Państwo i Społeczeństwo

2014 (XIV) nr 4

Beata Marciniak

ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH WOBEC SPRAWCÓW SZCZEGÓLNIE NIEBEZPIECZNYCH CZYNÓW ZABRONIONYCH O CHARAKTERZE SEKSUALNYM

Applying protective measures of acts particularly dangerous to perpetrators forbidden about sexual character

Problems of employment of means has been discussed in article in to in accordance with perpetrators of crimes at the nature article of 95a polish penal code sexual indemnifying definite. In my opinion, by perpetrators about disturbed sexual preferences not up to the end forceful means of prevention committing of crime, because that punishment be not play relatively to perpetrators of sexual crimes in such form means important preventive role it indemnifying most often, it be not play in such form means important preventive role indemnifying most often, but degree of relapse is very high in this group of criminal. Find group with psychiatric in delinquent population – psychological point of view hard, relationships of made public psychopathological disturbances will be in which is strongest with constant, for breaking legal order solidified propensities. Conscious agreement of perpetrator of such crime on accession only pharmacological treatment and psychotherapy, as well as creation of condition of their proper practice, desired results can bring only.

Key words: means indemnifying, perpetrator, sexual crime, sexual disturbances, disturbances of mental functions

Środki zabezpieczające stanowią część środków formalnej reakcji społecznej na czyny zabronione pod groźbą kary i są relatywnie nowymi instytucjami prawa karnego. O ile kara, rozumiana przede wszystkim jako kara odwetowa, odpłata za zło wyrządzone przez przestępstwo, towarzyszy ludzkości praktycznie od zawsze, o tyle środki zabezpieczające rozumiane jako środek ochrony społeczeństwa przed sprawcą niebezpiecznym w związku z możliwością jego powrotu do przestępstwa, a więc środki stosowane ze względu na społeczne niebezpieczeństwo tego sprawcy, stały się przedmiotem ożywionej dyskusji dopiero w drugiej połowie XIX w. Do ustawodawstwa karnego krajów europejskich zaczęły być wprowadzane na szerszą skalę na przełomie XIX i XX w.

Warto podkreślić, że samo pojęcie środka zabezpieczającego, tak na gruncie ustawodawstwa polskiego, jak i w innych krajach europejskich, nie miało i nadal nie ma jednoznacznego charakteru oraz zakresu znaczeniowego i obejmuje instytucje o różnym charakterze, stosowane wobec pewnych kategorii sprawców z różnych powodów. Związane to jest przede wszystkim ze sporami i ewolucją poglądów w nauce prawa karnego i kryminologii na temat tego, jakie przypadki stwarzania przez sprawcę zagrożenia dla społeczeństwa, mierzonego przede wszystkim możliwością ponownego popełnienia przestępstwa, uzasadniają zastosowanie środków zabezpieczających[1].

Ponieważ współczesne systemy prawa karnego posługują się w ochronie porządku prawnego karami, środkami karnymi oraz środkami zabezpieczającymi, to właśnie dwie pierwsze kategorie wiążą się z winą sprawcy czynu zabronionego, a trzecią charakteryzuje brak zawinienia popełnionego czynu zabronionego oraz związane z tym zagrożenie dla porządku prawnego – sprawcy należący do tej grupy są po prostu groźni z uwagi na ich stan psychiczny, skutkujący nieodpowiedzialnością za popełnione czyny[2].

Środki zabezpieczające mają więc na celu ochronę społeczeństwa przed niebezpiecznym sprawcą w sytuacji, kiedy nie można go ukarać z powodu stanu jego niepoczytalności (sprawca nie może ponosić odpowiedzialności karnej z uwagi na niemożność przypisania mu winy lub jego wina jest znacznie ograniczona), lub gdy samo karanie nie jest w stanie przeciwdziałać popełnianiu przestępstw w przyszłości przez danego sprawcę, gdyż dokonywanie naruszeń prawa w jego przypadku ma w obecnym stanie prawnym związek z uzależnieniem od alkoholu lub innych środków odurzających albo z zaburzeniem preferencji seksualnych, które wymagają terapii, gdyż istnieje wysokie niebezpieczeństwo prawdopodobnego ponownego popełnienia czynu zabronionego przez sprawcę, w tym czynów o poważnym ciężarze gatunkowym[3].

---

[1] K. Krajewszki, *Pojęcie i istota środków zabezpieczających*, [w:] *System prawa karnego. Środki zabezpieczające*, red. L.K. Paprzycki, Warszawa 2012, s. 4.

[2] *Ibidem*.

[3] V. Konarska-Wrzosek, A. Marek, T. Oczkowski, *Podstawy prawa karnego i prawa wykroczeń*, Toruń 2013, s. 185.

Zarówno w przypadku osób dotkniętych określonymi zaburzeniami psychicznymi, jak i problemem uzależnienia przyjmuje się, że istnieje relatywnie wysokie prawdopodobieństwo ponawiania zachowań naruszających prawo, chociaż wymaga to zawsze dokładniejszej oceny na tle każdego indywidualnego przypadku. Potrzeba ochrony społeczeństwa przed takim niebezpieczeństwem uzasadnia izolację takich sprawców poprzez zastosowanie środków zabezpieczających zamiast, lub ewentualnie obok, kary, przy czym okres tej izolacji nie może pozostawać w jakiejkolwiek proporcji do wagi i charakteru popełnionego czynu, a uzasadniony jest jedynie trwaniem po stronie sprawcy stanu zagrożenia dla ładu społecznego i porządku prawnego.

