

**Józef K. Gierowski, Janusz  
Heitzman**

---

**Rehabilitacyjno-resoejalizacyjne  
znaczenie sieci społecznej dla  
sprawców przestępstw**

---

Palestra 41/5-6(473-474), 90-100

---

1997

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

---

---

# KRYMINALISTYKA

## i dyscypliny pokrewne

*to trzeba wiedzieć*

Józef K. Gierowski  
Janusz Heitzman

### Rehabilitacyjno-resocjalizacyjne znaczenie sieci społecznej dla sprawców przestępstw

Okres głębokich przemian politycznych i społecznych, jaki nastąpił w Polsce po 1989 roku, przeobrażenia w sferze moralno-etycznej i świadomościowej, stworzyły przed środowiskiem psychiatrów i psychologów sądowych w Polsce konieczność podjęcia dyskusji nad nowymi inicjatywami kodyfikacyjnymi oraz rozwiązaniami rehabilitacyjno-terapeutycznymi wobec zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych.

W nowych warunkach społeczno-politycznych psychiatria sądowa jest szczególnie obszarem, w którym musi istnieć jasność co do aktualnego stanu prawnego i faktycznego w zakresie ochrony praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi. Wejście

w życie w styczniu 1995 roku pierwszej w Polsce „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” oraz perspektywa nowych ustawowych regulacji dotyczących zawodu lekarza oraz tych instytucji karno- i cywilnoprawnych, które ograniczają czy zabezpieczają prawa człowieka, konieczność ich zgodności z ratyfikowanymi przez nasz kraj międzynarodowymi konwencjami – wymaga oparcia się polskiej psychiatrii sądowej na współczesnych europejskich standardach.

Wychodzimy przy tym z założenia, że środowisko psychiatryczne jest zobligowane do stworzenia warunków koniecznych dla zaprezentowania tych poglądów i postulatów, które są niezbędne do kompleksowych, systemowych rozwiązań legislacyjnych. Stanęliśmy przed ko-

niecznością zastosowania w psychiatrii sądowej współczesnego dorobku psychiatrii społecznej i środowiskowej, zarówno w obszarze diagnostycznym, jak i w aspekcie szeroko rozumianych możliwości terapeutycznych.

Nasze coraz szersze kontakty z zachodnioeuropejską psychiatrią sądową uświadomiły nam, że polska psychiatria sądowa jest ograniczona do modelu diagnostyczno-zabezpieczającego. Nie sposób było nie zauważyć dysonansu między postępującym rozwojem polskiej psychiatrii społecznej i psychoterapii a statycznością psychiatrii sądowej.

Uważamy, iż strategicznym celem psychiatrii sądowej jest integracja pacjentów sądowo-psychiatrycznych ze społeczeństwem, nie zaś ich izolowanie czy zabezpieczenie. Integracja ta będzie możliwa jedynie wtedy, gdy wypracujemy spójny model postępowania wobec osób zaburzonych psychicznie naruszających prawo, w którego realizacji uczestniczyć będą nie tylko specjaliści różnych służb i zawodów, ale przede wszystkim całe społeczeństwo. Mamy poczucie, iż przy dzisiejszym poziomie jego świadomości jest to zadanie bardzo trudne i skomplikowane.

Z badań wykonywanych w Europie Zachodniej wynika, że blisko połowa sprawców zaburzonych psychicznie ponownie popełnia przestępstwa, stwarza zagrożenie. Czy nie warto więc dać wymiarowi sprawiedliwości alternatywy innej niż pozbawienie wolności? Może trzeba rozważyć takie formy leczenia i zabezpieczenia, by system prawny, mając niemal pewność co do naszej diagnozy, mógł racjonalniej i ekonomiczniej kształtować swoją praktykę – szczególnie penitencjarną – stojącą obecnie wo-

bec problemu całkowitej niewydolności tego systemu.

By poszerzać możliwości diagnostyczne wyjaśniania przypadków sądowych, utwierdzić się w trafności, rzetelności i prawidłowości wnioskowania, możemy oprzeć się na orientacji psychodynamicznej, z sięganiem do niej w rekonstrukcji przebiegu zdarzeń, poszukiwaniem takich warunków czy wydarzeń w przeszłości badanego, które sprzyjać mogą, uprawdopodobniać, a nawet w skrajnych przypadkach determinować zachowanie przestępne sprawcy. Coraz powszechniejsze staje się jednak sięganie do teorii systemowej, zwracającej uwagę na interakcje sprawcy w grupie społecznej, zwłaszcza w rodzinie. Tam, jak często się okazuje, tkwią korzenie przestępstwa [7]. Mimo, iż sprawca czynu zabronionego podlega indywidualnej jurysdykcji, nie rozwiązuje sprawy ewentualnej recydywy pozostawienie go w indywidualnej zależności penitencjarnej i sądowo-psychiatrycznej. Profilaktyka przestępstw w takim przypadku może być bardziej skuteczna, gdy w obszarze oddziaływań sądowo-psychiatrycznych znajdzie się równolegle ze sprawcą cała jego sieć społeczna – najczęściej rodzina. Nic się tu nie zmienia, gdy ewentualnością znaczenia środowiska rodzinnego i społecznego sprawcy w patogenezie przestępstwa zajmować się będzie jedynie wymiar sprawiedliwości poprzez policję czy instytucje kuratorów. Nadzór nad środowiskiem społecznym sprawcy, jego kontrola, musi być poszerzona o ujęcie systemowe, będące domeną psychiatrów, psychologów i socjologów sądowych. Tylko w ten sposób liczyć można na zmianę sieci społecznej sprawcy, tak by nie stanowiła ona w dal-

