MARIA MOULIN-STOŻEK

NARKOTYKI W WIĘZIENIACH

POLITYKA WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH NA TLE ROZWAŻAŃ O CELACH KARY

UNIWERSYTET HUMANISTYCZNO-PRZYRODNICZY
IM. JANA DŁUGOSZA W CZĘSTOCHOWIE

MARIA MOULIN-STOŻEK

NARKOTYKI W WIĘZIENIACH

POLITYKA WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH NA TLE ROZWAŻAŃ O CELACH KARY

Częstochowa 2021

Recenzent
dr hab. Mariusz SZTUKA, prof. UJ

Korekta
Dariusz JAWORSKI

Redakcja techniczna
Piotr GOSPODAREK

Projekt okładki
Damian RUDZIŃSKI

© Copyright by
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie
Częstochowa 2021

ISBN 978-83-66536-40-1

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
im. Jana Długosza w Częstochowie
42-200 Częstochowa, ul. Waszyngtona 4/8
tel. (34) 378-43-29, faks (34) 378-43-19
www.ujd.edu.pl
e-mail: wydawnictwo@ujd.edu.pl

Tak więc, by dać przykład z dziedziny prawa, sprawiedliwe kary i zadośćuczynienia wynikają z cnoty, ale są aktem przymusu i przez przymus prowadzą do poprawy (byłoby przecież bardziej pożądane, aby nikt, ani jednostka, ani państwo tego rodzaju przymusu nie potrzebował); natomiast uczynki zmierzające do pomnożenia godności i zasobności są bezwzględnie najpiękniejsze. Bo pierwsze zmierzają do usunięcia pierwszego zła, drugie przeciwnie, przygotowują i stwarzają piękne dobra.

Arystoteles, *Polityka* (1318 b)

SPIS TREŚCI

OBJAŚNIENIE UŻYTYCH W PRACY SKRÓTÓW 9

WSTĘP 11

ROZDZIAŁ 1
OBECNOŚĆ NARKOTYKÓW W ZAKŁADACH KARNYCH 25

Wstęp 25
1.1. Przyczyny używania narkotyków w zakładach karnych 25
1.2. Sposoby przenikania narkotyków na tereny zakładów penitencjarnych 27
1.3. Rozmiary zjawiska używania substancji odurzających w więzieniach ... 29
1.4. Problemy związane z obecnością narkotyków
na terenie zakładów karnych 36
Podsumowanie 51

ROZDZIAŁ 2
MODELE POLITYKI WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI
WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH,
SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH 57

Wstęp 57
2.1. Model kontrolny 58
2.2. Model libertariański 61
2.3. Model terapeutyczny 65
2.4. Model redukcji szkód 72
Podsumowanie 94

ROZDZIAŁ 3
POLITYKA WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI
WOBEC UŻYTKOWNIKÓW ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI
PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH W POLSCE 99

Wstęp 99
3.1. Resocjalizacja jako główny cel wykonywania kary pozbawienia
wolności w polskim systemie penitencjarnym 100
3.2. Podstawa prawna oddziaływań terapeutycznych prowadzonych
w zakładach karnych w Polsce 108

3.3. Formy oddziaływań terapeutycznych realizowanych na oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków w polskich zakładach karnych 110
Podsumowanie 123

ROZDZIAŁ 4
MODEL TERAPEUTYCZNY POLITYKI WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH A TEORIE KARY 125

Wstęp 125
4.1. Model terapeutyczny a teorie utylitarne 129
4.2. Model terapeutyczny a teorie sprawiedliwościowe 140
4.3. Model terapeutyczny a współczesne teorie aretologiczne 150
Podsumowanie 169

ROZDZIAŁ 5
KRYTYKA MODELU TERAPEUTYCZNEGO POLITYKI WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH 171

Wstęp 171
5.1. Krytyka modelu terapeutycznego z punktu widzenia modelu redukcji szkód 173
5.2. Krytyka modelu terapeutycznego z punktu widzenia modelu kontrolnego 183
5.3. Krytyka modelu terapeutycznego z punktu widzenia modelu libertariańskiego 184
Podsumowanie 191

REKOMENDACJE ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWYCH 193

BIBLIOGRAFIA 197

SUMMARY 219

OBJAŚNIENIE UŻYTYCH W PRACY SKRÓTÓW

AA – grupa wsparcia „Anonimowi Alkoholicy”
ACLU – organizacja pozarządowa American Civil Liberties Union
AN – grupa wsparcia „Anonimowi Narkomani”
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
EMCDDA – European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
EURAD – organizacja pozarządowa Europe Against Drugs
HAV – wirus zapalenia wątroby typu A
HBV – wirus zapalenia wątroby typu B
HCV – wirus zapalenia wątroby typu C
HIV – ludzki wirus niedoboru odporności
KRIS – Kriminellas revansch i samhället („przestępcy powracający do społeczeństwa”) szwedzka grupa samopomocowa wspierająca uzależnionych opuszczających zakład karny
NGO – organizacja pozarządowa
NTA – National Treatment Agency for Substance Misuse (brytyjska agencja rządowa zajmująca się problemem nadużywania narkotyków i alkoholu, podlegająca pod Ministerstwo Zdrowia)
ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
SW – Służba Więzienna
UE – Unia Europejska
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNDOC – United Nations Office on Drugs and Crime
UNESCO – United Nations Education, Scientific and Cultural Organization
UNICEF – United Nations Children’s Fund (wcześniej United Nations International Children’s Emergency Fund)
USAID – United States Agency for International Development
WHO – World Health Organization

Akty prawa:

kk – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
kkw – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.)

WSTĘP

Reforma polityki narkotykowej jest tematem często podejmowanym w mediach, polityce, jak i w opracowaniach naukowych. Coraz szerszej dyskusji nie towarzyszy jednak adekwatna do tych przemian teoretyczna refleksja w kontekście penitencjarnym. Niniejsza publikacja odpowiada na zapotrzebowanie poddania ocenie sposobów reakcji na problemy osadzonych użytkowników środków odurzających oraz ich ugruntowanie w filozofii kary.

Zagadnienia ujęte w niniejszym opracowaniu poruszane są głównie w kontekście zagranicznych opracowań naukowych, jak i raportów międzynarodowych organizacji zajmujących się ochroną praw człowieka, zarówno międzyrządowych, jak i pozarządowych. Raporty te są pisane niemal wyłącznie w językach obcych, co niestety sprawia, że nie są one dostępne dla wszystkich osób zainteresowanych. Wyraźnie istnieje więc potrzeba zajęcia stanowiska w tym zakresie na gruncie polskim.

Celem niniejszej rozprawy jest zweryfikowanie, jakie działania – prowadzone w systemie penitencjarnym wobec użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – najlepiej odpowiadają na problemy związane z obecnością narkotyków na terenie zakładów karnych oraz ugruntowanie tych działań w teorii kary. W pracy wykorzystano zaproponowane w ramach polityki narkotykowej sposoby reakcji na użytkowanie środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych i dokonano próby zaadaptowania tych sposobów do warunków penitencjarnych. W tym celu zaproponowano teoretyczne modele polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osadzonych będących użytkownikami tych środków. Model terapeutyczny polityki wykonywania kary pozbawienia wolności, wsparty elementami pozostałych modeli, wydaje się być najbardziej odpowiednią reakcją na holistycznie ujęte problemy związane z obecnością narkotyków na terenie zakładów karnych. Następnie przeanalizowano reakcję na problemy osadzonych użytkowników w polskim systemie penitencjarnym.

W opracowaniu dokonano również próby uzasadnienia celów modelu terapeutycznego w teoriach kary. Tradycyjnie kara uzasadniana jest w ramach dwóch grup teorii: utylitarnych (gdzie kara pełni funkcję celowościową) oraz teorii sprawiedliwościowych/retrybutywnych (w których kara pełni funkcję sprawiedliwej odpłaty). Teorie utylitarne utożsamiane są jednak niekiedy z uzasadnieniem przyzwolenia na naruszanie praw indywidualnych, a teorie retrybutywne z kolei wykluczają lub marginalizują resocjalizację. W niniejszej pracy zaproponowano więc alternatywne dla tych dwóch nurtów ugruntowanie filozoficzne dla wyko-

nywania kary wobec użytkowników narkotyków, sięgając do filozofii Arystotelesa. Celem wykonywania kary w teoriach aretologicznych nie jest *użyteczność* ani *sprawiedliwość*, ale zapewnienie *szczęśliwości* – warunków do prowadzenia satysfakcjonującego, godnego życia. W pracy sformułowano ponadto krytykę modelu terapeutycznego polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osadzonych będących użytkownikami z punktu widzenia pozostałych modeli. Podstawowym problemem badawczym jest odpowiedź na pytanie – jak wyglądają działania prowadzone w polskim systemie penitencjarnym wobec osób będących użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z punktu widzenia dyskursu światowego, oraz w jaki sposób można je uzasadnić w filozofii moralnej.

Niniejsze opracowanie ma charakter interdyscyplinarny, skorzystano więc z literatury nie tylko kryminologicznej, prawnokarnej i penitencjarnej, ale również z opracowań z zakresu medycyny, psychologii, terapii uzależnień i filozofii. Metodę opisową wykorzystano do analizy dorobku naukowego kryminologii, penitencjarystyki i psychologii, omawiając problematykę obecności narkotyków w zakładach karnych oraz postępowania z osobami będącymi użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Posiłkowano się również tą metodą w celu przedstawienia dorobku medycyny w zakresie usług medycznych dla użytkowników narkotyków oraz ich problemów zdrowotnych. W celu przybliżenia metod postępowania z osobami będącymi użytkownikami, w pracy dokonano też opisowej analizy raportów agend organizacji międzynarodowych, agend rządowych oraz organizacji pozarządowych zajmujących się tym zagadnieniem.

Metoda dogmatyczna, jak i prawno-analityczna posłużyły do analizy przepisów prawnych odnoszących się do celów wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym. Dokonano również analizy praktyki stosowania prawa w zakresie problematyki, na ile założenia prawne i doktrynalne względem polityki wykonywania kary pozbawienia wolności są wdrażane przez więziennictwo wobec użytkowników środków odurzających. Z kolei analiza opisowa literatury filozoficznej i filozoficzno-prawnej z zakresu teorii kary została wykorzystana do uzasadnienia celów modelu terapeutycznego polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami.

Problematyka prowadzenia działań w systemie penitencjarnym wobec użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych jest tematem aktualnym, gdyż na całym świecie duży odsetek skazanych stanowią użytkownicy narkotyków[1]. Ten fakt wpływa często na niezadowalające efekty oddziaływań penitencjarnych, gdyż praca z tymi osadzonymi jest utrudniona. Uzależnionym trudniej jest opuścić środowisko przestępców i często

[1] Zob. rozdział 1.3. na temat prób szacowania rozmiarów zjawiska używania substancji odurzających w więzieniach.

do niego powracają po odbytym wyroku i kontynuują popełnianie przestępstw[2]. W literaturze często opisuje się to zjawisko jako „błędne koło" – po popełnieniu przestępstwa sprawca trafia do zakładu karnego, a po ukończeniu odbywania kary osoba ta ma trudności z włączeniem się w życie społeczeństwa, co powoduje popełnienie kolejnego przestępstwa i powrót do zakładu karnego[3]. Jedną z prób przerwania tego koła jest prowadzenie oddziaływań terapeutycznych[4].

Konieczność prowadzenia oddziaływań terapeutycznych również w Polsce została zaliczona do najważniejszych środków oddziaływania penitencjarnego i w sposób wyraźny umieszczona w ramach zasadniczych metod postępowania ze skazanymi[5]. Zgodnie z art. 67 § 3 kkw

> [w] oddziaływaniu na skazanych, przy poszanowaniu ich praw i wymaganiu wypełniania przez nich obowiązków, uwzględnia się przede wszystkim pracę, zwłaszcza sprzyjającą zdobywaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz środki terapeutyczne.

Oddziaływania terapeutyczne prowadzone w polskich zakładach karnych realizowane są na podstawie Kodeksu karnego wykonawczego w ramach systemu terapeutycznego. Zgodnie z art. 81 kkw karę pozbawienia wolności wykonuje się w trzech systemach, w tym może być ona wykonywana w systemie terapeutycznym[6]. W art. 97 § 1 kkw wymieniono cele wykonywania kary wobec skazanego w systemie terapeutycznym, wskazując na potrzebę zapobiegania pogłębiania się nieprawidłowych cech osobowości, przywracanie równowagi psychicznej,

---

[2] Zob. np. J. Bonta, D.A. Andrews, *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*, czerwiec 2007, Public Safety Canada, Cat. No.: PS3-1/2007-6, s. 6, którzy traktują nadużywanie narkotyków jako jeden z głównych czynników w szacowaniu ryzyka powrotności do przestępstwa; zob. też B.M. Huebner, *Drug Abuse, Treatment, and Probationer Recidivism*, Illinois Criminal Justice Information Authority, dostępne na: http://www.icjia.state.il.us/public/pdf/ResearchReports/Drug%20Abuse%20Treatment%20and%20Probationer%20Recidivism.pdf, która pisze: „prawdopodobieństwo ponownego aresztowania w ciągu czterech lat od opuszczenia zakładu karnego w przypadku osoby, u której stwierdzono nadużywanie narkotyków, jest 1,2 razy większe"; S. Belenko, N. Patapis, M.T. French, *Economic Benefits of Drug Treatment: A Critical Review of the Evidence for Policy Makers*, Treatment Research Institute at the University of Pennsylvania, luty 2005, s. 25; podobnie wykazano w przypadku osób, które popełniły przestępstwo narkotykowe, zob. np. New York State Commission on Drugs and the Courts, *Confronting the Cycle of Addiction & Recidivism: A Report to Chief Judge Judith S. Kaye*, czerwiec 2000, dostępne na: https://www.nycourts.gov/reports/addictionrecidivism.shtml: „statystyki więzień stanowych wykazują, iż przestępcy narkotykowi często są recydywistami".

[3] T. Szymanowski, *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego. Podstawowe problemy w świetle badań empirycznych*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 198–199.

[4] Ibidem.

[5] Ibidem, s. 198–201.

[6] Art. 81 kkw: „Karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie: 1) programowanego oddziaływania, 2) terapeutycznym, 3) zwykłym".

kształtowanie umiejętności współżycia społecznego i przygotowanie do samodzielnego życia[7].

Terapia na oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków jest oparta na programach poznawczo-behawioralnych. Podstawowym warunkiem udziału w terapii uzależnienia jest odstawienie środków odurzających, a programy profilaktyki HIV/AIDS mają drugorzędne znaczenie w stosunku do programów terapii uzależnienia[8]. To ujęcie wydaje się być coraz częściej kwestionowane[9]. Krytyka podejścia abstynencyjnego i oparcie usług dla użytkowników narkotyków na redukcji szkód ma swoje korzenie w idei zastąpienia dotychczasowej punitywnej polityki narkotykowej podejściem redukcji szkód, zorientowanym na zdrowie publiczne[10]. Podkreśla się, że dotychczas prowadzona polityka narkotykowa wywołuje szereg negatywnych konsekwencji do których należy m.in. rozprzestrzenienie się chorób zakaźnych, w tym HIV[11].

Również na forum międzynarodowym prowadzenie działań względem użytkowników narkotyków coraz częściej postrzegane jest przez pryzmat zapobiegania zakażeniom HIV. Obecnie prowadzona polityka agend ONZ względem

---

[7] Art. 97 § 1 kkw: „Wykonując karę w systemie terapeutycznym, uwzględnia się w postępowaniu ze skazanymi w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia".

[8] A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2006, nr 52–53, s. 31.

[9] Zob. np. A.G. Marlatt, A.W. Blume, G.A. Parks, *Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment*, „Journal of Psychoactive Drugs" 2001, t. 33, nr 1, s. 13, którzy piszą: „nowe podejścia do terapii nadużywania substancji są desperacko potrzebne. Tradycyjne modele dostarczania usług użytkownikom oferują niewiele, o ile w ogóle, w zakresie udzielania pomocy wielu osobom cierpiącym z powodu nadużywania alkoholu i innych narkotyków, które nie mogą zaprzestać używania narkotyków, które mogą chcieć kontynuować używanie narkotyków, umiarkowanie używać narkotyków lub ewentualnie zaprzestać używania".

[10] Zob. ibidem, s. 14, Autorzy piszą: „[…] terapia redukcji szkód oferuje specjalistom charakteryzującą się współczuciem i pragmatyzmem alternatywę zdrowia publicznego w stosunku do «wojny z narkotykami» (czyli zero tolerancji dla spożywania substancji). Mentalność «wojny z narkotykami» obejmuje poglądy spójne z moralnym modelem uzależnienia od narkotyków [źródło pominięte – przyp. aut.], który identyfikuje używanie substancji jako zło społeczne, a nie jako problem zdrowia publicznego". Zob. też na temat polityki narkotykowej w Ameryce Łacińskiej: D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean*, [w:] *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs*, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2009, s. 116–117: „[…] oprócz wpływu na redukcję podaży, amerykańska agenda «wojny z narkotykami» miała wpływ na politykę redukcji popytu w kilku krajach Ameryki Łacińskiej i krajów karaibskich. W praktyce oznacza to promowanie bardzo punitywnego i opartego na abstynencji podejścia do używania narkotyków zamiast zorientowanego na zdrowie publiczne podejścia redukcji szkód. Wciąż rośnie liczba badań dokumentujących wpływ na zdrowie, a szczególnie na ryzyko transmisji chorób przenoszonych przez krew, twardej polityki kontroli narkotyków w rejonie, chociaż na razie jest niewiele takich badań".

[11] Zob. np. D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, op. cit., s. 117.

opieki, zapobiegania i terapii HIV wobec osób używających dożylnie narkotyków nazwana została „podejściem wszechstronnym" (*comprehensive approach*). Jako środki „podejścia wszechstronnego" w punkcie 6 dokumentu wydanym przez UNAIDS wymienia się: „dostęp do sterylnego sprzętu do wstrzykiwania narkotyków, terapia substytucyjna metadonem lub buprenorfiną, *outreach* [praca bezpośrednio w środowisku osób używających narkotyków – przyp. aut.], dostarczanie informacji na temat HIV w kontekście bezpieczniejszego wstrzykiwania narkotyków i bezpieczniejszego seksu"[12]. Według tego dokumentu są to „najbardziej efektywne i najlepiej opłacalne sposoby na zapobieganie epidemii wśród osób wstrzykujących narkotyki"[13].

W wyliczeniu najefektywniejszych sposobów zapobiegania HIV w ramach „podejścia wszechstronnego" UNAIDS zabrakło więc terapii uzależnienia od narkotyków. Pomimo że w innych dokumentach ONZ terapia uzależnienia znajduje miejsce pośród środków zapobiegania HIV względem użytkowników narkotyków w ramach „podejścia wszechstronnego"[14], nie ulega jednak wątpliwości, że w kontekście prewencji HIV wśród użytkowników narkotyków priorytetowo traktuje się środki redukcji szkód, a nie działania ukierunkowane na zaprzestanie używania narkotyków.

Raport Globalny UNAIDS z 2010 r. w pierwszym rozdziale donosi, że „wielu ludzi wciąż nie ma gotowego dostępu do prezerwatyw i lubrykantów, a osoby używające narkotyków nie mają wystarczającego dostępu do sterylnych igieł"[15]. Nie wspomina natomiast o dostępie do terapii uzależnienia. Podobnie, opisując wysiłki prewencyjne wobec osób używających narkotyków, raport podkreśla, że „zapewnianie bezpiecznego wstrzykiwania narkotyków poprzez dostarczanie sterylnego sprzętu jest relatywnie łatwe, niedrogie i może znacząco obniżyć poziom transmisji HIV"[16]. W dokumencie pominięto terapie uzależnienia i inne działania podejmowane w celu ograniczenia używania narkotyków. Raport przedstawia natomiast dane dotyczące dostępu do sterylnego sprzętu do iniekcji[17].

Prymat redukcji szkód podkreślany jest w dokumentach ONZ również w przypadku już prowadzonych terapii uzależnienia. Przykładowo, WHO zaleca

---

[12] UNAIDS Programme Coordinating Board, *HIV Prevention Among Drug Users*, Genewa, 8 czerwca 2009 r., UNAIDS/PCB(24)/09.9.Rev.1, s. 5, dostępne na: http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2009/20090518_hiv_prevention_among_idus_final_en.pdf.

[13] Ibidem.

[14] Dokument WHO wymienia 9 interwencji, na drugim miejscu po „programach dystrybucji igieł i strzykawek" znajduje się „leczenie substytucyjne i inne terapie uzależnienia", zob. WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, 2009, s. 6, dostępne na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597760_eng.pdf.

[15] UNAIDS, *Global Report. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*, 2010, dostępne na: http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm, s. 12.

[16] Ibidem, s. 73.

[17] Ibidem, s. 72–73.

rezygnację w ramach społeczności terapeutycznych z celu „tylko abstynencja" (*abstinence only*) na rzecz celu „abstynencja w ostateczności" (*abstinence eventually*)[18]. Model ten, oparty na redukcji ryzyka zakażenia HIV, został określony w dokumencie jako „zdroworozsądkowe podejście" (*common sense approach*)[19].

Postrzeganie prowadzenia działań względem użytkowników narkotyków przez pryzmat zdrowia publicznego przenika również na grunt penitencjarystyki i do sposobu myślenia o wykonywaniu kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami środków odurzających[20]. Podkreśla się, że narkotyki są jednym z podstawowych problemów systemów więziennych na całym świecie. Karen Duke wyjaśnia, iż wynika to z faktu, że w wielu krajach na świecie osoby używające narkotyki są traktowane surowo przez systemy karne, a wysokie kary pozbawienia wolności stosowane wobec nich skutkują stosunkowo wysoką liczbą użytkowników narkotyków w zakładach karnych[21]. Często przypomina się, że więzienia wolne od narkotyków to wizja nierealistyczna. Narkotyki są dostępne w więzieniach na całym świecie, pomimo znacznych wysiłków i nakładów na ich wykrywanie oraz wysokich kar nakładanych na osoby używające narkotyków w więzieniach. Z używaniem narkotyków w zakładach karnych wiąże się ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, a przede wszystkim żółtaczki typu B i C oraz HIV. Poziom zakażenia tymi chorobami jest wyższy niż w populacji wolnościowej. Zwraca się uwagę na fakt, że nierealistyczne jest oczekiwanie, że osadzeni zaprzestaną używania substancji odurzających w zakładach karnych[22]. Nawet jeżeli osoby uzależnione przebywają na oddziałach wolnych od

---

[18] WHO, *Harm reduction: good practice in Asia, integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities, A Case Study of We Help Ourselves*, Australia 2006, s. 11–12; zob. też S.H. Kellogg, *On "Gradualism" and the building of the harm reduction–abstinence continuum*, „Journal of Substance Abuse Treatment" 2003, t. 25, s. 243.

[19] Ibidem, s. 11.

[20] Zob. np. K. Duke, *Drugs, Prisons and Policy-Making*, Palgrave Macmillan, 2003, s. 205, która pisze: „[…] tradycyjnie system penitencjarny postrzegał narkotyki jako przyczynę przestępczości i przestępstwo samo w sobie, nie jako problem zdrowotny użytkownika i problem zdrowia publicznego. Ta penitencjarna perspektywa kontroli i kryminalizacji użytkowników narkotyków ograniczyła dyrektorów zakładów karnych we wdrażaniu redukcji szkód do polityki narkotykowej".

[21] Zob. np. V. Schiraldi, B. Holman i P. Beatty, *Poor prescription: The Costs of Imprisoning Drug Offenders in the United States*, Justice Policy Institute 2000, dostępne na: http://www.drugpolicy.org/docUploads/PoorPrescription.pdf; zob też: A.G. Marlatt, A.W. Blume, G.A. Parks, op. cit., s. 14: „[…] polityka zero tolerancji [dla spożywania substancji odurzających – przyp. aut.] doprowadziła do rekordowej ilości osadzonych sprawców przestępstw związanych z narkotykami".

[22] Zob. H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS services in European Prisons*, Band 8 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug", BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2002, s. 71, który pisze: „[…] jest wątpliwe, czy cel prowadzenia przez osadzonych życia wolnego od narkotyków podczas pobytu w zakładzie karnym jest realistyczny – narkotyki są relatywnie łatwo dostępne w zakładach karnych, przeszłość osadzonych często była zdominowana przez narkotyki, więc nie mogą one zostać po prostu wyeliminowane".

narkotyków, nie są one w dostateczny sposób przygotowywane do kontynuowania abstynencji na wolności.

Omawiając działania na rzecz iniekcyjnych użytkowników narkotyków na terenie zakładów karnych, na pierwszy plan coraz częściej wysuwa się problematykę zapobiegania zakażeniom HIV. W tym celu zaleca się wprowadzenie w zakładach karnych dostępu do usług z dziedziny redukcji szkód – leczenia substytucyjnego i programów wymiany igieł i strzykawek[23]. Podkreśla się, że: „odmowa funkcjonariuszy służby więziennej udzielania osadzonym sterylnych igieł w zakładach karnych, gdzie ma miejsce iniekcyjne używanie narkotyków i korzystanie ze wspólnych igieł, jest przyzwoleniem na rozprzestrzenianie się HIV i HCV w populacji więziennej i w całym społeczeństwie"[24].

