

Rozdział 1. Kształtowanie się koncepcji odrębnego postępowania ze skazanymi z zaburzeniami psychicznymi, w tym z zaburzeniami preferencji seksualnych, skazanymi uzależnionymi oraz niepełnosprawnymi fizycznie w polskim systemie penitencjarnym

1.1. Doświadczenia okresu międzywojennego w zakresie specjalnego postępowania ze skazanymi wykazującymi zaburzenia psychiczne i uzależnionymi

Powstanie, a następnie rozwój rodzimej koncepcji odrębnego traktowania skazanych wykazujących zakłócenia zdrowia, zwłaszcza psychicznego, było ściśle powiązane z dominującymi na początku XX w. tendencjami w naukach penalnych na świecie. Od tego czasu świadomość potrzeby i wagi wdrożenia specjalnego systemu oddziaływań na skazanych, dostosowanych do stanu ich zdrowia, stopniowo przebiegała się, aby współcześnie urosnąć do rangi jednego z zasadniczych czynników warunkujących realizację zasady indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności.

Stało się tak dzięki temu, iż obserwowane u progu ubiegłego stulecia wpływy szkoły pozytywistycznej w centrum zainteresowania nauk penalnych postawiły osobę sprawcy przestępstwa, dużą wagę nadały badaniu przyczyn przestępczości i formułowaniu nowych rozwiązań w zakresie jej eliminacji. Pomocne w tym miały być nowo powstałe nauki tj. antropologia kryminalna,

etiologia kryminalna, polityka kryminalna czy też więzienioznawstwo¹. Zdo-
byta w tej przestrzeni wiedza miała posłużyć indywidualizacji środków reakcji
prawnokarnej, także w przestrzeni wykonawczej².

Konsekwencją tego było m.in. przedefiniowanie celów kary pozbawienia
wolności w ten sposób, iż wysunięto te, które koncentrowały się na popra-
wie sprawcy przestępstwa, ewentualnie na jego odosobnieniu³. Powszechnie
uważano, iż osiągnięcie takiej poprawy u znacznej części skazanych jest moż-
liwe. Podłożem tego twierdzenia była optymistyczna wiara w to, iż postęp
w naukach przyrodniczych, medycynie, pedagogice i kryminologii pozwoli nie
tylko ustalić źródła przestępczości, ale także wskazać skuteczne sposoby jej
zwalczania⁴.

Z biegiem czasu kluczową rolę w poszukiwaniu przyczyn przestępczości
zaczęły odgrywać badania osobopoznawcze, którym poddawano przebywają-
cych w zakładach penitencjarnych skazanych i „więźniów śledczych” (za ich
początek uważa się rok 1907, kiedy uruchomiono laboratorium antropologii
kryminalnej założone przez *L. Vervaecka* przy więzieniu w Brukseli). Po pier-
wszej wojnie światowej, kiedy proces organizacji takich ośrodków badawczych
na świecie przybrał na sile, znacząco rozszerzono *spectrum* zadań, jakie miały
one realizować. Dzięki temu możliwe było spożytkowanie ich wyników także
na potrzeby *stricte* penitencjarne⁵.

Więziennictwo powoli stawało się nie tylko miejscem realizacji badań
na cele koncepcji kryminologicznych, ale docelowo także odbiorcą rozwiązań

¹ *B. Stańdo-Kawecka*, Badania osobopoznawcze, s. 434–435.

² *P. Wierzbicki*, Indywidualizacja penitencjarna, s. 15–16.

³ *E.S. Rappaport*, Nowy system kodyfikacji, s. 15. Na początku XX w. zdawano sobie sprawę, że
w zbiorowości sprawców czynów zabronionych istnieje pewna grupa osób niepodatnych na od-
działywanie penitencjarne i terapię. Różnie szacowano jej wielkość, niemniej jednak uznano, iż
skoro są oni niezdolni do poprawy, to jedynym sposobem ochrony przed ich działalnością będzie
ich odosobnienie. Koncepcja ta znalazła wyraz w licznych instytucjach prawa karnego (zwłasz-
cza w środkach zabezpieczających przeznaczonych dla sprawców niepoprawnych) oraz przepisach
dotyczących wykonywania kary pozbawienia wolności, por. *S. Batawia*, Niepoprawni; *L. Dworzak*,
Wykonanie kary pozbawienia wolności.

⁴ *B. Stańdo-Kawecka*, Badania osobopoznawcze, s. 435–436.

⁵ O roli, jaką tym badaniom dla wykonywania kary pozbawienia wolności przypisywali współ-
cześni penitencjaryści, świadczy choćby wydzielenie przez *L. Rabinowicza* dla tej tematyki jed-
nego z pięciu rozdziałów swojej pracy poświęconej więziennictwu (Rozdział IV. Rola antropologii
kryminalnej w nowoczesnym więziennictwie), por. *L. Rabinowicz*, Podstawy nauki, s. 263–338.
W Polsce po II wojnie światowej, zwłaszcza do lat 50., dyskredytowano te badania, ignorując także
fakt, iż stały się one źródłem cennych inicjatyw w międzywojennym więziennictwie i myśli peni-
tencjarnej; tak: *E. Janiszewska-Talago*, Badania kryminalno-biologiczne, s. 3–15.

istotnych dla praktyki postępowania ze skazanymi, w kontekście ograniczenia ich powrotności do przestępstwa. W opinii *L. Rabinowicza* badania te miały dostarczyć wiedzy o skazanym nie tylko w wymiarze społecznym, osobniczym czy przestępczym, ale także właśnie w przestrzeni penitencjarnej. Jego zdaniem, spośród czterech zasadniczych zadań stawianych przed nimi aż dwa mieściły się w przestrzeni problematyki więziennej – tj. klasyfikacja i wskazania do właściwego, zindywidualizowanego postępowania ze skazanymi⁶. Podobne zapatrywania na korzyści płynące z nowych kierunków badań osobopoznawczych dla penitencjarystyki prezentował *S. Batawia*, postulując jak najszybsze podjęcie ich w naszym kraju⁷, co nastąpiło w pełni w roku 1933 wraz z powołaniem Komisji do Badań Kryminalno-Biologicznych⁸. Zdaniem *P. Wierzbickiego* stopniowe wykorzystywanie tych badań na gruncie penitencjarnym ujawniło potrzebę szczególnego zajęcia się skazanymi z dysfunkcjami zdrowia psychicznego⁹.