szym ciągu podłoża psycho- i socjologicznego sprzyjającego kolejnemu hipotetycznemu przestępstwu.

Światowe doświadczenia dowodzą, iż rozszerzanie penalizacji, karanie coraz dłuższym więzieniem wszystkich sprawców, wzrastająca restrykcyjność, może prowadzić jedynie do konieczności budowy nowych więzień, do ponoszenia coraz to nowych, większych kosztów. Pisze się często, że wyroki więzienia nie przynoszą w ogóle korzyści, a długie wyroki dają jej jeszcze mniej [6].

Patrząc z punktu widzenia teorii systemowej, wydaje się konieczne stworzenie płaszczyzny porozumienia pomiędzy sądownictwem a naukami o zachowaniu, behawioralnymi kierunkami psychiatrii, psychologii, socjologii czy pedagogiki. To porozumienie, a zwłaszcza jego praktyczny wymiar, może pozostawać w opozycji do ustawodawcy, który kierując się celami socjopolitycznymi i przy statycznym charakterze stanowionego prawa, chce wszystko sprowadzić do kategorii czerni i bieli. Nowym zadaniem psychiatrii sądowej – a zwłaszcza coraz bardziej ujawniającego się jej społecznego nurtu – staje się edukowanie ustawodawcy, by dostrzegał i działał dla korzyści praktycznych, opracowanych przez naukowców-specjalistów, zajmujących się zachowaniem człowieka w wymiarze psychiatryczno-psychologicznym, socjologicznym, jak i sądowo-penitencjarnym.

Aby uświadomić możliwości radzenia sobie z tymi problemami w krajach zachodnioeuropejskich, sięgnęliśmy do praktycznego wymiaru funkcjonowania strategii sieci społecznych w psychiatrii sądowej w Holandii. Tam, w Klinice dr. Henri van der Hoevena w Utrechcie,

już w 1955 roku rozpoczęto próby określenia wszystkich relacji pacjentów sądowych z otoczeniem i włączenia ich do leczenia zaburzeń psychicznych. Jako zasadę generalną przyjęto, iż zaburzenia psychiczne przestępców, a szczególnie tych stosujących przemoc, pozostają w związku z trudnościami przeżywanymi najczęściej w ich rodzinach, są skutkiem zaburzonych relacji z otoczeniem. Z tradycyjnego punktu widzenia, nieobcego i dla naszych warunków, przyjmuje się, że ludzie ci – traktowani jako pacjenci – nie potrafią adekwatnie używać dostępnych dla nich środków pomocy w ich własnym środowisku.

W tym miejscu nieodparcie nasuwa się refleksja, iż pacjent sądowo-psychiatryczny, gdy zakończy swój kontakt z psychiatrią sądową na mocy wyroku sądowego, w wymiarze praktycznym przestaje być pacjentem. Jest to z góry fałszywa przesłanka. Pozostaje on bowiem najczęściej nadal zaburzonym psychicznie człowiekiem-pacjentem, przestaje być tylko przestępcą oddanym czasowo w leczniczo-zabezpieczającą strukturę psychiatryczną. W Polsce zarówno Poradnie Zdrowia Psychicznego, jak i cała psychiatria środowiskowa, tracą z oczu takich pacjentów. Prawie nigdy nie docierają oni do instytucji otwartego leczenia psychiatrycznego, gdy zakończą odbywanie kary czy detencję. Z drugiej strony instytucje te zupełnie nie są przygotowane do dalszej pracy z tą specyficzną kategorią pacjentów.

Z perspektywy psychiatrii społecznej „bycie” takim pacjentem oznacza najczęściej, że jego środowisko społeczne ma strukturę, która prowadzi do dezintegracji, zamiast do kreowania zachowań prospołecznych, nie patogennych. W ter-

minologii sieci społecznej środowisko takie jest w zasadzie małe, znacznie izolowane, zamknięte i odporne na pozytywne oddziaływania zewnętrzne. Pacjent sądowy nie jest w stanie samodzielnie zmienić formy swojego funkcjonowania, bo nie potrafi przeorientować swojego środowiska społecznego.