Na forum międzynarodowym, na podstawie tzw. zasady ekwiwalencji (*principle of equivalence*) oenzetowskie „podejście wszechstronne" implementowane jest również w zakładach karnych. „Zasada ekwiwalencji" została sformułowana w *Podstawowych zasadach traktowania więźniów* przyjętych Rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ 45/111 z dnia 14 grudnia 1990 r. Zasada ta mówi, że „więźniowie powinni mieć dostęp do pomocy lekarskiej dostępnej w kraju, bez

[23] Zob. np. Ch.P. Krebs, *Inmate factors associated with HIV transmission in prison*, „Criminology & Public Policy" 2006, t. 5, nr 1, s. 113–135; M. Macdonald, *Study of the Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operation in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*, European Institute for Crime Prevention and Control, Criminal Justice Press, nr 45, Helsinki 2005, dostepne na: http://www.peacepalacelibrary.nl/ebooks/files/HEUNI_f0gyxe5.pdf; H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction in European Prisons. A Compilation of Models of Best Practice*, BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2007, dostępne na: http://oops.uni-oldenburg.de/813/1/stohar07.pdf; H. Zurhold, H. Stöver, Ch. Haasen, *Female drug users in European Prisons – best practice for relapse prevention and reintegration. Final Report And Recommendations*, JAI/2003/AGIS/191, Hamburg 2004, dostępne na http://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/nr11/EU-female_prisoners.pdf; G. Betteridge, *Public health agency says prison needle exchanges reduce risk, do not threaten safety or security*, „HIV AIDS Policy Law Review" 2007, t. 12, nr 1, s. 20–22; L. Michel, P.M. Carrieri, A. Wodak, *Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review*, „Harm Reduction Journal" 2008, t. 5, nr 17, dostępne na: http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/17; S. Okie, *Sex, drugs, prisons, and HIV*, „New England Journal of Medicine" 2007, t. 356, nr 2, s. 105–108, dostępne na: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068277; C. Poulin, et al., *Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons*, „Canadian Medical Association Journal" 2007, t. 177, nr 3, s. 252–256, dostępne na: http://www.cmaj.ca/content/177/3/252.long; A. Sarang, R. Stuikyte, R. Bykov, *Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia*, „International Journal of Drug Policy" 2007, t. 18, nr 2, s. 129–135, dostępne na: http://www.ijdp.org/article/S0955-3959%2806%2900235-0/fulltext; K. Stark, U. Herrmann, S. Ehrhardt i U. Bienzle, *A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany*, „Epidemiology and Infection" 2006, t. 134, nr 4, s. 814–819.

[24] R. Lines, R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevschi, J. Nelles, *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006, s. 48.

dyskryminacji wynikającej z ich sytuacji prawnej" (Zasada 9). Zgodnie z założeniami UNAIDS obecnie priorytetem ONZ w strategii zapobiegania HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki jest dostęp do sterylnego sprzętu. WHO uznaje, że „wszyscy więźniowie mają prawo do opieki zdrowotnej, włączając środki prewencyjne takie same, jak te dostępne w kraju bez dyskryminacji, w szczególności wynikającej z ich sytuacji prawnej lub obywatelstwa". (Zasada Ogólna A1 w *Wytyczne w sprawie zakażeń HIV i AIDS w więzieniach*)[25]. W tych samych wytycznych WHO uznaje, że „w krajach, gdzie igły i strzykawki są dostarczane osobom używającym dożylnie narkotyków przebywającym na wolności, powinno się rozważyć dostarczanie sprzętu iniekcyjnego podczas pobytu w zakładzie karnym oraz po zwolnieniu osobom, które o to poproszą" (Zasada C [III] 24).

Pomimo iż dostęp osadzonych do sprzętu do iniekcji budzi kontrowersje, słychać głosy, że takie działania nie są wystarczające dla ochrony zdrowia osadzonych przed zakażeniem HIV. Specjaliści zapobiegania HIV na VI Światowej Konferencji AIDS argumentowali, że niezbędne jest stworzenie specjalnych miejsc w zakładach karnych, gdzie osadzeni będą mogli bezpiecznie wstrzykiwać narkotyki[26] – miejsc konsumpcji narkotyków lub bezpiecznej iniekcji (*drug consumption rooms, shooting rooms* (*galleries*), *safe injection sites, heroin injecting rooms* lub *supervised injecting sites*). Ich celem jest zapewnienie bezpiecznego środowiska umożliwiającego higieniczne spożycie narkotyków, redukcja umieralności i chorobowości, stabilizacja i promocja zdrowia osób używających narkotyków dożylnie oraz redukcja publicznego spożywania narkotyków i związanych z tym niedogodności[27]. Według Joanne Csete i Thomasa Kerra obecność takich miejsc na terenie zakładów karnych „zmniejszy ilość zakażeń HIV i HCV"

---

[25] WHO, *Guidelines on HIV infections and AIDS in prisons*, WHO/GPA/DIR,93.3 (1993), dostępne na: http://www.who.int/hiv/pub/idu/guidelines_hiv_prisons/en/index.html.

[26] Zob. M.-C. Macphee, *Harm Reduction Facility Faces Renewal Challenge*, „Canadian Women's Health Network" 2006/2007, t. 9, nr 1/2, dostępne na: http://www.cwhn.ca/en/node/39447.

[27] Zob D. Hedrich, *European report on drug consumption rooms*, EMCDDA 2004, s. 24–27. Zob. też np., *Supervised injecting facilities* (*SIFs*): *The Facts*, „Yarra Drug & Health Forum" 2011, dostępne na: http://www.ydhf.org.au/data/SIF%20Fact%20SheetOct26.pdf; G. Stimson, J. Strang i N. Wright, *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*, Joseph Rowntree Foundation, York 2006, dostępne na: http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/9781859354711.pdf; Deutsche AIDS-Hilfe, *Drug Consumption Rooms in Germany. A Situational Assessment by the AK Konsumraum*, Berlin 2011, dostępne na: http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07af1Eng.pdf; E. Wood, M.W. Tyndall, J.S. Montaner i T. Kerr, *Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility*, „Canadian Medical Association Journal" 2006, t. 175, nr 11, s. 1399–1404 dostępne na: http://www.cmaj.ca/content/175/11/1399.full.pdf+html; Health Canada, *Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites: What has been learned from research? Final report of the Expert Advisory Committee*, Ottawa 2008, dostępne na: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-eng.php; K. Dolan, J. Kimber, C. Fry, J. Fitzgerald, D. Mcdonald, F. Trautmann, *Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia*, „Drug and Alcohol Review" 2000, t. 19, s. 337–346.

oraz „pomoże więźniom odstawić narkotyki”[28]. Proponują oni zastąpienie „prowadzonej przez rząd wojny z narkotykami” „postępową polityką, której priorytetem są środki redukcji szkód, oparte na dowodach naukowych”[29].

Inicjatywa implementacji miejsc konsumpcji narkotyków w zakładach karnych zyskała też wsparcie m.in. elit politycznych w Portugalii. Tamtejszy Rzecznik Praw Obywatelskich (*Provedor de Justiça*), wsparty przez stowarzyszenie prawników portugalskich i Dioga Freitas do Amaral – przewodniczącego komisji reformy penitencjarnej, zarekomendował w 2004 r. wprowadzenie miejsc bezpiecznej iniekcji w więzieniach w celu zmniejszenia epidemii HIV. Fernando Negrao, prezes Portugalskiego Instytutu ds. Narkotyków, efektywność tych miejsc uzależnił od stopnia przeludnienia zakładów karnych[30]. Ze względu na coraz częściej pojawiające się głosy specjalistów polityki narkotykowej o potrzebie implementacji miejsc konsumpcji narkotyków na terenach zakładów karnych, temat ten wart jest poświecenia mu uwagi, szczególnie pod kątem kompatybilności miejsc bezpiecznej iniekcji i realiów penitencjarnych.

Debaty na temat, jaki model prowadzenia polityki narkotykowej jest korzystniejszy, toczą się od wielu lat między zwolennikami liberalizacji tej polityki a zwolennikami utrzymania *status quo* lub ostrzejszej reakcji na przestępczość związaną z narkotykami. Tematyka ta została pominięta w pracy z powodu intensywności tej dyskusji w literaturze, polityce i mediach. Z tego również względu, w pracy odróżniono cele wymierzania kary od celów wykonywania kary. Przyjęto, że cele wymierzania kary i cele wykonywania kary nie muszą być tożsame, i skupiono się na analizie jedynie celów wykonywania kary.

W pracy pominięto też m.in. problematykę niejednoznacznego charakteru związku pomiędzy narkomanią a przestępczością[31], zagadnienia dotyczące strategii zapobiegania narkomanii w społeczeństwie, reakcji prawa karnego na przestępczość osób używających narkotyków, zagadnienie przestępczości narkotykowej oraz alternatyw dla kary pozbawienia wolności wobec sprawców przestępstw będących użytkownikami narkotyków (w tym środków o charakterze leczniczo-profilaktycznym). Pominięto więc zagadnienia związane z ustalaniem przyczyn obecności dużej liczby użytkowników w zakładach karnych. Rozważania te nie zostały uwzględnione ze względów objętościowych oraz z uwagi na fakt, iż wchodzą one bardziej w tematyczny zakres polityki narkotykowej niż polityki wykonywania kary pozbawienia wolności, której poświęcona jest niniejsza praca.

W literaturze, głównie na gruncie etyki, nauki prawa karnego, kryminologii, psychologii i medycyny, wciąż trwa konflikt o naturę uzależniania od narkoty-

[28] Zob. M.-C. Macphee, op. cit., passim.

[29] Ibidem.

[30] R. Jürgens, *Portugal: Report recommends needle exchange or safe injection sites in prisons*, Irish Penal Reform Trust, 22 kwietnia 2004, dostępne na: http://www.iprt.ie/contents/374.

[31] Na temat relacji pomiędzy środkami odurzającymi a przestępczością zob.: J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Wyd. Arche, Gdańsk 2006, s. 384–393, 396–398 i 400–413.

ków – czy jest chorobą nabytą, czy uwarunkowaną genetycznie, lub uzależnienie to jest całkowicie kwestionowane jako choroba. Problematyka ta jest skomplikowana, wybiega poza tematykę pracy i nie zajęto stanowiska również w tej kwestii.

Ze względu na interdyscyplinarność pracy, ustalenie używanej terminologii jest szczególnie istotne. Podane wyjaśnienia terminów są użyte jedynie na potrzeby tej pracy, bez ambicji nadawania im uniwersalnych znaczeń.

Związki pomiędzy narkotykami a przestępczością są powszechnie znane, chociaż charakter tych relacji nie jest jednoznaczny. W ramach polityki kryminalnej od wielu lat prowadzi się intensywne debaty na temat tych relacji. Polityka kryminalna z punktu widzenia kryminologów polega m.in. na naukowej ewaluacji skuteczności mechanizmów wprowadzanych w zakesie prawa karnego[32]. Za ojca polityki kryminalnej uchodzi Franz von Liszt, według którego polityka ta obejmuje również działania profilaktyczne[33]. Juliusz Makarewicz politykę kryminalną z kolei określił jako naukę, która „ma za zadanie stworzenie syntezy środków walki z przestępstwem jako zjawiskiem niepożądanym"[34]. Według Aleksandra Mogilnickiego polityka kryminalna powinna się zajmować tymi, którzy jeszcze nie popełnili przestępstwa, natomiast prawo karne – przestępcami[35]. Bronisław Wróblewski uznał natomiast, że „polityka kryminalna jest to nauka o badaniu, w jaki sposób zorganizować instytucje przeznaczone do walki z przestępczością, aby osiągnięty został największy moralny i materialny postęp społeczeństwa"[36]. Współcześnie Janina Błachut mówi o polityce kryminalnej w ujęciu wąskim i szerokim. W ujęciu wąskim polityka kryminalna jest działalnością represyjną, będącą reakcją na dokonane czyny zabronione pod groźbą kary wykonywanej przez instytucje wymiaru sprawiedliwości w postaci stosowania prawa karnego. W ujęciu szerokim z kolei, polityka kryminalna wykracza poza działalność represyjną i obejmuje także działania o charakterze prewencyjnym, w tym szeroką gamę instrumentów polityki społecznej[37].

Polityka penitencjarna jest częścią polityki kryminalnej i decyduje o sposobie realizacji przepisów prawa karnego wykonawczego, w tym o podejściu do kary pozbawienia wolności i innych środków reakcji na przestępczość. Od prowadzonej polityki penitencjarnej uzależnione jest funkcjonowanie systemu penitencjar-

---

[32] D. Szabo, *Kryminologia i polityka kryminalna*, PWN, Warszawa 1987, s. 111.

[33] F. von Lisz, *Kriminal-politische Aufgaben*, „Zeitschrift fur die gesamte Strafrechtswissenschaft 1889, t. 9; idem, *Die deterministichen Gegner der Zweckstrafe*, „Zeitschrift fur die gesamte Strafrechtswissenschaft" 1893, t. 13; cyt. za: M. Wąsowicz, *Nurt socjologiczny w polskiej myśli prawnokarnej*, „Rozprawy Uniwersytetu Warszawskiego", Wyd. UW, Warszawa 1989, s. 184.

[34] J. Makarewicz, *Prawo karne ogólne*, Lwów 1914, s. 42–47; cyt. za: M. Wąsowicz, op. cit., s. 185.

[35] A. Mogilnicki, *Władza dyskrecjonalna sędziego kryminalnego*, Lwów 1911, s. 2 (referat wygłoszony na V Zjeździe Prawników i Ekonomistów Polskich); cyt. za M. Wąsowicz, op. cit., s. 186.

[36] B. Wróblewski, *Wstęp do polityki kryminalnej*, s. 11; cyt. za M. Wąsowicz, op. cit., s. 187.

[37] Janina Błachut, wykład z przedmiotu „polityka kryminalna", Uniwersytet Jagielloński, 15.10.2008 r.

nego. Częścią polityki penitencjarnej jest polityka wykonywania kary pozbawienia wolności.

W ramach polityki wykonywania kary pozbawienia wolności można kreować strategie dotyczące różnych kategorii osadzonych, w tym użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Niektórzy przedstawiciele doktryny określają kształtowanie strategii względem tej grupy osadzonych mianem „polityki narkotykowej w więzieniach" (*drug policy in prisons*)[38]. W niniejszej pracy zrezygnowano z użycia terminu „polityka narkotykowa w więzieniach" i zaproponowano zastąpienie tych działań terminem „polityka wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych".

Uznano, że polityka narkotykowa jest prowadzona zazwyczaj przez uprawnione do tego organy państwowe w kontekście ogólnym, a nie w kontekście osób przebywających na terenie konkretnej instytucji. Przestępstwo narkotykowe jest zazwyczaj podobnie traktowane, niezależnie na terenie jakiej instytucji zostało popełnione. Nie wyklucza to oczywiście możliwości regulowania spożycia substancji odurzających dodatkowo w ramach zasad sformułowanych na potrzeby danej instytucji. Specyficzne podejście do użytkowników przebywających na terenie danej instytucji może wynikać z charakteru tej instytucji i celów, jakim ona służy. Tak więc na jej terenie mogą być prowadzone dodatkowe, w stosunku do polityki narkotykowej, działania względem użytkowników substancji odurzających, np. przeszukania bagaży na lotnisku, wydalenie użytkowników narkotyków z internatu lub imprezy masowej. Często osoby korzystające z tych instytucji dobrowolnie poddają się tym reżimom (np. lotnisko), a czasem wbrew własnej woli (np. zakład karny).

Osoby posługujące się terminem „polityka narkotykowa w więzieniach" mogłyby jednak podnieść, że nazywanie „polityką narkotykową" działań związanych z regulowaniem używania narkotyków w internatach czy szkołach – w przeciwieństwie do zakładu karnego – nie jest uzasadnione, gdyż używanie narkotyków nie występuje tam w takim natężeniu, jak w zakładach karnych. Kolejnym jednakże powodem, dla którego mówienie o polityce narkotykowej w zakładach karnych wydaje się nieuprawnione, jest właśnie specyfika zakładu karnego, gdyż zapobieganie narkomanii nie jest podstawową funkcją tej instytucji. Założenie, że działania wobec użytkowników narkotyków na terenie zakładów karnych stanowią „politykę narkotykową", a nie element „polityki wykonywania kary pozbawienia wolności", mogłoby wskazać na konieczność przejęcia prowadzenia tej działalności przez organy państwowe zajmujące się polityką narkotykową, a nie organy zajmujące się polityką penitencjarną. Odbyłoby się to ze szkodą dla osadzonych, gdyż więziennictwo lepiej zna specyfikę pracy z tymi osobami, w warunkach panujących w zakładach karnych.

[38] Tak np. K. Duke, op. cit., passim.

Polityka to „działalność wytyczana przez ośrodek decyzji sformalizowanej grupy społecznej (organizacji), zmierzająca do realizacji ustalonych celów za pomocą określonych środków”[39]. Uzasadnieniem dla prowadzenia polityki powinny być poglądy zdroworozsądkowe oraz niebudzące kontrowersji badania naukowe[40]. Polityka wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających oznacza strategie oddziaływania na tę grupę osadzonych, które realizują ustalone cele za pomocą określonych środków. Politykę tę prowadzi ustawodawca w aktach prawnych oraz organy administracyjne danego kraju, wydając regulaminy, zarządzenia, zalecenia i inne akty prawne, zarówno wiążące, jak i niewiążące. Organy administracyjne obejmują jednostki scentralizowane (Centralny Zarząd Służby Więziennej), jak i administracje poszczególnych zakładów karnych, a nawet pracowników danego zakładu np. poprzez ich współpracę w tworzeniu programów terapeutycznych na potrzeby danego zakładu.

Wydaje się, iż przy kształtowaniu polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających będą odgrywały rolę czynniki, które wywierają stały wpływ na funkcjonowanie i rozwój więziennictwa, takie jak: baza materialna, tradycje więziennictwa, dotychczasowa praktyka wykonywania kary pozbawienia wolności, dokumenty międzynarodowe, doświadczenia innych krajów dotyczące funkcjonowania systemu penitencjarnego, poglądy nauki oraz stanowisko opinii publicznej[41].

Pomimo iż obowiązujące prawo stosuje ściśle określoną terminologię, w tym opracowaniu użyto zamiennie takie określenia, jak: „skazany na karę pozbawienia wolności”, „więzień” i „osadzony”. Pojęcia te, mimo że na gruncie przepisów prawa mają inne znaczenie, w tej pracy odnoszą się również do osób przebywających w areszcie tymczasowym. Podobnie terminy „zakład karny”, „więzienie” oraz „zakład penitencjarny” używane są zamiennie i odnoszą się również do aresztów tymczasowych. Z języka potocznego zaczerpnięte zostało również zamienne posługiwanie się pojęciami: „system penitencjarny” i „więziennictwo”.

Określenie „narkotyk” w niniejszym opracowaniu używane jest gdzieniegdzie zamiast ustawowego terminu „środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych”. Termin „narkotyk” obejmuje również „środki zastępcze”, czyli potocznie „dopalacze”. Pojęcie „narkotyki” w pracy nie odnosi się do innych substancji psychoaktywnych, w tym do alkoholu. Termin ten odnosi się jednak do legalnych środków przepisywanych przez lekarza wtedy, gdy są one wprowadzone do nielegalnego obrotu (np. substancje takie, jak: metadon, oxycodone, tramadol).

Programy oddziaływania na skazanych na karę pozbawienia wolności często bywają określane mianem „udowodnionych naukowo” (*evidence-based*). „Udowodniona naukowo” polityka czy program to taki, który został poddany analizie

[39] K. Opałek, *Zagadnienia teorii prawa i teorii polityki*, PWN, Warszawa 1986, s. 238.

[40] J. Rawls, *Political Liberalism*, Columbia University Press, New York 1993, s. 224.

[41] Por. T. Szymanowski, *Przemiany systemu penitencjarnego w Polsce*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 1996, s. 12–13.

i na podstawie metod ustalonych w tej analizie ustalono, iż program czy polityka odniosła zamierzone, wcześniej zidentyfikowane, rezultaty.

Na określenie populacji osadzonych opisanych w pracy użyto sformułowania „osoby będące użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych". Niniejsza praca obejmuje osadzonych, którzy używali lub używają narkotyków, czyli zarówno osoby uzależnione od środków odurzających, rekreacyjnie używające narkotyków, jak i te, które użyły środka odurzającego. Bez znaczenia jest rodzaj popełnionego przestępstwa, albowiem w pracy ujęto zarówno osoby skazane za przestępstwa narkotykowe, dokonane przy użyciu narkotyku, jak i za inne typy przestępstw[42]. Nie ma znaczenia, w którym momencie osadzeni rozpoczęli używanie narkotyków – czy było to przed pobytem w zakładzie, czy w trakcie odbywania kary. W opracowaniu ujęto również sprawców odbywających karę poza oddziałami terapeutycznymi, jeżeli są oni użytkownikami narkotyków.

Mimo iż w opracowaniu skupiono się głównie na tych sprawcach, w przypadku których używanie narkotyków doprowadziło do dysfunkcyjnego zachowania, zrezygnowano jednak z określeń „uzależniony" i „osoba problematycznie używająca narkotyków" lub „osoba używająca szkodliwie". Zamiast tych określeń w pracy używa się określenia „użytkownik" z uwagi na fakt, iż jest ono najbardziej ogólne. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii w art. 4 wyróżnia: uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych (pkt. 29), używanie szkodliwe (pkt. 30) i używanie środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego (pkt. 31)[43]. Biorąc pod uwagę, iż nie każda

[42] Osoby skazane za przestępstwa narkotykowe mogą być uzależnione od narkotyków, mogą rekreacyjnie używać narkotyków, bądź nie używać narkotyków w ogóle. Grupą trafiającą do zakładów karnych są również osoby popełniające przestępstwo w związku z użyciem narkotyku, niebędące przestępstwem narkotykowym, np. kradzież popełniona w celu zdobycia środków na zakup narkotyków, zgwałcenie popełnione przy użyciu narkotyku. Osoby takie również mogą być uzależnione od narkotyków, mogą rekreacyjnie używać narkotyków bądź nie używać narkotyków w ogóle. Ponadto do zakładów karnych trafiają skazani za inne przestępstwa niż narkotykowe i oni również mogą być uzależnieni od narkotyków, mogą rekreacyjnie używać narkotyków bądź nie używać narkotyków w ogóle.

[43] Art. 4 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.):

29) uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych – zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem;

30) używanie szkodliwe – używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądzenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi;

osoba w populacji skazanych opisanych w pracy została zdiagnozowana, słowo „uzależniony" zostało zastąpione ogólnym terminem „użytkownik", gdyż każdy uzależniony jest użytkownikiem.

Podsumowując, populacja skazanych opisanych w pracy obejmuje osoby będące użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, czyli wszystkich osadzonych będących użytkownikami tych środków, niezależnie od tego, za jakie przestępstwo odbywają karę, jak często używają narkotyków i w jaki sposób, czy w zakładzie, czy poza zakładem, oraz czy przebywają na oddziale terapeutycznym.

W pracy, omawiając problemy zdrowotne użytkowników narkotyków, skorzystano z definicji zdrowia opracowanej przez WHO. Definicja ta pozostała niezmieniona od 1948 r. i stanowi, iż „zdrowie jest stanem pełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności"[44]. Inne pojęcia użyte w pracy, których znaczenie może budzić wątpliwości, zostały wyjaśnione w dalszych rozdziałach.

---

31) używanie środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego – wprowadzanie do organizmu człowieka środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, niezależnie od drogi podania […]

[44] Zob. *Preambuła do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, podpisanej w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., ratyfikowanej Ustawą z dnia 29 stycznia 1948 r. o ratyfikacji konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jak również porozumienia zawartego przez rządy reprezentowane na międzynarodowej konferencji zdrowia oraz protokółu dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanych w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r*. (Dz.U. Nr 237 poz. 71 i 72).

ROZDZIAŁ 1
OBECNOŚĆ NARKOTYKÓW W ZAKŁADACH KARNYCH

Wstęp

Obecność substancji odurzających w zakładach karnych to jeden z poważniejszych problemów, z którym się zmaga praktycznie każdy system penitencjarny. Wysiłki Służby Więziennej wkładane w eliminację substancji odurzających z zakładów karnych często jedynie redukują ilość przemycanych narkotyków. Badania naukowe potwierdzają, że osadzeni używają narkotyków w zakładach karnych, co może powodować poważne konsekwencje zdrowotne wśród tej grupy[1].

Celem niniejszego rozdziału jest wyjaśnienie potrzeby podjęcia tematu polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Z tego względu w tym rozdziale opisano rzeczywistość penitencjarną, której elementem jest obecność narkotyków na terenie więzień. Są one obecne w zakładach penitencjarnych, gdyż przebywają tam użytkownicy tych substancji. Poprzez przedstawienie problematyki obecności narkotyków w zakładach karnych i problemów z tym związanych podjęto próbę uzasadnienia, że warto zastanowić się nad odpowiednim sposobem reakcji na problemy osadzonych użytkowników.

1.1. Przyczyny używania narkotyków w zakładach karnych

Jak zauważa T. Szymanowski, przemyt narkotyków do zakładów karnych oraz podejmowane próby wytwarzania substytutów narkotyków są specyficznym następstwem uzależnienia osadzonych od środków odurzających[2]. Osadzeni często używają narkotyków w zakładach karnych, ponieważ używali ich przed po-

---

[1] Zob. np. *Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia: good prison health is good public health*, Irish Penal Reform Trust, Dublin 2004, opracowana podczas konferencji *Breaking the barriers: Partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, która odbyła się 23–24 lutego 2004 r. w Dublinie; M. MacDonald, et al., *Service Provision for Detainees with Problematic Drug and Alcohol Use in Police Detention: A Comparative Study of Selected Countries in the European Union*, European Institute for Crime Prevention and Control, HEUNI Paper, No. 27, Helsinki 2008.