Cel takiej izolacji nie wyczerpuje się tylko i wyłącznie w samym fizycznym uniemożliwieniu sprawcy powtarzania czynów zabronionych pod groźbą kary. Ma ona najczęściej także jednoznaczny cel terapeutyczny, na tyle, na ile w danym przypadku oddziaływanie o takim charakterze jest możliwe. Jeżeli w związku z tym, w okresie izolacji na skutek stosowanych zabiegów terapeutyczno-leczniczych, uda się ów stan zagrożenia sprawcy zlikwidować lub przynajmniej poważnie zredukować, może stanowić to podstawę do ustania wykonywania środków zabezpieczających. W takim ujęciu środki zabezpieczające, unormowane w polskim systemie prawnym, mają więc przede wszystkim charakter środków izolacyjno-leczniczych[4].

Idea środków zabezpieczających zrodziła się pod koniec XIX w. w związku z zakwestionowaniem przez włoską szkołę pozytywistyczną tradycyjnych metod walki z przestępczością, opartych na karaniu za zawinione przez sprawcę popełnienie czynu zabronionego[5]. Proponowano zerwanie z fundamentalnymi założeniami klasycznego prawa karnego, zgodnie z którymi o odpowiedzialności karnej można mówić dopiero wtedy, gdy spełnione są wszystkie warunki wskazane w normatywnej definicji przestępstwa, a stosowanie kary ma na celu przede wszystkim wyrządzenie osobistej dolegliwości sprawcy, współmiernej do wagi jego czynu. W miejsce tradycyjnego systemu kar proponowano wprowadzenie odpowiednich środków, których celem byłoby z jednej strony zabezpieczenie społeczeństwa przed stanowiącą dla niego zagrożenie jednostką, a z drugiej wyeliminowanie grożącego ze strony tej jednostki niebezpieczeństwa poprzez jej leczenie, resocjalizację i inne oddziaływania zmierzające do przystosowania społecznego (tzw. środki obrony społecznej)[6].

Podstawą stosowania tych środków byłby odpowiedni wskaźnik „antyspołeczności" człowieka, ustalany m.in. na podstawie wagi i charakteru popełnionego czynu. Jednocześnie, ze względu na funkcje lecznicze, resocjalizacyjne, zabezpieczające i izolacyjne tychże środków, do ich stosowania nie jest wymagane

---

[4] K. Krajewski, *op. cit.*, s. 4 i nast.

[5] K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, karze i środkach penalnych*, Warszawa 2002, s. 368.

[6] *Ibidem*.

ustalenie winy, lecz odpowiedniego stopnia niebezpieczeństwa sprawcy, a czas ich trwania nie musi być z góry określany, ponieważ zależy od postępów w leczeniu lub resocjalizacji.

Wpływ włoskiego pozytywizmu zaowocował w latach 30. XX w. wprowadzeniem do kodeksów karnych niektórych państw – obok kar, które pozostają nadal podstawowym środkiem reakcji prawnej – tzw. środków zabezpieczających, nadając im charakter dwutorowych; polski kodeks karny jest klasycznym przykładem takiego modelu[7].

Taki model kodeksu nie rezygnuje z możliwości stosowania szczególnych środków zabezpieczających wobec sprawców co do których istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że w przyszłości mogą popełnić czyn zabroniony. Niemniej zawsze przesłanką orzekania tych środków jest popełnienie czynu zabronionego pod groźbą kary, gdyż samo stwarzanie przez sprawcę niebezpieczeństwa dla dóbr prawnych (własnych lub innych osób), nie wystarcza dla orzeczenia tych środków.

W systemach dwutorowych wyklucza się więc możliwość stosowania środków zabezpieczających o charakterze predeliktualnym – czyli orzekanych wyłącznie na podstawie przesłanki niebezpieczeństwa, jakie stwarza jednostka dla społeczeństwa ze względu na jej cechy osobiste. Dopiero uzewnętrznienie tego niebezpieczeństwa poprzez popełnienie czynu zabronionego, daje podstawę do reakcji karnej w postaci zastosowania środka zabezpieczającego. Dopuszczenie stosowania tychże środków o charakterze predeliktualnym wiązało się w przeszłości z wykorzystywaniem ich w państwach o ustrojach totalitarnych wyłącznie do realizacji celów politycznych, w szczególności do eliminowania z życia publicznego osób wyrażających inne poglądy[8]. W Polsce przykładem takiego wypaczenia idei środków zabezpieczających były przepisy art. 42–45 dekretu z 12 grudnia 1981 r. o stanie wojennym[9], które przewidywały stosowanie środka w postaci internowania w ośrodkach odosobnienia względem osób, „w stosunku do których ze względu na dotychczasowe zachowanie się zachodzi uzasadnione podejrzenie, że pozostając na wolności będą prowadziły działalność zagrażającą interesom bezpieczeństwa i obronności państwa". Do najtragiczniejszego w skutkach wypaczenia idei środków zabezpieczających doszło w hitlerowskich Niemczech, gdzie nowelą do kodeksu karnego z 1933 r. wprowadzono tzw. zatrzymanie zabezpieczające, polegające na umieszczeniu przeciwników ówczesnego reżimu w obozach koncentracyjnych.

