

# Małgorzata Szwejkowska

---

## Zarys systemu oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych, odbywających karę pozbawienia wolności

---

Studia Prawnoustrojowe nr 19, 73-85

---

2013

Artykuł został 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.

**Małgorzata Szwejkowska**

Katedra Prawa Karnego Materialnego

Wydział Prawa i Administracji UWM

## **Zarys systemu oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych, odbywających karę pozbawienia wolności**

Środek zabezpieczający polegający na umieszczeniu skazanych za przestępstwa seksualne, a dotkniętych zaburzeniem (zaburzeniami) preferencji seksualnych w zakładzie zamkniętym ma najkrótszą historię spośród wszystkich środków zabezpieczających opisanych w rozdziale X k.k.<sup>1</sup> Podkreślenia jednak wymaga, iż jeszcze w dwudziestoleciu międzywojennym m.in. J. Makarewicz rozważał zasadność wprowadzenia do kodeksu karnego środka zabezpieczającego w postaci sterylizacji. Zwolennicy sterylizacji jako środka zabezpieczającego nie znaleźli jednak uznania dla swoich poglądów wśród większości przedstawicieli ówczesnej doktryny<sup>2</sup>. Stąd też podczas prac nad projektem kodeksu karnego z 1932 r. taka koncepcja nie została zgłoszona<sup>3</sup>.

Rozwój farmakoterapii jako środka służącego do zwalczania przestępczości seksualnej związany jest z badaniami nad opracowaniem skutecznej metody terapii nowotworu gruczołu krokowego (prostaty), który był leczony, podobnie jak wówczas pedofilia, poprzez kastrację chirurgiczną. W latach 40. XX w. dr Ch. Huggins odkrył, że podając pacjentom lek pod nazwą Dietylstilbestrol (stanowiący niesterydowy estrogen) w ramach terapii po dokonanej zabiegu chirurgicznej kastracji, uzyskuje u nich znaczne obniżenie poziomu testosteronu, co wpływa hamująco na rozwój choroby nowotworowej. Odkrycie to zapoczątkowało serię badań nad farmakologicznym obniżaniem poziomu testosteronu. Po raz pierwszy zastosowano terapię hormonalną z wyko-

---

<sup>1</sup> Art. 95a k.k. został dodany przez art. 1 pkt 12 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. nr 163, poz. 1363 ze zm.).

<sup>2</sup> F. Ciepły, *Środki zabezpieczające według koncepcji Juliusza Makarewicza*, [w:] *Prawo karne w poglądach Profesora Juliusza Makarewicza*, red. A. Grześkowiak, Lublin 2005, s. 299.

<sup>3</sup> F. Ciepły, *Filozoficzne aspekty regulacji nielecniczych środków zabezpieczających w polskim kodeksie karnym z 1932 r.*, [w:] *Problemy derżawotworennia i zachystu praw ludyny w Ukraini. Materiały X rehionalnoji naukowo-praktycznoji konferenciji*, Lwów 2004, s. 130–134.

rzystaniem antyandrogenów wobec skazanego za pedofilię w latach 60. ubiegłego wieku w Niemczech. W Stanach Zjednoczonych rozpoczęto stosowanie antyandrogenu MPA w 1966 r. w ramach terapii farmakologicznej skazanego z rozpoznaniem pedofilii biseksualnej<sup>4</sup>.

Odrębny, nowoczesny model postępowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym, oparty na metodach kognitywno-behawioralnych, wykształcił się w połowie lat 60. ubiegłego wieku wraz z wypracowaniem sposobu oceny ryzyka recydywy i terapii tej kategorii skazanych. Stwierdzono wówczas, że niewłaściwe wzorce zachowań seksualnych kształtują się wcześniej i jeżeli nie skoryguje się ich w odpowiednim momencie, sprawca będzie je kontynuował do późnego wieku. Aby takich sprawców efektywnie leczyć, należy najpierw zrozumieć, kim są i jakimi pobudkami się kierują, a następnie wybrać odpowiedni sposób leczenia. Ewolucja tego modelu była powolna aż do lat 80. XX w., wówczas w anglojęzycznej literaturze przedmiotu zaczęto wskazywać na wysokie wskaźniki przestępczości seksualnej w ogólnej licznie przestępstw. Okoliczność ta stanowiła silny bodziec do poszukiwania odpowiedzi na pytanie o to, jakie środki prawne mogą odwrócić tę tendencję (pytanie „What works?”)<sup>5</sup>. Nowoczesne podejście do programów resocjalizacyjnych polega na wyodrębnieniu podstawowych mechanizmów psychicznych konstytuujących strukturę motywacyjną jednostek skłonnych do popełnienia danego rodzaju przestępstwa, a następnie dobraniu takich metod i sposobów oddziaływania resocjalizacyjnego, które służą do skorygowania tych mechanizmów. Nie wyklucza to jednak konieczności poszukiwania generalistów zarówno w obrębie mechanizmów psychicznych wywierających wpływ na zachowanie przestępcze, jak i w zakresie oddziaływań psychokorekcyjnych<sup>6</sup>.

