 21 ust. 4 cytowanego wcześniej Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości¹⁸, zawiera:

- 1) opis przyczyn zaburzeń skazanego;
- 2) opis zaburzeń w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i w zachowaniu skazanego;
- 3) charakterystykę aktualnego stanu psychofizycznego skazanego;
- 4) opis problemu stanowiącego podstawę do skierowania skazanego do systemu terapeutycznego;
- 5) opis indywidualnych problemów skazanego;
- 6) ocenę motywacji skazanego do uczestnictwa w realizacji indywidualnego programu terapeutycznego;
- 7) wskazanie pozytywnych cech osobowości i zachowania skazanego.

We właściwym indywidualnym programie terapeutycznym zespół terapeutyczny określa:

- 1) zakres prowadzonych oddziaływań;
- 2) cele oddziaływań możliwe do realizacji w warunkach oddziaływań terapeutycznych lub poza tym oddziaływań, uwzględniające właściwości skazanego;
- 3) metody oddziaływań specjalistycznych;
- 4) kryteria realizacji przyjętych celów oddziaływania.

Nie sposób w tym miejscu przytoczyć wszystkich regulacji prawnych dotyczących organizowania i prowadzenia oddziaływań terapeutycznych, ale warto zaznaczyć, że system terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo jest systemem, w którym oddziaływania wychowawcze, edukacyjne, terapeutyczne i lecznicze są najbardziej zindywidualizowane. Już sama konstrukcja indywidualnego programu terapeutycznego zakłada jego dostosowanie do konkretnego, niepowtarzalnego przypadku osoby o określonych pozytywnych i negatywnych zasobach osobowościowych oraz behawioralnych. Zespół terapeutyczny decyduje o tym, na jakie sfery psychologiczne skazanego i jakimi metodami zamierza oddziaływać, aby przygotować go do samodzielnego i odpowiedzialnego życia po opuszczeniu zakładu karnego. Czas przewidziany na realizację indywidualnego programu terapeutycznego również jest zindywidualizowany i uzależniony od postępów skazanego w procesie resocjalizacji i terapii. Podopieczni oddziaływań terapeutycznych różnią się między sobą motywacją

¹⁸ *Ibidem*.

do pracy psychokorekcyjnej, gotowością do zmiany, zasobami, które będą proces zmiany wspierać lub spowalniać, stopniem utrwalenia niepożądanych zachowań i wieloma innymi właściwościami mającymi wpływ na powodzenie procesu terapeutycznego. W praktyce oznacza to, że część skazanych z diagnozą zaburzeń preferencji seksualnych karę pozbawienia wolności w całości odbywa w systemie terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi [...]. Jednakże w przypadku, gdy zespół terapeutyczny uzna, iż oddziaływania psychokorekcyjne wobec skazanego zostały zakończone na podstawie art. 97 § 3 k.k. wykonawczego skazanego „[...] przenosi się do odpowiedniego systemu wykonywania kary”, czyli dokonuje weryfikacji systemu odbywania kary i zgodnie z § 83 Zarządzenia Nr 19/2016 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej „dla skazanego, który odbył część kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym, wobec którego zespół terapeutyczny zakończył oddziaływania, opracowuje się zalecenia do realizacji w czasie wykonywania pozostałej części kary”. Zalecenia te powinny być opracowane indywidualnie do przypadku skazanego i stanowić zadania możliwe do realizacji w warunkach zwykłego oddziału zakładu karnego.

8. Oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

Oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności są realizowane głównie w ramach programu oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Realizacja programu w oddziale terapeutycznym Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi trwa średnio 12 miesięcy i jest podzielona na etapy ułożone wzrastająco w zakresie stopnia zaawansowania zajęć. Ukończenie programu wymaga od uczestnika funkcjonowania intelektualnego co najmniej na poziomie normy. Doświadczenie pokazuje, że w przypadku sprawców przestępstw na tle seksualnym diagnozie zaburzeń preferencji seksualnych często towarzyszą inne zaburzenia, takie jak: zaburzenia osobowości, organiczne uszkodzenia OUN (organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego), upośledzenie umysłowe, uzależnienia. Zdarzają się także diagnozy polidewiacyjności, czyli współwystępowania więcej niż jednej parafilii. Powoduje to, że nie wszyscy sprawcy przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności są w stanie podolać wymaganiom programu i go ukończyć. Często bowiem zdiagnozowane u nich zaburzenia oraz deficyty powodują poważne zakłócenia procesu terapeutycznego lub wręcz dyskwalifikują skazanego z udziału w kolejnych etapach programu.