Dyskusja o możliwości stosowania środków ochrony społecznej wobec sprawców, którzy mogą być potencjalnie skłonni do popełnienia przestępstwa, odżyła w ostatnim czasie w związku z walką z terroryzmem i propozycjami wprowadzenia środków pozwalających na kontrolę i izolację osób, które poten-

[7] A. Zoll, W. Wróbel, *Prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010, s. 547.

[8] K. Indecki, A. Liszewska, *op. cit.*, s. 368 i nast.

[9] Dz.U. Nr 29, poz. 154

cjalnie mogą prowadzić działalność terrorystyczną[10]. Mając jednak w pamięci wyżej wymienione wydarzenia, należy uznać za niedopuszczalne zezwolenie na wprowadzenie do systemu prawa takich środków zabezpieczających, których stosowanie byłoby możliwe bez ustalenia sprawstwa czynu zabronionego.

Jak już było wcześniej wspomniane, w polskim systemie prawa karnego występują izolacyjno-lecznicze oraz administracyjne środki zabezpieczające. Obowiązujące prawo nie przewiduje środków zabezpieczających o charakterze wyłącznie izolacyjnym, których celem nie byłoby jednocześnie leczenie, lecz jedynie odizolowanie sprawcy czynu zabronionego od społeczeństwa. Jednak w przeszłości środki takie były znane polskiemu prawu i należały do nich, obok wymienionego wyżej internowania, umieszczenie w domu pracy przymusowej na podstawie art. 83 § 1 k.k. z 1932 r., umieszczenie w zakładzie dla niepoprawnych na podstawie art. 84 k.k. z 1932 r. oraz umieszczenie w ośrodku przystosowania społecznego na podstawie art. 62 § 2 i art. 64 k.k. z 1969 r. (ostatnie przepisy te zostały uchylone w 1993 r.).

Ze względu na przedmiot tego opracowania należy zwrócić szczególną uwagę na uregulowania obecne kodeksu karnego, przewidziane w art. 93 i 95a. Określają one możliwość orzeczenia przez sąd środka zabezpieczającego w postaci obowiązku leczenia ambulatoryjnego (charakter nieizolacyjny) lub umieszczenia w zakładzie zamkniętym osoby, która popełniła przestępstwo w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym – zaburzeniami preferencji seksualnych, nieprowadzącym do wyłączenia poczytalności (charakter izolacyjny). Wydaje się, że przestępstwa popełnione przez sprawców o pełnej poczytalności należy zaliczyć do szczególnie niebezpiecznych, nie umniejszając wagi czynów zabronionych popełnionych przez osoby niepoczytalne czy też o ograniczonej poczytalności.

Przepis art. 95a k.k. został wprowadzony nowelizacją przeprowadzoną w 2005 r., a następnie zmieniony nowelizacją z 2009 r. Celem określonego w tym przepisie środka zabezpieczającego jest umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym nie tylko dlatego, by zminimalizować, ale także wykluczyć grożące z jego strony niebezpieczeństwo dla porządku prawnego oraz przede wszystkim wyleczyć jego niesprawność psychiczną w postaci zaburzenia preferencji seksualnych – i w tym zakresie omawiany środek różni się w sposób zasadniczy od kary pozbawienia wolności, która spełnia zupełnie inne funkcje[11].

Regulacja – takie przed zmianą dokonaną w 2009 r. – budziła od samego początku wiele kontrowersji. W szczególności podnoszono, że taka konstrukcja środka zabezpieczającego prowadzi *de facto* do przedłużenia izolacji osoby w pełni poczytalnej już po odbyciu przez nią kary pozbawienia wolności,

[10] A. Zoll, W. Wróbel, *op. cit.*, s. 547 i nast.

[11] E. Weigend, J. Długosz, *Stosowanie środka zabezpieczającego określonego w art. 95a § 1a k.k. w świetle standardów europejskich*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2010, z. 4, s. 73.

w wyniku czego jest to środek całkowicie odmienny od leczniczo-izolacyjnych środków zabezpieczających[12].

Ogólną przesłanką zastosowania wyżej wymienionego środka izolacyjnego jest stwierdzenie, że umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym jest niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez niego czynu zabronionego związanego z zaburzeniami preferencji seksualnych. Owa niezbędność wymaga więc ustalenia określonego stopnia prawdopodobieństwa, że sprawca pozostając na wolności, popełni ponownie przestępstwo, i to nie jakiekolwiek, ale związane z jego stanem psychicznym. Postawienie takiego stwierdzenia wymaga wiedzy specjalistycznej, stąd wymóg ustawy, by przed rozstrzygnięciem dotyczącym zastosowania środka izolacyjnego zasięgnąć opinii lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – także lekarza seksuologa[13]. Takie obwarowanie orzekania leczniczych środków zabezpieczających ma duże znaczenie gwarancyjne, gdyż zapewnia, że nie będą one stosowane bez odpowiedniego medyczno-psychologicznego uzasadnienia lub wyraźnej potrzeby[14]. Z uwagi na to, że ustawodawca przyjął za przesłankę stosowania środków izolacyjnych ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego związanego z zaburzeniami preferencji seksualnych, także wcześniej popełniony czyn zabroniony, którego stwierdzenie warunkuje stosowanie środków zabezpieczających, musi być związany ze wskazaną w tym przepisie sytuacją psychiczną sprawcy. Samo prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego nie jest jeszcze wystarczające. Stosowanie środków izolacyjnych jest dopuszczalne wyłącznie na zasadzie *ultima ratio*, jeżeli nie ma innych środków, które mogłyby zmniejszyć ryzyko popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego – w tym sensie stosowanie środków izolacyjnych ma charakter subsydiarny[15].