W Polsce początki specjalistycznego leczenia skazanych z zaburzeniami seksualnymi miały miejsce w zakładach karnych we Włocławku i Rzeszowie już w latach 2004–2005<sup>7</sup>. W zakładzie karnym w Rzeszowie w 2005 r. powstał pierwszy program terapii skazanych za przestępstwa seksualne, opracowany w oparciu o model kognitywno-behawioralny<sup>8</sup>. W następnym roku powołano siedem oddziałów terapeutycznych dla skazanych za przestępstwa seksualne z zaburzeniami psychicznymi.

<sup>4</sup> *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders. Theory, Practice and Research*, eds. D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, F. Pläflin, Chichester 2011, s. 548.

<sup>5</sup> D.E.H. Russell, *Sexual Exploitation: Rape, Child Sexual Abuse and Workplace Harassment*, Thousand Oaks 1984, s. 215n.; D. Finkelhor *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*, Nowy Jork 1984, s. 171n.

<sup>6</sup> K. Pospiszyl, *Przestępstwa seksualne. Geneza, postacie, resocjalizacja oraz zabezpieczenia przed powrotnością*, Warszawa 2006, s. 103.

<sup>7</sup> Z. Lizak, *Karać czy leczyć?*, „Forum Penitencjarne” 2007, nr 1, s. 8.

<sup>8</sup> R. Rutkowski, W. Sroka, *Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności*, „Seksuologia Polska” 2007, nr 5 (1), s. 1–8.

## Geneza i krótka charakterystyka środka zabezpieczającego z art. 95a k.k.

Środek zabezpieczający z art. 95a k.k. został wprowadzony do kodeksu na mocy przepisów ustawy nowelizującej k.k. z dnia 27 lipca 2005 r.<sup>9</sup> Fundamentem analizowanych zmian w systemie prawnym jest przekonanie, że sprawcy przestępstw seksualnych są w szczególnie wysokim stopniu zagrożeni powrotnością do przestępstwa, a ograniczenie tego ryzyka może mieć miejsce wyłącznie poprzez zastosowanie instrumentów ochrony prawnokarnej. Zapewnienie społeczeństwu należytej ochrony przed sprawcami przestępstw przeciwko wolności seksualnej stanowi tym samym jeden z głównych celów realizowanej obecnie polityki kryminalnej. Przedmiotowy środek, jako jedyny ze środków zabezpieczających opisanych w rozdziale X k.k., w obecnym stanie prawnym jest wykonywany po odbyciu przez skazanego kary pozbawienia wolności. Jest to zatem postpenalny środek zabezpieczający i w tym aspekcie wykazuje podobieństwo do art. 84 k.k. z 1932 r. w postaci umieszczenia sprawcy w zakładzie dla niepoprawnych, przeznaczonym dla recydywistów, przestępców „nałogowych” i „zawodowych”. W przedmiotowej regulacji widoczne jest także nawiązanie do środka zabezpieczającego z art. 100 k.k. z 1969 r.<sup>10</sup>, który mógł zostać orzeczony wobec sprawcy o ograniczonej w znacznym stopniu poczytalności *in tempore criminis*. Ten ostatni środek bowiem także był orzekany obok kary – tj. pozbawienia lub ograniczenia wolności – choć stosowany przed jej wykonaniem (§ 2 art. 100 k.k. z 1969 r.). Po wejściu w życie aktualnie obowiązującego kodeksu karnego tzw. lecznicze środki zabezpieczające orzekano albo w miejsce kary, gdy jej zastosowanie nie było możliwe wobec sprawców niepoczytalnych *in tempore criminis*, bądź też w ramach kary (środku z art. 95, art. 96–98 k.k.). Dopiero nowelizacja k.k. z 2005 r. zmieniła tę postać rzeczy, ponownie wprowadzając postpenalny środek zabezpieczający. Co istotne, podobnie jak wskazane już powyżej środki zabezpieczające z nieobowiązujących kodeksów karnych, środek z art. 95a k.k. jest orzekany przez sąd bez określenia z góry czasu jego trwania. Idea bezterminowego stosowania leczenia i izolacji wobec określonych grup skazanych znalazła swoje odzwierciedlenie po raz pierwszy w k.k. z 1932 r. i pomimo rozwoju psychiatrii, psychologii i seksuologii przetrwała bez zmian w polskich kodeksach karnych przez następane kilkadziesiąt lat.

Omawiany środek co do zasady ma charakter fakultatywny (art. 95a § 1 k.k.), jednakże w razie skazania sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo zgwałcenia kazi-

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. z o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. nr 163, poz. 1363).

<sup>10</sup> Dz.U nr 13, poz. 94 ze zm.

rodzego lub małoletniego poniżej lat 15 jego orzeczenie jest obligatoryjne (art. 95a § 1a k.k.).