Bez wątpienia wyniki tych badań, jak i ożywiona debata naukowa, która się wokół nich toczyła w kraju, ustalenia poczynione na forum międzynarodowym oraz zachęcające doświadczenia zagraniczne¹⁰, wyzwoływały potencjał do przełomu w traktowaniu tej grupy skazanych w ramach populacji więziennej. Wprowadzeniem praktyki odrębnego postępowania ze skazanymi wykazującymi zaburzenia psychiczne były zainteresowane także władze więzienne, obiecując sobie po tym redukcję fali agresji, destrukcji i samookaleczeń ze strony tych skazanych, poprawę atmosfery między personelem a skazanymi, a na końcu także stworzenie w zwykłych jednostkach odpowiedniej atmosfery do pracy penitencjarnej¹¹.

⁶ *L. Rabinowicz*, Podstawy nauki, s. 268–269, 275.

⁷ *S. Batawia*, Cele i metody, s. 58 i n.

⁸ Na temat działalności Komisji szerzej: *J. Śliwowski*, Badania kryminalno-biologiczne; *H. Janowski*, Zadania komisji kryminalno-biologicznej.

⁹ *P. Wierzbicki*, Skazani niepełnosprawni psychicznie, s. 5.

¹⁰ Przedstawiciele polskiej penitencjarystyki okresu międzywojennego aktywnie uczestniczyli nie tylko w dyskusjach, ale i we współkreowaniu postępowych idei wyznaczających kierunek reform systemu wykonywania kary pozbawienia wolności. Podejmowane na międzynarodowych kongresach decyzje (szczególnie na kongresach w 1905 r. w Budapeszcie, w 1925 r. w Londynie i w 1930 r. w Pradze), a także doświadczenia innych państw w tym względzie stały się punktem odniesienia, zwłaszcza przy podejmowaniu zmian dotyczących klasyfikacji skazanych czy indywidualizacji metod i środków oddziaływania na nich; szerzej: *J. Górny*, Międzynarodowy ruch penitencjarny. O roli międzynarodowych kongresów penitencjarnych w wypracowaniu standardów odrębnego traktowania skazanych z zaburzeniami psychicznymi nieco szerzej w rozdz. 1.8.

¹¹ *J. Krychowski*, Polski system, s. 10.

Wcześniej bowiem (w pierwszej dekadzie po odzyskaniu niepodległości) polskie więziennictwo niewiele robiło w tej dziedzinie¹². Uważano, że wdrożenie specjalnych oddziałów leczniczo-terapeutycznych nie należy do obowiązków tej administracji i przekracza jej możliwości organizacyjne. Dość powiedzieć, że w jednostkach penitencjarnych był wówczas tylko jeden *adnex* (oddział) psychiatryczny (w Grudziądzu), który pozostawał w zasadzie nieużytkowany. Skazanych, u których w trakcie odbywania kary zdiagnozowano chorobę psychiczną, nie leczono w zakładach karnych, lecz przekazywano do szpitali psychiatrycznych na wolności, celem uzyskania stosownej opinii, a następnie występowano do prokuratora o zastosowanie przerwy w karze¹³. Od 1923 r. część skazanych „w wypadkach zaburzeń psychicznych w toku odbywania kary pozbawienia wolności” trafiała do szpitala psychiatrycznego w Tworckach¹⁴.

Wszystko to uległo zmianie dopiero w 1928 r., wraz z powołaniem pierwszego w Polsce szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych więźniów w Grodzisku Mazowieckim i zatrudnieniem psychiatrów w zakładach karnych do systemowej pracy ze skazanymi (a nie tylko do ich badań, obserwacji czy też doraźnej pomocy w stanach nagłych). Utworzenie tej placówki jest symbolicznym początkiem odrębnego traktowania skazanych z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ale także uzależnionych od alkoholu i środków odurzających, w polskim systemie penitencjarnym.

Zanim jednak doszło do uruchomienia grodzkiego szpitala, debatowano nad koncepcją optymalnej formuły organizacyjnej, w ramach której taka działalność miałyby się odbywać. W dyskusji tej obok prawników brali aktywny

¹² Najczęściej działania te sprowadzały się do obserwacji stanu psychicznego podsądnych ewentualnie do doraźnego przetrzymania skazanych, którzy ujawniali tego rodzaju zaburzenia. Ich wydzielenia z populacji więziennej dokonywano jedynie z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa skazanym „zdrowym” i porządku w zakładzie karnym, por. *J. Migdał*, *Polski system penitencjarny w latach 1918–1928*, s. 206.

¹³ *M. Lichtenstein*, *O dorobku twórczym*, s. 324.

¹⁴ Należy pamiętać, iż przed 1928 r. więźniowie psychicznie chorzy i podejrzewani o zaburzenia psychiczne umieszczani byli w państwowych i samorządowych zakładach psychiatrycznych. W związku z dużymi kosztami takiego rozwiązania, zaangażowaniem Policji do pilnowania takich skazanych oraz dezorganizacją funkcjonowania takich placówek w 1923 r. przestały one przyjmować takich pacjentów. Wtedy to przeznaczono dla nich oddział w państwowym szpitalu w Tworckach. Jedną z kategorii skazanych kierowanych do tego specjalnego oddziału byli skazani „w wypadkach zaburzeń psychicznych w toku odbywania kary pozbawienia wolności”. *A. Chrościcki* pisze, iż w związku z wypełnieniem placówki w Tworckach Ministerstwo Sprawiedliwości zdecydowało o uruchomieniu 1.10.1928 r. szpitala dla psychicznie chorych więźniów w Grodzisku Mazowieckim, *A. Chrościcki*, *Szpitala i zakłady dla psychicznie chorych*, s. 83–84.

udział wybitni polscy psychiatry. W obu grupach istniała głęboka świadomość konieczności wypracowania kompromisu między potrzebą zabezpieczenia społeczeństwa a wymogami nowoczesnej psychiatrii¹⁵. Było to o tyle ważne, iż wyniki tej debaty miały przesądzić zarówno o przyszłym charakterze takich placówek, jak i o zakresie oraz istocie oddziaływań, które miałyby być tam prowadzone.