Umieszczenie w zakładzie zamkniętym osoby, która popełniła przestępstwo w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym, nieprowadzącym do wyłączenia poczytalności, ma więc na gruncie polskiego kodeksu karnego charakter postpenalnego środka zabezpieczającego. Stosuje się go dopiero po odbyciu kary pozbawienia wolności, wychodząc z założenia, że sprawca nadal stwarza zagrożenie dla porządku prawnego. Jest to środek wyjątkowy, gdyż jego zastosowanie powoduje, że sprawca przestępstwa, mimo odbycia całej kary, nie odzyskuje wolności.

Wracając do przepisu art. 95a k.k.: fakultatywne zastosowanie określonego w nim środka zabezpieczającego jest wyrazem reakcji ustawodawcy na coraz częstsze przypadki popełniania przestępstw w związku z zakłóceniami

---

[12] E. Darmomost-Sierocińska, *Kierunek zmian prawa karnego materialnego w zakresie zwalczania przestępczości na tle zaburzeń seksualnych*, „Jurysta" 2009, nr 3–4, s. 25.

[13] A. Zoll, W. Wróbel, *op. cit.*, s. 547 i nast.

[14] V. Konarska-Wrzosek, A. Marek, T. Oczkowski, *op. cit.*, s. 185.

[15] A. Zoll, W. Wróbel, *op. cit.*, s. 547 i nast.

psychicznymi o podłożu seksualnym. Przesłanki zastosowania tego środka przepis określa następująco:

- sprawca popełnił przestępstwo przeciwko wolności seksualnej,
- popełnienie tego przestępstwa nastąpiło w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych,
- sąd orzekł karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania[16].

Kumulatywne spełnienie tych przesłanek daje sądowi możliwość orzeczenia w wyroku skazującym sprawcę na bezwzględną karę pozbawienia wolności umieszczenia sprawcy, po odbyciu orzeczonej kary pozbawienia wolności, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go do leczenia ambulatoryjnego. Wykonanie tych środków jest jednak zawieszone do chwili ukończenia wykonania kary lub warunkowego przedterminowego zwolnienia. Takie orzeczenie sądu ma na celu stworzenie warunków do przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego u sprawcy. Terapia farmakologiczna nie może być stosowana, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia skazanego. W przypadku sprawcy, który zostaje skazany za przestępstwo kazirodczego zgwałcenia lub zgwałcenia osoby małoletniej poniżej 15 lat, orzeczenie o umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go do leczenia ambulatoryjnego jest obligatoryjne. Także jednak i w tym przypadku musi zachodzić konieczność podjęcia leczenia w celu zapobieżenia popełnieniu przestępstwa w przyszłości. Orzeczenie wyżej wymienionego typu środka zabezpieczającego wymaga wysłuchania przez sąd przynajmniej dwóch lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a w przypadku takich sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych – dodatkowo lekarza seksuologa, o czym już było wspomniane. Środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie orzeka się już w momencie wydawania wyroku skazującego, przy czym nie określa się z góry czasu jego trwania. Orzeczenie to podlega weryfikacji – w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed zakończeniem wykonywania kary sąd – ustala potrzebę i sposób wykonania orzeczonego środka, w przypadku gdy środek jest stosowany fakultatywnie, a gdy jest on stosowany obligatoryjnie, sąd ustala sposób wykonania orzeczonego środka. Sąd bada wówczas ponownie potrzebę stosowania tego środka, biorąc pod uwagę te same kryteria. Po umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym, sąd jest zobowiązany co 6 miesięcy badać konieczność dalszego przetrzymywania sprawcy w tym zakładzie.

Niezależnie od tego, czy orzeczenie o umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym albo skierowanie na leczenie ambulatoryjne jest fakultatywne czy

[16] M. Kalitowski, *Środki zabezpieczające*, [w:] *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, red. T. Dukiet-Nagórska, Warszawa 2012, s. 265.

obligatoryjne, sąd może zarządzić zmianę sposobu wykonywania orzeczonego środka, natomiast gdy sprawca uchyla się od leczenia ambulatoryjnego, sąd może zarządzić umieszczenie go w zakładzie zamkniętym. Czas pobytu w zakładzie zamkniętym bądź leczenia ambulatoryjnego nie jest określany z góry – istnieje także możliwość ponownego umieszczenia skazanego w zakładzie zamkniętym lub skierowania go na leczenie ambulatoryjne. Zarządzenie nie może być jednak wydane po upływie 5 lat od zwolnienia z zakładu[17].