W Klinice Psychiatrii Sądowej w Utrechcie przyjęto założenie, że instytucja ta ma możliwości pomocy swoim pacjentom w stworzeniu im żywej sieci społecznej, umożliwiającej zintegrowane funkcjonowanie społeczne. Pojęcie żywej sieci społecznej odnosi się do „takiej grupy ludzi, którzy wzajemnie zaspokajają swoje potrzeby społeczne” [10, 11]. Struktura takiej sieci, jak i interwencje terapeutyczne w jej obszarze, są organizowane w oparciu o początkowy punkt leczenia pacjenta sądowego, jaki stanowi Klinika [2].

Jej pracownicy wychodzą z założenia, że nie ma sensu leczenie pacjenta, otoczenie go opieką, doprowadzenie do zintegrowania struktur jego osobowości, by później odesłać go do nietolerancyjnego środowiska. Przyjęli założenie, że gdy związki pacjenta z jego środowiskiem np. rodziną, są luźne a pacjenci są gotowi do powrotu do społeczeństwa, mogą oni być umieszczeni gdziekolwiek indziej poza tym środowiskiem, z którego przyszli, a wszystko w celu dalszej rehabilitacji społecznej. W sytuacji, gdy pacjent jest na tyle silnie związany ze swoim środowiskiem, że nie można tego ignorować, cały wysiłek personelu Kliniki Psychiatrii Sądowej skierowany jest na wspólną pracę zarówno z pacjentem jak i jego siecią społeczno-rodzinną. Udzielanie w tym obszarze pomocy i wspólne pokonywanie trudności jest

niezbędne zarówno z psychiatrycznego jak i społecznego punktu widzenia. Aby osiągnąć jakiegokolwiek pozytywne rezultaty, pokonać nieufność pacjenta do instytucji, podejrzliwość osób tworzących jego sieć społeczną, praca terapeutyczna musi być precyzyjnie zorganizowana, zaprogramowana, wymaga także wiele czasu i wysiłku [9].

Studia nad poszczególnymi przypadkami pacjentów sądowych wykazują, że wielu z nich już w dzieciństwie było narażonych na znaczne urazy psychospołeczne, a relacje między nimi a siecią społeczną były z wielu powodów poważnie zaburzone [3, 12].

Praca z siecią społeczną pacjenta sądowego, najczęściej z jego rodziną, osobami bliskimi, choć spoza niej, nierzadko doprowadza do sytuacji akceptowania przez pacjenta faktu, że on i jego rodzina nigdy nie będą zdolni do wspólnego życia. Po osiągnięciu tego stanu pacjent łatwiej zrywa swój związek z dotychczasową siecią, choć tylko niekiedy jest pewny słuszności swoich zachowań [9]. Dopiero wtedy jest on zdolny do zbudowania nowej, własnej sieci społecznej. Niezbędne jest przy tym dokonanie wcześniej analizy takiej sieci [2].

W praktyce rodzina i inni znaczący dla pacjenta ludzie są odwiedzani przez pracownika socjalnego i zapraszani do odwiedzenia kliniki. Wyjaśnia się rodzinie, co klinika pragnie uzyskać leczeniem, czego terapeuci oczekują od rodziny i czego sama rodzina może oczekiwać od personelu kliniki. Zwykle rodzina na początku niewiele z tego rozumie, zwłaszcza jeśli spostrzeżga klinikę jako instytucję represyjną. W klinice tworzy się grupy dyskusyjne, składające się

z krewnych i pacjentów, realizując w ten sposób cel wytworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia. Ma to uchronić pacjenta przed utratą rzeczywistego kontaktu i budowaniem nierzeczywistych wyobrażeń o sobie i otoczeniu. Poza tą pracą z pacjentem i jego indywidualną siecią, klinika organizuje dni rodzinne, gdy zaprasza się krewnych wszystkich pacjentów zajmujących jedną salę.

Dla pacjentów takie odwiedziny są dużym wydarzeniem, dającym możliwość oderwania się od codzienności. Spotkania zaczynają się krótkim wprowadzeniem przez członka personelu lub pacjenta, po którym goście mogą zadawać dowolne pytania. Efektem dni rodzinnych jest niekiedy poznanie krewnych nie uwzględnionych w opisie sytuacji pacjenta, a chętnych do współpracy, jak też i ujawnienie relacji dla pacjenta wcześniej nie znanych. Poznanie środowiska, w którym żyją pacjenci, pozwala obserwować jak zmieniają się ich wartości, gdy żyją wśród innych ludzi. To stwierdzenie odnosi się nie tylko do najbliższej rodziny, ale i do innych krewnych, którzy wywierają znaczny wpływ, lub wobec których żywi się znaczne oczekiwania. Wszyscy oni są elementami sieci pacjenta [8]. Niektórzy [11] poszli dalej, włączając do rozbudowanych grup rodzinnych przyjaciół, sąsiadów i każdego, kto był ważny dla rodziny.