Etapy programu przedstawiają się następująco:

- 1) edukacja psychoseksualna – zajęcia mające na celu zmianę fałszywych przekonań i schematów poznawczych dotyczących rozwoju psychoseksualnego oraz seksualności człowieka;
- 2) trening umiejętności społecznych – zajęcia poświęcone autodiagnozie oraz podnoszeniu kompetencji społecznych i osobistych w sferze emocjonalnej, poznawczej i społecznej;
- 3) trening empatii – zajęcia mające na celu uświadomienia krzywdy i jej charakteru, wyrządzanej ofiarom przestępstw na tle seksualnym. Trening ujawnia sposób postrzegania przez skazanych faktu dokonania przestępstwa, ma na celu identyfikację siebie w roli zadającego cierpienie;
- 4) terapia właściwa patologicznych zachowań na tle seksualnym – zajęcia poświęcone identyfikacji własnego łańcucha zachowań przestępczych na podstawie modelu cyklu zachowań przestępczych wg Spencera. Podczas zajęć uczestnicy przygotowują i prezentują własną historię życia z elementami biografii psychoseksualnej i opisem czynu przestępczego, co następnie podlega analizie oraz interpretacji ze strony innych uczestników. Zajęcia wspierane są konsultacjami indywidualnymi;
- 5) trening zapobiegania nawrotom patologicznych zachowań na tle seksualnym – zajęcia mające na celu zapobieganie powrotności do przestępstwa poprzez rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych, zbudowanie zaplecza moralnego i pomocowego oraz sieci wsparcia po zakończeniu udziału w programie i opuszczeniu zakładu karnego.

W zależności od prezentowanych deficytów umiejętności i kompetencji, zaburzeń towarzyszących zaburzeniom preferencji seksualnych danej grupy terapeutycznej, zespół terapeutyczny przewiduje możliwość poszerzenia oddziaływań specjalistycznych prowadzonych wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności o dodatkowe zajęcia edukacyjne lub terapeutyczne np. trening radzenia sobie ze stresem, trening rozwiązywania sytuacji konfliktowych itd. bądź ich modyfikowania adekwatnie do potrzeb grupy.

Współcześnie nie znamy skutecznej metody, która byłaby w stanie „wyleczyć” zaburzenia preferencji seksualnych, nawet traktując problem interdyscyplinarnie. W warunkach pozbawienia wolności nie prowadzi się farmakoterapii, która jest bardzo kosztowna i ma tę wadę, że przenosi odpowiedzialność za patologiczne zachowania seksualne z jego sprawcy na tzw. pigułkę. Także szeroko dyskutowana kastracja chemiczna nie jest w stanie z różnych powodów rozwiązać problemu przestępstw na tle seksualnym. W związku z powyższym wszystkie oddziaływania resocjalizacyjne i terapeutyczne prowadzone przez zespół terapeutyczny skupiają się przede wszystkim na wykształceniu u skazanego efektywnego mechanizmu samokontroli i samoregulacji zachowania, szczególnie w sytuacji wzmożonego napięcia seksualnego oraz umiejętności radzenia sobie w sytuacji nawrotu czynników prowadzących do patologicznych zachowań seksualnych. Problemem może się okazać dostęp do profesjonalnej pomocy terapeutycznej i medycznej oferowanej osobom, które opuściły już zakłady karne.