Przedstawiono trzy zasadnicze propozycje urządzenia tej działalności: w formie oddziału psychiatrycznego funkcjonującego przy zakładzie karnym, jako oddziału dla więźniów zorganizowanego w ramach szpitalnictwa psychiatrycznego i jako samodzielnej placówki państwowej dla przestępców zaburzonych psychicznie. W toku dyskusji ustalono podstawowe zasady, które miały obowiązywać w takich placówkach, niezależnie od docelowego modelu organizacyjnego¹⁶. Trzeba dodać, iż na pewnym etapie pojawiły się także propozycje tzw. rozcieńczenia skazanych z dysfunkcjami zdrowia psychicznego wśród innych pacjentów szpitali psychiatrycznych. Ostatecznie jednak odrzucono propozycje skrajne (system rozcieńczania i samodzielnych placówek), rozważając tylko koncepcję tzw. *adnexów* (oddziałów) więziennych i psychiatrycznych. Wydaje się, że o umieszczeniu działalności leczniczej w ramach zakładów karnych przesądziły względy bezpieczeństwa i porządkowe. Wybór ten w opinii *J. Nelkena* nie był pozbawiony wad (słabsza jakość opieki psychiatrycznej niż w szpitalach), ale uznano, że lepiej, aby najbardziej niebezpieczni skazani przebywali w odpowiednio zabezpieczonych zakładach karnych (początkowo zakładano, że skazani, którzy są bezpieczni dla otoczenia, będą kierowani do szpitali psychiatrycznych)¹⁷.

Utworzony w Grodzisku więzienny szpital psychiatryczny nie tylko wypełniał te kryteria, ale pozwolił na wypracowanie swoistego systemu organizacji takich placówek i stał się wyznacznikiem postępowania ze skazanymi cierpiącymi na zaburzenia psychiczne. Szpitale te były jednostkami zlokalizowa-

¹⁵ Te dwie, jak niektórzy podnosili, przeciwstawne idee sprowadzono do twierdzeń: „więzienie nie jest miejscem dla psychicznie chorych” oraz „zakład dla psychicznie chorych nie jest miejscem dla chorych zbrodniczych i niebezpiecznych”. W związku z tym formułowano wniosek, że chorzy tacy wymagają specjalnej, odmiennej od dotychczas znanej, organizacji procesu leczniczego, *J. Nelken*, Zagadnienie opieki, s. 1.

¹⁶ Chodziło m.in. o powierzenie skazanego opiece psychiatry, organizację zabezpieczeń mających uniemożliwić ucieczkę skazanego, opracowanie procedur szybkiego umieszczenia tam skazanych oraz zadbanie, aby funkcjonowanie tych placówek nie naruszało w żadnym stopniu interesów chorych „niekryminalnych” i społeczeństwa.

¹⁷ *J. Migdał*, Polski system penitencjarny w latach 1918–1928, s. 206; *J. Nelken*, Zagadnienie opieki, s. 1.

nymi w obrębie zakładu karnego, aczkolwiek wydzielonymi z jego struktury i w dużej mierze samowystarczalnymi organizacyjnie i gospodarczo. Sposób ich urządzenia i funkcjonowania w znaczącym stopniu był rezultatem autorskich rozwiązań wypracowanych przez tamtejszych psychiatrów więziennych poruszających się w ramach istniejącej wówczas skąpej regulacji tej materii (funkcjonowały na podstawie odrębnego regulaminu). To dzięki ich staraniom szpitale więzienne w założeniach organizacyjnych i metodach pracy w zasadzie nie odbiegały od placówek wolnościowych. Znajdowało to przełożenie także w ich architekturze, urządzeniu i funkcjonowaniu. Psychiatrom udało się przekonać władze resortowe do wycofania z nich straży więziennej na rzecz profesjonalnego personelu pielęgniarstwa (gwarantując tym samym całkowicie cywilną obsadę kadrową), a z czasem początkowo dwutorowa władza (kierownik szpitala i naczelnik więzienia) miała zostać skupiona w rękach lekarza psychiatry (tak się stało w szpitalu grodzkim)¹⁸. Kierującymi szpitalami psychiatrom przysługiwały szerokie kompetencje, m.in. w sprawach przyjęć do szpitala, zarządzania jego majątkiem, zwierzchnictwa nad personelem i kształtowania działalności leczniczo-wychowawczej. Działalność tych placówek, oparta na odrębnym regulaminie, nadzorowana była bezpośrednio przez Naczelnego Lekarza Więziennego, a po 1936 r. przez lekarzy inspekcyjnych¹⁹.

Niezależnie od kwestii organizacyjnych na uwagę zasługuje podstawowa działalność tych jednostek jako placówek, które prowadziły intensywną pracę osobopoznawczą oraz oddziaływanie leczniczo-wychowawcze na poziomie porównywalnym ze szpitalnictwem wolnościowym. W leczeniu stosowano nowoczesne metody lecznicze – psychoterapię, farmakoterapię i terapię zajęciową. Dzięki dobrze wyszkolonemu personelowi, specjalistycznemu wyposażeniu szpitali oraz swobodzie decyzyjnej, jaką posiadali ich kierownicy, możliwe stało się wprowadzenie tam licznych innowacji terapeutycznych (np. leczenie pracą)²⁰.

¹⁸ M. Lichtenstein, O dorobku twórczym, s. 323–329; *tenże*, Psychopaci a więzienne szpitale, s. 514–522.