Dla nas może początkowo wydać się szokujące, że w klinice w Utrechcie personel nie zapomina o spotkaniach z ofiarami przestępstw popełnianych przez pacjentów Kliniki; są oni włączani do sieci pacjentów. Uważa się, że spotkania przestępców i ich ofiar mogą im przynieść korzyść wzajemną. Personel Kliniki za-

strzega, że oczekiwania od takich spotkań nie mogą być formułowane jako zbyt łatwe do osiągnięcia, ale i zbyt niebezpieczne, ryzykowne czy bolesne. Jest to bardzo istotne, gdy czyni pacjenta, nad którymi się pracuje stawiając prognozę, mają szczególne znaczenie jako proces w kontekście rodzinnym, zwłaszcza gdy ofiara jest członkiem rodziny.

Z dotychczasowych rozważań już możemy wysnuć wnioski, że diagnoza sądowo-psychiatryczna dla pacjenta sądowego nie kończy się na ocenie jego poczytalności. Jest to dopiero początek długiego wielopłaszczyznowego procesu diagnostycznego. Jego koniec to prognoza niebezpieczeństwa dla porządku prawnego, a ważnym czynnikiem w przewidywaniu niebezpieczeństwa jest jakość i właściwości zewnętrznej sieci społecznej pacjenta. Zadaniem terapeutów pracujących z pacjentami i ich sieciami społecznymi w Klinice dr. H. van der Hoevena jest:

1. Prawidłowe określenie zależności (konstelacji) rodzinnych i tendencji patologicznych w sieci.
2. Utrzymanie porządku i bezpieczeństwa przez obserwację gości i pacjentów podczas odwiedzin.
3. Terapeutyczne interwencje z wykorzystaniem każdej możliwości kontaktu z rodziną, której członkowie stają się źródłem lub impulsem dla zmian [5].

Klinika realizuje, gdy jest to społecznie uzasadnione, odnawianie związków pacjenta ze społeczeństwem. W miarę osiągnięcia eliminacji zaburzeń i przywrócenia równowagi emocjonalnej, stwarza się pacjentowi odpowiednie warunki do tworzenia kontaktów z innymi.

Pacjent może korzystać z małych apartamentów w sposób bardziej osobisty, może wynajmować na terenie Kliniki

pokoje gościnne, zamieszkiwać w nich z partnerką, z dziećmi i innymi członkami rodziny, przyjmować gości. Czasowe korzystanie z formy jakby „pół domu” może być wstępem do łatwiejszego funkcjonowania społecznego w przyszłości. Oczywiście, gdy jest to uzasadnione, we wszystkich miejscach Kliniki odbywa się selektywna superwizja.

System strategii sieci społecznej dotyczy też tych pacjentów, którzy nigdy nie zaznali normalnego życia rodzinnego. Pomocne jest dla nich znalezienie przez personel rodzin zamieszkujących w otoczeniu Kliniki, do których pacjenci mogliby być zapraszani na popołudnie raz na 1 lub 2 tygodnie. Wybór takich rodzin jest trudny. Motywacja do pomocy z ich strony powinna wyływać nie z litości, lecz z poczucia odpowiedzialności społecznej. Interakcje jakie zachodzą między pacjentem a taką rodziną są objęte superwizją, a pracownicy Kliniki na bieżąco obserwują przebieg tych kontaktów. Często dla pacjenta jest to pierwszy kontakt ze społeczeństwem, dający powód do prawdziwego w nim zaistnienia i uczestnictwa w naturalnej edukacji społecznej. Rodziny takie pomagają pacjentowi w tworzeniu własnej sieci społecznej. Powyższa strategia zakłada maksymalne skrócenie okresu leczenia klinicznego i kładzie duży nacisk na możliwość autentycznego i szybkiego włączenia się w życie społeczne.

Jeżeli nie ma możliwości bezpośredniego uczestnictwa pacjenta w w świecie pozaklinicznym – Klinika stara się świat ten wprowadzić do swojej zamkniętej przestrzeni. Pozytywną w tym rolę odgrywają superwizowani „społeczni wolontariusze”, uczestniczący indywidualnie lub grupowo w życiu Kliniki.

Jako psychiatrzy i psycholodzy sądowi obserwujemy w Polsce stały deficyt w zakresie form i możliwości postępowania z zaburzonymi psychicznie przestępcami. Dzisiaj niezwykle skromna jest nasza oferta, którą możemy zaproponować sądom czy prokuratorom. Chodzi tu przede wszystkim o strategiczny, szerokopłaszczyznowy plan kompleksowego leczenia i zabezpieczenia. Praktyka opiniowania pokazuje jak dalece jest niewydolny obecny system terapeutyczno-zabezpieczający. Brak jest na dziś systemu, który byłby zintegrowany z potrzebami społecznymi. Naszym zdaniem zachodzi pilna konieczność zdefiniowania systemu, określenia priorytetowych zadań w tym zakresie, ustalenia hierarchii celów, przypisania ich do istniejących instytucji lub tych, których powołanie jest nieodzowne. Nie może się to dziać w oderwaniu od doświadczeń społecznej psychiatrii i psychologii sądowej państw zachodnioeuropejskich, od analizy osiągnięć i doznanych porażek. Naukowe, interdyscyplinarne podejście może być pozytywnie zweryfikowane w sposób zgodny nie tylko z potrzebami psychiatrii, ale wszystkich instytucji wymiaru sprawiedliwości.