[2] T. Szymanowski, *Prawne podstawy stosowania systemu terapeutycznego wobec skazanych"*, referat przedstawiony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy systemu terapeutycznego", 29–31 października 2007 r. w Zakopanem.

bytem w zakładzie i mogą być od nich uzależnieni. Z drugiej strony jednak, jednym z podstawowych powodów używania narkotyków w zakładach karnych jest fakt, że narkotyki są tam dostępne i stają się sposobem na radzenie sobie z rzeczywistością więzienną. Używanie narkotyków może być więc reakcją na przebywanie w zakładzie karnym, a warunki tam panujące mogą stać się powodem sięgania po narkotyki przez tych osadzonych, którzy ich dotychczas nie używali.

Zarówno wśród osób odbywających karę, jak i wśród przebywających na wolności, przyczyn używania narkotyków upatruje się w szeregu czynników związanych ze środowiskiem społecznym oraz problemami psychologicznymi i psychiatrycznymi jednostki. Część osób sięgających po narkotyki nie będzie jednak w stanie wskazać żadnego konkretnego powodu tego zachowania.

Podłoża używania narkotyków szuka się w środowisku społecznym, w którym jednostka funkcjonuje[3]. Podaje się, że źródło sięgania po narkotyki może przykładowo tkwić w zachwianych relacjach w domu rodzinnym w okresie dorastania, a więc w złym traktowaniu dziecka przez rodziców, braku zrozumienia i wsparcia oraz nieprawidłowych wzorcach np. nadużywaniu alkoholu lub narkotyków przez rodziców. Narkotyki mogą być również atrybutem grupy społecznej, w której dana osoba funkcjonuje, a odmowa ich używania może prowadzić do wykluczenia z grupy i braku akceptacji ze strony jej członków. Używanie narkotyków może być też wyrazem sprzeciwu wobec społeczeństwa. Również czynniki społeczne, takie jak brak życiowych perspektyw, mają wpływ na decyzję o podjęciu używania narkotyków. Ponadto nieumiejętność odnalezienia swojego miejsca w społeczeństwie prowadzi do wyalienowania i poszukiwania sposobów uniknięcia trudności życiowych, z którymi jednostka nie potrafi sobie poradzić. Środki odurzające zaspokajają potrzebę gratyfikacji i tym samym przynoszą natychmiastowe korzyści oraz ukojenie wobec doświadczanych problemów. Narkotyki doraźnie przeciwdziałają też istniejącym objawom psychopatologicznym i uśmierzają dolegliwości. Część osób sięga po narkotyki z ciekawości, poszukując nowych doświadczeń i ucieczki od nudy.

Drugą grupą przyczyn sięgania po środki odurzające mogą być rozmaite problemy psychologiczne i psychiatryczne oraz problemy natury emocjonalnej. Jako źródła sięgania po narkotyki podaje się m.in.: brak pewności siebie, brak poczucia bezpieczeństwa, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, niskie poczucie własnej wartości, desperację, depresję, lęk, poczucie pustki, poczucie odrzucenia, uległość, brak asertywności, słabą motywację do działań, zmienność nastrojów, niedojrzałość emocjonalną, zaburzenia osobowości, zaburzenia psychiczne, zakłócenia tożsamości, genetyczne predyspozycje[4], zachowanie wyuczone i brak

[3] Informacje o przyczynach sięgania po narkotyki zebrano na podstawie raportów WHO i ulotek dla osób uzależnionych od narkotyków, wydawanych przez organizacje zajmujące się udzielaniem pomocy osobom uzależnionym.

[4] Genetyczne predyspozycje udowodniono w przypadku skłonności do uzależnienia od alkoholu. Ustalono, iż u ludzi genetycznie uwarunkowanych kora mózgowa inaczej reaguje na alkohol – wyzwalają się endorfiny.

umiejętności odkładania przyjemności na później. W literaturze wskazuje się również, że jednym z powodów dożylnego używania narkotyków może być uzależnienie od wstrzykiwania igłą. To kompulsywne wstrzykiwanie określone zostało mianem „obsesji iniekcyjnej" (*needle fixation*). Zjawisko jest znane w środowisku osób używających narkotyki i jego istnienie zostało udowodnione w literaturze i badaniach naukowych[5]. „Obsesja iniekcyjna" jest zespołem zachowań, które wzmacniają potrzebę wstrzykiwania i stają się ważniejsze od samego używania narkotyku[6].

Na używanie narkotyków w zakładach karnych niebagatelny wpływ mają sprzyjające temu zjawisku czynniki związane z charakterem zakładu karnego i naturą odbywania kary pozbawienia wolności. Używanie narkotyków może być spowodowane wzrostem napięcia wywołanego przez przebywanie w kryminogennym środowisku, przeludnienie i warunki panujące w zakładzie. Do tego dochodzi rozstanie z rodziną i przyjaciółmi, utrata więzi i pozycji społecznej, konflikty z innymi osadzonymi oraz natężenie problemów psychologicznych i psychiatrycznych. Narkotyki są odpowiedzią na te dolegliwości i doraźnie pomagają osadzonym zwalczyć stres, lęk, poczucie odrzucenia czy depresję. Ponadto przebywanie w jednej celi z osobą używającą narkotyki również może się przyczynić do podjęcia używania. W badaniach przeprowadzonych na terenie zakładów karnych, jako najistotniejsze powody używania narkotyków osoby osadzone wskazały nudę i stres związany z pobytem w zakładach karnych, ale także przemoc seksualną i fizyczną w zakładach[7].

1.2. Sposoby przenikania narkotyków na tereny zakładów penitencjarnych

Interesującym zagadnieniem są sposoby przepływu substancji odurzających na teren zakładów karnych, są one bowiem instytucjami, które w wyjątkowo rygorystyczny sposób podchodzą do kwestii kontroli. Służyć temu ma szereg zabezpieczeń ochronnych – kraty w oknach, kamery, psy tropiące, przeszukania osadzonych i osób odwiedzających oraz niedopuszczanie do kontaktów osadzonych z osobami nieuprawnionymi. Te zabiegi sprawiają, że przemyt na teren zakładu karnego jest znacznie utrudniony. Pomimo wysiłków, substancje odurzające przedostają się do zakładów karnych. Łatwiej jest przemycić narkotyki do zakładów o niskim poziomie zabezpieczeń niż tych pilnie strzeżonych, ale po-

[5] R. Pates, A. McBride, K. Arnold, *Needle fixation*, [w:] *Injecting illicit drugs*, red. R. Pates, A. McBride, K. Arnold, Blackwell Publishing 2005, s. 47.

[6] Ibidem.

[7] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction in European Prisons. A Compilation of Models of Best Practice*, BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2007, s. 59.

ziom zabezpieczeń nie odgrywa jednak tak znaczącej roli w momencie, gdy substancje odurzające już się znajdują na terenie zakładu, gdyż wtedy najtrudniej jest je wykryć.

Na całym świecie metody przedostawania się narkotyków na tereny zakładów penitencjarnych są różnorodnie kształtowane. Omówione poniżej sposoby to przykłady zaczerpnięte z literatury polskiej, jak i zagranicznej, które mogą być stosowane również w zakładach karnych w innych miejscach na świecie, ale mogą się też odnosić wyłącznie do specyficznej sytuacji w danym kraju czy w danym zakładzie. Nie należy więc tych przykładow traktować jako uniwersalnych lub ekstrapolować na inny kontekst.

Przedostawanie się narkotykow na teren więzień może przybrać formę różnorodnie zorganizowanego handlu i przemytu. Głównym sposobem transportu narkotyków na teren zakładu mogą być wizyty członków rodzin i znajomych osadzonych. Narkotyki mogą też być wnoszone na teren zakładu przez osadzonych powracających z przepustek lub z pracy, którą wykonują poza zakładem karnym. W dokumencie brytyjskim wskazano, że problem ten może być szczególnie poważny w zakładach karnych, gdzie duża liczba więźniów pracuje poza zakładem[8].

Niekiedy wysokie zyski finansowe związane z przemytem i handlem narkotykami w zakładach karnych mogą stanowić pokusę nie tylko dla osadzonych i odwiedzających, ale również dla personelu więziennego. Jak pisze T. Szymanowski, na występowanie zjawiska przemytu narkotyków może wpływać wysoki odsetek osadzonych powiązanych ze zorganizowanymi grupami przestępczymi i jednocześnie relatywnie niskie płace funkcjonariuszy Służby Więziennej[9]. Przy niskich pensjach w służbie więziennej, nie można wykluczyć, że zyski z handlu narkotykami mogą stanowić motywację finansową dla osób pracujących w zakładach karnych. W dokumencie brytyjskim ponadto podniesiono, iż możliwa jest również sytuacja, że osoby zatrudnione w zakładzie karnym zostają zmuszone do przemytu i handlu narkotykami przez osadzonych[10]. Przeprowadzone w Polsce w 2001 r. badania dyrektorów zakładów karnych potwierdzają, że istnieje niebezpieczeństwo korupcji wśród pracowników Służby Więziennej; takie przypadki się zdarzyły, były to jednak sytuacje marginalne[11].

Środki odurzające mogą być dostarczane do zakładów karnych w paczkach i korespondencji oraz przynoszone z widzeń (często przez rodziny więźniów), po powrocie ze spacerów, przepustek, a także przez osoby przychodzące z zewnątrz

---

[8] *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part I: *Community Resources and the Probation Service*. Report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs, London, 1991, s. 41–42.

[9] T. Szymanowski, *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego. Podstawowe problemy w świetle badan empirycznych*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 268.

[10] *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part III: *Drug Misusers and the Prison System – An Integrated Approach*. Report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs, London, 1996, s. 42.

[11] T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op. cit., s. 268.

do jednostek. Substancje te mogą być przemycane w na pozór oryginalnie zapakowanych produktach żywnościowych, listach (pod znaczkami pocztowymi), chowane w bieliznę osobistą, połykane przez skazanych w woreczkach foliowych lub w prezerwatywie, co stanowi zagrożenie dla ich życia lub zdrowia[12]. T. Głowik pisze, iż w niektórych jednostkach, w których pozwala na to architektura zakładu, zdarzają się „przerzuty przez mur"[13].

Przeciwdziałanie przemytowi narkotyków polega przede wszystkim na działalności kontrolnej zakładu karnego, tj. korzystaniu z zabezpieczeń, kontroli cel i kontroli osobistych osadzonych oraz osób ich odwiedzających. Jak pisze H. Stöver (i wsp.) w kontekście europejskim, jakość przechwyconych narkotyków w zakładach jest zazwyczaj niższa niż jakość narkotyków spożywana w warunkach wolnościowych[14]. Przemyt igieł i strzykawek na teren zakładu karnego jest trudniejszy niż przemyt narkotyków. Jeżeli osadzeni w zakładzie karnym używają narkotyków również dożylnie, często korzystają ze wspólnych igieł i strzykawek, co zwiększa ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew, jak np. HIV.

W więzieniu ta sama igła może być rozprowadzana pomiędzy dużą liczbą więźniów używających narkotyków dożylnie. H. Stöver (i wsp.) podaje również, iż sprzęt iniekcyjny może być ukryty w powszechnie dostępnym miejscu lub stanowić własność jednego osadzonego, udostępnianą za opłatą[15]. Igła jest wówczas używana tak długo, aż nie będzie się już nadawała do użytku, bądź zostanie skonfiskowana[16]. Zdarza się również, iż sprzęt wykorzystywany do wstrzykiwania narkotyku jest produkcji domowej i igła zostaje zastąpiona materiałami, które akurat są dostępne, co skutkuje uszkodzeniami żył, ranami i innymi infekcjami[17].

1.3. Rozmiary zjawiska używania substancji odurzających w więzieniach

Głównym powodem, dla którego przemyca się narkotyki na teren zakładów karnych, jest występowanie popytu na narkotyki. W wielu krajach osoby używające narkotyków w zakładach karnych są grupą nadreprezentowaną w stosunku do użytkowników narkotyków w populacji wolnościowej. Wielu osadzonych, którzy używali narkotyków na wolności, odurza się również w trakcie odbywania kary, gdy ma dostęp do narkotyków w zakładzie karnym. Inni osadzeni, którzy

[12] T. Głowik, *Problematyka narkomanii w izolacji więziennej*, „Serwis Informacyjny Narkomania" 2008, nr 3/42, s. 8–10; D. Sarzała, *Narkomania jako zjawisko patologii społecznej i problem penitencjarny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2007, nr 56–57, s. 96–97.

[13] T. Głowik, op. cit., s. 9.

[14] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 58–59.

[15] Ibidem, s. 63.

[16] Ibidem.

[17] Ibidem.

na wolności nie używali narkotyków, mogą w czasie pobytu w więzieniu po raz pierwszy po nie sięgnąć. Narkotyki przemyca się nie tylko na własny użytek, ale również w celu ich sprzedaży innym osadzonym. W zakładach karnych zyski ze sprzedaży narkotyków przekraczają zyski ze sprzedaży narkotyków w warunkach wolnościowych, ze względu na doliczanie do ich ceny kosztów ponoszonego ryzyka. Cena narkotyków wzrasta więc proporcjonalnie do trudności związanych z przemytem. Narkotyki w zakładach karnych mogą służyć jako waluta. Osadzeni mogą podejmować handel narkotykami, aby wyjść z chwilowych trudności finansowych lub może on stanowić stałe źródło dochodu. Niektórzy osadzeni mogą wymuszać przemyt narkotyków na innych osadzonych, członkach swoich rodzin i znajomych lub nawet na pracownikach zakładu karnego. Rodzina i znajomi osadzonych przemycają narkotyki do zakładów karnych, ponieważ mogą traktować dostarczanie narkotyków więźniom jako wyświadczenie przysługi[18].

Badania rozmiarów, jakie przybiera używanie narkotyków w zakładach penitencjarnych, mogą być przeprowadzane za pomocą rozmaitych środków, jednak nie są one w stanie w pełni odzwierciedlić obrazu używania narkotyków w ośrodkach więziennych. Zbadanie tego zjawiska ułatwiają badania ankietowe, oficjalne statystyki na temat liczby osób skazanych za przestępstwa narkotykowe, informacje o ilości i rodzaju przechwyconych narkotyków w zakładach karnych, ilość znalezionych igieł i strzykawek i wyniki testów przeprowadzanych na obecność narkotyków. Powyższe dane dostarczają jednak jedynie cząstkowej wiedzy, dodatkowo wyłącznie w kontekście konkretnej jednostki penitencjarnej, gdyż populacja więzienna znacznie różni się w poszczególnych zakładach.

W literaturze odnotowano, że rozmiary używania narkotyków są zależne od rodzaju zakładu karnego. Zjawisko używania narkotyków w zakładach karnych kształtuje się inaczej w zależności od systemu odbywania kary oraz tego, z jakim zakładem karnym mamy do czynienia (np. czy jest to zakład karny przeznaczony dla mężczyzn, kobiet, młodocianych, recydywistów, osadzonych po raz pierwszy)[19]. Różnie będzie się też kształtowało używanie narkotyków w więzieniach w poszczególnych krajach czy rejonach kraju[20]. Jak podaje Stöver i wsp. używanie narkotyków wśród osadzonych jest bardziej rozpowszechnione w dużych instytucjach, gdzie więźniowie odbywają kary krótkoterminowe, w zakładach penitencjarnych dla kobiet oraz w instytucjach położonych blisko dużych miast[21]. Odnotowano również, że w aresztach tymczasowych narkotyków może być mniej ze względu na fakt, iż przemyt nie jest na tyle rozwinięty[22]. Należy przyjąć, że obecnie nie ma wypracowanej metody, która mogłaby dać kompletny obraz

[18] Zob. np. raport o więzieniach brytyjskich: *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part III, op. cit., s. 42–43.

[19] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 59.

[20] Ibidem.

[21] Ibidem.

[22] Ibidem.

częstotliwości używania narkotyków, rodzajów używanych narkotyków oraz sposobów, w jaki są one przyjmowane na terenie zakładów penitencjarnych[23].

Z przeprowadzonych badań wynika, że używanie narkotyków jest rozpowszechnione w więzieniach, ale trudno jest dokładnie określić liczbę użytkowników. W krajach Unii Europejskiej oszacowano, iż odsetek osadzonych w więzieniach, którzy kiedykolwiek używali narkotyków, oscyluje pomiędzy 29% a 86%[24]. Co istotne, większość badań europejskich potwierdza, że ponad 50% osadzonych kiedykolwiek używało narkotyków podczas pobytu w zakładzie karnym[25]. Badania wykazały również, że podczas odbywania kary pozbawienia wolności pomiędzy 16% a 54% osadzonych aktywnie używało narkotyków[26]. Te same badania dostarczają informacji, że używanie narkotyków przybiera większe rozmiary w zakładach karnych dla kobiet[27]. Substancje, których używa się na wolności, są również dostępne w zakładach karnych, jednak ich jakość jest często gorsza niż jakość narkotyków używanych w warunkach wolnościowych[28].

W Polsce badania dotyczące rozpowszechnienia używania narkotyków prowadzone są od 1981 r.[29] W badaniach sondażowych z 1981 r. ustalono liczbę skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych na 180 osób (przy liczbie 83 455 osadzonych), a w badaniach z 1984 r. na 454 osoby (przy liczbie 83 385 osadzonych)[30]. W pierwszych reprezentatywnych badaniach z 1987 r. do używania narkotyków przed osadzeniem w zakładzie przyznało się 13% osadzonych[31]. W 2001 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził badania, które wykazały, że 22% osadzonych używało narkotyków w warunkach izolacji więziennej[32]. Najpopularniejsze okazały się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez przepisu lekarza, marihuana i haszysz oraz amfetamina[33]. Do używania narkotyków w formie iniekcji przyznało się 3,3% osadzonych, a 1% – do korzystania ze wspólnych igieł i strzykawek[34].

Badania w ramach projektu „Connections”[35] przeprowadzone w 2009 r. na oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających i psy-

---

[23] Ibidem, s. 57–58.

[24] Ibidem, s. 59; na temat prowadzonych w Polsce badań dotyczących szacowania liczby osób uzależnionych w zakładach karnych zob.: T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op. cit., s. 199.

[25] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 59.

[26] Ibidem.

[27] Ibidem.

[28] Ibidem, s. 58–59.

[29] K. Dubiel, A. Majcherczyk, *Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 52–53, s. 52.

[30] Ibidem.

[31] Ibidem.

[32] Ibidem, s. 54.

[33] Ibidem.

[34] Ibidem, s. 55.

[35] Projekt „Connections” został zainicjowany w 2007 r. na Uniwersytecie w Kent i jest współfinansowany przez Europejską Komisję Zdrowia Publicznego. Celem programu jest zachęta kra-

chotropowych wykazały, że wśród osadzonych odbywających karę na tych oddziałach najpopularniejszym narkotykiem, przed pozbawieniem wolności, jak i w zakładzie karnym, okazały się przetwory konopi (do ich używania na wolności przyznało się 68,4% respondentów, a w zakładzie karnym 14%) oraz amfetamina (do której używania na wolności przyznało się 72,8% respondentów, a w zakładzie karnym 10,5%)[36]. Popularność marihuany i haszyszu można wyjaśnić faktem, że te substancje, działając relaksacyjnie, pomagają załagodzić nudę i dolegliwości związane z pobytem w zakładzie karnym. Na popularność używania amfetaminy w zakładach karnych może mieć wpływ charakter subkultury, w której obracają się więźniowie. Trzecią najczęściej używaną substancją było ecstasy, używane na wolności przez 51,8% respondentów, a w zakładzie penitencjarnym przez 3,5%[37].

Podobnie jak przed osadzeniem, używanie w zakładzie karnym heroiny, kokainy, „kompotu" okazało się mniej rozpowszechnione. Do używania heroiny kiedykolwiek na wolności przyznało się 44,7%, a w zakładzie karnym jedynie 7% respondentów[38]. Użycie „kompotu" po umieszczeniu w zakładzie penitencjarnym zmalało z 26,3% do 3,5%[39]. W przypadku kokainy, do jej używania na wolności przyznało się 41,2%, a w zakładzie karnym 2,6% respondentów[40]; do używania kokainy typu „crack" – 28,9% respondentów kiedykolwiek na wolności i 1,8% w zakładzie karnym[41]. Do używania na wolności metadonu i buprenorfiny przyznało się 16,7% respondentów, a do używania benzodiazepin na wolności 17,5%. Żaden z respondentów nie przyznał się do używania tych substancji na terenie zakładów penitencjarnych[42].

Porównując wyniki dotyczące używania substancji w zakładach karnych z używaniem substancji w okresie przed pozbawieniem wolności, można zauwa-

jów członkowskich Unii Europejskiej do współpracy w rozwiązywaniu problemów systemu penitencjarnego, szczególnie problemów zdrowia publicznego, które są związane z używaniem narkotyków w zakładach karnych. Projekt koncentruje się na problemach zdrowotnych osadzonych i ma na celu opracowanie wspólnych rozwiązań w dziedzinie przeciwdziałania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, takich jak HIV i żółtaczka typu B. Ma on na celu promocję inicjowania i umożliwienia implementacji, zarówno na płaszczyźnie krajowej, jak i europejskiej, w założeniu bardziej efektywnej polityki narkotykowej w zakładach karnych. Jako priorytety w przeprowadzaniu badań przyjęto standardy dotyczące zdrowia publicznego i praw człowieka, zob. http://www.connectionsproject.eu/the-project.

36 H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum of care in the EU criminal justice system. A survey of prisoners needs in four countries* (*Estonia, Hungary, Lithuania, Poland*), BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2011, dostępne na: www.connectionsproject.eu/…/92-final-research-report-of-the-connections-project, s. 232–233.

37 Ibidem.

38 Ibidem.

39 Ibidem.

40 Ibidem.

41 Ibidem.

42 Ibidem, s. 232–233.

żyć, że pobyt w zakładzie karnym przyczynia się do redukcji przyjmowania narkotyków. Wydaje się, że przyczyny spadku częstotliwości używania narkotyków po osadzeniu nie należy jednak upatrywać w oddziaływaniu pobytu w zakładzie karnym na motywację osadzonych do podjęcia abstynencji lub redukcji używania narkotyków. Bardziej prawdopodobne wydaje się wytłumaczenie tej redukcji faktem mniejszej dostępności narkotyków w zakładach karnych lub obawą osadzonych przed ujawnieniem używania[43]. Opinie osadzonych na temat dostępności narkotyków w zakładach karnych są bardzo podzielone. Najwięcej respondentów stwierdziło, że dostęp do narkotyków jest w ich zakładach łatwy (34,8%), jednak aż 28,1% respondentów określiło go jako bardzo trudny[44]. Ta rozbieżność opinii może wynikać z faktu, iż w poszczególnych zakładach karnych dostępność nielegalnych substancji jest bardzo zróżnicowana, bądź zależna od możliwości poszczególnych respondentów.

Do redukcji używania narkotyków w zakładzie karnym może się również przyczynić wyższa cena narkotyków niż w warunkach wolnościowych oraz brak funduszy na ich zakup. Zależność pomiędzy zwiększoną ceną a redukcją używania została udowodniona w przypadku papierosów[45]. Warto jednak zwrócić uwagę na ograniczenia tego porównania – chociażby na fakt, że papierosy są produktem legalnym.

Spożywanie narkotyków w iniekcjach w zakładzie karnym potwierdziło 16 osób. Respondenci przyznali się m.in. do wstrzykiwania następujących substancji: „kompot" (polska heroina) (72,7%), benzodiazepiny (33,3%), heroina/inne opiaty (25%), amfetamina (25%), kokaina (11,1%), „crack" (10%)[46]. W badaniach wykazano również, że pobyt w zakładzie karnym przyczynia się do redukcji przyjmowania narkotyków w drodze iniekcji. Aż 88,5% respondentów zadeklarowało, że podczas pobytu w zakładzie karnym nigdy nie skorzystało ze wspólnego sprzętu iniekcyjnego, podobnie na wolności nigdy nie skorzystało 76,9% respondentów. Poza zakładem ze wspólnego sprzętu często korzystało 1,5% respondentów[47]. Od czasu do czasu 3,3% badanych korzystało w zakładzie karnym, a 7,7% na wolności[48]. Tylko raz lub dwa skorzystało 8,2% w zakładzie karnym, a na wolności – 13,8% respondentów[49].

---

43 H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 59.

44 H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., s. 234.

45 W badaniach przeprowadzonych w Meksyku przyjęto tezę, że zwiększenie kwoty podatku na papierosy było bezpośrednim powodem zmniejszenia konsumpcji papierosów, gdyż żadne inne programy kontrolujące spożycie tytoniu nie były prowadzone w czasie objętym badaniem, zob. B. Saenz-de-Miera, J.F. Thrasher, F.J. Chaloupka, H.R. Waters, M. Hernandez-Avila, G.T. Fong, *Self-reported price of cigarettes, consumption and compensatory behaviours in a cohort of Mexican smokers before and after a cigarette tax increase*, „Tobacco Control" 2010, t. 19, s. 481–487.

46 H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., s. 233.

47 Ibidem, s. 235.

48 Ibidem.

49 Ibidem.

Badani, przyjmujący narkotyki drogą dożylną na wolności, w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności wykazują więc mniejsze skłonności do wstrzykiwania narkotyków. Redukcja przyjmowania narkotyków w drodze iniekcji może wynikać z faktu, iż igłę trudniej jest przemycić niż narkotyki, a osoby dożylnie przyjmujące narkotyki mogą być narażone na dyskryminację i wykluczenie ze społeczności więziennej.

Szczegółowe badania na temat używania narkotyków w zakładach karnych przeprowadzono w Wielkiej Brytanii. W badaniach angielskich również odnotowano, że używanie narkotyków wśród osób opuszczających angielskie zakłady karne jest rzadsze niż pośród przybywających do zakładów[50]. Dla większości osób używających narkotyków pobyt w zakładzie karnym oznaczał redukcję nie tylko częstotliwości używania oraz przyjmowanych ilości, ale również redukcję w randze spożywanych narkotyków i redukcję częstotliwości ich przyjmowania drogą dożylną[51].