Jeśli natomiast chodzi o stosowanie środka zabezpieczającego terapeutycznego o charakterze nieizolacyjnym w postaci leczenia ambulatoryjnego, to jest to uwarunkowane tymi samymi okolicznościami, co stosowanie środków izolacyjnych i również ma charakter postpenalny. W szczególności orzeczenie tego środka jest możliwe tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z zaburzeniami preferencji seksualnych. Przed orzeczeniem tego środka sąd jest zobowiązany do zaciągnięcia opinii lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a także lekarza seksuologa. Kolejnym warunkiem jest skazanie sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych[18].

Zastosowanie leczenia ambulatoryjnego w przypadku sprawców z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym stanowi więc alternatywę dla orzekania o umieszczeniu ich w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym po wykonaniu kary, co jest szczególnie istotne w przypadku obligatoryjnego orzekania środka izolacyjnego z art. 95a § 1a k.k.

Skierowanie sprawcy na leczenie ambulatoryjne będzie miało swoje uzasadnienie w sytuacji, gdy zaburzenia jego preferencji seksualnych będą miały wprawdzie charakter powtarzalny lub trwały, ale nie będzie on stanowił istotnego zagrożenia dla porządku prawnego, w szczególności ryzyko ponownego popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego będzie minimalne[19].

W przypadku gdy sprawca uchyla się od obowiązku podjęcia i kontynuowania leczenia ambulatoryjnego, szczególnie w razie niestawiennictwa sprawcy w zakładzie ambulatoryjnym w wyznaczonym terminie, kierownik zakładu niezwłocznie zawiadamia o tym właściwą jednostkę policji lub właściwy organ wojskowy – policja lub właściwy organ wojskowy zatrzymują sprawcę i w ciągu 48 godzin od chwili zatrzymania przekazują go do dyspozycji sądu[20]. Od zatrzymania można odstąpić, jeżeli niestawiennictwo nastąpiło z przyczyn losowych, niezależnych od sprawcy. Uchylanie powinno być rozumiane jako wyraz woli

[17] *Ibidem*.

[18] A. Zoll, W. Wróbel, *op. cit.*, s. 547 i nast.

[19] Z. Ćwiąkalski, *Środki zabezpieczające*, [w:] *Kodeks karny. Część ogólna*, red. A. Zoll, Warszawa 2011, s. 1224.

[20] *Ibidem*, s. 1192.

sprawcy zaprzestania całkowicie lub częściowo zaleconego leczenia lub jego utrudnianie – chodzić więc może o zaniechanie korzystania ze wskazanej placówki medycznej zupełnie lub okresowo w sposób, który przekreśla możliwość osiągnięcia korzystnych rezultatów leczenia lub też zaprzestania przyjmowania leków czy uczestniczenia w zajęciach psychoterapii[21].

Zdaniem K. Postulskiego, pod pojęciem „uchylania się od leczenia ambulatoryjnego", należy rozumieć zawinione niepoddawanie się orzeczonej terapii farmakologicznej lub psychoterapii, a więc z przyczyn leżących po stronie sprawcy, który mimo takiej możliwości nie podejmuje w ogóle określonego sposobu terapii, przerywa niezakończoną terapię, bądź poddaje się jej niesystematycznie, przez co niweczy jej cele[22]. Szczególnie rygorystycznie ustawodawca potraktował osoby uchylające się od leczenia ambulatoryjnego, gdyż w takim przypadku sąd zarządza umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym (§ 2b).

Tak więc poza spełnieniem przesłanek ogólnych, odnoszących się do wszystkich środków izolacyjnych, warunkiem orzeczenia umieszczenia w zakładzie zamkniętym jest skazanie sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Ustawodawca nie wskazuje żadnych konkretnych przestępstw, choć z uzasadnienia tej regulacji prawnej jednoznacznie wynika, że chodziło o przestępstwa seksualne skierowane przeciwko małoletnim (pedofilia). Ustawodawca nie wskazuje także na typ zaburzeń preferencji seksualnych, które uzasadniają sięgnięcie po postpenalne umieszczenie w zakładzie zamkniętym. Nie chodzi w tym przypadku o preferencje odbiegające po prostu od powszechnie akceptowanych norm obyczajowych, ale o stany uznane w naukach medycznych za patologiczne[23].

Przestępstwo to ma być więc popełnione w związku „z zaburzeniami preferencji seksualnych". Ustawa nie określa bliżej tego pojęcia. Z pewnością dla zdiagnozowania tego typu zaburzenia konieczna jest wiedza medyczna. Chodzi tu o tzw. parafilie i to tylko te, które mają charakter przestępny, a więc wyczerpują znamiona przestępstwa z rozdziału XXV k.k. W praktyce sprowadza się to przede wszystkim do przestępstw pedofilii lub innych przestępstw seksualnych skierowanych przeciwko członkom najbliższej rodziny, jak np. kazirodztwo, seksualne wykorzystywanie niepoczytalności lub bezradności.

W przepisie ograniczono się tylko do zaburzeń preferencji seksualnych, a nie wszystkich zaburzeń seksualnych u sprawców. Przepis dotyczy zaburzeń seksualnych mających charakter takich utrwalonych zachowań seksualnych, które podniecenie seksualne i satysfakcję seksualną uzależniają od wystąpienia specyficznych sytuacji, zdarzeń czy obiektów. Wprawdzie przepis tego nie pre-

[21] *Ibidem*, s. 1227.