W literaturze przedmiotu, pomimo przeprowadzonych zmian nowelizacyjnych, analizowany środek oceniany jest krytycznie<sup>11</sup>. Kontrowersje wokół przymusowego leczenia zaburzonych seksualnie sprawców przestępstw seksualnych wynikają w szczególności z braku uznawanych powszechnie metod terapeutycznych rekomendowanych do zastosowania. W dalszym ciągu skuteczność proponowanych metod terapeutycznych nie znajduje dostatecznego potwierdzenia w dostępnych wynikach badań, jakkolwiek ich liczba nie jest znacząca. Trzeba podkreślić, że dynamika badań dotyczy w przeważającej mierze państwach systemu *common law*. Inspiracją do wprowadzenia przedmiotowego środka zabezpieczającego były niewątpliwie unormowania wypracowane właśnie w systemach prawnych tej grupy państw. Sama idea z pewnością realizuje nakaz przezorności w postępowaniu z tą kategorią skazanych, w szczególności sposób zagrożonych recydywą, także tą w perspektywie długofalowej<sup>12</sup>. Idea leżąca u podstaw wprowadzenia środka zabezpieczającego z art. 95a k.k. opiera się na przekonaniu, że w toku postępowania karnego możliwe jest zidentyfikowanie u sprawcy przestępstwa seksualnego pewnych czynników ryzyka (predyktorów) decydujących w procesie stawiania tzw. prognozy lekarskiej i kryminologicznej. Jednakże właśnie problematyka klasyfikowania i rozpoznawania tych czynników, które decydują o stopniu zagrożenia recydywą, należy do kontrowersyjnych w literaturze przedmiotu – daleko w tej mierze do zgodności poglądów.

W Polsce w 2010 r. w zakładach karnych przebywało 3339 skazanych za przestępstwa seksualne, przy czym u 167 zdiagnozowano zaburzenie preferencji seksualnych (pedofilię, ekshibicjonizm, fetyszyzm, raptofilię, sadomasochizm i in.)<sup>13</sup>. Jakkolwiek należy mieć na względzie, iż czynnik seksualny mógł być obecny w innych przestępstwach niż wymienione w rozdziale XXV k.k., w szczególności to stwierdzenie nabiera aktualności w przypadku skazanych za zabójstwa<sup>14</sup>. Motywacja seksualna nie musi być obecna w każdym wypadku przestępstwa przeciwko wolności seksualnej. Tym samym nie do

<sup>11</sup> E. Weigend, J. Długosz, *Stosowanie środka zabezpieczającego określonego w art. 95a § 1a k.k. w świetle standardów europejskich. Rozważania na tle wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 17.12.2009 r. w sprawie M. v. Niemcy*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, nr 6, s. 4.

<sup>12</sup> Por. bibliografię wskazaną w: M. Szwejkowska, A. Chodorowska, *Zapobieganie recydywizmowi sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych*, „Przegląd Policyjny” 2011, nr 3 (103), s. 120.

<sup>13</sup> Tym samym tylko u ok. 5% skazanych za przestępstwa seksualne zdiagnozowano daną postać parafilii – dane z Centralnego Zarządu Służby Więziennej, [online] <www.sw.gov.pl>, dostęp: 14.09.2012.

<sup>14</sup> W literaturze przedmiotu podkreśla się, że zabójstwo jest jednym z najpoważniejszych przestępstw na tle seksualnym. Zob. *Opiniowanie sądowo-psychologiczne w sprawach o przestępstwa na tle seksualnym*, [w:] *Psychoneurobiologiczne i prawne aspekty życia seksualnego człowieka*, red. J. Rzepki, Mysłówice 2010, s. 37.

końca jest znana całkowita liczba skazanych za przestępstwa na tle seksualnym. Dla przykładu trzeba podać, że w Stanach Zjednoczonych w 1992 r. sprawcy przestępstw seksualnych stanowili jedną trzecią ogółu skazanych<sup>15</sup>.

Przepis art. 95a k.k. w pierwotnym brzmieniu zakładał terapię i leczenie skazanych, u których zdiagnozowano „zakłócenie czynności psychicznych na podłożu seksualnym inne niż choroba psychiczna”. Nowelizacja k.k. z dnia 5 listopada 2009 r.<sup>16</sup> polegała m.in. na zastąpieniu tego pojęcia określeniem „zaburzenia preferencji seksualnych”. Oba terminy wskazują na takie zdiagnozowane zaburzenia psychiczne, które nie stanowiły choroby psychicznej i nie dawały podstaw do uznania, iż sprawca był w czasie czynu niepoczytalny lub znajdował się w stanie poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej z uwagi na wystąpienie choroby psychicznej (art. 31 odpowiednio § 1 lub 2 k.k.)<sup>17</sup>. Analizowany środek zabezpieczający może znaleźć zastosowanie do sprawców, u których zidentyfikowano zaburzenie (zaburzenia) preferencji seksualnych, a zatem tzw. parafilię (parafilie).