Typy narkotyków przyjmowanych w angielskich zakładach karnych są podobne do typów narkotyków, które są używane na wolności. Można jednak odnotować preferencje osadzonych w kierunku marihuany i heroiny, w porównaniu do narkotyków z dziedziny stymulantów, jak kokaina czy amfetamina[52]. Z badań przeprowadzonych w zakładach karnych na terenie Anglii wynika, iż większość więźniów używa marihuany, a mniejsza liczba osadzonych używa heroiny i stymulantów[53]. Ponadto niewielki odsetek osadzonych kontynuuje lub rozpoczyna używanie sprzętu iniekcyjnego, a duża liczba użytkowników narkotyków zmniejsza jego użycie lub całkowicie zaprzestaje jego używania[54]. Niektórzy osadzeni próbują narkotyków po raz pierwszy w zakładzie karnym, ale większość więźniów używała narkotyków przed pobytem w zakładzie[55]. Wart odnotowania jest fakt, że w trakcie przeprowadzanych badań zauważono istnienie znacznych różnic między poszczególnymi placówkami[56].

Używanie narkotyków nie jest łatwe do wykrycia z powodu niechęci do ujawnienia przez osadzonych. W badaniach angielskich odnotowano, iż fakt ten jest szczególnie niechętnie ujawniany, jeżeli używanie narkotyków nie zostało odnotowane w aktach osadzonego lub nie został on skazany za przestępstwo narkotykowe[57]. Identyfikacji osób używających narkotyków można dokonać np. dzięki widocznym fizycznym objawom używania narkotyków[58]. Te objawy mogą być

---

50 *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part III: *Drug Misusers…*, op. cit., s. 26.
51 Ibidem, s. 26–27.
52 Ibidem.
53 Ibidem, s. 1.
54 Ibidem, s. 26–27.
55 Ibidem, s. 2.
56 Ibidem.
57 Ibidem, s. 8.
58 Ibidem.

jednak świadomie ukrywane przez osadzonego[59]. Nawet w przypadku przytłaczających dowodów wiele osób zaprzecza, że używa narkotyków[60]. Badania brytyjskie wykonane wśród prostytutek używających narkotyków wykazały, że większość z tych kobiet nie zdecydowała się na ujawnienie sądowi faktu nadużywania narkotyków, pomimo widocznych fizycznych objawów ich używania[61].

Osadzeni używający narkotyków niechętnie ujawniają swój problem z wielu powodów. Jak wynika z raportu angielskiego, jednym z nich może być obawa osadzonych, że ich problem narkotykowy wpłynie negatywnie na decyzję w sprawie warunkowego przedterminowego zwolnienia[62]. Może to wynikać z przekonania, że bardziej prawdopodobne jest popełnienie kolejnego przestępstwa przez osobę używającą narkotyków[63]. Innym powodem ukrywania faktu używania narkotyków może być obawa, że informacje o używaniu narkotyków udzielone więziennej służbie zdrowia zostaną przekazane innym osobom zatrudnionym w zakładzie karnym lub policji[64]. Osadzeni obawiają się również pogorszenia warunków odbywania kary pozbawienia wolności w wyniku wzmożonej działalności wobec nich w zakresie wykrywania narkotyków, obejmującej takie czynności, jak: częstsze przeszukania cel, monitoring czy wywoływanie presji na poddanie się badaniom na obecność HIV[65]. Innym motywem może być troska o to, że w przypadku ujawnienia informacji o używaniu narkotyków zostaną im odebrane prawa rodzicielskie[66].

Dla bardziej precyzyjnego badania rozpowszechnienia używania narkotyków w zakładach karnych istotne jest rozwijanie klimatu sprzyjającego samodzielnemu ujawnianiu się osób używających narkotyków. To jest ważne zadanie dla systemu penitencjarnego, gdyż zwiększa się wówczas szansa zapewnienia tym osobom usług zdrowotnych i resocjalizacyjnych, ukierunkowanych na zaniechanie lub redukcję używania narkotyków.

Próby zidentyfikowania osób używających narkotyków są mniej skuteczne niż próby zachęcenia osadzonych do ujawnienia problemu[67]. Wielu osadzonych byłoby bardziej chętnych do ujawnienia problemu używania narkotyków, gdyby odnosili z tego korzyści. Z tego powodu istotne wydaje się prowadzenie działań zmierzających do zachęcania do ujawniania problemu narkotykowego lub co najmniej zminimalizowania wpływu czynników, z uwagi na które osoby nadużywające narkotyków obawiają się powiadomić pracowników zakładu karnego o problemie[68].

[59] Ibidem.
[60] Ibidem.
[61] Ibidem.
[62] Ibidem.
[63] Ibidem, s. 8–9.
[64] Ibidem, s. 9.
[65] Ibidem.
[66] Ibidem.
[67] Ibidem, s. 8.
[68] Ibidem.

Im wcześniej zostanie zidentyfikowane używanie narkotyków, tym szybciej będzie można zapewnić użytkownikom odpowiednią pomoc zdrowotną i socjalną[69]. Dzięki wczesnemu ujawnieniu problemu narkotykowego można więc zredukować używanie narkotyków w zakładach karnych[70]. W tym celu konieczne jest jednak wytworzenie atmosfery zachęcającej osadzonych do ujawnienia faktu używania narkotyków[71].

1.4. Problemy związane z obecnością narkotyków na terenie zakładów karnych

Nadużywanie substancji odurzających może w sposób bezpośredni lub pośredni rodzić problemy zarówno dla pojedynczych osób i ich rodzin, jak i dla ogółu społeczeństwa. Używanie narkotyków w zakładach karnych może również powodować komplikacje dla funkcjonowania zakładu jako instytucji. Wiele z opisanych w tym rozdziale problemów związanych z obecnością narkotyków na terenie zakładów karnych ma charakter ogólny i z tego względu ich zawarcie w pracy może wydawać się zbędne, jednak opis problemów został przedstawiony w celu zasygnalizowania, iż politykę wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami powinno się omawiać holistycznie. Oznacza to, iż próbując znaleźć najlepsze rozwiązania, należy wziąć pod uwagę wszystkie problemy, jakie mogą wyniknąć w związku z obecnością narkotyków na terenie zakładów karnych, które nie są ograniczone wyłącznie do konsekwencji, jakie z tej obecności wynikają dla więzienia jako instytucji.

W niniejszym opracowaniu pojęcie szkód zdrowotnych nie ogranicza się jedynie do zdrowia fizycznego i psychicznego, ale zostało rozszerzone, w oparciu o definicję WHO, na „stan pełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności”[72]. Warto podkreślić, że konsekwencje zażywania narkotyków odnoszą się nie tylko do długotrwałego spożywania tych środków – nawet jednorazowe użycie może spowodować poważne problemy zdrowotne, jak np. zakażenie HIV.

Zażywanie substancji psychoaktywnych sprawia przyjemność i poprawia samopoczucie, co z kolei może zaowocować uzależnieniem psychicznym. Tego ro-

---

69 Ibidem, s. 5.

70 Ibidem.

71 Ibidem.

72 Preambuła do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, podpisanej w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., ratyfikowanej *Ustawą z dnia 29 stycznia 1948 r. o ratyfikacji konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jak również porozumienia zawartego przez rządy reprezentowane na międzynarodowej konferencji zdrowia oraz protokółu dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanych w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r*. (Dz.U. Nr 237 poz. 71 i 72).

dzaju zależność można scharakteryzować jako „silną potrzebę i niekontrolowane pragnienie ponownego przyjęcia danej substancji”[73]. Możliwość wytworzenia się zależności psychicznej dotyczy właściwie wszystkich narkotyków i jest uwarunkowana rodzajem narkotyku, cechami osobowościowymi, wiekiem i sytuacją danej osoby[74]. Konsekwencją zażywania niektórych narkotyków może być zależność fizyczna, która jest wynikiem adaptacji układu nerwowego do obecności danej substancji psychoaktywnej. Ten typ zależności charakteryzuje się występowaniem zespołu abstynencyjnego w przypadku odstawienia substancji oraz zjawiskiem tolerancji[75].

Rozróżnienie stopnia zależności, jaką wywołują poszczególne narkotyki, jest istotne przy ocenie konsekwencji używania narkotyków. Niektóre opisane poniżej problemy będą odnosić się wyłącznie do zaawansowanego typu uzależnienia, które może prowadzić do całkowitej degeneracji jednostki w społeczeństwie.

Uzależnienie od narkotyków może być przyczyną poważnych problemów zdrowotnych, prowadzić do obniżenia jakości życia i jego skrócenia, do śmierci z przedawkowania lub samobójstwa. Śmiertelność w grupie osób uzależnionych od narkotyków jest relatywnie wysoka. Narkomania jest ponadto problemem złożonym, a wiele somatycznych problemów zdrowotnych może mieć skutek śmiertelny, jeśli pozostanie bez leczenia[76]. Jako przyczyny wysokiej śmiertelności w tej grupie wskazuje się na głębokie zaawansowanie chorób, niechęć do systematycznego leczenia, a nierzadko także złe nastawienie pracowników służby zdrowia do użytkowników[77].

Osoby używające narkotyków mogą cierpieć na wiele dolegliwości zdrowotnych. Grażyna Cholewińska wśród chorób, których mogą doświadczyć osoby używające narkotyków, wymienia: zaburzenia psychiczne, HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby typu B, C, Delta, ciężkie zakażenia bakteryjne, zapalenie dróg oddechowych, gruźlica, napady padaczkowe, zapalenie dróg oddechowych, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, choroby skóry (świerzb, wszawica, grzybica, dermatozy i reakcje toksyczno-alergiczne) i choroby przenoszone drogą płciową[78].

Używanie narkotyków w warunkach kary pozbawienia wolności może być bardziej ryzykowne dla zdrowia, ponieważ odbywa się w środowisku niesprzy-

---

[73] G. Wodowski, *Narkotyki i ich używanie* [w:] *Polityka karna wobec osób używających narkotyki. Wybór artykułów na temat narkotyków i prawa narkotykowego*, Małopolskie Stowarzyszenie „Probacja”, s. 4.

[74] Ibidem.

[75] Zjawisko tolerancji polega na stałym zwiększaniu dawki narkotyku w celu uzyskania tych samych efektów. Powoduje, że niektórzy uzależnieni przyjmują dawki heroiny, które wielokrotnie przewyższają dawki śmiertelne, zob. G. Wodowski, *Narkotyki i ich używanie*, op. cit., s. 4.

[76] G. Cholewińska, *Choroby towarzyszące uzależnieniu*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2000, nr 14, s. 21.

[77] Ibidem, s. 21–22.

[78] Ibidem, passim.

jającym ujawnieniu tego typu zachowań, co sprawia, że osadzeni mogą używać narkotyków w sposób mniej higieniczny. Z drugiej jednak strony, zakład karny, ze względu na swoje możliwości kontrolne i ułatwioną możliwość udzielenia szybkiej pomocy medycznej, jest lepiej przygotowany do reakcji w przypadku nagłej sytuacji zagrożenia życia, na przykład w wyniku przedawkowania narkotyków. Ryzyko dla zdrowia ulega również zmniejszeniu ze względu na szeroko prowadzoną działalność prewencyjną zakładu karnego.

Osoby używające środków odurzających mogą mieć niską samoocenę, utrwalone poczucie winy i wstydu, a co za tym idzie, mogą tracić szacunek do samych siebie. Jak dalej pisze G. Cholewińska, pogłębianie się poczucia bycia osobą nic nie wartą ma ogromny wpływ na proces rehabilitacji[79]. Osoby używające narkotyków mogą również doświadczać dolegliwości psychiatrycznych. G. Cholewińska zwraca uwagę, że problemy psychiatryczne trudno jest zidentyfikować i tym bardziej leczyć, jeśli pacjent ustawicznie jest w ciągu narkotycznym[80]. Do zaburzeń psychiatrycznych mogących wystąpić wśród osób używających środków odurzających należą: stany dysforyczne (wybuchy agresji słownej i ruchowej, nieadekwatne do sytuacji reakcje gniewu lub obniżonego nastroju, złego samopoczucia, drażliwości i niezadowolenia), psychozy endogenne, psychozy egzogenne (szczególnie w przypadku nadużywających amfetaminy) i stany depresyjne[81]. Leczenie psychiatryczne osób nadużywających środków odurzających nie jest łatwe, ponieważ po usunięciu ostrych objawów osoby te wymagają hospitalizacji i leczenia specjalistycznego. Niestety, osoby używające narkotyków często nie kontynuują leczenia, a po hospitalizacji wracają do nałogu[82]. Grażyna Cholewińska wskazuje również na zaburzenia osobowości charakteryzujące się utratą chęci działania, zahamowaniem rozwoju emocjonalnego, wybiórczym nastawieniem do wewnętrznej i zewnętrznej realności[83].

Dożylne przyjmowanie narkotyków stwarza ryzyko zdrowotne nie tylko dla samych użytkowników, ale też dla zdrowia publicznego, ze względu na rozpowszechnianie chorób zakaźnych, szczególnie HIV/AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i typu C, głównie poprzez używanie zakażonego sprzętu do iniekcji. Wpływ na zakażenie ma częstotliwość wstrzyknięć oraz ilość materiału zakaźnego. Ponadto użytkownicy często cierpią z powodu owrzodzonych pęknięć skórnych, co w środowisku o wysokim stopniu ryzyka zakażeniem dodatkowo zwiększa możliwość zakażenia[84]. Dochodzi do niego głównie z powodu

[79] Ibidem, s. 21.
[80] Ibidem.
[81] Ibidem.
[82] Ibidem.
[83] Ibidem.
[84] National Drug Prevention Alliance, *Needle programs in Norway not successful*, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/07/needle-programmes-in-norway-not-successful/ (źródło: „SFAI Tidningen, the Official Journal of the Swedish Association for Anaesthesia and Intensive Care" 2005, t. 11, nr 2).

korzystania ze wspólnego sprzętu do iniekcji, ale może dojść również z uwagi na inne zachowania ryzykowne.

Do zachowań ryzykownych należy przykładowo nabieranie narkotyku z jednego pojemnika, używanie tych samych naczyń, tej samej wody do produkcji narkotyku, zakażonej waty, przez którą substancja jest filtrowana. Zakazić można się również poprzez kuchenkę używaną do podgrzania narkotyku. Pośrednio można się zakazić chorobami przenoszonymi przez krew poprzez zachowania jak praktyka dodawania niewielkiej ilości krwi do narkotyku przez niektórych producentów, przenoszenie heroiny z jednej strzykawki do innych, w celu równego rozdzielenia narkotyku[85], lub wstrzykiwanie zakażonego narkotyku do innej strzykawki po wyjęciu tłoka, która służy do sprzedaży poszczególnych działek narkotyku[86]. To powoduje zakażenie wszystkich osób korzystających z tego narkotyku, jeżeli dodana krew zawiera wirusy. Innym zagrożeniem jest praktyka „przepłukiwania" krwią strzykawki po wkłuciu do żyły[87]. Obecność HIV w popłuczynach pochodzących z brudnych strzykawek została stwierdzona po 30 dniach od ich użycia, nawet gdy nie zawierały one widocznych śladów krwi[88]. Pomimo iż korzystanie ze wspólnych igieł i strzykawek ma podstawowe znacznie w transmisji chorób zakaźnych wśród użytkowników narkotyków, do zakażenia może dojść również innymi drogami. Dlatego warto zwrócić uwagę na inne zachowania ryzykowne, które są podejmowane przez osadzonych i narażają ich na zakażenie. Do tych zachowań należą: stosunki seksualne, akty przemocy fizycznej, tatuowanie się, kolczykowanie i korzystanie ze wspólnych przyborów toaletowych.

Wśród użytkowników narkotyków do zakażenia HIV może dojść również podczas wymuszonych lub dobrowolnych stosunków seksualnych. Wielu osadzonych, odpowiadając na pytania podczas badań naukowych, może niechętnie ujawniać informacje na temat podejmowanych czynności seksualnych. Wskazuje się na dużą rozpiętość pomiędzy wynikami poszczególnych badań na temat zachowań seksualnych w zakładach karnych – zgodnie z nimi od 2% do 65% osa-

---

85 Zob. D. Rogowska-Szadkowska, *Przenoszenie zakażenia HIV przez krew*, Krajowe Centrum ds. AIDS Agenda Ministerstwa Zdrowia, 2009, dostępne na: www.aids.gov.pl/files/wiedza/2-krew-09.pdf; zob. też S.K. Koester, L. Hoffer, '*Indirect sharing'*: *Additional HIV Risks Associated with Drug Injection*, „AIDS & Public Policy Journal" 1994, t. 9, nr 2, s. 100–105.

86 G. Cholewińska, *Choroby*…, op. cit., s. 22.

87 Ibidem.

88 Ibidem. Zob. też A. Malczewski, M. Struzik, A. Jaśkiewicz, *Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski. Raport z badania*, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2009, s. 18, którzy piszą, iż w przeprowadzonych badaniach programów niskoprogowych na terenie Polski ujawniono, że 19% badanych używających narkotyków dożylnie korzystało jednocześnie z tej samej igły. Niemal co trzeci respondent używał tych samych naczyń, np. łyżeczki (36%), i korzystał ze wspólnej wody do przygotowania (32%). Podobne odsetki badanych używały tych samych wacików i filtrów (22%) oraz wody do płukania (21%).

dzonych podejmuje kontakty seksualne, a przemoc seksualna, zgodnie z wynikami badań, w niektórych miejscach nie występuje w ogóle, a w innych dotyka nawet 40% osadzonych[89]. Szczególnie niechętnie ujawniane są przypadki wymuszonych stosunków seksualnych oraz pobić. Badania z 2009 r. w ramach projektu „Connections" przeprowadzone wśród osadzonych odbywających karę na oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających i psychotropowych wykazały, że wielu badanych zadeklarowało brak wiedzy co do występowania tych zjawisk. W odniesieniu do przemocy seksualnej brak wiedzy zadeklarowało aż 55,6% badanych[90], co może świadczyć o tym, że problem przemocy seksualnej w zakładach karnych jest ukryty. Na występowanie przemocy fizycznej skarżyło się 49,5% badanych[91], a jedynie 14,4% badanych wskazało na występowanie przemocy seksualnej w zakładach karnych[92].

Obok iniekcyjnego używania narkotyków inną czynnością, do wykonania której używa się igły, jest popularny w zakładach karnych zwyczaj tatuowania się[93]. Przy tatuowaniu dochodzi do bezpośredniej iniekcji igły w skórę. W przypadku używania tej samej igły lub atramentu co osoba zakażona, czynność ta niesie za sobą ryzyko przenoszenia chorób zakaźnych. Podczas tatuowania zarówno igła, jak i atrament mają bowiem bezpośredni kontakt z krwią[94].

Tatuowanie oraz posiadanie sprzętu do tatuowania jest zabronione w większości zakładów karnych. Osoby, które zajmują się tatuowaniem w zakładach karnych, są narażone na sankcje, gdyż jest to czynność zabroniona. Tatuowanie jest więc wykonywane w ukryciu, często w niehigienicznych warunkach. Osoby wykonujące tatuaże pracują w pośpiechu, aby zminimalizować ryzyko wykrycia, oraz używają nieodpowiedniego sprzętu i atramentów. Wskutek tego ryzyko negatywnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z wykonywania tatuaży w zakładach karnych wzrasta[95].

Jak donosi H. Stöver i wsp., dotychczasowe badania nie wykazały bezpośredniego związku między tatuowaniem a zakażeniem HIV[96]. Wynika to z faktu, iż pośród osób, które miały wykonany tatuaż, istnieje stosunkowo duży odsetek osób, które używały dożylnie narkotyków, co powoduje, że nie można dokładnie określić, czy do zakażenia doszło w trakcie używania narkotyku zakażoną igłą, czy w trakcie wykonywania tatuażu w niesterylny sposób zakażonym sprzętem[97].

---

89 H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 65.

90 H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., s. 235-236.

91 Ibidem, s. 235.

92 Ibidem.

93 Zob. np. J. Sobeyko, T. Duklas, M. Parczewski, P. Bejnarowicz, *Raport końcowy projektu badawczego „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w krajach Centralnej i Wschodniej Europy"*, Szczecin 2006, s. 97.

94 H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 66.

95 Ibidem.

96 Ibidem.

97 Ibidem, s. 67.

Oprócz tatuowania, czynnością, która również naraża na przeniesienie zakażenia HCV i HIV, jest kolczykowanie uszu oraz innych części ciała.

W zakładzie karnym do zakażenia wirusami może dojść także poprzez zachowania autoagresywne. Izolacja sprzyja występowaniu samouszkodzeń ze względu na brak możliwości rozładowania negatywnych emocji, które często są ich przyczyną. Jedno z samouszkodzeń opisanych w książce Marka Kamińskiego polega na celowym zakażaniu się chorobą zakaźną od innego więźnia, na przykład poprzez wypicie lub wstrzyknięcie sobie krwi nosiciela[98]. Również Aleksander Tobis odnotowuje „przypadki usiłowania uzyskania krwi zakażonych HIV, prawdopodobnie w celu spowodowania autoagresywnych zakażeń"[99]. Inne zachowanie niosące ze sobą ryzyko zakażenia polega na przecinaniu skóry na przedramieniu i po wewnętrznej stronie nadgarstka, a także w innych miejscach na ciele w celu wywołania mocnego krwawienia[100].

Jednym z przedmiotów służących do wykonania samouszkodzenia jest igła, co ma niebagatelne znaczenie w przypadku przenoszenia zakażenia wirusami. Jako przykłady użycia igły do samouszkodzeń Marek Kamiński opisuje zachowanie polegające na wbijaniu igieł przez osadzonych w odpowiednie miejsce w komory sercowe[101], używanie igieł do pobierania krwi, która jest następnie połykana[102], i wstrzykiwanie śliny w policzek[103]. Innym zaobserwowanym zachowanie jest wbijanie ostrego obiektu (najczęściej igły) w ciało, źrenicę oka, serce lub wątrobę oraz wprowadzanie szkodliwej substancji w żyły, płuca, ręce, nogi, pośladki, mięśnie brzucha lub pod paznokieć w celu wywołania ropnia[104].

Do narażenia na kontakt osadzonych i strażników z zakażoną krwią może dojść podczas aktów przemocy fizycznej w zakładzie karnym np. podczas bójki[105]. Istnieje wówczas ryzyko zakażenia osadzonych uczestniczących w bójce oraz pracowników zakładu, którzy będą się starali ich rozdzielić. Pracownicy Służby Więziennej mogą być również narażeni na zakażenie podczas przeszukiwania cel, gdzie mogą natrafić na zakażoną igłę, a pracownicy służby zdrowia mogą ulec zakażeniu przy udzielaniu pomocy medycznej[106].

Mimo iż do zakażenia HIV może dojść w rozmaity sposób, to jednak głównym źródłem infekcji HIV u osób używających narkotyków dożylnie są iniekcje narkotyków i kontakty seksualne, a na te dwie drogi zakażenia ma wpływ m.in.

---

98 M. Kamiński, *Gry więzienne. Tragikomiczny świat polskiego więzienia*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 225 i 238.

99 A. Tobis, *AIDS i wykonywanie kary pozbawienia wolności*, [w:] *AIDS i prawo karne*, red. A.J. Szwarc, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1996, s. 179.

100 M. Kamiński, *Gry więzienne…,* op. cit., s. 224.

101 Ibidem, s. 245.

102 Ibidem, s. 244.

103 Ibidem, s. 241.

104 Ibidem, s. 226.

105 H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 67.

106 Ibidem.

częstotliwość interwencji wobec tych osób[107]. Pobyt w zakładzie karnym może się przyczynić do powstania nowych infekcji, ale zakład karny może też być miejscem, gdzie osoby używające narkotyków zostaną otoczone szczególnym zainteresowaniem i odpowiednią opieką zdrowotną. Dużym wyzwaniem dla więziennictwa jest więc znalezienie najskuteczniejszych sposobów zapobiegania nowym zakażeniom i właściwego modelu postępowania z osobami zakażonymi chorobami przenoszonymi przez krew.

W ostatnim czasie podejście do zakażonych osób znacznie się zmieniło. Wcześniej zakażenie HIV było traktowane jako choroba o złym rokowaniu, przebiegająca szybko, wśród cierpienia fizycznego i psychicznego[108]. Osobę taką przygotowywano do życia z chorobą śmiertelną, a pomoc w rozwijaniu motywacji do życia w abstynencji była niewielka[109]. Obecnie zwalczanie HIV jest w momencie przełomowym. Przede wszystkim są dowody wyleczenia z AIDS pierwszych pacjentów. W połowie lat 90. wprowadzono do leczenia leki antyretrowirusowe, które spowodowały gwałtowne obniżenie liczby zgonów z powodu AIDS i zmieniły postrzeganie tej choroby[110]. Dzięki lekom, AIDS obecnie traktowane jest jako przewlekła choroba, która poddaje się leczeniu i z którą można żyć przez wiele lat[111]. Współczesne leczenie nie tylko skutecznie spowalnia przebieg choroby, ale też wyraźnie poprawia komfort życia zakażonych ludzi[112].