[22] K. Postulski, *Nowe zasady wykonywania przez sąd środka zabezpieczającego określonego w art. 95a kodeksu karnego*, „Prokuratura i Prawo" 2010, z. 10, s. 86.

[23] A. Zoll, W. Wróbel, *op. cit.*, s. 547 i nast.

cyzuje, ale wydaje się słuszne twierdzenie, że zaburzenia stanowiące podstawę orzekania środka zabezpieczającego powinno wykazywać związek z charakterem samego przestępstwa przeciwko wolności seksualnej[24].

Ustawodawca nie określił wymaganego stopnia zaburzenia preferencji seksualnych sprawcy w chwili czynu. Tym samym stopień ten może być dowolny, choć w rezultacie musi stwarzać ryzyko ponownego popełnienia takiego przestępstwa, gdyż w tym kierunku ma zmierzać podjęta terapia farmakologiczna lub psychoterapia. To ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa muszą ocenić biegli specjaliści[25]. Przy tego rodzaju przestępstwach szczególnej wagi nabiera opinia lekarza seksuologa i wiedza seksuologiczna, gdyż w takich przypadkach wiedza psychiatryczna czy psychologiczna wydają się niewystarczające.

Stosowanie środka zabezpieczającego nie jest zależne także od tego, czy przestępstwo skierowane zostało przeciwko osobie dorosłej, czy też małoletniemu. Obojętny jest typ popełnionego przestępstwa, o ile tylko mieści się w grupie przestępstw przeciwko wolności seksualnej i nie ma znaczenia wysokość wymierzonej kary bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. W rezultacie środek ten można orzec – przy spełnieniu pozostałych warunków – wymierzając sprawcy tylko karę 1 miesiąca bezwzględnego pozbawienia wolności za przestępstwo z art. 199 § 1 k.k., polegające na wymuszeniu współżycia płciowego na osobie podległej lub w krytycznym położeniu.

Pierwszą więc wątpliwością, która powstaje na tle art. 95a k.k. jest to, że w § 1 tegoż przepisu użyte są sformułowania nieostre, jak np. przestępstwo przeciwko wolności seksualnej, podczas gdy tytuł rozdziału XXV k.k. brzmi „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności". Prowadzi to do pytania, które z opisanych tam przestępstw wyczerpują zakres kwestionowanego określenia, tym bardziej, że w konsekwencji z dwóch przestępstw o takim samym stopniu społecznej szkodliwości (identyczna sankcja), jedno będzie spełniało wymagania określone w art. 95a § 1 k.k., a drugie wręcz przeciwnie[26].

Dodatkowo w przypadku stosowania środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a § 1a k.k. odnośnie sprawcy przestępstwa z art. 197 § 3 pkt 2 lub k.k., zwraca się uwagę, że ten środek ma wyraźnie cel represyjny i ogólnoprewencyjny, a nie leczniczy, bowiem nie każdy sprawca tego przestępstwa wymaga leczenia jako warunku zapobieżenia ponownemu popełnieniu przestępstwa – w takim przypadku zatraca się istota tegoż środka zabezpieczającego[27].

Kolejną kwestią podnoszoną w odniesieniu do tego przepisu jest wątpliwa skuteczność środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy w zakładzie zamkniętym bądź skierowania go na leczenie ambulatoryjne. Ten bardzo

---

[24] Co do całości akapitu: A. Golonka, *Zaburzenia preferencji seksualnych a „inne zakłócenia czynności psychicznych"*, „e-Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2011, z. 26, s. 11.

[25] Z. Ćwiąkalski, *op. cit.*, s. 1224.

[26] M. Kalitowski, *op. cit.*, s. 265.

[27] K. Postulski, *op. cit.*, s. 86.

surowy środek został wprowadzony do kodeksu karnego, o czym już była mowa, nowelą z 27 lipca 2005 r., nie uwzględniono ani braku odpowiednich zakładów zamkniętych, ani tego, że brak jest zarówno odpowiednich specjalistów, jak i dobrych programów terapeutycznych[28]. Z tego też powodu praktyczna realizacja nowych rozwiązań w zakresie stosowania środków leczniczo-zabezpieczających w stosunku do ujawniających zaburzenia preferencji seksualnych niektórych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej jest trudna, dlatego że brak jest w Polsce wykwalifikowanych kadr do pracy terapeutycznej z tego typu sprawcami, brakuje także jakichkolwiek kompleksowych modeli leczenia i doświadczeń terapeutycznych odnośnie do omawianej grupy pacjentów. Tworzone są stacjonarne i ambulatoryjne oddziały, w których można leczyć takich sprawców. Modele i oddziały można oczywiście stworzyć, a specjalistów wykształcić, na przykład w holenderskich, niemieckich czy angielskich klinikach detencyjnych. Wymaga to jednak czasu i środków finansowych. Istnieje Rozporządzenie ministra zdrowia z 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). Rozporządzenie to stanowi, że stacjonarne leczenie takich sprawców może odbywać się jedynie w zamkniętych zakładach psychiatrycznych dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia[29].