Termin „parafilia” ma charakter medyczny i oznacza, że osoba odczuwa powtarzający się, nasilony popęd i ma wyobrażenia seksualne, które dotyczą niezwykłych przedmiotów lub działań. Osoba ta realizuje swój popęd zgodnie ze swoim odczuciem i z tego powodu wyraźnie cierpni. Zaburzenie powinno utrzymywać się przez okres co najmniej 6 miesięcy<sup>18</sup>. Zasadnicze wątpliwości w odniesieniu do definicji terminu „zaburzenie preferencji seksualnych” i jego diagnozy dotyczą tych częstych przypadków<sup>19</sup>, gdy u danej osoby nakładają się na siebie różnorodne zaburzenia psychiczne, z których tylko jedno lub niektóre mają postać parafilii<sup>20</sup>. Stwierdzone u sprawcy zaburzenie (zaburzenia) psychiczne nie może być jednak tego rodzaju, aby skutkowało uznaniem go za niepoczytalnego *in tempore criminis*. W przeciwny wypadku przymusowe leczenie psychiatryczne sprawcy nie ponoszącego odpowiedzialności karnej powinno być realizowane w trybie dyspozycji art. 94 k.k.

<sup>15</sup> C. Norris, *Sex Offender Treatment: Confronting “Thinking Errors” Is Central to Success*, „Federal Prisons Journal” 1992, nr 2, s. 29–31.

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks skarbowy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 206, poz. 1589).

<sup>17</sup> Stąd też nie sposób zakładać, iż tylko sprawcy niepoczytalni *in tempore criminis* nie podlegają dyspozycji art. 95a k.k., jak wskazuje np. A. Golonka, *Zaburzenia preferencji seksualnych a inne zakłócenia czynności psychicznych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2011, nr 3, s. 93n.

<sup>18</sup> Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000, s. 331n.

<sup>19</sup> N.C. Raymond, E. Coleman, F. Ohlerking, G. A. Christenson, M. Miner, *Psychiatric Comorbidity in Pedophilic Sex Offenders*, „American Journal of Psychiatry” 1999, nr 156(5), s. 788.

<sup>20</sup> S. Ładoś, *Orzekanie leczniczych środków zabezpieczających wobec sprawców czynów seksualnych. Wybrane zagadnienia z praktyki sądowej*, referat wygłoszony podczas IV seminarium pt. *Problematyka seksualna w terapii, resocjalizacji i zabezpieczeniu niepoczytanych sprawców czynów zabronionych* zorganizowanego w Warszawie w dniu 29 listopada 2011 r. przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Znacznie bardziej kontrowersyjne są przypadki, w których zdiagnozowane u sprawcy zaburzenia psychiczne, obok parafilii, stanowią podstawę do przyjęcia poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej *in tempore criminis*, np. gdy dochodzi do nakładania się na obraz kliniczny różnych zaburzeń, w tym zaawansowanego zespołu uzależnienia od alkoholu lub od innych środków odurzających. Z uwagi na fakt, iż różne środki zabezpieczające nie mogą podlegać łączeniu, sąd zobligowany jest rozstrzygnąć tę konkurencję, wybierając środek zabezpieczający najbardziej odpowiadający postawionej wobec sprawcy diagnozie. W tej mierze istotną rolę należy przypisać opinii biegłych, którzy w takich wypadkach powinni zaproponować rodzaj środka zabezpieczającego adekwatnego do stanu zdrowia psychicznego sprawcy. W takich okolicznościach bowiem sąd powinien oprzeć się na wiadomościach specjalnych, którymi dysponują biegli. Nie zasługuje na aprobatę stanowisko, zgodnie z którym stwierdzenie poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej *in tempore criminis* automatycznie wyłącza możliwość zastosowania art. 95a k.k. *De lege lata* nie wydaje się, aby ustawodawca w ten sposób rozstrzygnął *a priori* konkurencję przepisów art. 95 i 95a k.k. *De lege ferenda* ustawodawca powinien dopuścić możliwość, aby w sytuacji występowania złożonych stanów psychicznych sprawców sąd mógł dokonać wyboru najbardziej adekwatnego środka leczniczego. Wyłącznie na marginesie tych rozważań trzeba stwierdzić, że dyspozycja art. 95 k.k. w istocie nie statuuje odrębnego środka zabezpieczającego, bowiem przepis ten przewiduje wyłącznie skierowanie skazanego, u którego stwierdzono poczytalność w znacznym stopniu ograniczoną, do terapeutycznego systemu odbywania kary. Wprowadza zaś korzystniejsze dla skazanych objętych dyspozycją cytowanego przepisu warunki do przedterminowego zwolnienia z kary pozbawienia wolności. W praktyce zatem wystąpienie u skazanego z parafilią także innych zaburzeń psychicznych, skutkujących przyjęciem, że w czasie czynu był on osobą o poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej, powinno prowadzić, jeżeli zachodzą podstawy do orzeczenia środka zabezpieczającego, do zastosowania przepisu art. 95a k.k. Wybór powinien być zdeterminowany także przez kryterium prognostyczne, przesłanką ta bowiem jest wiedząca dla określenia m.in. długości pobytu skazanego w odpowiednim zakładzie leczniczym w ramach przedmiotowego środka. Wśród biegłych opiniujących w sprawach sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych panuje przekonanie, iż poprawna prognoza lekarska powinna obejmować nie wyizolowane objawy psychopatologiczne, lecz wielorakie czynniki osobowościowe, psychopatologiczne oraz społeczne w ich wzajemnym powiązaniu.