Zakażeniom HIV można zapobiegać w rozmaity sposób i często podnosi się, że jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania HIV jest właśnie leczenie antyretrowirusowe[113]. Zmniejsza ono śmiertelność oraz zwiększa oczekiwaną długość życia[114]. Prawdopodobieństwo zakażenia HIV przez osobę leczoną jest znacznie mniejsze niż w przypadku osoby nieleczonej. Badania wskazują, że ta terapia zmniejsza ryzyko zakażenia partnerów seksualnych nawet do 96%[115]. Pomysł prowadzenia terapii HIV jako środka prewencyjnego został jednak zakwe-

[107] Zob. np. S.A. Strathdee, et al., *HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future*, „Lancet" 2010, t. 376, s. 268–284; T. Rhodes, et al., *HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics*, „Addiction" 1999, t. 94, nr 9, s. 1323–1336; J. Bruneau, M. Daniel, M. Abrahamowicz, G. Zang, F. Lamothe, J. Vincelette, *Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: A 16-year longitudinal study*, „American Journal of Epidemiology" 2011, t. 173, nr 9, s. 1049–1058.

[108] G. Cholewińska, *Choroby*…, op. cit., s. 22.

[109] Ibidem.

[110] Ibidem.

[111] Ibidem.

[112] Ibidem.

[113] M.S. Cohen, et al., *Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy*, „New England Journal of Medicine" 2011, t. 365, nr 6, s. 493–505.

[114] Warto tu wspomnieć, że leki antyretrowirusowe podawane w czasie ciąży redukują prawie do zera ryzyko transmisji wirusa podczas karmienia piersią, niezależnie od tego, jak zaawansowana jest choroba matki.

[115] M.S. Cohen, et al., *Prevention*…, op. cit., s. 493–505.

stionowany przez Rogera Detelsa i Deana L. Winslowa ze względu na koszty jej prowadzenia[116]. Wydaje się więc, że kosztowna terapia HIV stosowana zamiast tradycyjnych metod prewencji HIV byłaby wyjątkowo droga i ze względów finansowych mało realistyczna.

Na całym świecie użytkownicy dożylnie przyjmujący narkotyki zaliczani są do grupy wysokiego ryzyka zakażenia HIV. W literaturze dotyczącej zapobiegania HIV w systemie penitencjarnym pojawiają się jednak rozbieżne opinie, które strategie są bardziej efektywne. Prowadzenie działań prewencyjnych HIV w zakładach karnych może być oparte na przekonaniu, że osadzeni angażują się w zachowania ryzykowne i nie da się tym zachowaniom skutecznie zapobiegać, należy więc podjąć kroki zmierzające ku redukcji ryzyka zakażenia HIV za pomocą programów dystrybucji bezpłatnych igieł, strzykawek i prezerwatyw w zakładach karnych[117]. W tym ujęciu brak dostarczania prezerwatyw na oddziałach wiąże się z narażeniem na zakażenie HIV, a niechęć do udzielania tego świadczenia wynika ze stygmatyzacji i dyskryminacji gejów[118].

Inni podkreślają, że skuteczniej można zapobiegać zagrożeniom związanym z rozpowszechnianiem się HIV poprzez zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, powszechnego testowania na obecność wirusa i edukacji w dziedzinie HIV, a także specjalistycznych programów redukujących zachowania ryzykowne[119]. Efektywność wprowadzenia dystrybucji prezerwatyw na oddziałach została zakwestionowana z kilku powodów. Po pierwsze, podaje się w wątpliwość, czy osadzeni faktyczne będą mieli nieustanny dostęp do prezerwatyw, czy dostęp ten będzie poufny i czy osoby korzystające z tego świadczenia nie będą z tego powodu stygmatyzowane jako geje[120]. Inną przeszkodą jest częste występowanie w zakładach karnych zgwałceń[121]. Są to zachowania trudne do wykrycia, a ryzyko zakażenia HIV jest większe ze względu na prawdopodobieństwo wystąpienia uszkodzeń skóry[122].

Z tych powodów Curt G. Beckwith i wsp. sugerują, że wysiłki powinny zostać skierowane na inne działania niż dystrybucja prezerwatyw i igieł. Przyjeli, że najbardziej efektywnym sposobem prewencji HIV i innych chorób zakaźnych jest zaangażowanie osadzonych w system opieki zdrowotnej[123]. Proponują wpro-

---

[116] R. Detels, D.L. Winslow, *Treatment as Prevention: Some Additional Thoughts*, artykuł redakcyjny, „AIDS" 2011, t. 00, nr 00, s. 1–2. Skoro jedna tabletka (Truvada) kosztuje 40 $, badacze obliczyli, że w trakcie badań trwających 1,2 roku stosowanie leku jako środku prewencyjnego przez jednego uczestnika kosztuje 16,800 $.

[117] Zob. np. H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., s. 30.

[118] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 65.

[119] C.G. Beckwith, N. Zaller, J.D. Rich, *Addressing the HIV Epidemic Through Quality Correctional Healthcare*, „Criminology and Public Policy" 2006, t. 5, nr 1.

[120] Ibidem, s. 151.

[121] Ibidem.

[122] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 64.

[123] C.G. Beckwith, N. Zaller, J.D. Rich, *Addressing the HIV Epidemic*…, op. cit, s. 151.

wadzenie polityki powszechnych, rutynowych testów na obecność HIV z możliwością rezygnacji z testu[124]. Dzięki zapewnieniu tej możliwości, testy są powszechne, ale nie są obowiązkowe[125]. Zaletą tego typu testowania na obecność HIV jest zmniejszenie stygmatyzacji związanej z wystosowaniem prośby o przeprowadzenie testu[126]. Uzupełnieniem profilaktyki HIV w zakładach karnych powinna być terapia uzależnienia wraz z opieką psychiatryczną, co zwiększa prawdopodobieństwo, że osadzeni będą się stosowali do zaleceń lekarzy[127]. Curt G. Beckwith i wsp. dalej uznali, że poprzez poprawienie opieki zdrowotnej w zakładzie karnym liczba zakażeń w zakładach karnych ulegnie redukcji[128].

Ponadto Beckwith i wsp. założyli, że profilaktyka HIV powinna być kontynuowana po opuszczeniu zakładu karnego – w postaci pomocy przy znalezieniu mieszkania i zatrudnienia, poradnictwa ukierunkowanego na utrzymanie abstynencji, leczenia substytucyjnego, leczenia antyretrowirusowego oraz udzielania innych potrzebnych usług. Wiele osób zakażonych HIV jest również uzależnionych i (lub) ma problemy psychiatryczne, jest więc istotne, aby zapewnić leczenie tych dolegliwości, gdyż uzależnienie i problemy psychiatryczne mogą oddziaływać negatywnie na udział w terapii antyretrowirusowej[129].

Przykładem skuteczności systemu opieki nad osobami zakażonymi HIV opuszczającymi zakład karny jest program *Bridge*, który został zainicjowany w Stanach Zjednoczonych. Celem programu jest zapewnienie kontynuacji leczenia po odbyciu kary pozbawienia wolności poprzez nawiązanie kontaktu pomiędzy osadzonym a odpowiednimi instytucjami zajmującymi się terapią HIV, terapią uzależnień i usługami psychiatrycznymi. Program *Bridge* zapewnia usługi dla byłych osadzonych zakażonych HIV przez 18 miesięcy po opuszczeniu zakładu karnego. W ciągu pierwszych trzech lat funkcjonowania programu pomoc otrzymało 97 byłych osadzonych, z których 90% korzystało z niej przez 18 miesięcy[130]. Wszyscy uczestnicy programu otrzymali pomoc medyczną, jak również, w razie potrzeby, specjalistyczną pomoc medyczną i możliwość udziału w terapii[131]. Innym przykładem funkcjonujących programów prewencji HIV po opuszczeniu zakładu karnego jest model *Maryland Prevention Case Management* wprowadzony w 12 zakładach karnych w stanie Maryland, *Project „Start”,* czy program *Get Connected* implementowany w trzech zakładach karnych w Kalifornii[132].

---

[124] Ibidem, s. 152.
[125] Ibidem.
[126] Ibidem.
[127] Ibidem.
[128] Ibidem, s. 151.
[129] Ibidem, s. 152–153.
[130] Ibidem.s. 153.
[131] Ibidem.
[132] C.G. Beckwith, N. Zaller, J.J. Fu, B.T. Montague, J.D. Rich, *Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome” 2010, t. 55, sup. 1, s. S52.

Zapewnienie opieki zdrowotnej osobom zakażonym HIV po opuszczeniu zakładu karnego przyczynia się do zmniejszenia liczby zakażeń wirusem wśród ogółu społeczeństwa. Jeżeli liczba zakażeń HIV zmniejsza się wśród społeczeństwa, zmniejsza się również liczba osób zakażonych HIV w zakładach karnych, a co za tym idzie, zmniejsza się liczba przypadków, gdy do zakażenia dochodzi w zakładzie karnym[133]. Transmisja HIV w zakładzie karnym jest nierozerwalnie związana z transmisją HIV w społeczeństwie[134]. Z tego powodu Beckwith i wsp. uznali, iż pobyt w zakładzie karnym powinien być postrzegany jako okazja do interwencji zdrowotnej wobec członków społeczeństwa narażonych na ryzyko zakażenia HIV[135].

Wśród osób osadzonych używających narkotyków problemem jest nie tylko możliwość zakażenia HIV. Pobyt w zakładzie karnym i długotrwałe wstrzykiwanie narkotyków zostały zidentyfikowane przez Europejskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób jako czynniki ryzyka dla zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV)[136]. W dokumentach podkresla się, iż w zakładach karnych na terenie Europy wśród osób używających narkotyków zachorowalność na HCV stanowi nawet większy problem niż zakażenia HIV. Występowanie HCV w europejskich zakładach karnych wynosi ponad 80%, a znaczny odsetek osób zakażonych HIV jest również zakażonych HCV[137]. Wysokie jest również ryzyko zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HVB). Osadzeni często nie są szczepieni, a HVB przy koinfekcji HIV stanowi poważny problem zdrowotny[138].

Wirusowe zapalenie wątroby związane jest, podobnie jak HIV, z krwiopochodną drogą zakażenia. Około 15–20% HBV oraz 2% zakażeń HCV wiąże się z płciową drogą zakażenia. HBV jest od 50 do 100 razy bardziej zakaźny niż HIV[139]. Dane statystyczne na temat rozpowszechnienia HBV i HCV wśród użytkowników narkotyków w Polsce są zróżnicowane[140]. W niektórych regionach rozpowszechnianie zakażenia HCV sięga 90%[141]. Przewlekłe zapalenie wątroby, marskość i rak wątroby są późnymi następstwami zakażenia i zawsze mają rokowanie niepomyślne[142]. Oprócz używania zakażonych igieł i zakażeń drogą płciową, infekcjom tego typu sprzyjają złe warunki bytowe i zamieszkiwanie w dużych zbiorowościach, takich jak na przykład więzienie.

---

133 C.G. Beckwith, N. Zaller, J.D. Rich, *Addressing The HIV*…, op. cit., s. 153.

134 Ibidem.

135 Ibidem.

136 European Centre for Disease Prevention and Control, *Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies*, Stockholm 2010, s. 12.

137 Ibidem.

138 H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 72–73.

139 G. Cholewińska, *Choroby*…, op. cit., s. 23; ulotka *Żółtaczka niebezpieczny wirus HAV, HBV, HCV. Zmniejsz ryzyko zakażenia*.

140 G. Cholewińska, *Choroby*…, op. cit., s. 23.

141 Ibidem.

142 Ibidem, s. 23–24.

Wśród osób używających narkotyków występują również inne choroby – przyczyną śmierci u osób uzależnionych aż w 30% jest zator tętnicy płucnej[143]. Pozostawienie choroby nieleczonej może zakończyć się amputacją kończyny, a nawet zgonem w wyniku zatoru ważnego naczynia krwionośnego[144]. Przeciwdziałanie nawrotom żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej wiąże się z regularnym, wieloletnim przyjmowaniem leków antykoagulacyjnych[145].

Inną chorobą towarzyszącą uzależnieniu od narkotyków jest gruźlica. Jak podaje G. Cholewińska, zakażenie HIV dodatkowo zwiększa liczbę zachorowań i umieralność na tę chorobę[146]. Trudności w leczeniu gruźlicy wśród tej grupy osób wzmacnia brak stałego miejsca zamieszkania, niedożywienie i złe warunki socjalne[147]. Niepowodzenia w leczeniu gruźlicy są związane z niesystematycznym leczeniem, niezgłaszaniem się na badania kontrolne i faktem, że chory zaprzestaje przyjmowania leków z chwilą poprawy klinicznej i lepszego samopoczucia[148].

Nieodpowiednie warunki socjalne sprzyjają również występowaniu zapalenia górnych i dolnych dróg oddechowych. Ciężkie zapalenie płuc wymaga hospitalizacji i kosztownego leczenia antybiotykami, a w przypadku powikłań oddechowych niezbędne jest leczenie wspomagające farmakoterapię, jak fizykoterapia oddechowa, a niekiedy zabieg chirurgiczny na klatce piersiowej[149].

Powstawanie ciężkich zakażeń bakteryjnych jest związane ze stylem życia osoby zażywającej narkotyki[150]. Ropnie i ropowice skóry są częstym powodem interwencji chirurgicznej, a nieleczone są przyczyną poważnych powikłań w postaci wstrząsu septycznego, bakteryjnego zapalenia wsierdzia, zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz wtórnych zmian narządowych[151]. Osoba przyjmująca dożylnie narkotyki, wysoko gorączkująca, z bolesnym nacieczeniem w okolicy wkłucia, wymaga bardzo szybkiego badania i skierowania do placówki medycznej, nierzadko z powodu bezpośredniego zagrożenia życia[152].

Wśród chorób układu mięśniowo-szkieletowego dotykających osoby używające narkotyków często występuje zapalenie szpiku kostnego (zwłaszcza kręgów lędźwiowych), infekcyjne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych oraz kostniejące zapalenie mięśni („łokieć narkomana"), czyli przekształcanie się tkanki mięśniowej, zniszczonej przez manipulacje igłą, w tkankę kostną i uszkodzenie mię-

[143] Ibidem, s. 25
[144] Ibidem.
[145] Ibidem.
[146] Ibidem.
[147] Ibidem.
[148] Ibidem.
[149] Ibidem, s. 24–25.
[150] Ibidem, s. 24.
[151] Ibidem.
[152] Ibidem.

śnia ramiennego, które prowadzi do zastąpienia włókien mięśniowych przez złogi wapnia[153].

Wśród zaburzeń neurologicznych mogących wystąpić w tej grupie G. Cholewińska wymienia: śpiączkę i niedotlenienie mózgu, toksyczne niedowidzenie (spowodowane chininą zanieczyszczającą preparaty heroiny), poprzeczne zapalenie rdzenia, uszkodzenie pojedynczych nerwów i polineuropatie (m.in. zespół Gullaina-Barré), powikłania mózgowe – wtórne do bakteryjnego zapalenia wsierdzia (bakteryjne zapalenie opon, tętniak bakteryjny, ropień mózgu, ropnie pod- i nadoponowe), ponadto stwierdza się ostrą mózgową postać malarii i mózgowe powikłania wirusowego zapalenia wątroby i tężca[154].

Pośród osób używających narkotyków występują choroby skóry, które najczęściej są związane ze złymi warunkami sanitarnymi[155]. Problemem są również reakcje na skórze występujące po używaniu narkotyków, np. po amfetaminie[156]. Dożylne podawanie substancji odurzających może doprowadzić do zakażenia bakteryjnego i martwiczych ubytków skóry, które wymagają chirurgicznego opracowania rany i stosowania preparatów ułatwiających gojenie[157].

Tryb życia osób zażywających narkotyki i fakt, że część z nich zarabia poprzez prostytucję, sprawiają, że choroby przenoszone drogą płciową spotykane są stosunkowo często w tej grupie. Oprócz przenoszenia HIV oraz HBV, choroby etiologii wirusowej to: opryszczka narządów płciowych, kłykciny kończyste, mięczak zakaźny oraz wirus ludzkiego brodawczaka HPV (odpowiedzialnego za raka szyjki macicy), a także: kiła, rzeżączka, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej, wrzód weneryczny i inne choroby wywołane przez bakterie, a powszechnym zakażeniem grzybiczym przenoszonym drogą płciową jest kandydoza[158].

Problemy zdrowotne mogą wyniknąć także z przedawkowania narkotyków. Może do niego dojść w wyniku zastosowania zbyt dużej dawki narkotyku, wyjątkowo silnie działającej dawki lub zażycia tej samej dawki narkotyku po okresie dłuższej abstynencji. Do przedawkowania może dojść ponadto w przypadku pęknięcia torebki z zawartością narkotyku w przewodzie pokarmowym osoby przemycającej. Czasami zdarza się, że przedawkowanie jest spowodowane intencjonalnie[159]. Osadzeni są szczególnie narażeni na przedawkowanie zaraz po zwolnieniu z zakładu karnego. W okresie dwóch tygodni od zwolnienia są oni 129

[153] D. Kurpas, *Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi*, „InforMed. Informacja Medyczna", 22 października 2010 r., dostępne na: http://www.informed.com.pl/main/Zaburzenia-psychiczne-spowodowane-substancjami-psychoaktywnymi-a-164.html.

[154] G. Cholewińska, *Choroby*…, op. cit., s. 24.

[155] Ibidem, s. 25.

[156] Ibidem, s. 25–26.

[157] Ibidem, s. 26.

[158] Ibidem.

[159] Zob. R. Habal, *Heroin Toxicity*, „Medscape", 4 listopada 2013 r., dostępne na: http://emedicine.medscape.com/article/166464-overview.

razy bardziej narażeni na śmierć w wyniku przedawkowania w porównaniu do populacji ogólnej[160].

Zagrożenia zdrowotne dla osób używających narkotyków wynikają nie tylko z właściwości poszczególnych substancji psychoaktywnych i konsekwencji uzależnienia. Problemem jest również czystość narkotyków i zagrożenia wynikające z ich zanieczyszczenia szkodliwymi dla zdrowia substancjami, które są dodawane w celu zwiększenia zysku ze sprzedaży. Substancje dodawane do heroiny mogą być stosunkowo nieszkodliwe (mannitol, glukoza, laktoza, sacharoza), bądź szkodliwe, szczególnie w przypadku, gdy się je przyjmuje poprzez iniekcje (kofeina, efedryna), a także potencjalnie śmiertelne (takie jak np. talk, mąka, pył ceglany, Ajax, barbiturany i strychnina)[161].

Stan zdrowia osadzonych jest zazwyczaj gorszy od przeciętnego stanu zdrowia w populacji wolnościowej. Teodor Szymanowski wyjaśnia, iż wynika to z tego, że osadzeni wywodzą się często ze środowisk szczególnie zaniedbanych pod względem zdrowotnym, medycznym i sanitarnym, w których dodatkowo narażeni są na ubóstwo i niedożywienie[162]. Istnienie nieodpowiednich warunków panujących w zakładzie karnym może się dodatkowo przyczynić do zwiększonej zachorowalności na choroby zakaźne, takie jak zakażenie HIV, żółtaczka czy gruźlica, i ogólnego pogorszenia zdrowia osadzonych[163]. Brak zapewnienia odpowiednich warunków bytowych wpływa na zwiększenie liczby aktów przemocy fizycznej i seksualnej w zakładach karnych[164]. Nieadekwatne warunki bytowe mogą się przyczynić też do zwiększenia spożycia narkotyków (z uwagi na chęć ucieczki od problemów wywołanych przez warunki bytowe), a także zwiększyć ryzyko samobójstw i samouszkodzeń[165].

Cele więzienne nierzadko nie spełniają wymogów higienicznych i sanitarnych, są często zbyt małe i przeludnione[166]. Czasami w europejskich więzieniach w jednej celi mieszka nawet kilkunastu osadzonych[167]. W celach często nie ma naturalnego źródła światła i wentylacji, brakuje czystej wody zdatnej do picia i odpowiedniego jedzenia[168]. W literaturze podkreśla się, że w krajach europejskich, mimo iż warunki w zakładach karnych są przedmiotem konwencji międzynarodowych, postanowienia tych konwencji często nie są przestrzegane, nawet przez państwa, które posiadają odpowiednie środki finansowe na ich im-

[160] J.D. Rich, S.E. Wakeman, S.L. Dickman, *Medicine and the Epidemic of Incarceration in the United States*, „New England Journal of Medicine" 2011, t. 364, nr 22, s. 2082.
[161] P. Robson, *Forbidden drugs. Understanding drugs and why people take them*, Oxford University Press, New York 1995, s. 140.
[162] T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op. cit., s. 175–176.
[163] Ibidem.
[164] Ibidem.
[165] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 67–68.
[166] Ibidem.
[167] Ibidem.
[168] Ibidem.

plementację, co może wynikać z braku zainteresowania elit politycznych tym zagadnieniem[169].

Jednym z największych problemów związanych z warunkami bytowymi odbywania kary pozbawienia wolności wydaje się przeludnienie[170]. Jak zauważa Stefan Lelental, przeludnienie zakładów karnych jest najważniejszą barierą przy realizacji celu wykonywania kary[171]. Ma ono szkodliwy wpływ na zdrowie osadzonych, ogranicza dostęp do usług zdrowotnych, edukacji, pracy, utrzymania kontaktów z rodziną (odwiedziny) czy wizyt organizacji pomagających osadzonym. Powiązane jest także ze słabym żywieniem, ograniczonym dostępem do usług i często z zaangażowaniem w zachowania ryzykowne, takimi jak dożylne przyjmowanie narkotyków, aktywność seksualna i tatuowanie. Przeludnienie ma wpływ na zwiększone występowanie chorób psychicznych, samobójstw, samouszkodzeń i innych zachowań samoagresywnych oraz napaści osadzonych na funkcjonariuszy[172]. Problem przeludnienia wiąże się też z niższą jakością opieki zdrowotnej i terapii względem osób używających narkotyków[173].

Nadużywanie substancji psychoaktywnych rodzi wiele szkód społecznych, zarówno pod względem prawidłowego funkcjonowania osadzonego w zakładzie karnym, jak i funkcjonowania tej osoby po powrocie do społeczeństwa. Nawet jednak okazjonalne używanie narkotyków powoduje ryzyko pojawienia się szkód społecznych.

Uzależnienie od substancji odurzających może prowadzić do utraty zdolności do prawidłowego i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Osoba uzależniona trwa w nałogu bez względu na jego liczne negatywne konsekwencje. Nałóg powoduje skupienie się przede wszystkim na zdobywaniu narkotyków i zawęża wszelkie inne aktywności życiowe. Uzależnienie uniemożliwia dokonywanie wielu wyborów życiowych i „odbiera" wolność – osoby uzależnione od narkotyków często nazywają samych siebie niewolnikami nałogu. Koszty tego trybu życia ponoszone są również przez rodzinę użytkownika oraz społeczeństwo. Należą do nich w szczególności koszty opieki zdrowotnej i socjalnej, a także te wynikające z prób uzyskiwania alternatywnych źródeł dochodu np. poprzez kradzieże.

---

169 Ibidem.

170 Zob. np. T. Szymanowski, *Przeludnienie zakładów karnych, jego następstwa i metody ograniczania tego zjawiska*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, t. XI, nr 1, s. 282–294. Zob. też S. Lelental, *Readaptacja skazanych: możliwości i ograniczenia. Podsumowanie wyników konferencji. Oceny i refleksje*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, t. XI, nr 1, s. 384–389.

171 S. Lelental, *Cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz warunki i środki jego realizacji w świetle art. 67 kkw*, [w:] *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi*, red. V. Konarska-Wrzosek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz, WoltersKluwer, Warszawa 2010, s. 872.

172 Zob. T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op. cit., s. 266 i 263.

173 H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op.cit., s. 69–70.

Używanie narkotyków w zakładach karnych wywołuje negatywne konsekwencje społeczne, związane z charakterem instytucjonalnym więziennictwa. Powoduje, że wykonywanie kary pozbawienia wolności jest utrudnione, zwłaszcza w obszarze podejmowanych działań resocjalizacyjnych i terapeutycznych[174]. Obecność narkotyków w zakładzie karnym wpływa negatywnie na motywację osób, które próbują zachować abstynencję, w szczególności tych, które zostały przeniesione na zwykły oddział po ukończeniu terapii na oddziale dla osób uzależnionych od narkotyków i środków psychotropowych.

W piśmiennictwie odnotowuje się często, iż konsekwencją używania narkotyków w zakładach karnych jest – może być – wzrost zachowań aspołecznych, takich jak: akty przemocy fizycznej i seksualnej, prostytucja i przestępstwa popełniane w celu zdobycia środków na zakup narkotyków. Negatywną konsekwencją społeczną używania narkotyków przez osadzonych może być również wzrost kosztów ponoszonych przez więziennictwo związanych z opieką zdrowotną. Zwiększona częstotliwość występowania aktów przemocy w zakładach karnych może wynikać bezpośrednio z samego faktu używania narkotyków lub pośrednio z faktu istnienia i działalności nielegalnego obrotu narkotykami w zakładzie karnym[175]. Używanie niektórych narkotyków, szczególnie stymulantów, poprzez zaburzenia kontroli zachowania może bezpośrednio przyczyniać się do zwiększenia częstotliwości występowania wypadków oraz zachowań agresywnych w więzieniu[176]. Pośrednio, zwiększona częstotliwość występowania aktów przemocy może wynikać ze zjawiska wymuszania przemytu narkotyków przez osadzonych na członkach rodzin, innych więźniach, czy nawet na funkcjonariuszach. Obecność narkotyków w jednostkach penitencjarnych może prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa osobistego zadłużonych osadzonych, gdyż przyczynia się do powstawania takich zjawisk, jak zadłużanie się osadzonych u „dealerów", a w konsekwencji wykorzystywanie ich do dystrybucji i przemytu narkotyków[177]. Nielegalny obrót narkotykami w więzieniach często obejmuje swoimi konsekwencjami nie tylko samych osadzonych, ale także ich znajomych i rodzinę[178].