Patrząc na aktualną politykę choćby służb penitencjarnych, mimo wysiłków podejmowanych w zakresie resocjalizacji, w stosunku do zaburzonych psychicznie sprawców widzi się jej bezradność i wręcz prymitywizm oraz brak otwarcia na nowe kierunki.

Sztuką nowoczesnej psychiatrii sądowej winno być integrowanie przymusu leczenia zamkniętego i otwartej opieki rozumianej jako system społecznych oddziaływań. Dziś obszar ten jest niemal nietknięty. Kolejne zadanie to stworze-

nie takich mechanizmów, by w restrykcyjnej formie leczenia przymusowego zaburzonych psychicznie sprawców odnaleziony został klimat terapeutyczny.

Warto przez chwilę skoncentrować się na postępowaniu wobec przestępców seksualnych. Jak wiadomo, corocznie z setek przestępstw natury seksualnej część sprawców, po przejściu przez sito selekcyjne sądu, trafia na tzw. detencję. Pewną grupę wśród nich stanowią gwałciciele. Opinii publicznej trudno jest czasami zrozumieć, dlaczego sąd „przypisuje” im „niepoczytalność” czy „poczytalność znacznie ograniczoną” i kieruje na przymusowy pobyt – leczenie w szpitalu, zamiast uznać winnym i skazać na karę więzienia. Te dylematy na pewno w jakiś sposób przenoszą się na osoby zatrudnione w oddziałach detencyjnych, głównie pielęgniarzy, ale i terapeutów. Z jednej strony muszą oni jako zawodowcy traktować sprawców jako osoby chore i zaburzone, z drugiej – nie są wolni od pozaoddziałowego, nieprofesjonalnego poczucia sprawiedliwości. Sądy bardzo chętnie oczekują od szpitali realizujących detencję, wniosków o tzw. stwierdzeniu poprawy. To uruchamia całą procedurę zwolnienia z detencji, odpowiada na oczekiwania skazanych, ich rodzin, obrońców itp.

Czy jednak można powiedzieć, że stosowana w Polsce detencja realizuje zadanie przywrócenia w przyszłości przestępców seksualnych do życia na wolności? Na to pytanie można by odpowiedzieć tylko wtedy, gdy byłoby wiadome, w jaki sposób leczyć przestępców seksualnych. Konieczna jest do tego nie tylko znajomość metody leczenia zaburzeń popędowych, ale i umiejętność zastosowania ich w praktyce oddziału de-

tencyjnego, posiadanie instrumentów umożliwiających stawianie pozytywnej i trwałej prognozy, jak i stworzenie systemu kontroli uzyskanych efektów leczenia. Dzisiaj nie mamy nawet ogólnego spojrzenia na to, jacy są sprawcy zgwałceń trafiający na detencję, jaki wywiera ona na nich wpływ, czy wreszcie, jakie warunki musi gwarantować, aby zapewnić zmniejszenie się recydywy i aby chronić potencjalne ofiary kolejnych przestępstw. Zasygnalizowania wymaga wspólne zagadnienie dla warunków tak detencyjnych, jak i w zakładzie karnym. W obu tych sytuacjach dochodzi do drastycznego zerwania kontaktów „na zewnątrz” z krewnymi, przyjaciółmi i innymi bliskimi osobami. Oznacza to także, że na zasądzony okres wszelkiego rodzaju kontakty, w tym także (a może zwłaszcza) seksualne, w ogóle nie mogą mieć miejsca. Przez okres detencji problem kontaktów seksualnych staje się tematem tabu. Trudno też powiedzieć, na ile inicjatywy zakładów karnych do tworzenia pokoi spotkań intymnych otwarte są dla gwałcicieli. Jeżeli nawet, to dzieje się to w poza-terapeutycznym obszarze. W oddziałach psychiatrycznych realizujących detencję cały wysiłek personelu wydaje się być skierowany na zabezpieczenie i izolację sprawcy oraz tłumienie jego popędu lekami psychotropowymi. Jeżeli w ogóle, to konieczna do przepracowania dla wielu pacjentów, problematyka własnych wyobrażeń seksualnych, odbywa się w „bezpłciowym obszarze”, bowiem możliwości dla życia płciowego nie są przewidziane w ramach oddziałowej społeczności. Praktyka jednak pokazuje, że wielu pacjentów – gwałcicieli, nie rozstaje się ze swoją seksualnością „na



progu oddziału”. Realizuje więc poza oczami, ale nie wiedzą personelu, swoje potrzeby seksualne. Czy zatem pokoje dla „kontaktów intymnych” nie powinny być też w oddziałach detencyjnych? Tu przecież byłoby możliwe kompleksowe prowadzenie leczenia seksuologicznego, psychiatrycznego i resocjalizacji, tym razem już nie w oparciu o abstrakcyjne założenia. Zastanawianie się nad tym problemem budzi jeszcze jedną refleksję, iż tłumienie i reglamentacja seksu w oddziale detencyjnym w stosunku do sprawców przestępstw seksualnych jest w większym stopniu pokazaniem siły niż elementem terapii.