## **Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych**

Obowiązek poddawania skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych odpowiedniej terapii w ramach odbywania kary pozbawienia wolności został wprowadzony wskazaną już powyżej ustawą nowelizującą z dnia 27 lipca 2005 r. Skazani na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (art. 197–203 k.k.), u których zdiagnozowano występowanie zaburzenia preferencji seksualnych (pozostającego w związku z popełnionym przestępstwem), odbywają obligatoryjnie tę karę w systemie terapeutycznym (art. 117 k.k.w.). Ustalenie ewentualnej potrzeby oddziaływania specjalistycznego i skierowania skazanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym w trybie dyspozycji art. 117 k.k.w. odbywa się na podstawie opinii dotyczącej skazanego, opracowanej przez specjalistów z zakresu psychologii lub psychiatrii zatrudnionych w ośrodku diagnostycznym dla osadzonych, powołanym w wyznaczonych zakładach karnych lub aresztach śledczych<sup>21</sup>.

Wprawdzie ustawa wprowadza wymóg uzyskania zgody skazanego na odbywanie kary w przedmiotowym systemie, niemniej jednak w przypadku braku zgody skazanego jest on obejmowany odpowiednim leczeniem i rehabilitacją w ramach tego systemu na podstawie postanowienia wydanego przez sąd penitencjarny. Podstawą decyzji sądu penitencjarnego o zastosowaniu wobec skazanego leczenia określonego w dyspozycji art. 117 k.k.w. jest stwierdzenie jego potrzeby oraz brak zgody skazanego na udział w terapii. Zaistnienie tych dwóch przesłanek obliguje sąd penitencjarny do wydania postanowienia w przedmiocie objęcia skazanego przymusowym oddziaływaniem terapeutycznym<sup>22</sup>. Podkreślenia jednak wymaga, iż nakazanie skazanemu przez sąd penitencjarny udziału w terapii niekoniecznie prowadzi do zakładanego celu. Terapia metodami kognitywno-behawioralnymi wymaga bowiem aktywności ze strony skazanego, do której bez jego woli i chęci uczestnictwa nie można skutecznie go przymusić. W efekcie wydanie postanowienia przez sąd penitencjarny, w przypadku braku zgody skazanego na poddanie się leczeniu i rehabilitacji, może sprowadzić się do fizycznej obecności skazanego na sesjach terapeutycznych: grupowych i indywidualnych.

Przedmiotem oddziaływań terapeutycznych prowadzonych według założeń modelu kognitywno-behawioralnego, realizowanych w warunkach od-

---

<sup>21</sup> Działających w oparciu o 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. nr 29, poz. 369).

<sup>22</sup> Por. postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23 stycznia 2012 r., II AKz w 1427/11, KZS 2012, z. 3, poz. 47 oraz postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 6 czerwca 2006 r., II AKz w 594/06, KZS 2006, z. 2, poz. 78.



działów terapeutycznych zakładów karnych, są określone schematy działania sprawców, oparte na zniekształconych sądach poznawczych i tendencjach do popełniania błędów poznawczych w określonych sytuacjach. Oddziaływanie terapeutyczne prowadzone jest w ramach zajęć grupowych i indywidualnych. Program oddziaływań wzbogacony jest o takie elementy, jak: edukacja seksualna, aktywizacja zawodowa, zróżnicowane formy terapii zajęciowej (uprawianie sportu, zajęcia plastyczne itp.), trening umiejętności społecznych, trening zastępowania agresji (ART), trening radzenia sobie z napięciem czy trening z zakresu komunikacji interpersonalnej. W razie potrzeby leczenie może być uzupełnione poprzez farmakoterapię polegającą na aplikacji na żądanie skazanego środków antydepresyjnych, których ubocznym efektem działania jest obniżenie popędu seksualnego<sup>23</sup>. Za prowadzenie terapii odpowiedzialni są w większości wypadków psychologowie, a w pozostałych seksuolodzy kliniczni, pedagodzy i lekarze. Znaczna część osób odpowiedzialnych za terapię ma status funkcjonariuszy Służby Więziennej<sup>24</sup>.