¹⁹ Zarządzenie MS z 15.1.1936 r. w sprawie inspekcji więzień, aresztów śledczych, zakładów wychowawczych i poprawczych w zakresie higieny i lecznictwa, Dz.Urz. MS Nr 2. Celem wykonania przepisów tego zarządzenia wszystkie jednostki penitencjarne podzielono terytorialnie na 14 okręgów, z przypisanym do każdego lekarzem inspekcyjnym. Natomiast te, w ramach których funkcjonowały szpitale psychiatryczne, włączono do odrębnego okręgu podległego lekarzowi psychiatrze, J. Szpakowski, Inspekcyjny lekarz, s. 11 i n.

²⁰ M. Lichtenstein, Psychopaci a więzienne szpitale, s. 514 i n.; J. Migdał, Polski system penitencjarny w latach 1918–1928, s. 473.

Istotnym elementem ich funkcjonowania były realizowane w coraz szerszym zakresie badania kryminalno-biologiczne łącznie z ich naukowym opracowywaniem. W ich wzroście upatruje się zresztą przyczyn powołania w więziennictwie kolejnych szpitali psychiatrycznych (dwóch w Grudziądzu, po jednym w Warszawie i w Drohobyczu)²¹. Kierowanie do nich skazanych umysłowo lub nerwowo chorych zostało usankcjonowane w regulaminie więziennym z 1931 r.²²

Sformalizowanie pracy osobopoznawczej na rzecz więziennictwa miało miejsce w 1936 r. poprzez powołanie jedyne w przedwojennej Polsce oddziału obserwacyjno-rozdzielczego przy zakładzie karnym w Warszawie (drugiego pod Poznaniem nie zdołano uruchomić). Ważnym uzasadnieniem dla jego powstania były potrzeby więziennictwa w zakresie indywidualizacji postępowania ze skazanymi, zwłaszcza w zakresie skierowania ich do właściwych jednostek oraz w ustalaniu odpowiednich metod postępowania z nimi. Statutowymi zadaniami tej placówki było przygotowywanie dla każdego skazanego poddanego badaniom diagnozy kryminologicznej, sformułowanie metod terapii penitencjarnej oraz ustalenie prognozy społecznej. Mimo iż badania te nie miały charakteru systemowego (masowego), a raczej eksperymentalny, to były one ważne dla penitencjarystyki z dwóch powodów. Po pierwsze, stanowiły ważny etap w poszukiwaniu optymalnej formuły dla takich pogłębionych badań w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności²³. Po drugie, pierwszoplanowym zadaniem takich badań nie było pogłębianie wiedzy kryminologicznej o sprawcach przestępstw, ale celowa praca na rzecz doskonalenia i wzmacniania efektywności indywidualnego postępowania ze skazanymi.

Doświadczenia zaledwie kilku lat prowadzenia na szerszą skalę działalności osobopoznawczej wśród skazanych oraz funkcjonowania więziennych szpitali psychiatrycznych dały asumpt do tego, aby organizacja odrębnego postępowania ze skazanymi z zaburzeniami zdrowia psychicznego stała się trwałym elementem reformowanego systemu penitencjarnego. Przedwojenne władze, widząc niewątpliwe korzyści płynące z takich rozwiązań, postanowiły

²¹ Bezpośrednią konsekwencją prowadzonych na tak szeroką skalę badań był wzrost liczby skazanych z rozpoznanymi odchyleniami od normy psychicznej i stwierdzoną w rezultacie potrzebą odrębnego postępowania; por. *T. Kolarczyk*, Postępowanie ze skazanymi niepełnowartościowymi, s. 500.

²² Rozporządzenie MS z 20.6.1931 r. w sprawie regulaminu więziennego (Dz.U. Nr 71, poz. 577).

²³ Szerzej na ten temat: *J. Szpakowski*, Organizacja więzień, s. 298–316; także *tenże*, Rozpoznanie osobowości skazanych, s. 338–340.

je usankcjonować i rozwijać. W wydanych w 1937 r. nowych zasadach segregacji więźniów²⁴ wśród zakładów specjalnych znalazły się dwie placówki (w Grudziądzu i Grodzisku Mazowieckim) przeznaczone dla skazanych niepełnosprawnych psychicznie, cierpiących na epilepsję, psychopatów i alkoholików (§ 6)²⁵. Potwierdzenie szczególnego statusu penitencjarnego tej grupy znalazło się wreszcie w wydanej w przededniu wybuchu II wojny światowej ustawie o organizacji więziennictwa²⁶. Artykuł 13 pkt 2 tej ustawy przewidywał, iż jednym z rodzajów zakładów specjalnych będą zakłady dla słabych fizycznie, dla chorych na schorzenia niebezpieczne dla otoczenia i dla niepełnowartościowych psychicznie, którzy nie mogą być użyci do pracy w normalnych warunkach więziennych i wymagają odrębnego traktowania. Specjalny status zyskały również więźnia obserwacyjno-rozdzielcze.

W polskim więziennictwie okresu międzywojennego charakterystyczne stało się traktowanie skazanych z dysfunkcjami zdrowia psychicznego jako osób chorych, co znalazło wyraz choćby w przeznaczeniu dla ich potrzeb więziennych szpitali psychiatrycznych. W tych posiadających dużą autonomię placówkach postępowano z nimi na zasadach zbliżonych bardziej do tego, jak traktowano wówczas pacjentów wolnościowych szpitali psychiatrycznych niż skazanych. Byli oni zwolnieni spod regulaminu więziennego, okazywano zrozumienie i tolerancję dla ich zachowania, stwarzano im lepsze warunki socjalno-bytowe niż ogółowi skazanych, a zdecydowanym priorytetem w kompleksie oddziaływań wobec nich było leczenie²⁷.