Warto także zwrócić uwagę na to, że jak już było wcześniej wspomniane, zgodnie z art. 95a k.k., umieszczenie w zakładzie zamkniętym jest dopuszczalne wyłącznie w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności przez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy, przy czym terapii farmakologicznej nie stosuje się jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia skazanego. Regulacja ta budzi zasadnicze wątpliwości o charakterze konstytucyjnym nie tylko z tego powodu, że przewiduje specyficzny przymus leczniczy, ale głównie dlatego, że narusza zasadę autonomii lekarza w doborze skutecznych metod terapeutycznych – tymczasem w art. 95a k.k. ustawodawca przesądził, że taką skuteczną metodą jest obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy, stawiając się w roli podmiotu decydującego o właściwej terapii[30].

Poprzez użycie określenia „w szczególności" można stwierdzić, że ustawodawca zostawił jednak furtkę dla możliwych postępów medycyny w tym zakresie i innych sposobów osiągania celów terapii niż tylko poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy. Celem terapii ma być więc wyłącznie

---

[28] J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna,* Warszawa 2007, s. 464.

[29] J.K. Gierowski, *Terapia uzależnień i zakłóceń czynności psychicznych o podłożu seksualnym*, [w:] *System prawa karnego…*, s. 99.

[30] A. Zoll, W. Wróbel, *op. cit.*, s. 547 i nast.

zapobieżenie ponownemu popełnieniu przestępstwa, w szczególności właśnie poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy. Nie może być zatem celem terapii np. pozbawienie sprawcy zdolności płodzenia czy zmiana jego płci. Zwraca się uwagę, że terapia farmakologiczna osób z zaburzeniami preferencji seksualnych polegać będzie na podawaniu środków farmakologicznych obniżających popęd seksualny, przede wszystkim na skutek obniżenia poziomu testosteronu w organizmie. Stosowanie psychoterapii z kolei oznacza objęcie ich oddziaływaniem leczniczym przy użyciu metod określanych jako psychologiczne lub środowiskowe, a zatem niepolegających na stosowaniu środków farmakologicznych[31].

Jeżeli zważy się, że terapia farmakologiczna nie jest obojętna dla zdrowia skazanego, a może być wręcz niebezpieczna dla jego życia lub zdrowia, co wyklucza jej stosowanie, to wtedy znów można mówić wręcz o ustawowej preferencji psychoterapii. Należy także jasno podkreślić, że z medycznego i psychoterapeutycznego punktu widzenia, preferowanie tylko jednej formy leczenia jest nieporozumieniem. Pozytywne wyniki można uzyskać jedynie w przypadku leczenia kompleksowego, w którym jest miejsce zarówno na psychoterapię, jak i na leczenie farmakologiczne. Powszechnie wiadomo, że samo oddziaływanie farmakologiczne nie jest w stanie dać bardziej utrwalonej poprawy, działa bowiem wyłącznie w czasie, w którym jest stosowane. Stąd wątpliwości do sensu takiej terapii w warunkach izolacji, tj. zakładu karnego czy też zamkniętego oddziału detencyjnego[32].

Ponadto z doświadczeń klinicznych wynika, że zgoda i akceptacja leczenia jest zawsze, w przypadku każdej terapii, okolicznością pożądaną, sprzyjającą większej skuteczności i efektywności. W przypadku leczenia zaburzeń preferencji seksualnych sprawa jest bardziej skomplikowana. Bardzo trudno uzyskać od sprawcy autentyczną gotowość do poddania się terapii, wymagającą uprzedniego uznania, iż rzeczywiście jest osobą ujawniającą omawiane zaburzenie, a dodatkowo naruszającą porządek prawny. Kontekst zakładu karnego i panujących w nim skrajnie negatywnych postaw wobec sprawców przestępstw seksualnych (popełnionych zwłaszcza wobec dzieci) ograniczają dodatkowo gotowość do ujawnienia się jako sprawca właśnie tego typu. Stąd możliwe do przyjęcia, z psychoterapeutycznego punktu widzenia, rozwiązanie czy też praktyka, które w pierwszej fazie nie wymagałoby od uczestnika bezwzględnej gotowości czy zgody. Jej uzyskaniu poświęcony byłby pierwszy etap terapii i w zależności od uzyskanych efektów (uznanie problemu, akceptacja terapii itd.), leczenie byłoby kontynuowane lub nie. Zgoda taka jest konieczna, gdyż leczenie farmakologiczne nie jest całkiem obojętne dla zdrowia, trudno więc wyobrazić sobie, aby

[31] E. Weigend, J. Długosz, *op. cit.*, s. 73.

[32] A. Morawska, *Strategie postępowania ze sprawcami przestępstw seksualnych wobec dzieci na przykładzie wybranych krajów*, „Dziecko Krzywdzone" 2004, nr 7, s. 7–20.

znalazł się jakikolwiek lekarz, który podejmie się takiego zadania wbrew woli i bez zgody leczonego[33].

O charakterze terapii, jakiej poddany ma być sprawca decydują więc biegli lekarze, przy czym może to być wyłącznie albo terapia farmakologiczna, albo psychoterapia lub też obie terapie łącznie. Charakter terapii i rodzaj zakładu sąd powinien określić po zasięgnięciu opinii biegłych już w wyroku skazującym, jeśli tego typu decyzję podejmuje. Zgodnie bowiem z art. 201 § 2a k.k.w., wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego określonego w omawianym przepisie, sąd po zasięgnięciu opinii odpowiedniej w sprawach seksuologii sądowej jednostki organizacyjnej, wskazuje zakład, w którym środek ten będzie wykonywany[34].