Wyodrębnienia, nagłośnienia i popularyzacji wymaga bezsporny fakt odnośnienia społecznych korzyści z psychiatrycznego leczenia sprawców z ograniczoną poczytalnością. Nie może być to jednak tylko celem i dążeniem samej psychiatrii sądowej, musi być spostrzegane i określane jako ogólniejszy cel społeczny i polityczny – cel państwa i jego całej administracji. Nie możemy przy tym abstrahować od sytuacji, iż w odczuciu społecznym akceptowany jest nie tylko pobyt w szpitalu zaburzonego psychicznie sprawcy, który stanowi zagrożenie, ale i jego dalszy pobyt przymusowy w tymże szpitalu, gdy ustały przesłanki zdrowotne, a pozostało zagrożenie.

Nie sposób oderwać się od czasu, w którym żyjemy, a więc od postaw wobec osób naruszających porządek prawny. Radykalizacja postaw społecznych, domagająca się odwetu i restrykcyjnego systemu kar w tradycyjnym rozumieniu, budzi jednak nasz niepokój. Prymitywne pojmowanie zasad sprawiedliwości i dostosowywany do nich sys-

tem moralno-społecznej edukacji, opiera się o sztywne „standardy” zemsty. Nie przystaje do współczesnej praktyki takie postępowanie wobec zaburzonych psychicznie sprawców przestępstw, gdy abstrahuje się od postępów w ich leczeniu lub nie analizuje się spadku społecznego zagrożenia jakie aktualnie stwarzają. Przy takim rozumieniu postaw społecznych, stosunku do prawa i jego zmian, nie można myśleć o racjonalnym podejściu do problemu zapobiegania przestępczości.

Powyższych prawidłowości i niebezpieczeństw byli świadomi pracownicy Kliniki Psychiatrii Sądowej w Haina, którzy w 1977 roku przejęli opiekę i odpowiedzialność za funkcjonowanie psychiatrii sądowej w całym Kraju Związkowym Hesji. Przez dwadzieścia lat zdołali stworzyć spójnie funkcjonujący system leczenia, rehabilitacji i opieki nad wszystkimi zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych, wobec których sądy Hesji zastosowały postępowanie detencyjne. Z ośrodka spełniającego kiedyś niemal wyłącznie funkcje izolacyjne powstała Klinika dysponująca trzema ośrodkami, 14 sprofilowanymi oddziałami, szkołą, doskonale rozwiniętą ergoterapią, możliwościami zdobycia przez pacjentów wykształcenia zawodowego. Sprofilowane oddziały uwzględniają zarówno potrzeby wynikające z rozpoznań psychiatrycznych jak i charakteru, obrazu i nasilenia zaburzeń. I tak w strukturze kliniki znaleźć można na przykład oddziały dla sprawców szczególnie agresywnych, chronicznych schizofreników, osób uzależnionych od środków odurzających (tylko wtedy gdy uzależnienie pozostaje w bezpośrednim związku z główną chorobą), sprawców

przestępstw seksualnych. Zdecydowana większość oddziałów jest koedukacyjna, istnieje także oddział dzienny. Jak pisze dyrektor Kliniki dr Muller-Isberner (1992, 1993) punktem centralnym leczenia są zasady psychiatrii środowiskowej i społecznej, które pozwalają pacjentom poszerzyć ich możliwości społecznego funkcjonowania, stanowią podstawę długotrwałego treningu interpersonalnego. Z założenia Klinika nie reprezentuje jednej ściśle określonej szkoły psychoterapeutycznej czy ideologii. Jest najbliższa podejściu behawioralnemu, przy pełnym uwzględnieniu indywidualnych potrzeb i możliwości poszczególnych pacjentów. Szalenie istotnym elementem w postępowaniu z pacjentami jest ośmiostopniowy system odzwierciedlający możliwość swobodnego, niekontrolowanego działania. Rozpoczyna się on prawem do uczestniczenia w zajęciach z ergoterapii i ćwiczeniach sportowych – kończy możliwością uzyskania kilkumiesięcznego urlopu, poprzedzonego próbą indywidualnych wyjść, podejmowania gości z zewnątrz szpitala, swobodnego poruszania się po bliższej okolicy. Stopniowe odzyskiwanie wolności i odpowiedzialności jest miernikiem poprawy i celu, któremu mają służyć zasady *Masregelvollzugu* (to nieprzetłumaczalne na język polski pojęcie prawne określa system zasad stosowanych wobec osób zaburzonych psychicznie, naruszających porządek prawny i stwarzających istotne zagrożenie dla otoczenia). Warto przypomnieć, iż zgodnie z ogólnymi zasadami niemieckiego kodeksu karnego celem środków zabezpieczających jest nie tylko zabezpieczenie społeczeństwa przed kolejnymi przypadkami naruszenia prawa, lecz przede wszystkim szeroko rozu-