Nadużywanie narkotyków może zwiększyć prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa. Jak podaje Grzegorz Wodowski, około 50% samobójstw popełnianych jest pod wpływem substancji psychoaktywnych[179]. Do kosztów społecznych, związanych z używaniem narkotyków w zakładach karnych, będą się więc zaliczały także samobójstwa, próby samobójcze i samouszkodzenia popełnione pod

[174] D. Sarzała, *Narkomania jako zjawisko patologii społecznej i problem penitencjarny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2007, nr 56–57, s. 99.

[175] *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part III: *Drug Misusers…*, op. cit., s. 2.

[176] T. Głowik, *Problematyka narkomanii w izolacji więziennej*, „Serwis Informacyjny. Narkomania" 2008, nr 3/42, s. 10.

[177] Ibidem, s. 10.

[178] *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part III: *Drug Misusers…*, op. cit., s. 2.

[179] G. Wodowski, *Narkotyki…*, op. cit., s. 4.

wpływem narkotyków, jak i zgony spowodowane użyciem narkotyku, do których doszło na terenie więzień oraz w krótkim okresie po opuszczeniu zakładu.

Używanie narkotyków w zakładach karnych może wiązać się również ze zwiększonym ryzykiem powrotu do przestępstwa po odbyciu kary, a więc może zaszkodzić resocjalizacji osadzonych. W przypadku osób uzależnionych od narkotyków resocjalizacja polega w pierwszej kolejności na pracy nad utrzymaniem abstynencji.

Jak często podkreśla się, osoba nałogowo używająca narkotyków zazwyczaj nie jest w stanie wykonywać pracy zarobkowej, co skutkuje brakiem możliwości zapewnienia sobie środków finansowych na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, obciążeniem społeczeństwa pomocą socjalną oraz popadnięciem w długi finansowe i bezdomność. Uzależnienie zwiększa też koszty opieki medycznej oraz leczenia chorób związanych z używaniem narkotyków, koszty związane z niepełnosprawnością, z wypłatą zasiłków socjalnych, zapomóg, etc. Ponadto problemy ekonomiczne mogą przyczynić się do ponownego popełnienia przestępstwa. Istotną kwestią może być utrata relacji z innymi ludźmi – rozpad więzi rodzinnych, koleżeńskich i zawodowych. Używanie narkotyków może być również powiązane ze znęcaniem się emocjonalnym, fizycznym i seksualnym, np. gdy te czyny są dokonywane pod wpływem narkotyków. Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem narkotykowym mogą wykazywać tendencję do naśladowania rodziców w kwestii nadużywania substancji odurzających.

Kontynuowanie nadużywania narkotyków po opuszczeniu zakładu karnego może pośrednio i bezpośrednio przyczynić się do wzrostu przestępczości i kosztów społecznych z tym związanych (koszty ponoszone przez sądownictwo i więziennictwo, koszty ponoszone przez ofiary przestępstw). Oprócz aktów przemocy oraz wypadków samochodowych spowodowanych jazdą pod wpływem środka odurzającego, uzależnienie może prowadzić również do sytuacji wykorzystywania seksualnego kobiet, które mogą być zmuszane lub dobrowolnie poddają się prostytucji, żeby zaopatrywać w narkotyki siebie i (lub) partnera. Narkomania powiązana jest z większym prawdopodobieństwem wiktymizacji przestępstwem – osoby uzależnione mogą stać się ofiarami przestępstw takich jak kradzieże, pobicia, zgwałcenia[180]. Używanie narkotyków w zakładach karnych wywołuje więc wiele negatywnych konsekwencji społecznych, zarówno dla uzależnionego, zakładu karnego jako instytucji, jak i po opuszczeniu zakładu – dla reszty społeczeństwa.

Podsumowanie

Narkotyki przenikają do zakładów karnych, gdyż jest na nie popyt. Trudno jest dokładnie oszacować ich rozpowszechnienie. Zależy ono m.in od stosowa-

[180] D. Sarzała, *Narkomania*…, op. cit., s. 108.

nych zabezpieczeń przed przemytem narkotyków oraz czynności prewencyjnych prowadzonych w zakładach karnych, takich jak: przeszukania cel, paczek, listów, osób odwiedzających i testy na wykrycie narkotyków. Te działania pomagają zredukować ilość używanych narkotyków.

W Polsce prowadzone są obecnie następujące działania prewencyjne: przeszukania cel, paczek, listów, osób odwiedzających i przeszukania za pomocą psów tropiących. Ponadto wydaje się, że działania takie, jak umieszczenie oddziału terapeutycznego dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w osobnym budynku (jak to ma miejsce w Zakładzie Karnym w Lublińcu), utrudnia dopływ narkotyków z innych oddziałów.

Obecność narkotyków na terenie zakładów karnych stwarza wiele problemów dla osoby ich nadużywającej, ale również dla funkcjonowania zakładu karnego. Zaniechanie prowadzenia działań wobec tej grupy może prowadzić do używania narkotyków po opuszczeniu zakładu, co stwarza problemy dla użytkowników i ich bliskich, a także zdrowia i porządku publicznego. Osadzeni uzależnieni często powracają do zakładu karnego, a praca resocjalizacyjna z tę grupą jest trudniejsza ze względu na uzależnienie.

Użytkownicy doświadczają szeregu dolegliwości zdrowotnych, m.in. ryzykują wystąpienie różnorakich chorób. Te dolegliwości zdrowotne mogą wynikać bezpośrednio z używania narkotyków, mogą być związanie z trybem życia, jaki prowadzą niektórzy użytkownicy, ale mogą być również zupełne niezwiązane z użytkowaniem narkotyków. W przypadku używania niektórych typów narkotyków istnieje ryzyko uzależnienia. Długość i jakość życia osób uzależnionych jest zazwyczaj niższa w porównaniu do osób niebędących użytkownikami. Niższa wartość oczekiwanej długości trwania życia często wynika z samego faktu nadużywania narkotyków i (lub) prowadzonego trybu życia związanego z ich używaniem.

Wiele ze zdrowotnych problemów osadzonych użytkowników jest trudnych do wyeliminowania z uwagi na nieodpowiednie warunki bytowe, zbyt małe i przeludnione cele, nieprzestrzeganie wymogów higienicznych i sanitarnych, czy utrudniony dostęp do służby zdrowia. Używanie narkotyków w warunkach więziennych może sprzyjać zwiększonemu ryzyku wystąpienia przedawkowania, samouszkodzeń i innych zachowań samoagresywnych, jak np. popełnienie samobójstwa. W związku z obecnością narkotyków w systemie penitencjarnym wykonywanie kary pozbawienia wolności jest utrudnione, zwłaszcza w ramach prowadzenia działań resocjalizacyjnych. Obecność narkotyków w zakładzie karnym wpływa negatywnie na motywację osób, które próbują zachować abstynencję. Wzrastają również koszty związane z opieką zdrowotną, które w polskim systemie ponoszone są przez więziennictwo.

Ponadto, w przypadku osoby uzależnionej istnieje większe prawdopodobieństwo recydywy, gdyż osoba nałogowo używająca narkotyków po opuszczeniu zakładu karnego często nie jest w stanie wykonywać pracy zarobkowej, co może przyczynić się do ponownego popełnienia przestępstwa i dodatkowo powodować

obciążenie społeczeństwa pomocą socjalną. W przypadku użytkowników narkotyków istnieje też większe prawdopodobieństwo wiktymizacji przestępstwem, np. podczas zarabiania na narkotyki prostytucją. Kolejnym problemem może być utrata relacji z innymi ludźmi, które są istotne przy zapobieganiu powrotności do przestępstwa.

Prawdopodobieństwo przedawkowania narkotyków w okresie bezpośrednio po zwolnieniu z zakładu karnego jest wysokie, dlatego w celu zapobiegania nawrotom bardzo istotne jest kontynuowanie działań wobec tej grupy po odbyciu kary. Działania na rzecz użytkowników nie mogą się ograniczać jedynie do terenu zakładu karnego, ale powinny rozszerzać się m.in. na umożliwienie kontaktu z organizacjami wspierającymi użytkowników, kontynuację leczenia chorób, pomoc w znalezieniu pracy czy mieszkania[181].

Zdrowie, zgodnie z definicją WHO, to nie tylko nieobecność chorób, ale stan pełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej. Dolegliwości doświadczane przez użytkowników narkotyków są bardzo różnorodne i mogą być związane z użytkowaniem narkotyków, ale mogą być też zupełnie od niego niezależne. Holistycznie ujęcie problemów związanych z obecnością narkotyków w systemie penitencjarnym bierze pod uwagę wszelkie dolegliwości zdrowotne i problemy społeczne użytkowników, również te niewywołane przez użytkowanie, jak i te, które mogą wystąpić po opuszczeniu zakładu, oraz problemy, jakie z tej obecności wynikają dla funkcjonowania zakładu karnego. Istnieje zatem potrzeba, aby w systemie penitencjarnym zapobiegać obecności narkotyków, a w szczególności powstaniu uzależnienia u osadzonych i wystąpieniu szkód zdrowotnych. Z uwagi na różnorodność problemów, jakich doświadczają użytkownicy, wydaje się, iż powinny być one rozwiązywane w oparciu o sytuację życiową użytkownika i stopień uzależnienia. W niniejszej pracy uznano, że polityka wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób używających narkotyków w zakładach karnych powinna być zindywidualizowana, a podejścia proponujące rozwiązania jednego typu dla całej populacji osadzonych są chybione.

Zasada indywidualizacji jest jedną z podstawowych zasad wykonywania kary pozbawienia wolności. Sformułowana została w art. 67 § 2 kkw: „Dla osiągnięcia celu określonego w § 1 prowadzi się zindywidualizowane oddziaływanie na skazanych w ramach określonych w ustawie systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych". Oznacza ona „dostosowanie trybu i sposobu wykonywania kary do indywidualnych właściwości skazanych, tj. cech ich osobowości, sytuacji oraz stopnia nieprzystosowania społecznego"[182]. O zasadzie indywidualizacji kary pozbawienia wolności pisał już Franz von Liszt. Po-

[181] Zob. też T. Rhodes, *The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm*, „International Journal of Drug Policy" 2002, t. 13, s. 91–92, który pisze, że „podatność na wystąpienie szkód związanych z używaniem narkotyków jest blisko powiązana z nierównościami społecznymi, materialnymi czy zdrowotnymi".

[182] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Librata, Warszawa 1998, s. 152.

stulował on zróżnicowanie reżimu karnego w zależności od charakteru sprawcy oraz stosowanie różnych środków karnych (więzienie, ciężkie roboty) w zależności od tego, czy sprawca należy do grupy poprawnych czy niepoprawnych[183]. Współcześnie zasadę indywidualizacji wykonania kary pozbawienia wolności szerzej omówił Stefan Lelental[184].

Wydaje się, że realizacja zasady indywidualizacji w przypadku polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników będzie polegała na dostosowywaniu świadczeń do potrzeb danego osadzonego. W przypadku osadzonych głęboko uzależnionych może to być terapia substytucyjna, dzięki której będą mogli funkcjonować (i być może osiągnąć abstynencję) bez konieczności wstrzykiwania heroiny. Niektórzy osadzeni odnoszą większe korzyści z terapii uzależnienia i udziału w społeczności terapeutycznej, a inni – z uczestnictwa w grupach samopomocowych czy innych formach wsparcia duchowego. Część osób używających narkotyków może potrzebować do pracy nad nałogiem usług, które nie są bezpośrednio związane z uzależnieniem, dlatego też w przypadku niektórych uzależnionych psychoterapia ma lepszy wpływ na leczenie nałogu niż terapia uzależnienia. W zakładach karnych przebywa też grupa użytkowników, którym nie jest potrzebna ani terapia, ani wsparcie.

Istotna jest całościowa opieka nad użytkownikami – dostarczenie wszystkich niezbędnych usług, w zależności od indywidualnych potrzeb danego osadzonego, takich jak np. udzielenie rzetelnych informacji na temat narkotyków, opieka medyczna, psychiatryczna i psychologiczna. Wydaje się, że działania powinny być ukierunkowane na realizację również tych potrzeb użytkowników, które nie są bezpośrednio związane z używaniem i które umożliwiają użytkownikom podjęcie wyboru prowadzenia po opuszczeniu zakładu satysfakcjonującego życia, w oparciu o normy prawne i społeczne. Osoby problematycznie używające narkotyków powinno się obdarzyć specjalnym traktowaniem, nie tylko ze względu na większe ryzyko powrotu do przestępstwa, ale również ze względów humanitarnych – konieczność udzielania opieki zdrowotnej tym osobom, które takiej opieki potrzebują.

Podsumowując powyższe rozważania, warto podkreślić, że istotne jest zwrócenie uwagi na marginalizację osób zmagających się z nałogiem. Doświadczają oni nie tylko dolegliwości medycznych, ale również problemów związanych z poczuciem własnej godności. Powszechna stygmatyzacja powoduje, że osoby te czują się nieakceptowane w społeczeństwie, a nawet czasami niewarte udzielanej im pomocy. Rolą terapeutów, lekarzy i wychowawców jest nie tylko dostarczanie usług i zapewnienie podstawowej opieki, ale przede wszystkim umacnianie tych osób w poczuciu własnej wartości oraz zapewnieniu, że są one w stanie poradzić sobie z nałogiem oraz rozpocząć życie bez popełniania przestępstw.

---

[183] F. von Liszt, *Das Verbrechen als soziopatologische Erscheinung*, Dresden 1899, cyt. [w:] M. Wąsowicz, *Nurt socjologiczny*…, op. cit., s. 189.

[184] Zob. np. S. Lelental, *Indywidualizacja wykonania kary pozbawienia wolności*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1970.

Problemy wynikające z obecności narkotyków w zakładach karnych mogą być poważne i dlatego istnieje wyraźna potrzeba odnotowania możliwości ich wystąpienia i stworzenia mechanizmów, które zredukują używanie narkotyków i polepszą jakość życia osadzonych. Na problemy wynikające z obecności narkotyków w zakładach karnych można reagować w rozmaity sposób. W kolejnym rozdziale przedstawiono przykładowe, teoretyczne sposoby reakcji na te problemy.

ROZDZIAŁ 2
MODELE POLITYKI WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH

Wstęp

Narkotyki są obecne w zakładach karnych, a ich używanie prowadzi do przedstawionych w poprzednim rozdziale problemów, zarówno w kontekście indywidualnych osadzonych, jak i ich funkcjonowania w zakładzie karnym. Należałoby poprowadzić więc odpowiednie działania, aby tym problemom zapobiegać. Istnieje wiele sposobów reakcji na używanie narkotyków przez osadzonych. W tym rozdziale zaprezentowano, w oparciu o współczesne trendy w polityce narkotykowej, cztery przykładowe teoretyczne modele tych reakcji, tj. model zorientowany na kontrolę, libertariański, redukcji szkód i terapeutyczny. Modele te odnoszą się do kwestii, w jaki sposób system penitencjarny potencjalnie traktuje użytkowników narkotyków odbywających karę pozbawienia wolności.

Wyodrębnienie czterech modeli jest, jak każdy tego typu podział, uproszczeniem rzeczywistości. Biorąc pod uwagę, że prowadzenie polityki w praktyce będzie się opierało o kilka modeli jednocześnie, warto zauważyć, że zaprezentowane w pracy cztery modele są często komplementarne. Modele zostały wyodrębnione na podstawie ich ideologicznych założeń, priorytetowych celów prowadzenia polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, postrzegania używania narkotyków w ujęciu etycznym, postrzegania użytkowników, wizji abstynencji i dominujących środków tej polityki. Zostały również przedstawione przykłady praktycznego zastosowania elementów zaproponowanych modeli w systemach penitencjarnych. Szczególnie dokładnie omówiona została problematyka implementacji środków redukcji szkód do systemu penitencjarnego (poprzez przedstawienie argumentow „za" i „przeciw"), gdyż jest to temat szeroko poruszany współcześnie w literaturze naukowej, polityce i mediach.

Za podstawę wyodrębnienia dwóch modeli została przyjęta płaszczyzna oceny polityki narkotykowej oparta na biegunach „represyjność" a „leczenie" K. Krajew-

skiego[1]. Płaszczyzna „represyjność" a „leczenie" odnosi się do sposobu, w jaki dane ustawodawstwo traktuje sprawców przestępstw będących użytkownikami narkotyków. W modelu represyjnym ci sprawcy są traktowani tak samo, jak inni sprawcy, i bez wyjątków stosuje się wobec nich normalną represję karną, a w modelu leczniczym zamiast kary wobec sprawcy mogą być zastosowane środki lecznicze[2]. Płaszczyzna K. Krajewskiego w ocenie polityki narkotykowej oparta na biegunach „represyjność" a „leczenie" posłużyła do wyodrębnienia modelu zorientowanego na kontrolę i modelu terapeutycznego w ramach polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających.

Oprócz tych dwóch modeli wyodrębniono też model libertariański oraz model redukcji szkód, którego celem jest przede wszystkim prewencja szkód zdrowotnych towarzyszących używaniu narkotyków. Model libertariański został natomiast zainspirowany, na potrzeby tej pracy, zyskującymi aktualnie na popularności, założeniami ruchów libertariańskich.

W pracy zrezygnowano z bliższego omówienia, na czym polega wolnościowa polityka narkotykowa typu represyjnego i typu leczniczego, które zainspirowały kolejno do zaproponowania klasyfikacji polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających w oparciu o model zorientowany na kontrolę i model terapeutyczny. Szczegółowy opis polityki narkotykowej typu represyjnego i typu leczniczego można odnaleźć w wymienionej wcześniej literaturze. Nie zrezygnowano jednak z zawarcia w treści opracowania opisu wolnościowej polityki narkotykowej opartej o idee redukcji szkód oraz tej opartej o idee libertariańskie. Uwzględnienie opisów polityki wolnościowej w tych dwóch przypadkach posłużyło do tego, aby w lepszy sposób przybliżyć, jakimi przesłankami kierowano się, teoretyzując na temat dwóch pozostałych proponowanych modelów polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających – tj. modelu redukcji szkód i modelu libertariańskiego.

2.1. Model kontrolny

W ujęciu K. Krajewskiego represyjna polityka narkotykowa to taka, gdzie bezwarunkowo stosuje się represję karną wobec sprawców przestępstw będących użytkownikami narkotyków, bez żadnych środków alternatywnych o leczniczym

[1] Zob. K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji*. *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001, s. 255–261. Zob. też: idem, *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii: ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków*, „Alkoholizm i Narkomania" 2007, t. 20, nr 4, s. 425–437; idem, *Polish Drug Policies: Between „Hard" and „Soft" Prohibition*, „Journal of Drug Issues" 2004, t. 34, nr 3, s. 587–622, oraz idem, *Prawo karne wobec środków odurzających i psychotropowych*. *Z problematyki teorii kryminalizacji*, „Archiwum Kryminologii" 1995, t. 21, s. 41–79.

[2] Ibidem.

charakterze. Wydaje się więc, że podobnie w przypadku polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami model zorientowany na kontrolę będzie polegał jedynie na odosobnieniu tych sprawców od reszty społeczeństwa, bez stosowania środków leczniczych w zakładzie karnym wobec tej grupy.

Celem polityki wykonywania kary pozbawienia wolności zorientowanej na kontrolę jest zapewnienie bezpieczeństwa w zakładzie karnym. Zakład charakteryzujący się represyjnością jest skupiony głównie na zapewnieniu dyscypliny, a wszelkie próby jej naruszenia, w tym naruszenia zakazu używania narkotyków, są karane. Używanie narkotyków jest więc postrzegane negatywnie. Abstynencja od narkotyków jest potrzebna w celu utrzymania dyscypliny. Nie przewiduje się żadnej specjalistycznej pomocy dla użytkowników w walce z nałogiem, traktuje się ich jak innych osadzonych i potencjalne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania zakładu. Użytkownicy narkotyków są postrzegani jako pensjonariusze instytucji, do której zasad muszą się dostosować.

Środkami polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami w modelu zorientowanym na kontrolę są działania prewencyjne prowadzone na terenie zakładu. Charakterystycznymi działaniami tego typu są: testy na obecność narkotyków, przeszukania cel i osób odwiedzających, użycie psa tropiącego, obecność kamer.

W niektórych zakładach karnych, szczególnie w krajach rozwiniętych, przeprowadza się obowiązkowe testy na obecność narkotyków[3]. Testy przeprowadzane są w sposób regularny lub wybiórczo. Przeprowadzanie obowiązkowych testów na obecność narkotyków budzi kontrowersje, gdyż zaobserwowano zmiany po wprowadzeniu tych testów polegające na zaprzestaniu używania tych narkotyków, które mogą zostać wykryte za pomocą testu, i zastąpieniu ich narkotykami trudniejszymi do wykrycia[4]. Mimo że, jak wynika z badań, obowiązkowe testy na obecność marihuany mogą przyczynić się do zmniejszenia używania marihuany i mogą być narzędziem do zmniejszenia rozmiarów handlu tym narkotykiem, wydaje się, że wyzwaniem dla więziennictwa powinno być raczej

[3] Zob. szerzej K. Duke, *Drugs, Prisons*…, op. cit., s. 103–105.

[4] Zob np. M. MacDonald, *Mandatory Drug Testing*. *Prison Centre for Research into Quality*, University of Central England in Birmingham, 1997, dostępne na: http://www.iprt.ie/files/international/mandatory_drug_testing__morag_macdonald.pdf, opisujący możliwość porzucenia przez osadzonych używania marihuany na rzecz heroiny po wprowadzeniu obowiązkowych testów narkotykowych na wykrycie marihuany; S.M. Gore, A.G. Bird, A.J. Ross, *Prison Rights: Mandatory Drug Tests and Performance Indicators for Prisons*, „British Medical Journal" 1996, t. 312, s. 1411–1413, gdzie badania wykazały, że po wprowadzeniu wybiórczych testów odsetek osadzonych, u których wykryto za pomocą testu opiaty lub benzodiazepiny, wzrósł z 4,1% do 7,4%, a odsetek osadzonych, u których wykryto za pomocą testu marihuanę, zmniejszył się z 33,2% do 29,1% pomiędzy pierwszą a drugą fazą wybiórczego testowania. Warto zauważyć jednak, że w obu badaniach nie zostały wykluczone inne czynniki mogące wpłynąć na zwiększone spożycie heroiny, jak np. polepszenie dostępu do heroiny wśród osadzonych.

opracowanie strategii pomocy osadzonym problematycznie używającym heroiny i stymulantów[5].

Kontrowersje w literaturze budzą również przeszukania osobiste osadzonych i osób ich odwiedzających, dokonywane także przy pomocy psa tropiącego. W przypadku wykrycia narkotyków w wyniku przeprowadzonego testu lub przeszukania osadzeni mogą otrzymać kary administracyjne, takie jak np. odebranie przywilejów. Jak pisze Karen Duke, w Wielkiej Brytanii przeszukania osobiste nie zawsze są dokonywane z poszanowaniem godności osadzonych i odwiedzających[6], co może zniechęcać do odwiedzin bliskich. Według tej autorki, część brytyjskich pracowników więziennictwa traktuje działania represyjne priorytetowo w porównaniu do pracy terapeutycznej z osadzonymi będącymi użytkownikami narkotyków[7].

Więzienna polityka narkotykowa ukierunkowana na represję i kontrolę była charakterystyczna dla krajów nordyckich w późnych latach dziewięćdziesiątych i po roku 2000[8]. Opierała się na strategii „zero tolerancji" i polegała na zaostrzeniu kontroli poprzez lepsze systemy zabezpieczeń, więcej psów tropiących, przeszukania, ograniczenia w komunikacji i znaczne zwiększenie częstotliwości poddawania osadzonych testom na obecność narkotyków[9]. Zwiększono również ilość nakładanych kar dyscyplinarnych[10].

Wydaje się, że więzienie bazujące wyłącznie na działalności represyjnej nie zapobiega skutecznie powrotowi do przestępczości. Polityka represyjna wobec sprawców przestępstw będących użytkownikami narkotyków w mniejszym stopniu niż ta ukierunkowana na resocjalizację prowadzi do internalizacji potrzeby przestrzegania porządku prawnego. Można stwierdzić, że polityka ukierunkowana na terapię jest skuteczniejsza, gdyż prowadzi do sytuacji, w której osadzeni zaprzestają używania narkotyków nie ze względu na grożące sankcje, ale z uwagi na wewnętrzną chęć podjęcia walki z nałogiem i zmiany dotychczasowego trybu życia. Niedogodność w zdobywaniu narkotyków może jednak wpłynąć na rezygnację z używania, a elementy kontrolne wydają się niezbędne w celu utrzymania bezpieczeństwa na terenie zakładu karnego.

---

5 *Drug Misusers and the Criminal Justice System*. Part III: *Drug Misusers…*, op. cit., s. 4.

6 K. Duke, *Drugs, Prisons*…, op. cit., s. 106.

7 Zob. ibidem, s. 108, gdzie autorka przytacza słowa rzecznika zrzeszenia zawodowego: „niektórzy pracownicy zakładów karnych są bardziej zainteresowani seksownymi operacjami takimi jak przeszukania przy pomocy psa tropiącego czy instalowanie kamer niż pracą z osadzonymi w walce z problemem narkotykowym… Większość ludzi uznałaby to drugie za bardziej seksowne niż wysokie mury, psy tropiące czy kamery, ale nie więziennictwo, gdyż właśnie taki sposób myślenia dominuje".

8 T. Kolind, V.A. Frank, O. Lindberg, J. Tourunen, *Prison-based drug teratment in Nordic political discourse: An elasic districtive construct*, „European Journal of Criminology" 2013, t. 10, nr 6, s. 664.