Trzeba jednak podkreślić, iż już wtedy niektórzy autorzy uważali, iż tak jednolite podejście do wszystkich skazanych cierpiących na dysfunkcje sfery psychicznej (traktowanie ich jako chorych, którzy nie są w stanie dostosować się do wymogów reżimu więziennego) jest błędem. Wskazywano, że wobec pewnej grupy więźniów zaliczanych do „psychicznie niepełnowartościowych” bardziej odpowiednie byłoby zastosowanie oddziaływań wychowawczych właściwych dla zakładu karnego niż *stricte* leczniczych. Do tej grupy zaliczano oligo-

²⁴ Zarządzenie MS z 3.8.1937 r. w sprawie podziału więzień (Dz.Urz. MS Nr 8). Kwestii tej dotyczył także Rozkaz Dyrektora Departamentu Karnego Nr 130 z 1.11.1937, za: P. Wierzbicki, Skazani niepełnosprawni psychicznie, s. 6.

²⁵ Do niedawna brak było wiadomości o tym, czy którykolwiek z planowanych wtedy zakładów został uruchomiony. Jedynym autorem, który wskazuje datę uruchomienia zakładu w Grudziądzu (1.4.1939 r.), jest K. Pawlak. Przyznaje on jednocześnie, że nie da się ustalić daty uruchomienia drugiej tego typu placówki, por. K. Pawlak, Więzienia dla niepełnosprawnych, s. 59.

²⁶ Ustawa z 26.7.1939 r. o organizacji więziennictwa (Dz.U. Nr 68, poz. 457).

²⁷ T. Kolarczyk, Postępowanie ze skazanymi niepełnowartościowymi, s. 500.

freników, epileptyków, nałogowych alkoholików i psychopatów²⁸. Zwłaszcza skazani z tej ostatniej kategorii w ocenie wielu badaczy wymagali odmiennego podejścia i pilnego wypracowania odpowiedniego programu oddziaływań²⁹, choćby z tego powodu, iż ich udział w populacji więziennej był wówczas bardzo wysoki (*J. Migdał* mówi nawet o „przeważającej liczbie” takich więźniów), a dodatkowo generowali oni poważne problemy w czasie odbywania kary³⁰. Wydaje się, że tuż przed wybuchem wojny władze dostrzegły ten problem i próbowały największy z więziennych szpitali psychiatrycznych (grudziądzki) przekształcić w placówkę sprofilowaną wyłącznie dla psychopatów³¹.

1.2. Regulacje prawne i praktyka penitencjarna dotycząca skazanych z zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo w latach 1945–1997

W okresie powojennym podjęcie na szerszą skalę idei odrębnego traktowania skazanych z zaburzeniami psychicznymi stało się możliwe dopiero wraz z przejściem więziennictwa do resortu sprawiedliwości, a w ślad za tym z rozpoczęciem prac nad nową regulacją prawną w tym obszarze³². Na wzmożone zainteresowanie tą problematyką w drugiej połowie lat pięćdziesiątych wpływ miało kilka wydarzeń. Z pewnością wspomniany wyżej patronat Ministra Sprawiedliwości był jednym z istotnych czynników umożliwiającym przywrócenie realnej działalności penitencjarnej, także dlatego, iż uruchomił w 1957 r. prace tzw. sędziowskich komisji wizytujących zakłady karne³³. Jednymi z kluczowych postulatów wypracowanych w toku tych lustracji było ustalenie na nowo warunków odbywania kary przez skazanych z anomaliami w za-

²⁸ *W. Luniewski*, *Zadania psychiatrii*, s. 287.

²⁹ Uwagi krytyczne dotyczące zagranicznych placówek i wskazówki do wypracowania modelu zakładu karnego dla „przestępców psychopatycznych” przedstawił *L. Rabinowicz*, por. *tenże*, *Podstawy nauki*, s. 308–321.

³⁰ *J. Migdał*, *Polski system penitencjarny w latach 1918–1928*, s. 476.

³¹ *T. Kolarczyk*, *Postępowanie ze skazanymi niepełnowartościowymi*, s. 503.

³² *P. Wierzbicki*, *Skazani niepełnosprawni psychicznie*, s. 8.

³³ Zgodnie z zarządzeniem MS Nr 65/57/U z 3.6.1957 r. w sprawie tymczasowego uregulowania nadzoru nad zakładami karnymi (*Zbiór Zarządzeń Ministra Sprawiedliwości z 1961 r.*, t. I, poz. 33, s. 52–53), zakłady karne zostały poddane nadzorowi prezesów sądów wojewódzkich.

kresie zdrowia psychicznego, w tym metod postępowania z nimi. W tym zakresie zgłoszono też pewne rozwiązania³⁴.

Chronologicznie wcześniej postulat odrębnego postępowania ze skazanymi odbiegającymi od normy psychicznej został przedstawiony na forum międzynarodowym. W uchwalonych w 1955 r. podczas I Kongresu ONZ w sprawie zapobiegania przestępczości i postępowania z więźniami Wzorcowych Reguł Minimalnych zalecano nie tylko „poddanie obserwacji i leczeniu w zakładach specjalistycznych, pozostających pod kierownictwem lekarskim, więźniów odbiegających w inny sposób od normy pod względem psychicznym”, ale także „zapewnienie przez służbę lekarską zakładów penitencjarnych leczenia psychiatrycznego tym wszystkim więźniom, którzy leczenia takiego potrzebują”³⁵.

W 1957 r. centralne władze więzienne, zaniepokojone skalą tzw. zdarzeń nadzwyczajnych (zwłaszcza aktów automutylacyjnych) z udziałem skazanych, zleciły ich analizę pod kątem rozpoznania osobowości i motywów ich sprawców. W wyniku tych badań ustalono, że znaczący odsetek skazanych będących ich uczestnikami z powodu deficytów zdrowia psychicznego nie jest w stanie podporządkować się standardowym wymogom odbywania kary, sprawiając trudności wychowawcze, a niejednokrotnie stając się źródłem zagrożeń dla porządku i bezpieczeństwa w jednostkach penitencjarnych. W konkluzji wskazywano na pilną potrzebę uruchomienia w zakładach karnych specjalnych placówek ukierunkowanych na terapię tego rodzaju dysfunkcji zdrowotnych, a także objęcie doraźną opieką psychiatryczną i psychologiczną skazanych przebywających w zwykłych jednostkach penitencjarnych³⁶.