miana poprawa sprawcy, zarówno w psychopatologicznym jak i społecznym wymiarze. Jest również ważne, iż z momentem opuszczenia zakładu pacjentowi zapewnia się stałą opiekę specjalistyczną nastawioną na rozwiązywanie konkretnych problemów, które zazwyczaj niesie powrót do społeczności. W ostatnim czasie, plany związane z wypisem pacjenta uwzględniają coraz częściej koncepcję sieci społecznej pacjenta, jej szczególną diagnozę, krytyczne punkty i sytuacje, które wymagają ze strony terapeutów czy pracowników społecznych baczniejszej uwagi.

Pracownicy Kliniki Psychiatrii Sądowej w Haina stworzyli i rozwinęli od 1987 roku system postępowania wobec sprawców przestępstw seksualnych (Muller-Isberner 1992). Wspomniany system obejmuje zarówno postępowanie psychoterapeutyczne ukierunkowane na wzmocnienie tych seksualnych zachowań pacjentów, które pozbawione są elementów przemocy, kładzie nacisk na mechanizmy uwrażliwiające byłych sprawców na upodmiotowienie ofiary, służy treningowi tych różnorodnych zachowań, dzięki którym potrzeby seksualne sprawcy mogą być zaspokajane zgodnie z powszechnie przyjętymi standardami. W niektórych sytuacjach pacjenci są także leczeni farmakologicznie.

Przedstawione powyżej przykłady dwóch klinik, stanowią dobitny dowód, iż jest możliwa skuteczna terapia i rehabilitacja osób zaburzonych psychicznie, naruszających porządek prawny. Wymaga to jednak doświadczeń, przygotowań, wypracowania względnie spójnego programu, a także wykwalifikowanego i zmotywowanego personelu. Można chyba przyjąć, z dużym prawdopodo-

bieństwem, iż tak częsty pesymizm terapeutyczny, który obserwujemy w Polsce, gdy poruszamy kwestię skutecznego postępowania wobec zaburzonych sprawców przestępstw, wynika nie tyle z obiektywnej niemocy współczesnej medycyny czy psychologii, co raczej z braku kwalifikowanych kadr, utrwalonych przez lata negatywnych przekonań i schematów, iż „nie da się tu zrobić”, słabej motywacji do podejmowania nowych, nie zawsze wystarczająco zgłębionych, zadań terapeutycznych.

Powracając do rodzimych warunków nie można nie zwrócić uwagi na brak społecznego nacisku i kontroli nad warunkami odbywania detencji. Nadużycia w sferze godności osobistej i podstawowych praw człowieka łatwiej mogą tu być nie dostrzegane niż w innych sferach życia. Nie możemy zapominać o fakcie, że zaburzeni psychicznie sprawcy popełniający zabronione czyny, trafiają na oddziały detencyjne na czas nieokreślony, niejednokrotnie nawet dłuższy niż gdyby trafili do więzienia za taki sam czyn.

Zasadniczym problemem staje się też konieczność dostrzegania zmiany oceny stopnia zagrożenia powiązanego z początkiem, trwaniem czy koniecznością kontynuacji leczenia. Nie jesteśmy w stanie przekonać innych, że każda z tych opcji może odbywać się w różnych warunkach, że przy mniejszym zagrożeniu dalsze konieczne leczenie może być kontynuowane w instytucji innej niż oddział detencyjny.

Trzeba jednak jasno i z całym naciskiem powiedzieć, że strategia reformy postępowania z zaburzonym psychicznie przestępcą nie ma zmierzać tylko do liberalizacji systemu i „otwarcia drzwi”

psychiatrii sądowej i oddziałów detencyjnych. Problem efektywnego zabezpieczenia sprawców z ograniczoną poczytalnością jest podstawowy i w całym systemie nie może on stwarzać sytuacji niejasnej, niosącej zagrożenie. Należy pamiętać, aby w imię ochrony godności i praw podmiotowych zaburzonego psychicznie sprawcy nie narażać i nie poświęcać prawa społeczeństwa do ochrony przed potencjalnym niebezpieczeństwem ze strony takiego sprawcy.