9 Ibidem.

10 Ibidem.

2.2. Model libertariański

Model libertariański polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, opracowany na potrzeby tej pracy, jest wzorowany na modelu polityki narkotykowej przyjmowanym przez ruchy libertariańskie[11]. Mimo, iż poszczególni libertarianie mogą mieć rozmaite wizje prowadzenia polityki narkotykowej w zakładach karnych, można jednak podjąć próbę wyodrębnienia wspólnych, charakterystycznych cech tego typu potencjalnej polityki. W dużym uproszczeniu, w modelu libertariańskim głównym celem polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych wydaje się zapewnienie osadzonym wolności od ingerencji w ich wybór używania narkotyków.

W ujęciu libertariańskim prowadzenie działań na rzecz użytkowników, a szczególnie resocjalizacji, jest niezgodne z polityczną rolą, jaką powinno wypełniać państwo. Tą rolą jest karanie i izolowanie sprawców przestępstw, a nie ich poprawa. Polityka penitencjarna w ujęciu libertariańskim oparta jest na założeniu, że zakłady karne promują i rozwijają siłę rządu. W ujęciu Daniela D'Amico zagrożenie karą pozbawienia wolności ułatwia kontrolę sprawowaną przez rząd, która jest dokonywana m.in. poprzez prohibicje[12]. Z tego względu zakłady karne i ich domniemana skuteczność utrzymuje się i rośnie[13]. Daniel D'Amico uważa, że zakłady karne nie są rozwiązaniem, które mogłoby się przysłużyć zredukowaniu przestępczości, ani nie prowadzą one do ulepszenia społeczeństwa[14]. Gdyby zakłady karne, zgodnie z postulatem wielu przedstawicieli tego ruchu, zostały sprywatyzowane, wydaje się, że polityka wykonywania kary pozbawienia wolności byłaby wówczas kształtowana w zależności od woli podmiotu, który jest właścicielem zakładu[15].

Należy jednak wziąć pod uwagę, że nie ma całkowitego konsensusu wśród libertarian co do kształtów polityki narkotykowej czy polityki wykonywania kary

---

[11] Model polityki libertariańskiej należy odróżnić od polityki narkotykowej typu permisywnego opisanej przez K. Krajewskiego, zob. np. idem, *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii: ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków*, „Alkoholizm i Narkomania" 2007, t. 20, nr 4, s. 428–429. Zgodnie z jej opisem, permisywna polityka nie polega na legalizacji narkotyków, wręcz przeciwnie – jest, mimo że „rozluźnionym", wciąż typem polityki prohibicyjnej.

[12] D. D'Amico, *The American Prison State*, Ludwik von Mises Institute, maj 2005, dostępne na: http://mises.org/daily/5259/The-American-Prison-State.

[13] Ibidem.

[14] Ibidem.

[15] Przykładowo wielu przedstawicieli tego nurtu (szczególnie wśród anarchistów) uważa, że zakład karny powinien być własnością społeczności lokalnej, która mogłaby wówczas zezwolić lub zabronić użytkowania narkotyków na jego terenie.

pozbawienia wolności. Można również kwestionować, czy w ujęciu libertariańskim w ogóle można mówić o prowadzeniu polityki narkotykowej, jeżeli polega ona na wycofaniu się organów państwowych z jej prowadzenia.

Libertariańska polityka wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami oparta byłaby zapewne o krytykę paternalizmu i opiekuńczości osób sprawujących władzę względem użytkowników. W ujęciu libertariańskim określenie użytkownika mianem „uzależnionego" redukuje bowiem status tej osoby do poziomu dziecka lub chorego psychicznie. Użytkownik stałby się wówczas kimś, kto wymaga opieki i nie jest podmiotem, któremu zezwala się na dokonanie wyboru. Libertarianizm sprzeciwia się traktowaniu użytkowników jak osób chorych. Jeżeli uzależnienie traktuje się jak chorobę, nie ma przeszkód, żeby dla dobra chorego, bez potrzeby uzyskania jego (jej) zgody, podjąć decyzję o zastosowaniu represyjnej terapii wobec tej osoby. W libertarianiźmie przyjmuje się często, że narkotyki są jedną z wielu substancji, od których można się uzależnić, i regulacja obrotu tymi substancjami stanowiłaby nadmierną ekspansję opiekuńczości państwa względem obywateli.

Wydaje się, iż w ujęciu libertariańskim, również w zakładzie karnym, tak samo jak na wolności, nie widzi się potrzeby, żeby zabronić używania narkotyków ze względu na „dobro" mniej racjonalnych członków społeczeństwa. Zgodnie z wypowiedzią Ayn Rand: „[...] nie popieram żadnej kontroli rządu nad konsumpcją, więc wszystkie restrykcje związane z narkotykami powinny być usunięte (oprócz oczywiście sprzedaży małoletnim). Rząd nie ma prawa mówić dorosłym, co mają robić ze swoim zdrowiem i życiem. To sprawia, że większa odpowiedzialność moralna ciąży na jednostce; ale dorośli powinni móc zabić się, w jaki sposób chcą. Będę walczyła o twoje prawo do używania marihuany; będę walczyła z tobą do śmierci, żebyś nie robił tego z powodów moralnych, bo to zabija umysł. Rolą rządu jest ochrona obywateli przed przestępstwami tych, którzy biorą narkotyki. Ale narkotyki byłyby znacznie tańsze, gdyby nie rząd"[16].

Takie założenia ideologiczne przyjęte w ramach polityki narkotykowej skutkują postulatem wycofania państwa z decydowania o wyborze użytkowania narkotyku – program partii libertariańskiej w USA zakłada, że „poprzez zakończenie prohibicji narkotykowej libertarianie podwoją środki na zapobieganie przestępczości i znacznie obniżą liczbę brutalnych przestępców w twojej okolicy"[17]. Współcześnie libertarianie optują za całkowitą legalizacją wszystkich rodzajów narkotyków i traktowaniem handlu narkotykami jak handlu każdym innym towarem[18], bez

[16] R. Mayhew (red.), *Ayn Rand Answers: The Best of Her Q &A*, New American Library, 2005, s. 14.

[17] Zob. *Libertarian Party Program On Crime Highlights and Summary of The Libertarian Party's Solution to America's Crime Problem*, dostępne na: http://www.lp.org/issues/crime-and-violence.

[18] J.A. Miron, *Liberal versus Libertarian Views on Drug Legalization* [w:] *The New Prohibition: Voices of Dissent Challenge the Drug War* (red. Sheriff B. Masters), Accurate Press 2004, s. 6.

ograniczeń wiekowych[19] i bez restrykcji przy reklamowaniu narkotyków[20]. Libertarianie sprzeciwiają się wizji uzależniania od narkotyków jako choroby, której użytkownicy nie są w stanie kontrolować[21]. Ufają oni, że obywatele są w stanie podjąć samodzielnie racjonalne decyzje w sprawie użycia narkotyku[22]. W tym ujęciu nie ocenia się wyborów dokonywanych przez użytkowników w kategoriach moralnych (chyba że używanie wyrządza szkodę innej osobie)[23], dlatego polityka państwa zniechęcająca do używania narkotyków jest postrzegana negatywnie[24].

Za cechę charakterystyczną polityki libertariańskiej uznaje się jednocześnie wycofanie państwa z udzielania świadczeń użytkownikom, szczególnie świadczeń ponoszonych z pieniędzy podatników[25]. W ramach wykonywania kary pozbawienia wolności polityka libertariańska będzie się więc charakteryzowała odrzuceniem możliwości finansowania czy udzielania przez państwo usług resocjalizacyjnych, szczególnie gdy zawierają one jakiekolwiek elementy przymusu.

Jak się podkreśla, ponieważ w ujęciu libertariańskim obywatele podejmują racjonalne decyzje, są więc również w stanie samodzielnie ocenić i zabezpieczyć się przed negatywnymi konsekwencjami podjętych działań, w tym samodzielnie zaopatrzyć się w środki redukcji szkód. Ochrona użytkowników przed konsekwencjami ich wyborów nie jest funkcją państwa[26]. Ponadto twierdzi się, że dzięki legalizacji heroina mogłaby być sprzedawana łącznie z jednorazowymi igłami i strzykawkami, co zmniejszyłoby ryzyko zdrowotne[27].

Libertarianie dopuszczają działania restrykcyjne względem użytkowników, ale jedynie w przypadku, gdy działania te (np. testowanie na obecność narkoty-

---

[19] W kwestii restrykcji co do wieku, zob. ibidem, s. 7: „libertarianie uznają, że istnienie restrykcji zakupu narkotyków ze względu na wiek wyrządza więcej szkody niż pożytku. Młodociani często obchodzą te restrykcje, co rodzi pogardę dla prawa zarówno u młodocianych zakupujących narkotyki, jak i u osób sprzedających narkotyki. Legislacyjne określenie minimalnego wieku może również spowodować mniejsze zainteresowanie rodziców zachowaniem dzieci, gdyż mogą oni uznać, że problem został już rozwiązany przy pomocy prawa".

[20] Ibidem, s. 8.

[21] Ibidem, s. 5.

[22] Ibidem.

[23] Ibidem.

[24] Ibidem, s. 7.

[25] Zob. R.L. Lippke, *The Elusive Distinction Between Negative and Positive Rights*, „Southern Journal of Philosophy" 1995, t. 33, nr 3, s. 335: „[...] zasadniczą tezą moralną libertarianizmu jest posiadanie przez jednostki podstawowych praw negatywnych, ale nie podstawowych praw pozytywnych. To rozróżnienie jest podstawą twierdzenia libertarian, że jednostki w relacjach z innymi ludźmi mają jedynie obowiązek braku ingerencji. Ponieważ jednostki nie mają obowiązku pomagać ani opiekować się innymi, ludzie nie powinni być zmuszani do tego przez rząd ani nikogo innego. Z tego wywodzi się powszechnie znane argumenty libertariańskie przeciwko wszystkiemu, co przekracza minimalną ingerencję państwa".

[26] J.A. Miron, *Liberal…*, op. cit., s. 8.

[27] Ibidem, s. 9.

ków) są podejmowane przez prywatne podmioty, a nie przez organy państwowe[28]. Bardzo kontrowersyjne z libertariańskiego punku widzenia byłoby stosowanie na terenie państwowego zakładu karnego terapii uzależnienia, nawet tych dobrowolnych, gdyż libertarianie zdecydowanie sprzeciwiają się jakimkolwiek dotacjom państwowym na terapie uzależnienia. Ich zdaniem, ingerencja w wolę użytkowników nie jest funkcją państwa. Byłoby to niedopuszczalne również z tego względu, że implikowałoby dokonanie przez państwo oceny moralnej decyzji użytkownika. Ponadto, zgodnie z tym nurtem, osoby decydujące się na przystąpienie do terapii uzależnienia powinny samodzielnie uiścić jej koszt[29]. Finansowanie przez państwo terapii uzależnienia mogłoby być również krokiem w kierunku terapii przymusowej, której następstwem mogą być, zdaniem libertarian, naruszenia podstawowych praw i wolności obywatelskich[30].

Gdyby ideologiczne postulaty libertarianizmu wysunięte wobec wolnościowej polityki narkotykowej zaadaptować do polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników, wydaje się, że podstawowym jej założeniem byłoby wycofanie się organów państwowych z wyborów osadzonych względem użytkowania narkotyków oraz wycofanie się z resocjalizacji sprawców, w tym z udzielania czy finansowania jakichkolwiek usług dla użytkowników. Nadmierna kontrola zachowań osadzonych, sprawowana przez zakład karny, byłaby postrzegana negatywnie. Używanie narkotyków w tym modelu nie byłoby traktowane jako choroba, ale jako wybór użytkowników.

Teoretyzując dalej, możnaby przyjąć, iż celem prowadzenia polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników w tym modelu byłaby ochrona wolności wyboru. Ta wolność postrzegana jest jako wartość etyczna, przy czym samo używanie narkotyków jest obojętne etycznie. Wolność postrzegana jest jako możliwość dokonania wyboru indywidualnego, sprowadzana jest więc do dokonania aktu woli. Jej wartość etyczna jest niezależna od faktu, czy jest to wybór trafny i czy przyczynia się do prowadzenia satysfakcjonującego życia, lub czy unieszczęśliwia osobę dokonującą tego wyboru. Postulaty te opierają się na założeniu, że konsekwencje używania narkotyków będą ponoszone jedynie przez samego użytkownika.

Należy przyjąć, że model libertariański odrzucałby możliwość przeprowadzania terapii przymusowych, bezpłatnego świadczenia innych usług przez państwo, w tym usług redukcji szkód, terapii uzależnienia i prowadzenia działalności prewencyjnej. Świadczenia takie mogłyby być wykonywane jedynie przez prywatne podmioty lub w prywatnych więzieniach. Całkowite odrzucenie humanitarnej pomocy i opieki nad uzależnionymi może budzić kontrowersje. To, co można by ewentualnie rozważać, to wprowadzenie jakiś elementów tego modelu np. w postaci odpłatnego udzielania części świadczeń resocjalizacyjnych, zanie-

[28] Ibidem.
[29] Ibidem, s. 5.
[30] Ibidem.

chania karania konsumpcji w zakładach karnych niektórych łagodniejszych narkotyków, czy rezygnacji z niektórych elementów przymusu podczas terapii. Odpłatne usługi dla użytkowników wiązałyby się jednak z odrzuceniem zasady państwa socjalnego, gdzie resocjalizacja jest konstytucyjnym prawem osadzonego, a zarazem stanowi obowiązek społeczeństwa (jak np. w Niemczech – Sozialstaatsprinzip – i we Francji)[31].

Ideały libertariańskie, mimo swojej popularności, rzadko są stosowane w praktyce, nawet w ramach wolnościowej polityki narkotykowej. Warto odnotować, że szczególnie w Polsce założenia libertariańskie są słabo znane – rodzima partia libertariańska została zarejestrowana dopiero w 2014 r. Zaprezentowany model libertariański polityki wykonywania kary wolności wobec użytkowników jest modelem wyłącznie teoretycznym, przerysowanym, i trudno wyobrazić sobie jego implementację do systemu penitencjarnego. Trudno jest przewidzieć, jakie efekty przyniósłby brak ingerencji w używanie narkotyków czy zerwanie z ideą resocjalizacji. W praktyce mogłoby to oznaczać też przejęcie zakładów karnych przez podmioty prywatne lub społeczności lokalne, które dowolnie, niezależnie od władz państwowych, mogłyby ustalać założenia polityki względem użytkowników narkotyków.

2.3. Model terapeutyczny

Znacznie większe możliwości generowania rozwiązań systemowych w zakresie postępowania ze skazanymi uzależnionymi ma model terapeutyczny ukierunkowany na leczenie uzależnienia. Celem leczniczej polityki narkotykowej, zaproponowanej przez K. Krajewskiego, jest stosowanie wobec sprawców przestępstw będących użytkownikami narkotyków zamiast kary, lub obok niej, środków alternatywnych o charakterze leczniczym dobrowolnym lub *quasi*-dobrowolnym. Celem tych środków jest realizowanie idei „leczyć zamiast karać". Leczenie uzależnienia jest traktowane priorytetowo w stosunku do represji karnej. Ideą proponowanego modelu terapeutycznego polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami jest również zasada priorytetowego traktowania leczenia uzależnienia w stosunku do stosowania środków represyjnych. Celem tego modelu jest zapewnienie „wyzdrowienia" użytkowników (rozumianego najczęściej jako podjęcie całkowitej abstynencji), które, w ujęciu tego modelu, jest niezbędne dla powodzenia resocjalizacji i prowadzenia odpowiedzialnego życia po opuszczeniu zakładu karnego.

Abstynencja (lub „rozwiązanie problemu"), w założeniu tego modelu, umożliwia osadzonym opuszczającym zakład karny prowadzenie satysfakcjonującego

[31] D. van Zyl Smit, F. Dünkel (red.), *Imprisonment Today and Tomorrow. International Perspectives on Prisoners' Rights and Prison Conditions*, Kluwer Law International, wyd. 2, Hague/London/Boston 2001, s. 822.

i szczęśliwego życia w społeczeństwie, bez nadużywania narkotyków i popełniania przestępstw. Abstynencja jest również sposobem na uniknięcie szkód zdrowotnych związanych z użytkowaniem narkotyków. Model ten zakłada, że pomimo tego, iż prawdopodobnie narkotyków nie uda się całkowicie wyeliminować z zakładów karnych, nie należy rezygnować z abstynencji (lub „rozwiązania problemu") jako celu prowadzenia oddziaływań i udzielania pomocy osobom uzależnionym w walce z nałogiem.

Używanie narkotyków w modelu terapeutycznym polityki wykonywania kary pozbawienia wolności jest postrzegane negatywnie – identyfikowane jako choroba, a rolą zakładu penitencjarnego jest zapobieganie używaniu narkotyków. Użytkownicy traktowani są więc w tym modelu jako osoby chore, które wymagają udzielenia pomocy. Model terapeutyczny wykonywania kary pozbawienia wolności będzie dopuszczał stosowanie terapii *quasi*-dobrowolnych, a nawet przymusowych.

W modelu terapeutycznym działania mające na celu przeciwdziałanie przepływowi narkotyków na teren zakładów są postrzegane jako użyteczne, gdyż ograniczają ich podaż i tym samym pomagają w utrzymaniu abstynencji. Polityka terapeutyczna wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami nie będzie ograniczała się jedynie do terenu zakładu karnego, ale będzie kontynuowana po jego opuszczeniu, ze względu na konieczność zapewnienia utrzymania efektów terapeutycznych.

Środkami polityki terapeutycznej wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami są wszystkie świadczenia pomocne w utrzymaniu abstynencji:
— terapie uzależnienia[32],
— społeczności terapeutyczne,
— pomoc psychologiczna i psychiatryczna,
— oddziały „wolne od narkotyków",
— grupy samopomocowe, w tym „Anonimowi Narkomani",
— terapia substytucyjna zorientowana na abstynencję.

Świadczenia, które w niniejszej pracy zostały zaliczone do środków redukcji szkód, nie wejdą raczej w zakres środków, jakimi operuje się w ramach modelu terapeutycznego polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami. Wydaje się, że podobnie jest w przypadku leczniczej polityki narkotykowej opisywanej w literaturze przez K. Krajewskiego. Mimo iż K. Krajewski pomija tę problematykę, można przyjąć, że w ujęciu leczniczej polityki narkotykowej z „leczenia" wyłączone są środki redukcji szkód, gdyż więk-

[32] Zob. K. Linowski, J. Nowicka, *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Ostrowiec Świętokrzyski 2004, s. 76, którzy argumentują za rezygnacją z terminu „terapia odwykowa" w stosunku do osadzonych uzależnionych od alkoholu, gdyż jest ono dezorientującym terminem i sugeruje, że uzależnienie to „zły nawyk" nabyty przez ludzi, od którego powinni odwyknąć.

szość z tych środków (z wyjątkiem terapii substytucyjnej zorientowanej na abstynencję) ma charakter wyłącznie prewencyjny, głównie względem chorób przenoszonych przez krew, i nie spełnia wymogu leczenia uzależnienia. Środki te nie „leczą" nałogu, wobec tego wydaje się, że nie mogą być stosowane wobec użytkowników zamiast represji karnej na takiej samej zasadzie jak terapia uzależnienia. Warto zauważyć jednak, że w modelu terapeutycznym polityki wykonywania kary pozbawienia wolności nie neguje się zasadności udzielania świadczeń redukcji szkód, odrzuca się jedynie traktowanie ich jako celu wykonywania polityki względem użytkowników.

Podkreśla się, że efektywne przy dążeniu do abstynencji są usługi takie, jak: porady i informacje, uczenie podstawowych umiejętności życiowych i socjalnych, poradnictwo i psychoterapia, opieka zdrowotna obejmująca efektywne leczenie symptomów odstawienia i problemów psychicznych, detoksykacja[33] i podstawowa opieka zdrowotna[34]. Do tych usług warto jeszcze dodać diagnozowanie, interwencje kryzysowe, motywowanie do podjęcia terapii (tzw. *pretreatment*), edukację w dziedzinie narkotyków, elementy terapii rodzin, tzw. oddziały wolne od narkotyków, przygotowywanie do zwolnienia, terapię substytucyjną i programy zapobiegające recydywie.

Terapie uzależnienia prowadzi się na oddziałach terapeutycznych, które często działają na bazie społeczności terapeutycznej. Ich celem jest zapewnienie osadzonym takiego środowiska, w którym otrzymają wsparcie w rozwijaniu umiejętności utrzymania abstynencji narkotykowej. Jak pisze Tomasz Głowik: „grupy terapeutyczne stwarzają w mniejszym lub większym stopniu atmosferę wzajemnego zrozumienia, wrażliwości, prowokują sytuacje, wobec których uczestnik nie może pozostać bierny, a właściwy sposób modelowania zachowań ma ogromne znaczenie terapeutyczne"[35].

Podstawą działalności społeczności terapeutycznej jest terapia grupowa[36].

---

[33] Do terapii uzależnienia można podejść po przeprowadzeniu detoksykacji organizmu. Detoksykację przeprowadza się w warunkach szpitalnych przy użyciu leków takich, jak np. naltrexone, buprenorfina czy klonidyna. Po detoksykacji powinno się udzielić pomocy pacjentowi w walce z nałogiem, gdyż w przeciwnym razie pacjent może szybko powrócić do używania narkotyków i stracić motywację do dalszego leczenia.

[34] *Drug Misusers and the Criminal Justice System.* Part III: *Drug Misusers…*, op. cit., s. 19.

[35] T. Głowik, *Problematyka narkomanii…*, op. cit., s. 12. W kontekście działalności resocjalizacyjnej, o idei komun terapeutycznych zob. K. Pospiszyl, *Resocjalizacja. Teoretyczne podstawy oraz przykłady programów oddziaływań*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 1998, s. 91–101.

[36] Praca grupowa może obejmować np. wsparcie motywacyjne, zazwyczaj dokonywane poprzez wywiady motywacyjne, w trakcie których terapeuci oceniają poziom motywacji i dokonują interwencji dostosowanych do poziomu motywacji klienta, które mają na celu pozytywną zmianę zachowania (zob. UNODC, *Drug Dependence Treatment*: *Interventions for Drug Users in Prison*, Treatnet – International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres, dostępne na: http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf, s. 49. Terapia grupowa może być również prowadzona przed terapią uzależnienia, wtedy jej celem jest budowanie motywacji do podjęcia terapii uzależnienia, może być też prowadzona po odbyciu

W terapii uzależnienia stosuje się programy behawioralne i poznawczo-behawioralne[37]. Metody te wykorzystują uczenie w celu odzwyczajenia od nałogu i ćwiczenia samokontroli. Programy pomagają w zmianie stylu życia i dysfunkcjonalnego myślenia, rozwijają umiejętności pozostania w abstynencji i zapobiegania nawrotom. Te umiejętności pomocne są nie tylko w walce z nałogiem narkotykowym, ale również w przypadku innych problemów, z jakimi zmagają się użytkownicy, jak alkoholizm czy samouszkodzenia. Programy behawioralne i poznawczo-behawioralne można stosować w terapii grupowej, indywidualnej i w ramach leczenia metadonowego.

Duże znaczenie w walce z nałogiem ma edukacja osadzonych w kwestii ryzyka związanego z używaniem narkotyków. Uświadomienie sobie ryzyka powinno działać motywująco do podjęcia walki z nałogiem i zminimalizować niebezpieczeństwo powikłań. Edukacja w dziedzinie narkotyków może być elementem edukacji zdrowotnej kształtującej zdrowy styl życia. Promuje ona wśród osadzonych zasady zdrowego żywienia, zapobieganie chorobom, dbanie o higienę czy umiejętność udzielenia pierwszej pomocy.

Zapobieganie nawrotom jest niezbędnym elementem każdej terapii. Osoby używające narkotyków uczy się identyfikacji czynników, które przyczyniają się do sięgnięcia po narkotyki, unikania sytuacji o wysokim ryzyku nawrotu oraz asertywności. Rozwija się umiejętności takie, jak: radzenie sobie z chęcią użycia narkotyków, tworzenie planów prewencyjnych, identyfikacja i rozwijane czynności zastępujących używanie narkotyków, walka ze stresem, wiara użytkownika we własne siły w pokonaniu nałogu narkotykowego[38]. Ze względu na ryzyko nawrotów i przedawkowania narkotyków po zwolnieniu z zakładu karnego, istotną rolę pełni przygotowywanie do zwolnienia. Powinno ono objąć elementy informacyjne dotyczące zachowywania abstynencji narkotykowej, przedawkowania narkotyków i informacje o dostępnych usługach i organizacjach oferujących pomoc osobom używającym narkotyków[39].

Oddziały wolne od narkotyków (*drug free units*, *drug free wings*) powstają w zakładach karnych o znacznej powszechności występowania narkotyków i przeznaczone są dla tych osadzonych, którzy preferują odbywanie wyroku w środowisku wolnym od narkotyków. Często na tych oddziałach przeprowadza się testy na obecność narkotyków oraz udostępnia się zainteresowanym terapię uzależnienia. Zazwyczaj osoby leczone substytucyjnie są wykluczone z możliwości przebywania na oddziałach wolnych od narkotyków.

---

terapii, wtedy wzmacnia motywację potrzebną do utrzymania zmian w zachowaniu dokonanych pod wpływem terapii; ibidem.

37 Zob. też Ch. Kouimtsidis, M. Reynolds, S. Coulton, C. Drummond, *How does cognitive behaviour therapy work with opioid-dependent clients? Results of the UKCBTMM study*, „Drugs: Education, Prevention, and Policy" 2012, t. 19, nr 3, s. 253–258.