W tamtym czasie problem wypracowania optymalnego modelu postępowania ze skazanymi wykazującymi zaburzenia psychiczne i stworzenie odpowiednich ram organizacyjnych dla takiej działalności więziennictwa zajmował w równym stopniu teoretyków i praktyków³⁷. Dyskusja, szczególnie w gronie tych ostatnich, stała się wyjątkowo burzliwa po przedstawieniu w 1957 r. projektu ustawy o więziennictwie, gdzie wbrew oczekiwaniom nie przewidziano

³⁴ Pisze o tym szerzej J. Piątkowski, *Odbywanie kary*, s. 65.

³⁵ Reguły Minimalne ONZ, PW 1958, Nr 4.

³⁶ Wyniki zleconych przez CZW badań nad tymi skazanymi wraz z koncepcjami ich penitencjarnego i postpenitencjarnego traktowania zamieszczono w książce J. Sikory, *Problem psychopatów*.

³⁷ J. Katzenellebogen, *Przewrażliwienie*; J. Sikora, *Kilka słów; taż*, *Nie można zbyć milczeniem*; E. Steinmetz, *Niektóre spostrzeżenia*; J. Górski, J. Pionkowski, *Psychopaci w więzieniu*.

odrębnych zakładów dla tej grupy skazanych³⁸. W efekcie nacisku wszystkich zawiedzionych tym faktem środowisk MS w lipcu 1958 r. postanowił o zmianie przeznaczenia więzienia karno-śledczego w Świeciu na zakład karny specjalny dla kobiet z odchyleniami od normy psychicznej³⁹.

Decyzja ta otworzyła nowy etap w powojennej historii traktowania tej grupy skazanych, trwający do 1965 r., a więc do czasu przekształcenia zakładu karnego w Oleśnicy w więzienie specjalne – szpital psychiatryczny. W związku z tym, iż w okresie tym nadal obowiązywał wydany przez MSW regulamin więzienny z 1955 r.⁴⁰, skazani formalnie nie byli podzieleni na jakiegokolwiek grupy klasyfikacyjne i brak było podstaw do systemowego wprowadzenia odrębnego rodzaju jednostek penitencjarnych przeznaczonych m.in. dla skazanych z zaburzeniami psychicznymi. Aby powołać specjalistyczny zakład karny, należało poza lokalizacją określić jego zadania i kierunki działalności. W ten sposób do zakładu specjalnego w Świeciu dołączyły wkrótce inne zakłady i oddziały specjalne dla skazanych z zaburzeniami psychicznymi. W 1959 r. dwa oddziały specjalne powstały w Rawiczu i Kawczu⁴¹, a korzystne doświadczenia z tych placówek stały się z kolei impulsem do uruchomienia w 1962 r. zakładu specjalnego w Centralnym Więzieniu we Wronkach⁴². W 1963 r. MS powołał więzienie specjalne w Oleśnicy⁴³, które dwa lata później zmieniło przeznaczenie na więzienie specjalne – szpital psychiatryczny⁴⁴.

Wszystkie te placówki realizowały autorskie koncepcje specjalnego traktowania skazanych wykazujących odstępstwa od normy psychicznej⁴⁵, a ich

³⁸ P. Wierzbicki, Skazani niepełnosprawni psychicznie, s. 8–9.

³⁹ Zarządzenie Nr 57/58/CZW MS z 1.7.1958 w sprawie przeznaczenia więzienia karno-śledczego III klasy w Świeciu na więzienie karno-specjalne dla kobiet.

⁴⁰ Zarządzenie MSW Nr 205/55 z 21.10.1955 r. w sprawie regulaminu więziennego (niepubl.).

⁴¹ Zarządzenie Nr 31 Dyrektora CZW z 3.4.1959 r. w sprawie utworzenia oddziału specjalnego w Centralnym Więzieniu w Rawiczu oraz oddziału specjalnego w więzieniu karno-śledczym kolonii rolnej w Kawczu z przeznaczeniem dla więźniów-mężczyzn z anomaliami psychicznymi wymagającymi odrębnego traktowania.

⁴² Zarządzenie Nr 56 Dyrektora CZW z 11.7.1962 r. w sprawie utworzenia zakładu specjalnego dla więźniów umysłowo niedorozwiniętych, psychopatów i neurotyków w Centralnym Więzieniu we Wronkach.

⁴³ Zarządzenie MS Nr 48 z 7.9.1963 r. w sprawie więzienia specjalnego w Oleśnicy (Dz.Urz. MS Nr 6, poz. 63).

⁴⁴ Zarządzenie MS z 3.7.1965 r. w sprawie więzienia specjalnego w Oleśnicy (Dz.Urz. MS Nr 3, poz. 32).

⁴⁵ W literaturze wymienia się trzy zasadnicze koncepcje działalności leczniczo-wychowawczej wykształcone na bazie praktyki funkcjonowania powstałych wówczas zakładów (oddziałów) autorstwa kolejno: E. Steinmetz z zakładu specjalnego w Rawiczu, J. Kozarskiej-Dworskiej

działalność nie opierała się na jednolitym wzorcu organizacyjnym. W pewnym sensie zatrudniony tam personel specjalistyczny z konieczności stał się kreatorem i wykonawcą eksperymentalnych, jak na ówczesne czasy i uwarunkowania, programów dla tej szczególnej grupy skazanych. Porażki i sukcesy każdej z tych koncepcji stały się przedmiotem wnikliwej analizy w resorcie sprawiedliwości. Jednak to oleśnickiemu zakładowi przypisuje się szczególną rolę w wykrystalizowaniu i uogólnieniu koncepcji programowej oraz organizacyjnej odrębnego postępowania ze skazanymi z zaburzeniami psychicznymi. Zakład ten spełniał rolę nie tylko centralnego ośrodka obserwacyjno-rozdzielczego, zakładu leczniczo-wychowawczego, oddziału obserwacji sądowo-psychiatrycznej, centrum szkoleniowego dla kadry specjalistycznej więziennictwa, ale i ważnej nie tylko w skali kraju jednostki naukowo-badawczej⁴⁶.