Ostatnia wątpliwość dotyczy tego, że wprowadzone przepisy nie regulują kwestii dotyczących relacji między terapią w zakładzie karnym (art. 117 k.k.w) a zakładem zamkniętym czy leczeniem ambulatoryjnym (art. 95a k.k.). Można byłoby stworzyć przez to szerszy, rozbudowany system terapii, który rozpoczynałby się w terapeutycznym oddziale zakładu karnego, a następnie obejmował oddziaływania w zamkniętym zakładzie leczniczym, aby w końcu przekształcić się w opiekę ambulatoryjną. Takie długie, kompleksowe leczenie pozwalałoby na stopniowe odchodzenie od warunków skrajnej izolacji, monitorowanie efektów leczenia w dłuższym przedziale czasowym, wprowadzanie nowych form terapii, a także tworzenie systemu wsparcia i opieki w warunkach wolnościowych czy półwolnościowych. Można byłoby w ten sposób zrealizować jeden z podstawowych postulatów psychiatrii sądowej, mówiący o potrzebie, a nawet konieczności, przechodzenia w trakcie długotrwałej terapii pacjentów detencyjnych od warunków skrajnej izolacji i kontroli do takiej formy leczenia, w której pacjent dobrowolnie akceptowałby potrzebę systematycznej opieki medycznej i mógł ją realizować w warunkach wolnościowych[35].

Warto także zwrócić uwagę na następującą kwestię, że w najbliższych latach zakłady karne opuści kolejnych kilkunastu wyjątkowo niebezpiecznych sprawców przestępstw – skazanych na kary śmierci, które w 1989 r. w drodze amnestii zamieniono na karę 25 lat pozbawienia wolności. Wielu z nich zapowiada powrót do przestępczej działalności. Ministerstwo Sprawiedliwości pracuje nad reformą środków zabezpieczających mającą chronić obywateli przed takimi i podobnymi sprawcami. Projektuje się zmiany w prawie karnym przewiduje kolejne środki zabezpieczające dla sprawców niebezpiecznych przestępstw. Chodzi może m.in. o nowy, administracyjny tryb, który będzie mógł być stosowany do właśnie tych sprawców, odbywających kary pozbawienia wolności orzeczone przed wejściem w życie nowego kodeksu karnego, a stwarzających za-

[33] *Ibidem*.

[34] M. Szwejkowska, A. Chodorowska, *Czy instytucja internacji psychiatrycznej z art. 94 k.k. wymaga zmian?*, „Przegląd Policyjny" 2010, nr 4, s. 196.

[35] J.K. Gierowski, *op. cit.*, s. 99 i nast.

grożenie ze względu na swój stan psychiczny – możliwość zastosowania wobec tych sprawców leczniczej izolacji w zakładzie psychiatrycznym, jeżeli podczas badań psychiatrycznych zostanie stwierdzone, że w związku ze swoimi zaburzeniami psychicznymi (takimi, jak zaburzenia preferencji seksualnych lub zaburzenia osobowości), mogą oni, po zakończeniu odbywania kary pozbawienia wolności, dopuścić się przestępstw stwarzających niebezpieczeństwo dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób[36]. Projekt ma być implementacją dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/92/UE w sprawie zwalczania niegodziwego traktowania w celach seksualnych i wykorzystywania seksualnego dzieci oraz pornografii dziecięcej. Takie rozwiązanie problemu wydaje się jednak sprzeczne z konstytucją, gdyż jak wiadomo, tego typu środek zabezpieczający winien być orzeczony w wyroku skazującym, byłoby to więc pewnego rodzaju działaniem prawa wstecz. O wiele lepszym rozwiązaniem wydaje się wprowadzenie do kodeksu karnego art. 98a przewidującego możliwość zastosowania wobec sprawców takich przestępstw środków w postaci dozoru elektronicznego czy dozoru policji.

Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że środek zabezpieczający określony w art. 95a k.k. jest nie do końca skutecznym środkiem zapobiegania popełnianiu przestępstw przez sprawców o zaburzonych preferencjach seksualnych. Okazało się bowiem, że wobec sprawców przestępstw seksualnych kara bądź środek zabezpieczający w takiej formie nie odgrywa najczęściej istotniejszej roli prewencyjnej, a stopień recydywy w tej grupie przestępców jest bardzo wysoki. Nie stwierdzono, aby kara pozbawienia wolności znacząco wpływała na zmniejszenie ryzyka powrotu do zachowań dewiacyjnych, o ile nie towarzyszy jej specjalistyczna terapia oraz działania systemowe względem sprawców po odbyciu wyroku. Z psychiatryczno-psychologicznego punktu widzenia trudno znaleźć w populacji przestępczej grupę, w której silniejsze będą związki ujawnianych zaburzeń psychopatologicznych ze stałymi, utrwalonymi skłonnościami do naruszania porządku prawnego. Tylko świadoma zgoda sprawców takich przestępstw na objęcie leczeniem farmakologicznym i psychoterapią, a także stworzenie odpowiednich warunków ich wykonywania, mogą przynieść oczekiwane rezultaty.

[36] www.nawokandzie.ms.gov.pl/numer-16/wokanda-16/niebezpieczni-sprawcy-izolacja-leczenie-nadzor.html [30.09.2013].