### **Wykonywanie środka zabezpieczającego z art. 95a k.k.**

Celem orzeczenia środka jest przeprowadzenie terapii farmakologicznej lub kognitywno-behawioralnej skazanego za przestępstwo seksualne popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Metody terapeutyczne mają prowadzić do obniżenia popędu seksualnego u sprawcy, a tym samym wyeliminować lub znacznie ograniczyć ryzyko ponownego dopuszczenia się przez sprawcę przestępstwa seksualnego. Terapia według założenia ustawowego powinna odbywać się przede wszystkim w warunkach zakładów totalnych, tj. najpierw w zakładzie karnym podczas odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, a następnie w warunkach zamkniętego zakładu leczniczego (internacja psychiatryczna). Dodatnim walorem obecnej regulacji jest bez wątpienia możliwość, aby kontynuowanie terapii po opuszczeniu zakładu karnego przez skazanego w niektórych wypadkach odbywało się jednak w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na stosunkowo krótki czas obowiązywania omawianych regulacji i znaczny zakres uznaniowości zastrzeżony podczas ustalania przez sąd sposobu wykonywania środka trudno prognozować, jak ukształtuje się praktyka w tym przedmiocie, tj. w szczególności czy nie dojdzie do nadużywania stosowania

---

<sup>23</sup> Tzw. selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI). Szerzej por. np. M. Szwejkowska, A. Chodorowska, op. cit., s. 127.

<sup>24</sup> W. Sroka, *Efektywność i skuteczność programów terapii sprawców przestępstw seksualnych realizowanych w polskim systemie penitencjarnym*, referat wygłoszony na IV seminarium pt. *Problematyka seksualna w terapii, resocjalizacji...*

internacji psychiatrycznej w miejsce adekwatniejszej terapii – przebiegającej w warunkach środowiska życiowego sprawcy.

Wykaz zakładów zamkniętych i ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających z art. 95a k.k. został ustalony w przepisach wykonawczych<sup>25</sup>. Do wykonywania środka zabezpieczającego, określonego w art. 95a k.k., wytypowano trzy zakłady zamknięte na obszarze kraju, tj. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku (20 miejsc), Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim (20 miejsc) i Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy (10 miejsc). W przepisach wykonawczych wskazano ponadto zakłady ambulatoryjne przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej. Terapia w warunkach ambulatoryjnych może być wdrażana w pięciu odpowiednich zakładach, tj. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim, Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, „PRO VITA” Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień w Krakowie, Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Warcie oraz Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. Zastrzeżenia budzi przede wszystkim zbyt mała liczba tych ostatnich zakładów. Zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia, do końca 2013 r. docelowo ma funkcjonować co najmniej jedna poradnia tego typu w każdym województwie<sup>26</sup>. W myśl przepisu art. 201 § 2a k.k.w. sąd, wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego z art. 95a k.k., zobowiązany jest zasięgnąć opinii jednostki podległej Ministrowi Zdrowia, odpowiedniej w sprawach seksuologii sądowej (funkcję tę pełni Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu). W przypadku skazanych odbywających karę pozbawienia wolności sąd w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub wykonaniem tej kary orzeka w przedmiocie potrzeby i sposobu wykonywania tego środka (art. 95a § 2 pkt1) lub sposobu wykonania przedmiotowego środka, jeżeli jego wdrożenie do wykonania jest obligatoryjne (art. 95a § 2 pkt 2 w zw. z § 1a k.k.). Odpis tego orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy sąd przesyła dyrektorowi zakładu karnego, w którym przeby-

<sup>25</sup> Odpowiednio: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie wykazu zakładów zamkniętych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich pojemności i warunków zabezpieczenia (Dz.U. nr 230, poz. 1520) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej (Dz. U. nr 230, poz. 1519).

<sup>26</sup> *Psychiatryczna opieka zdrowotna na lata 2009-2013*, program opracowany przez Ministerstwo Zdrowia, [online] <[http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/program\\_psychiatrycznejoz\\_07062011.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_psychiatrycznejoz_07062011.pdf)>, s. 11, dostęp: 29.06.2012.

wa skazany pozbawiony wolności (art. 201 § 2a w zw. z § 3 k.k.w.), a jeżeli sprawca nie przebywał w zakładzie karnym – właściwej jednostce Policji lub organowi wojskowemu (art. 201 § 2a k.k.w.). Polecenie przyjęcia przesyłane jest przez sąd kierownikowi wyznaczonego zakładu zamkniętego (art. 201 § 2a k.k.w., zdanie ostatnie). W przypadku skierowania sprawcy na leczenie ambulatoryjne odpis orzeczenia w przedmiocie zastosowania środka sąd przesyła właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu i kierownikowi zakładu ambulatoryjnego (art. 201 § 2b k.k.w.). Jeżeli sprawca uchyła się od leczenia, w szczególności od stawiennictwa w zakładzie ambulatoryjnym, kierownik wyznaczonego zakładu niezwłocznie powinien o tym fakcie powiadomić właściwą jednostkę Policji lub właściwy organ wojskowy, który ma obowiązek zatrzymać sprawcę i w ciągu 48 godzin przekazać go do dyspozycji sądu. Zatrzymanego należy jednak zwolnić, jeżeli w ciągu 24 godzin od przekazania go do dyspozycji sądu nie zostanie doręczony mu postanowienie w przedmiocie umieszczenia go w zakładzie zamkniętym (art. 201 § 2c).