Należy przy tym dodać, że placówki, funkcjonujące w pierwszym okresie odrodzenia tego rodzaju działalności więziennictwa (umownie zakreślonego na połowę lat 60. XX w.) przedstawiały odmienny charakter od tych, które były znane przed wybuchem II wojny światowej. *T. Kolarczyk* trafnie dokonuje takiego rozdziału, przypominając, iż wcześniej działalność tego rodzaju prowadzona była w formule szpitali psychiatrycznych, a więc w placówkach o profilu *stricte* leczniczym, natomiast po wojnie znaczącą rolę uzyskał element wychowawczy⁴⁷.

Mimo to można z pełną stanowczością stwierdzić, że to właśnie doświadczenia zgromadzone w czasie prowadzenia zakładów i oddziałów specjalnych (do 1965 r.) pozwoliły na formalne wyodrębnienie zakładów karnych przeznaczonych dla skazanych z anomaliami w obszarze zdrowia psychicznego. Nastąpiło to w wydanym przez MS w lutym 1966 r. regulaminie wykonywania kary

i *M. Dworskiego* z zakładu-szpitala psychiatrycznego w Oleśnicy oraz *L. Paryzka* z Zakładu Karnego we Wronkach. Szerzej na ten temat *M. Gordon*, Skazani niepełnosprawni psychicznie, s. 246–249 i cyt. tam literatura; także: *E. Steinmetz*, Niektóre spostrzeżenia; *L. Paryzek*, Potrzeby jako wyznaczniki; *J. Górski*, Psychokorekcja w zakładach penitencjarnych, s. 400 i n.

⁴⁶ Efektem działalności tej placówki są także dobrze udokumentowane założenia teoretyczne koncepcji odrębnego traktowania skazanych z zaburzeniami psychicznymi zgromadzone w toku działalności Zakładu Karnego w Oleśnicy; por. *T. Kolarczyk*, Z działalności; *M. Dworski*, Poczytalność ograniczonych umysłowo; *J. Kozarska-Dworska*, Psychopatia. Tematyce funkcjonowania tej jednostki poświęcono także cykl publikacji w Nr 3 PPen z 1967 r., m.in. *M. Dworski*, Koncepcja Zakładu Specjalnego; *M. Dworski*, *J. Kozarska*, *B. Czajkowska*, *W. Gzowski*, Diagnostyka kierująca więźniów; *M. Dworski*, *J. Kozarska*, Zagadnienia resocjalizacji; *J. Kozarska*, *E. Anioł*, *T. Brzeziński*, *B. Czajkowska*, *E. Dębowski*, *M. Dworski*, *F. Zygmunt*, Przekroczenia i kary dyscyplinarne.

⁴⁷ *T. Kolarczyk*, Postępowanie ze skazanymi, s. 503.

pozbawienia wolności⁴⁸. W tym akcie przyjęto regułę, iż pełny regulamin dotyczył wszystkich zakładów karnych, a dla jednostek specjalnych wprowadzono jedynie odstępstwa od jego postanowień. W § 269–285 Regulaminu ustalono najistotniejsze sprawy odnoszące się do odbywania kary przez skazanych z zaburzeniami psychicznymi.

Kluczowe dla potwierdzenia odrębnego statusu tych skazanych było postanowienie Regulaminu konstytuujące oddzielny „zakład karny dla więźniów z anomaliami psychicznymi” przypisujące jednocześnie do niego odpowiednie ich kategorie (skazani z przebytymi chorobami psychicznymi, z ciężkimi nerwicami, psychopaci, charakteropaci, oligofrenicy i nałogowi alkoholicy). Sprecyzowano, że pobyt w takiej placówce powinien mieć charakter przejściowy. Miał on służyć i trwać tyle, aby usunąć te przejawy niewłaściwego zachowania, które stały się powodem skierowania skazanego do takiego zakładu. Na kadrę placówek specjalnych nałożono zadania w zakresie pobudzania aktywności więźniów w procesie wychowawczym, zapobiegania pogłębianiu się u nich patologicznych cech osobowości, co miało w rezultacie doprowadzić do przywrócenia im równowagi psychicznej i zdolności do współżycia społecznego. Regulamin stanowił wprost, iż zadania te wykonywane są przy pomocy „personelu specjalistycznego, a zwłaszcza psychiatrów i psychologów”. Jego twórcy dużą wagę przywiązywali do ustaleń diagnostycznych, które ustalały skalę odchyłeń od normy psychicznej, cechy osobowości skazanego. To bardzo istotne, gdyż diagnoza ta miała stanowić podstawę budowy indywidualnego programu oddziaływania dla skazanego. Sama indywidualizacja środków i metod postępowania miała w pewnym stopniu łagodzić odstępstwo od liberalizowania warunków odbywania kary wobec tych skazanych (stan poprzedni) na rzecz stosowania rutynowych środków oddziaływania, jedynie odpowiednio dostosowanych do właściwości indywidualnych skazanego. Nawet oddziaływania terapeutyczne (psychoterapia, farmakoterapia i terapia zajęciowa) nie miały być dominujące, ale jedynie uzupełniać inne (standardowe) oddziaływania penitencjarne. W postępowaniu ze skazanymi zalecano zachować odpowiednią stanowczość i konsekwencję. Naczelnicy jednostek specjalnych zostali organizacyjnie ograniczeni w swoich uprawnieniach. Mogli dokonywać w regulaminach wewnętrznych (opartych co do zasady na postanowieniach Regulaminu wydanego przez MS) tylko niezbędnych odstępstw warunkowanych stanem zdrowia skazanych. W porozumieniu z personelem specjalistycznym decydo-

⁴⁸ Zarządzenie MS z 7.2.1966 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.Urz. MS Nr 2, poz. 12).

wali także o kontaktach skazanych ze światem zewnętrznym, ich pracy, zajęciach kulturalno-oświatowych i sportowych oraz stosowaniu nagród i kar dyscyplinarnych.