Leczenie i całe dalsze postępowanie ze sprawcą ma zminimalizować możliwość powrotu do przestępstwa, a nawet dawać pewne gwarancje. Nigdy jednak nie możemy mówić z absolutną pewnością, że zagrożenie przestało istnieć. Mimo, że sądy wielokrotnie stawiają biegłym pytanie – jak postąpić z zaburzonym psychicznie sprawcą, gdzie go umieścić? – propozycja umieszczenia poza szpitalem psychiatrycznym, „w innym odpowiednim zakładzie” – pozostaje naszym hasłem.

Chcąc wprowadzać zmiany, budować nowe strategie, musimy jasno stwierdzić, że dzisiejsze instytucje detencyjne na ogół nie zakładają pozytywnej prognozy. Wątpliwe jest, czy mają one wystarczający wpływ na edukację społeczną pacjentów. W pełni zabezpieczająca, całkowita izolacja nie gwarantuje osiągnięcia pozytywnego efektu terapeutycznego u zaburzonych psychicznie sprawców. Głębokiego zastanowienia się wymaga problem celowości wprowadzenia – być może w większym stopniu – świata zewnętrznego za mury instytucji leczniczo-zabezpieczającej. Nie może się to odbywać bez włączenia w proces terapeutyczny rodziny i środowiska społecznego pacjenta sądowego. Musi-

my pamiętać o tym, że tak jak zewnętrzna sieć społeczna pacjenta sądowego miała znaczenie w jego drodze do przestępstwa, tak resocjalizacja, leczenie i rehabilitacja nie może się obyć bez terapeutycznej ingerencji w patogeniczną strukturę związków rodzinnych i społecznych sprawcy.

Dotychczasowe doświadczenia pozostawiają smutny obraz rzeczywistości. Wydaje się, że obecny system psychiatryczno-penitencyjny pogłębia przedział między zaburzonym psychicznie sprawcą a społeczeństwem. Bardziej wypycha go w stare koleiny patologii, niż uczy nowych, pozytywnych postaw.

## Literatura:

- [1] Baars H.J.M., Uffing J.T.F., Honnee J.V. (1988): *Use social networks mental health care. (w:) Research to practice in community psychiatry*, wyd. M.A.J. Romme, van Gorcum. Assen–Maastricht. The Netherlands, s. 36–43.
- [2] Baars H.M.J., Uffing J.T.F., Dekkers G.F.H.M.: *Sociale netwerkstrategien in de sociale psychiatrie*, Bohn. Stafleu van Loghum, Houten–Antwerpen 1990.
- [3] Bergh W.M. van den (1980): *The assistance of medical records in the treatment process in the Dr.H.van der Hoeven-klinik at Utrecht. The Netherlands. (w:) 8th International Congress on Health Records prepapers*, volume I: wyd. byt J.J. Velthoven, Den Haag, s. 338–342.
- [4] Bergh W.M. van den: *Social network strategies in forensic psychiatry in the Netherlands* (maszynopis Autora).
- [5] Blankstein, Han (1988): *Organizational approaches to improving institutional estimations of dangerousness in forensic psychiatric hospitals: a Dutch perspective. (w:) „International Journal of Law and Psychiatry” 1988, volume II, s. 341–345,*
- [6] Fiselier J.P.G. (1990): „Grenzen aan de groei van de gevangenisbevolking” *Sancties: 65–69.*
- [7] Gierowski J.K., Heitzman J.: *Psychiatric and psychological diagnosis of environment – family conditions among assassins. (Psychiatryczna i psychologiczna diagnoza rodziny u sprawców zabójstw)*, (w:) *The systems we live in family therapy contexts. Book Abstracts*, Kraków, september 2–7 1990.8.
- [8] Haley J. (1971): *A review of the family therapy field*, (w:) J. Haley wyd. Changing Families. A family therapy reader, Grune & Stratton, New York, s. 1–12.
- [9] Muller-Isberner R.: *Die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher i Hessen. Z.F. Strafvollzug und Straffälligenhilfer 41. 1992, s. 363–386.*
- [10] Muller-Isberner R., Lomb S., Marz A.: *Tansinna: Ambulante Kriminaltherapie. „Bewahrungshilfe” 40. 1993, s. 176–185.*
- [11] Muller-Isberner R.: *Psychotherapie von Sexualstraftatern im Massregelvollzug. Recht & Psychiatrie. 1992, 2. s. 42–47.*
- [12] Rossenburg A.M. (1964): *Socio-therapeutic aspects of the work off the Dr. H. van der Hoevenklinik. Paper, 9th International Congress of panel Laws, (24-8030-8, 1964) The Hague.*
- [13] Rueveni U. (1975): *Network interventions with a family in crisis. (w:) „Family Process”, 14, s. 193–203.*
- [14] Speck R.V., Attneave C.L. (1973): *Family Networks, a new approach to family problems. Vintage books, New York.*
- [15] Vodegal Nance (1985): *Abnormal behaviour in humans: a theoretical problem in practice. (w:) „Neth. J. Zool” 35 (1, 2), s. 238–278.*