W tym miejscu trzeba przypomnieć, że do końca 2010 r. w zakładach przeznaczonych do wykonywania nowego rodzaju środka zabezpieczającego (zamkniętych i ambulatoryjnych) nie prowadzono terapii żadnego sprawcy przestępstwa przeciwko wolności seksualnej (art. 95a k.k.)<sup>27</sup>. W 2011 r. w zakładach zamkniętych przebywało dwóch sprawców (od stycznia 2011 r. w Choroszczy i od października 2011 r. w Starogardzie Gdańskim), którzy zostali skazani jeszcze przed wejściem w życie (a nawet uchwaleniem) zmian w kodyfikacjach karnych i umieszczeni w zakładach zamkniętych już na podstawie zmienionych przepisów proceduralnych k.k.w.<sup>28</sup>

Czas stosowania środka zabezpieczającego z art. 95a k.k. nie jest z góry oznaczony. Podobnie jak w przypadku poddanych internacji psychiatrycznej sprawców uznanych za niepoczytalnych *in tempore criminis*, o zwolnieniu rozstrzyga sąd, gdy dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie leczniczym nie jest już konieczne (art. 95a § 3 k.k. w zw. z art. 94 § 2 k.k.). Jak już wspomniano, idea bezterminowego orzekania środków zabezpieczających powstała na gruncie k.k. z 1932 r. i utrzymała się do czasów obecnych. W ten sposób ustawodawca zdjął z biegłych opiniujących o stanie zdrowia psychicznego sprawcy wymóg nakreślenia chociażby przybliżonego planu i harmonogramu leczenia. Zabieg tego rodzaju jest zupełnie niezrozumiały w kontekście leczniczego charakteru przedmiotowego środka i wyjaśnienie może znaleźć tylko wówczas, jeżeli uzna się, że dominującym aspektem środka

<sup>27</sup> Ibidem, s. 5

<sup>28</sup> Odpowiedź Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z upoważnienia Ministra Zdrowia na interpelację poselską nr 1392 w sprawie leczenia w zakładach zamkniętych sprawców z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym. Zob. [online] <<http://orka2.sejm.gov.pl/IZ7.nsf/main/5A205D07>>, dostęp: 29.06.2012.

z art. 95a k.k. jest izolacja sprawcy zagrożonego w wysokim stopniu recydywą. Stąd też nie można podzielić poglądu, że nadrzędnym celem objęcia skazanego postępowaniem terapeutycznym jest wyleczenie niesprawności psychicznej w postaci zaburzeń preferencji seksualnych<sup>29</sup>.

Jak każde oddziaływanie korekcyjno-resocjalizacyjne terapia powinna koncentrować się na skazanych zagrożonych w najwyższym stopniu powrotnością do przestępstwa. Nie powinna zaś obejmować tych spośród nich, u których zidentyfikowano niskie zagrożenie recydywą, tendencje samobójcze oraz osobowość dyssocyjną. W takich wypadkach bowiem intensywne oddziaływanie terapeutycznie nie jest skuteczne, a może nawet spowodować negatywne konsekwencje dla ich społecznej readaptacji po opuszczeniu zakładu karnego<sup>30</sup>.

W polskich zakładach zamkniętych metody oddziaływań terapeutycznych polegają na zastosowaniu wobec skazanego farmakoterapii lub kognitywno-behawioralnej psychoterapii grupowej, uzupełnionej terapią indywidualną. Prowadzone są także zajęcia z biopsychicznych podstaw psychoseksualnego rozwoju i zachowania człowieka po to, aby skazanym dostarczyć m.in. wiedzy z zakresu seksuologii<sup>31</sup>. W porównaniu z tym modelem programy oparte na założeniach terapii psychodynamicznej czy też operujące wyłącznie wzmocnieniami negatywnymi wykazują brak efektów w postaci redukcji zagrożenia recydywą<sup>32</sup>. Do przestępców seksualnych niepodatnych na oddziaływanie terapeutyczne najczęściej stosuje się oddziaływania w postaci farmakologicznej<sup>33</sup>.

Programy terapeutyczne ukierunkowane są na wykształcenie społecznie akceptowanych metod radzenia sobie z popędem seksualnym i towarzyszącymi mu negatywnymi emocjami. Wyuczenie zaspokajania seksualnych i nieseksualnych potrzeb w niedestrukcyjny sposób, tudzież kontroli zachowań ma na celu zminimalizowanie ryzyka powrotu do przestępstwa po opuszczeniu zakładu. Ogólnym celem programu terapeutycznego jest redukcja stopnia wiktymizacji społecznej poprzez zmniejszenie ryzyka recydywy wśród jego uczestników, celami szczegółowymi są zaś: wzmocnienie bądź wzbudzenie poczucia odpowiedzialności za dokonane czyny, uświadomienie sprawcom przestępstw seksualnych konsekwencji popełnionych czynów przestępczych

<sup>29</sup> Zapatrywanie wyrażone przez E. Weigend, J. Długosz, op. cit., s. 19.

<sup>30</sup> M. Sztuka, *Efektywność oddziaływań w zorientowanym korekcyjnie modelu instytucji penitencyjnej. Doświadczenia amerykańskie*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2007, z. 1, s. 315.