9. Prewencja recydywy

Konieczność poddania się oddziaływaniom psychokorekcyjnym u sprawców przestępstw seksualnych uruchamia silne mechanizmy obronne osobowości oraz budzi duży opór terapeutyczny, co powoduje znaczne obniżenie krytycznego osądu własnego zachowania się i silną niechęć do podjęcia rzetelnej własnej pracy psychokorekcyjnej. W związku z tym, pomimo ogromnego nakładu pracy zespołu terapeutycznego, zdarzają się osoby, które nie chcą uczestniczyć w terapii lub efekty ich udziału w zajęciach pozostają mierne, a stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne oraz prezentowane podczas odbywania kary zachowanie mają taki charakter lub nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat¹⁹ lub należałoby „zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości”²⁰. Wobec takich skazanych zespół terapeutyczny:

– korzysta z uregulowań art. 117 k.k.w., zgodnie z którym skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny.

Praktyka pokazuje jednak, że jest to regulacja mało efektywna, ponieważ niezastosowanie się skazanego do postanowienia sądu o nałożeniu obowiązku poddania się terapii, nie skutkuje żadnymi konsekwencjami dla niego. Zapisy § 50 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności²¹ stwierdzają co prawda, że „O odmowie skazanego poddania się leczeniu, rehabilitacji albo badaniom psychologicznym lub psychiatrycznym powiadamia się odpowiednio sąd lub sędziego penitencjarnego” ale w żaden sposób nie zmieniają sytuacji prawnej skazanego;

19 Art. 1 pkt. 3 Ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r., poz. 24 z późn. zm.), patrz także: J. Gierowski, *Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r.*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, Nr 82, s. 15–46.

20 Art. 93b § 1 k.k. (Dz.U. z 2015 r., poz. 396).

21 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. z 2003 r., Nr 152, poz. 1493).

– wnioskuje do dyrektora zakładu karnego, aby na podstawie art. 199b § 1 k.k.w., złożył wniosek o orzeczenie środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 93a § 1 k.k. Od 1 lipca 2015 roku²² do 20 kwietnia 2016 roku złożone zostały 4 wnioski. Z czego 3 zostały już rozpoznane zgodnie z propozycją dyrektora ZK Nr 2 w Łodzi;

– stosuje uregulowania Ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób²³. Od 1 stycznia 2014 roku²⁴ Dyrektor Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi złożył do Sądu Okręgowego w Łodzi, I Wydział Cywilny, 6 wniosków o uznanie skazanego za osobę stwarzającą zagrożenie społeczne. W efekcie złożonych wniosków sąd wydał 3 postanowienia o uznaniu skazanych za osoby stwarzające zagrożenie społeczne, z czego 2 osoby zostały skierowane do Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym, a wobec 1 zastosowano nadzór prewencyjny. Dwa wnioski zostały przez sąd oddalone. 20 kwietnia 2016 roku 1 wniosek oczekiwał na rozpoznanie²⁵.

10. Podsumowanie

Podsumowując niniejsze opracowanie, należy stwierdzić, że populacja sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności nie jest grupą jednorodną, cechuje ją różnorodność i złożoność zaburzeń, które w wielu przypadkach nakładają się na siebie i dodatkowo komplikują oddziaływania psychokorekcyjne. Z doświadczenia prowadzenia pracy terapeutycznej wobec tej populacji skazanych wynika, że rzeczywistość wymaga ona zindywidualizowanego podejścia do terapii sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Obowiązujące obecnie uregulowania prawne dotyczące wykonywania kary pozbawienia wolności stwarzają taką możliwość wspierając wysiłki zespołów terapeutycznych.

22 Dzień wejścia w życie nowelizacji ustaw – Kodeks karny, Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2015 r., poz. 396).

23 Dz.U. z 2014 r., poz. 24.

24 Dzień wejścia w życie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

25 Na podstawie badań własnych.

Bibliografia

- Czernikiewicz W., *Niepublikowane materiały dla słuchaczy Studium Pomocy Psychologicznej w Dziedzinie Seksuologii*, Poznań 2006.
- Imieliński K., *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Warszawa 1986.
- Gierowski J., *Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r.*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, Nr 82, s. 15–46.
- Lew-Starowicz Z., *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000.
- Obuchowska I., Jaczewski A., *Rozwój erotyczny*, Warszawa 2002.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r., poz. 24 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 roku 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 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. z 2003 r., Nr 152, poz. 1493).
- Zarządzenie Nr 19/2016 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 roku w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych (niepublikowane).