Wejście w życie postanowień Regulaminu z 1966 r. miało wpływ na zmianę charakteru jednostek specjalnych, a co za tym idzie przesądziło także o odmiennym rozłożeniu akcentów w pracy z umieszczonymi tam skazanymi. *J. Migdał* zauważa, że właśnie wtedy nastąpiła zmiana modelu tych placówek z leczniczo-wychowawczego na wychowawczo-leczniczy. Po 1966 r. polskie więziennictwo w mniejszym stopniu niż wcześniej nawiązywało do przedwojennych tradycji postępowania z tą kategorią skazanych, uznawania ich jako wymagających licznych odstępstw regulaminowych, traktowania bardziej jako pacjentów niż skazanych, a także objęcia leczeniem. Ograniczono także swoistą dwuwładzę, jaka panowała w jednostkach specjalnych, a dzielona była między naczelnika zakładu a kierownika oddziału specjalnego, najczęściej psychiatrę lub psychologa, na rzecz podejmowania przez naczelnika pewnych decyzji w porozumieniu z personelem specjalistycznym⁴⁹.

Potwierdzenie rozwiązań regulaminowych nastąpiło w uchwalonym w 1969 r. Kodeksie karnym wykonawczym⁵⁰. W art. 39 § 1 KKW69 wśród rodzajów zakładów karnych znalazł się zakład dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych. Tak szeroka definicja umożliwiła objęcie postępowaniem terapeutycznym znacznie większej niż do tej pory liczby skazanych, jednocześnie umożliwiając zawężenie specjalizacji poszczególnych jednostek (do leczenia zaburzonych psychicznie, alkoholików, narkomanów czy też skazanych niepełnosprawnych fizycznie)⁵¹.

Przez pierwsze pięć lat, jakie upłynęły od uchwalenia KKW69, szczegółowe kwestie wykonywania kary pozbawienia wolności, w tym określenie statusu skazanych z zaburzeniami psychicznymi, precyzował nadal Regulamin z 1966 r. Dopiero w 1974 r. MS wydał nowy Tymczasowy Regulamin⁵², który w omawianym zakresie zasadniczo potwierdził większość ustaleń swojego poprzednika (m.in. odnośnie do celu stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych, wskazania kategorii skazanych kierowanych do placówek specjalistycznych, zasady temporalności pobytu w tych jednostkach czy odstępstw regulaminowych). Niemniej jednak już wtedy w doktrynie wskazy-

⁴⁹ *J. Migdał*, *Polski system penitencjarny w latach 1956–2008*, s. 420.

⁵⁰ Ustawa z 19.4.1969 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 13, poz. 98 ze zm.).

⁵¹ *P. Wierzbicki*, *Skazani niepełnosprawni psychicznie*, s. 13–14.

⁵² Zarządzenie MS Nr 11 z 25.1.1974 r. w sprawie tymczasowego regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.Urz. MS Nr 2, poz. 6).

wano słabe punkty przyjętych rozwiązań⁵³. W przeciwieństwie do Regulaminu z 1966 r. nie dość precyzyjnie określał kierunki odstępstw dotyczących środków oddziaływania penitencyjnego wobec skazanych z zaburzeniami psychicznymi, co w praktyce zawęziło ich zakres. Wyrażano także obawę, iż problemem mogą okazać się mało klarowne zasady klasyfikacji, tak wewnętrznej, jak i zewnętrznej, tej grupy osadzonych. Była ona słuszna tym bardziej, iż zarządzenie MS⁵⁴, które miało precyzować tę kwestię, było nader skąpą regulacją.

Znaczących zmian w obszarze odrębnego traktowania skazanych z zaburzeniami psychicznymi nie wprowadził też Regulamin wykonywania kary pozbawienia wolności z 1989 r.⁵⁵ Warto jednak podkreślić, iż odmiennie niż jego poprzednik z 1974 r. poświęcił tej materii dużo miejsca. W akcie tym potwierdzono zasadnicze cele wykonywania kary wobec tej części populacji skazanych, akcentując wymóg odrębnych, specjalistycznych oddziaływań. Osiągnięciu tych zadań miało służyć m.in.: dostosowanie warunków odbywanej kary (zwłaszcza w zakresie stosowania standardowych środków oddziaływania) do możliwości i potrzeb psychofizycznych skazanych, kompetencja naczelnika zakładu specjalnego do dokonywania odstępstw regulaminowych (po zasięgnięciu opinii personelu specjalistycznego). Położono dużo większy niż w poprzednich regulaminach akcent na kwestie specjalistycznej pomocy postpenitencjarnej, a także planowano szersze włączenie rodziny skazanego w oddziaływania terapeutyczne.

Diagnoza zaburzeń psychicznych lub upośledzenia umysłowego i wynikająca z tego potrzeba odrębnego traktowania stanowiła podstawę do umieszczenia takiego skazanego w zakładzie karnym dla wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych (z zachowaniem zasady ograniczonego czasowo pobytu w takiej jednostce).

Równoległe z poszukiwaniem optymalnych ram prawnych dla odrębnego postępowania ze skazanymi z zaburzeniami psychicznymi rozwijano jednostki specjalistyczne, w których tacy skazani mogliby znaleźć odpowiednią pomoc. W rozwoju tych placówek i doskonaleniu praktyki odrębnego traktowania umieszczonych tam skazanych stosowane są różne periodyzacje, mające jed-

⁵³ P. Wierzbicki, Skazani niepełnosprawni psychicznie, s. 13–14.

⁵⁴ Zarządzenie MS Nr 16 z 19.2.1974 r. w sprawie klasyfikacji skazanych oraz organizacji, zakresu działania i trybu postępowania komisji penitencjarnych (Dz.Urz. MS Nr 4, poz. 13).

⁵⁵ Rozp. MS z 2.5.1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. Nr 31, poz. 166 ze zm.).