<sup>31</sup> L. Ciszewski, K. Nosek, P. Peka, *Terapia sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności na przykładzie Aresztu Śledczego w Starogardzie Gdańskim*, referat wygłoszony na IV seminarium pt. *Problematyka seksualna w terapii, resocjalizacji...*

<sup>32</sup> D.L. Mac Kenzie, *Criminal Justice and Crime Prevention*, [w:] *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. A Report to the United States Congress. Prepared for National Institute of Justice*, Waszyngton 1997, s. 451; M. Sztuka, op. cit., s. 316.

<sup>33</sup> M. Sawa, *Oddziaływanie terapeutyczne wobec przestępców seksualnych*, [w:] *Osobowość przestępcy a proces resocjalizacji*, red. J. Świtka, M. Kuć, I. Niewiadomska, Lublin 2005, s. 252–253.

dla pokrzywdzonego i jego najbliższych oraz samego sprawcy i jego rodziny, rozwinięcie mechanizmów samokontroli prowadzących do wytworzenia nowego stylu zachowania – pozwalającego na maksymalne unikanie sytuacji mogących spowodować powrót do aktywności przestępczej, ukształtowanie umiejętności identyfikacji i analizy etapów cyklu dewiacyjnego, w tym skutecznej interwencji w celu zapobiegania powrotowi do przestępstwa<sup>34</sup>. Jednak, co należy podkreślić, sam fakt popełnienia przestępstwa o charakterze seksualnym i jego rodzaj nie mogą przesądzić o systemie oddziaływań, jakim będzie poddana osoba skazana za taki czyn. Wymaga ona bowiem nie tylko oddziaływań resocjalizacyjnych, ale również psychokorekcyjnych i leczniczych<sup>35</sup>. Niewątpliwie leczenie zaburzeń preferencji seksualnych wymaga daleko posuniętej indywidualizacji, stanowiącej szerokie pole dla specjalistów reprezentujących różne (często zupełnie odmienne) podejście psychodynamiczne. Sama terapia jest natomiast intensywna, długotrwała i z pewnością trudna emocjonalnie nie tylko dla skazanego, lecz także dla osoby odpowiedzialnej za proces terapeutyczny.

## Podsumowanie

Analizowany model postępowania ze skazanymi z zaburzeniami preferencji seksualnych podlega wielorakiej krytyce z uwagi na brak zgeneralizowanych standardów prowadzenia terapii – w każdej bowiem jednostce opracowywany jest program autorski. Pomiedzy programami zachodzą zatem, co nieuniknione, liczne różnice nie tylko w wyborze paradygmatu (kognytywno-behawioralny, psychodynamiczny, systemowy, integracyjny i in.), ale także koncentracji na wybranych obszarach pracy terapeutycznej<sup>36</sup>. Takie podejście nie pozwala na dokonanie ewaluacji efektywności prowadzonej terapii w odniesieniu do całej populacji skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych<sup>37</sup>. W praktyce zrealizowanie założeń systemowych odnośnie do wskazanej grupy skazanych napotyka na istotne trudności, które dotyczą w szczególności pozyskania specjalistycznej kadry do pracy z tego rodzaju sprawcami oraz polegają na braku podejścia holistycznego – dominują bowiem indywidualnie programy opracowywane w danym zakładzie karnym czy zakładzie zamkniętym.

---

<sup>34</sup> R. Rutkowski, W. Sroka, *Program terapii sprawców przestępstw seksualnych*, [w:] M. Marczał, *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez służbę więzienną*, Kraków 2009, s. 236.

<sup>35</sup> M. Kluger, *Sprawcy przestępstw seksualnych w polskim więzieniu*, „Niebieska Linia” 2002, nr 1, s. 22.

<sup>36</sup> W. Sroka, op. cit.

<sup>37</sup> Ibidem.

## Summary

### ***Therapeutic model applied towards imprisoned with sexual preferences' disorders***

Key words: sex offender, pharmacological or cognitive – behavioral therapy, preventive measure

Protective measures from the Art. 95 a of the Penal Code were entered into the Penal Code pursuant to the provisions of the amending Act of the Penal Code from 27th July 2005. Providing the adequate protection for the society against perpetrators of the crimes towards sexual freedom, it is one of the main purposes of the criminal politics implemented at present. Subjective measure, as the only from protective measures described in the chapter X of the Penal Code, in the current legal status, is implemented after completing the imprisonment by the convicted. The aim of ordering the following measure is to conduct a pharmacological therapy or cognitive and behavioral one to the sentenced for committing sexual offence, in relation to disorders of sexual preferences. Therapeutic methods are supposed to lead the sexual instinct of the perpetrator to the decrease and to eliminate or reduce the risk of re-offending the sex offence. Therapy, according to the statutory assumption, should be held in conditions of total institutions i.e. at first in a penal institution while imprisonment in the therapeutic system and then should be continued in conditions of the closed curative institution (psychiatric internation).