38 UNODC, *Drug Dependence Treatment*…, op. cit., s. 49.

39 Ibidem.

Zaburzenia psychiatryczne są często powiązane z użytkowaniem narkotyków – mogą być przyczyną ich używania, ale też skutkiem. Pobyt w zakładzie karnym pogarsza stan zdrowia psychicznego osadzonych, istotna jest więc możliwość kontaktu z lekarzem psychiatrą. Konsekwencją przewlekłego przyjmowania narkotyków lub nagłego ich odstawienia mogą być stany depresyjne, co wymaga diagnozy, przyjmowania leków i stałego monitorowania przebiegu choroby[40]. Szczególnie w przypadku osadzonych kobiet istnieje potrzeba profesjonalnego wsparcia, gdyż jak sugerują wyniki badań, kobiety te często doświadczyły przemocy fizycznej i seksualnej, niestabilności ekonomicznej, izolacji w środowisku i wielokrotnie cierpią na zaburzenia psychiczne[41].

Psychoterapię rzadko stosuje się jako podstawową metodę pracy z osadzonymi, jest raczej traktowana pomocniczo w zapobieganiu powrotowi do przestępstwa[42]. W leczeniu z nałogu wsparcie indywidualne poprzez poradnictwo i psychoterapię indywidualną prowadzone jest najczęściej na podstawie planu terapeutycznego. Poradnictwo indywidualne jest bardzo pomocne w motywowaniu do zaprzestania używania narkotyków i radzenia sobie z nawrotami. Indywidualne spotkania wzmacniają poczucie zaufania do terapeuty. Dla wielu użytkowników narkotyków, szczególnie wśród kobiet, narkotyki są sposobem radzenia sobie z traumą. Nieleczony zespól stresu pourazowego może być przeszkodą w efektywnym korzystaniu z terapii uzależnienia. Często, jeżeli użytkownikowi zmagającemu się z traumatycznymi doświadczeniami zostanie udzielona fachowa pomoc psychoterapeutyczna w tym zakresie, problem używania narkotyków może zostać wyeliminowany nawet bez udziału w terapii uzależnienia. Istotne jest, żeby psychoterapia w zakładach karnych była przeprowadzana przez wykwalifikowanych terapeutów, zaznajomionych z pracą w tym środowisku z zapewnieniem pełnej anonimowości.

Wiele uwagi w resocjalizacji osób wierzących – osadzonych, używających narkotyków i poddanych terapii – przykłada się do rozwoju sfery duchowej (oczywiście, nie zaniedbując innych usług, w szczególności medycznych). Rozwój systemu wartości wspomaga tę grupę osadzonych przy próbach podejmowania wysiłku zaprzestania używania narkotyków. Najpopularniejszymi programami o charakterze duchowym dla osadzonych uzależnionych od narkotyków są grupy samopomocowe (wsparcia), bazujące na modelu „12 kroków" i „12 tradycji", takie jak grupa „Anonimowych Narkomanów". „Anonimowi Narkomani" są podleczonymi pacjentami świadomymi swojego uzależnienia. Podstawową formą działalności grup „Anonimowych Narkomanów" są regularne spotkania grupowe, zwane „mitingami". Osoby używające narkotyków mogą otrzymać po-

---

[40] G. Cholewińska, *Choroby…*, op. cit., s. 21.

[41] H. Zurhold, H. Stöver, Ch. Haasen, *Female drug users…*, op. cit., s. 19.

[42] R. Breska, R. Opora, *Podsumowanie. Psychokorekcja zachowania osób odbywających karę pozbawienia wolność*, [w:] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, Wyd. Impuls, Kraków 2009, s. 260.

moc, znaleźć emocjonalne wsparcie oraz podzielić się doświadczeniami w grupie osób, której uczestnicy tak samo borykają się z problemem narkotykowym. W spotkaniach nie biorą udziału osoby pracujące w zakładzie karnym.

Efektywność programów „Anonimowych Narkomanów" sprawdza się od wielu lat na całym świecie i mierzona jest setkami tysięcy narkomanów wyzwolonych z nałogu[43]. Programy „12 kroków" są jednak krytykowane ze względu na ich oparcie na fundamencie przeżyć religijnych[44]. Pomimo że naukowe udowodnienie, w jaki sposób duchowość pomaga w porzuceniu dotychczasowego trybu życia, jest trudne, istotne jest, aby osadzonym nie blokować takiej możliwości. Z badań empirycznych przeprowadzonych przez T. Szymanowskiego wynika, że praktyki ukierunkowane na rozwijanie sfery duchowej w odniesieniu do skazanych, których wiara motywuje do zmiany postawy, mają istotne znaczenie dla ich przemiany wewnętrznej[45]. Ponadto istnieją również wersje programów „12 kroków" przeznaczone dla osób niewierzących.

Jako przyczyny niezadowalających efektów resocjalizacji Henryk Machel wskazuje na przeludnienie zakładów karnych, niewystarczający profesjonalizm występujący u części personelu wychowawczego, bezrobocie, brak wykształcenia, pozostawanie uzależnionych poza oddziałem terapeutycznym, jak również demoralizujący nadmiar czasu wolnego[46]. Racjonalne wypełnianie okresu pobytu w zakładzie karnym nie tylko zapobiega deprawacji osadzonych, ale też uczy ich aktywizacji. W tym celu zakłady karne zachęcają osadzonych do konstruktywnego spędzania czasu w okresie pobytu: podjęcia zatrudnienia[47], nauczania i szkolenia zawodowego, działalności społecznej, aktywizacji kulturalnej, rozwijania własnych zainteresowań i aktywności fizycznej[48].

---

[43] Zob. np. R. Room, *Healing Ourselves and Our Planet: the emergence and nature of a generalized twelve-step consciousness*, „Contemporary Drug Problems" 1992, t. 19, s. 717–740; na temat efektywności bazujących na tych samych zasadach grup „Anonimowych Alkoholików" zob. I.D. Smith, *The Criminal Justice System and Alcohol Rehabilitation: A pilot evaluation study*, „Australian & New Zealand Journal of Criminology" 1985, 18, s. 206–214.

[44] D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts*…, op. cit., s. 122.

[45] T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op. cit., s. 226–234 i s. 178; zob. też Z. Lasocik, *Praktyki religijne więźniów*, Wyd. PWN, Warszawa 1993; A. Misiaszek, *Duszpasterstwo osób społecznie nieprzystosowanych*, Wyd. Hosianum, Olsztyn 2002.

[46] H. Machel, *Wprowadzenie*, [w:] *Resocjalizacyjne programy*…, op. cit., s. 17; zob. też T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op.cit., s. 193, który pisze: „aktywności stanowią nie tylko czynnik oddziaływania wychowawczego […], ale pełnią także ważne funkcje w zapobieganiu ich demoralizacji [młodych osadzonych – przyp. aut.], zwłaszcza w zapobieganiu negatywnym formom zachowania w postaci *drugiego życia* więziennego".

[47] Zob. T. Szymanowski, *Polityka karna*…, op. cit., s. 178–180: „zatrudnienie jest najpowszechniej stosowanym środkiem oddziaływania na osadzonych i powinno być najważniejszym sposobem aktywizacji więźniów".

[48] Zob. M. Marczak, *Resocjalizacyjne programy*…, op. cit., s. 312: „niekwestionowaną rolę w działalności resocjalizacyjnej odgrywa mobilizowanie osadzanych do aktywnego uprawiania sportu. Zajęcia z zakresu kultury fizycznej i sportu mają na celu przede wszystkim podtrzymanie

Rozwijanie różnych form aktywności uczy osadzonych wartościowego spędzania czasu, poczucia własnej wartości, odpowiedzialności i prawidłowego porozumiewania się z innymi. Osadzeni nabywają wiedzę, jak produktywnie radzić sobie ze stresem i niepokojem, co jest istotnym elementem każdej terapii uzależnienia. Edukacja w dziedzinie narkotyków może być, przykładowo, prowadzona w ramach zajęć sportowych, np. poprzez informacje na temat walki z nałogiem w formie ulotek i plakatów[49]. Taka edukacja jest szczególnie efektywna w przypadku mężczyzn, gdyż informacje są przekazywane w środowisku, w którym mężczyźni czują się bardziej komfortowo i bezpiecznie niż np. na sesji terapeutycznej czy w gabinecie medycznym[50]. Edukacja lepiej oddziałuje, jeżeli jest wpleciona w informacje o zdrowym trybie życia[51].

Celem oddziaływań terapeutycznych jest wsparcie osadzonych w prowadzeniu życia bez używania narkotyków. Najbardziej efektywna pomoc w walce z uzależnieniem to taka, która odpowiada na indywidualne potrzeby osadzonych. Z tego powodu istotna jest dostępność w miarę możliwości jak najszerszej gamy usług, brak ograniczeń w dostępie do nich (np. z powodu długości wyroku) oraz możliwość przeniesienia osadzonych pomiędzy poszczególnymi zakładami karnymi w celach terapeutycznych. Jak podkreśla Andrzej Majcherczyk, różnorodność dostarczanych usług jest prawidłowa jednak wtedy, gdy są to programy skupione bezpośrednio na czynnikach kryminogennych[52]. A. Majcherczyk widzi tożsamość celów prowadzenia terapii i resocjalizacji tej grupy oraz zauważa, że prowadzenie oddziaływań w systemie terapeutycznym ma niewiele wspólnego z medycyną (z wyjątkiem procedur takich, jak detoksykacja czy substytucja)[53].

Model terapeutyczny jest w mniejszym lub większym stopniu charakterystyczny dla większości zachodnich systemów penitencjarnych. Prowadzone oddziaływania zazwyczaj są skupione na resocjalizacji sprawców, która jest realizowana poprzez zachęcanie osadzonych do utrzymania abstynencji od narkotyków. W tym celu w systemach penitencjarnych na całym świecie dostępne są usługi takie, jak: pomoc psychologiczna i psychiatryczna, grupy samopomocowe, w tym „Anonimowi Narkomani", terapia substytucyjna, poradnictwo, edukacja w dziedzinie narkotyków, przygotowywanie do zwolnienia[54]. Rzadko jednak od-

---

i rozwijanie sprawności fizycznej, a co za tym idzie, również utrzymanie w należytym stanie zdrowia psychofizycznego".

[49] UNODC, *Drug Dependence Treatment*:…, op. cit., s. 54.

[50] Ibidem.

[51] Ibidem.

[52] A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2006, nr 52–53, s. 32.

[53] Idem, *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*. *Część II*. *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2009, s. 218.

[54] Zob. H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 77, którzy piszą: „pomimo, iż programy oferowane w więzieniach na terenie Unii Europejskiej znacznie się

działywania terapeutyczne w krajach Europy Zachodniej oferowane są na taką skalę, jak w Polsce, gdzie znaczącą rolę odgrywają społeczności terapeutyczne prowadzone przez wysoko wykwalifikowany personel, jak to zostanie wykazane w następnym rozdziale. Warto zauważyć, że kadra terapeutyczna z krajów Europy Zachodniej czy USA, która jest tak dobrze wykształcona, jak polska, niechętnie podejmuje się trudnej i mało opłacalnej pod względem finansowym pracy w systemie penitencjarnym. Dość często w krajach Europy Zachodniej występują jednak oddziały wolne od narkotyków.

2.4. Model redukcji szkód

Nurt redukcji szkód w polityce narkotykowej rozwija się od lat 70. i wciąż cieszy się dużą popularnością. Podnosi się jednak, że współcześnie popularność ta maleje na rzecz realizacji idei legalizacji narkotyków[55] lub na rzecz polityki

różnią, elementami wspólnymi są społeczności terapeutyczne, oddziały wolne od narkotyków, testowanie osadzonych na obecność narkotyków oraz programy kognitywno-behawioralne".

[55] Zob. np. H.G. Levine, *The secret of world-wide drug prohibition*: *The varieties and uses of drug prohibition*, Hereinstead 2001, dostępne na: http://www.cedro-uva.org/lib/levine.secret.html: „redukcja szkód to ruch w ramach prohibicji narkotykowej, który przekształca cele polityki narkotykowej z kryminalizujacych i punitywnych na bardziej dekryminalizujace i otwarcie regulowane. Redukcja szkód jest ruchem w ramach prohibicji narkotykowej, który w efekcie (chociaż nie zawsze zamierzonym) przesuwa politykę narkotykową z kary, przymusu, represji w kierunku tolerancji, regulacji i zdrowia publicznego". Ta zmiana kierunku została skrytykowana w środowisku zwolenników redukcji szkód, zob. np. C. Reinarman, *Public Health and Human Rights: The virtues of ambiguity*, „International Journal of Drug Policy" 2004, t. 15, nr 4, s. 240, który pisze: „ruch [redukcji szkód – przyp. aut.] odniósł sukces […], ponieważ połączył prawa człowieka ze zdrowiem publicznym, a nie dlatego, że stworzył między nimi relację nadrzędności […]. Zasady zdrowia publicznego, które są podstawą praktyk redukcji szkód, zyskały poparcie polityczne dla tej kontrowersyjnej polityki. To poparcie jest ważnym zasobem i może zostać utracone, jeżeli ruch głośno wyrazi postulat prawa do używania każdego narkotyku, jakiego ktoś pożąda, oraz postulat legalizacji jako celu tej polityki". Osobom promującym redukcję szkód bardzo często zarzuca się, że domniemanym celem ich działań jest w rzeczywistości lobbowanie na rzecz legalizacji narkotyków; zob. International Task Force On Strategic Drug Policy, *Statement On So-Called 'Harm Reduction' Policies*, dostępne na: www.itfsdp.org/pdfs/hrstatementbrussels.pdf: „fraza *redukcja szkód* została cynicznie wykorzystana w celu promowania legalizacji narkotyków. […] Osoby dążące do legalizacji narkotyków wykorzystują tę frazę w celu uzyskania wsparcia od osób o dobrych intencjach i osób wykonujących funkcje publiczne. Sprzeciwiamy się tym strategiom *redukcji szkód*, które promują fałszywą ideę, że istnieją bezpieczne i odpowiedzialne sposoby używania narkotyków. Są to strategie, których podstawowym celem jest umożliwienie użytkownikom narkotyków kontynuowania nałogowego, destrukcyjnego i kompulsywnego zachowania poprzez informowanie użytkowników o jedynie niektórych konsekwencjach używania narkotyków, ignorując inne konsekwencje. Te strategie wysyłają informacje, że społeczeństwo rezygnuje z udzielenia pomocy użytkownikowi w wyjściu z nałogu, godzi się na używanie narkotyków oraz skazuje użytkownika na życie w nałogu. Tak zwana strategia *redukcji szkód* osłabia wysiłki w przeciwdziałaniu narkomanii i wykorzystuje uzależnienie od narkotyków oraz choroby śmiertelne jak HIV w celu promowania agendy politycznej milionerów i lobbistów na rzecz legalizacji narkotyków". Oświadczenie podsumowuje: „Jest

abstynencyjnej, jak np. w Wielkiej Brytanii[56].

Redukcja szkód to polityka w ramach zdrowia publicznego, która polega na idei zmniejszania negatywnych konsekwencji zachowań szkodliwych. Opiera się na założeniu, iż zachowania szkodliwe są częścią rzeczywistości. Należy więc tę rzeczywistość zaakceptować taką, jaka jest, i podjąć działania zmniejszające negatywne konsekwencje szkodliwych zachowań, zamiast ich potępiania czy penalizacji.

W przypadku używania substancji psychoaktywnych stosowanie strategii redukcji szkód polega na akceptacji faktu, iż substancje te są obecne – nie jest możliwe ich wyeliminowanie i nie ma takiej potrzeby. W związku z tym, iż penalizacja nie przynosi oczekiwanych efektów, należy podjąć działania zmniejszające szkodliwe efekty uboczne używania tych substancji. Redukcja szkód oznacza, iż likwidacja konsekwencji dla zdrowia publicznego wynikających z używania narkotyków jest ważniejsza niż likwidacja konsumpcji narkotyków[57].

---

niewystarczającym, nielogicznym i niehumanitarnym głoszenie, że użytkownicy powinni tkwić w nałogu narkotykowym w imię *redukcji szkód*. Historia, nauka i racjonalne myślenie wskazują, że można zapobiegać używaniu narkotyków, a nałóg narkotykowy może zostać pokonany, szkody zredukowane, a nawet wyeliminowane"; zob. też wystąpienie konferencyjne Petera Stokera na „World Conference on Drugs", Visby, 3–6 maja 2001 r. *The History of Harm Reduction*, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/07/world-conference-on-drugs/, który jako dowód na powiązanie strategii redukcji szkód z ruchem legalizacyjnym cytuje Juliana Cohena, jednego z przedstawicieli brytyjskiego ruchu redukcji szkód (zob. J. Cohen, I. Clements, J. Kay, *Taking Drugs Seriously*: *A Manual of Harm Minimising Education on Drugs*, Healthwise, 1996), który zauważa: „strategia skupiona na prewencji ignoruje zabawę, przyjemność i korzyści płynące z używania narkotyków […] używanie narkotyków jest sensowne, jest formą zabawy dla młodych ludzi i przynosi im korzyści". Strokes w swoim wystąpieniu również odnotowuje, że w Szwajcarii, gdzie problem narkotykowy jest szczególnie poważny, dyrektor „eksperymentu szwajcarskiego" jest jednocześnie prezesem szwajcarskiego oddziału Międzynarodowej Ligii Antyprohibicyjnej; zob. też P. Stoker, *Effective Alternatives to Harm Reduction*, National Drug Prevention Alliance, maj 2005, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/07/vilnius-lithuania-conference-may-2005/, który pisze: „wyreżyserowany wysiłek radykalnej zmiany polityki narkotykowej z prewencji na przyzwolenie używania działa pod kryptonimem «redukcji szkód»". Warto zauważyć, iż środowisko redukcjonistów szkód jest podzielone w kwestii legalizacji narkotyków. Mimo iż nie ulega wątpliwości, że cele strategii redukcji szkód i cele strategii legalizacyjnej mogą niekiedy ze sobą współdziałać, wydaje się jednak, iż te dwie strategie w swoich założeniach różnią się zasadniczo.

[56] Zob. N. McKeganey, *Wither Harm Reduction?*, „UK Drink & Drug News. The magazine for the substance misuse field", luty 2011, który pisze: „pozycja redukcji szkód na samym czubku brytyjskiej polityki względem terapii narkotykowej wygląda dziś znacznie mniej pewnie niż w jakimkolwiek okresie w niedalekiej przeszłości. Obecna strategia narkotykowa zawiera jedynie pojedyncze i krótkie odniesienie do pojęcia redukcji szkód (odnoszące się do przypisu dotyczącego polityki redukcji szkód w przypadku alkoholu w Wielkiej Brytanii). Dominującym celem brytyjskiej strategii narkotykowej jest raczej wyzdrowienie z nałogu, a nie jedynie redukowanie szkód związanych z używaniem narkotyków" (Neil McKeganey powołuje się na dokument rządowy: *Drug Strategy Reducing Demand Restricting Supply Building Recovery: Supporting people to live a Drug Free Life*, dostępny na: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/98026/drug-strategy-2010.pdf).

[57] Zob. D. Rogowska-Szadkowska, *Redukcja szkód związanych z uzależnieniami*. *Cz. II*: *Programy wymiany igieł i strzykawek. Rzetelna wiedza o HIV. Poradnik dla osób z nowo rozpoznanym zakażeniem HIV*, dostępne na: http://www.cd4.pl/zapobieganie-zakazeniu-hiv/srodki-odurzajace-a-hiv/redukcja-szkod-zwiazanych-z-uzaleznieniami-cz-ii-programy-wymiany-igiel-i-strzykawek/, która pisze: „oczywistym jest, że byłoby wspaniale, gdyby ludzie nie popadali

Open Society Foundations definiuje podejście redukcji szkód w następujący sposób: „redukcja szkód odnosi się do usług i polityki, których zadaniem jest zmniejszenie negatywnych konsekwencji używania narkotyków oraz ochrona zdrowia publicznego. W przeciwieństwie do podejścia, które podkreśla konieczność zaprzestania używania narkotyków, redukcja szkód uznaje, że wielu ludzi nie jest w stanie lub nie chce zaprzestać używania, oraz że abstynencja nie powinna być warunkiem wstępnym do uzyskania pomocy”[58]. W ruchu redukcji szkód pomoc udzielana jest zgodnie z zasadą: „po pierwsze, nie wyrządzaj szkody, a potem każdym sposobem próbuj ulżyć cierpieniu”[59]. Adaptując te założenia do polityki wykonywania kary pobawienia wolności, należałoby przyjąć, że – podobnie jak w przypadku wolnościowej polityki redukcji szkód – priorytetowym celem proponowanego teoretycznego modelu względem użytkowników byłoby zmniejszenie negatywnych konsekwencji używania narkotyków w zakładach karnych.

Istnieje wiele badań naukowych dostarczających dowody, iż strategia redukcji szkód jest skuteczna w zwalczaniu szkód zdrowotnych wśród użytkowników narkotyków[60], również w zakładach karnych[61]. Ponadto autorzy badania na temat

w uzależnienia, zwłaszcza od nielegalnych substancji. Ale tak się nie dzieje. Łatwiejszy dostęp osób uzależnionych od narkotyków przyjmowanych w iniekcjach nie zwiększa liczby osób uzależnionych, ale powoduje, że już uzależnieni nie chorują na wszystkie choroby, które mogą być przenoszone poprzez krew (m.in. HBV, HCV i HIV), rzadziej zapadają na infekcje bakteryjne skóry i tkanek miękkich, posocznice, zapalenia wsierdzia i wiele innych. A to z kolei zmniejsza wydatki systemu opieki zdrowotnej, które musiałyby być ponoszone na leczenie tych ludzi. Dzięki temu ludzie, którym uda się wyjść z uzależnienia, będą mogli dokończyć edukację przerwaną przez uzależnienie, wrócić do pracy, stać się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa”.

58 Open Society Foundations, *Explainers. What is harm reduction?*, grudzień 2013, dostępne na: http://www.opensocietyfoundations.org/explainers/what-harm-reduction?utm_source=health_B&utm_medium=email&utm_content=text_link&utm_campaign=health_B_012814.

59 A.G. Marlatt, A.W. Blume, G.A. Parks, *Integrating harm*…, op. cit., s. 15.

60 Zob. np. National Research Council, *Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence*, National Academies Press, Washington DC 2006; K. Dolan, J. Kimber, C. Fry, J. Fitzgerald, D. McDonald, F. Trautmann, *Drug Consumption Facilities in Europe and the Establishment of Supervised Injecting Centres in Australia*, „Drug and Alcohol Review” 2000, t. 19, s. 337–346; A.S. Abdul-Quader, S. Friedman, D.D. Jarlais, M. Marmor, R. Maslansky, S. Bartelme, *Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit HIV*, „Contemporary Drug Problems” 1987, t. 14, s. 425–433, Centre for Harm Reduction, *New Zealand Needle and Syringe Exchange Programme Review Final Report*, Campbell Aitken, Wellington 2002, dostępne na: http://www.drugsandalcohol.ie/5546/1/NZ_Needle_and_syringe_exchange.pdf; J.A.R. van den Hoek, R.A. Coutinho, H.J.A. van Haastrecht, A.W. van Zadelhoff, J. Goudsmit, *Prevalence and risk factors of HIV infections among drug users and drug using prostitutes in Amsterdam*, „AIDS” 1988, t. 2, nr 1, s. 55–60; S.F. Hurley, D.J. Jolley, J.M. Kaldor, *Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection*, „Lancet” 1997, t. 349, nr 1, s. 797–1800.

61 Zob. np. H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., passim; R. Lines, R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevschi, J. Nelles, *Prison Needle Exchange*: *Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004, dostępne na: http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdo-

szwajcarskiej polityki redukcji szkód podsumowują, że jej zastosowanie może wiązać się również ze zniechęceniem do używania narkotyków: „wydaje się, iż polityka redukcji szkód w Szwajcarii i jej nacisk na medykalizację problemu heroinowego przyczyniła się do negatywnego postrzegania heroiny przez młodych ludzi”[62].

Według krytyków polityki redukcji szkód, podział na „bezpieczne” i „ryzykowne” używanie narkotyków sprawia, iż redukcja szkód bazuje na uznaniu, że istnieją bezpieczne i odpowiedzialne sposoby używania narkotyków[63]. Krytycy podnoszą również, że polityka ta utrzymuje użytkowników w nałogu[64], przez co nie tylko nie redukuje szkód zdrowotnych, ale przyczynia się do zwiększenia występowania przypadków śmiertelnych w wyniku przedawkowania narkotyków, wzrostu zakażeń HIV, HCV i HVB, liczby przestępstw popełnianych przez użytkowników[65] oraz do

cEN.php?ref=184; H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., passim, dostępne na: www.connectionsproject.eu/…/92-final-research-report-of-the-connections-project; K. Dolan, A. Wodak, W.D. Hall, *Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons*, „Drug and Alcohol Review” 1998, t. 17, nr 2, s. 153–158; K. Dolan, A. Wodak, W.D. Hall, *HIV risk behaviour and prevention in prison*: *A bleach programme for inmates in NSW*, „Drug and Alcohol Review” 1999, t. 18, nr 2, s. 139–143; K. Dolan, S. Rutter, A.D. Wodak, *Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development*, „Addiction” 2003, t. 98, s. 153–158.

62 C. Nordt, R. Stohler, *Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland*: *A Treatment Case Register Analysis*, „Lancet” 2006, t. 367, nr 9525, s. 1830–1834.

63 Z uwagi na ten zarzut wydaje się, że w ramach polityki redukcji szkód należałoby się raczej posługiwać określeniem „mniej ryzykowne” lub „o zredukowanym ryzyku” zamiast „bezpieczne”, określając używanie narkotyków z wykorzystaniem środków redukcji szkód.

64 Zob. K. Gyngell, *Breaking the habit. Why the state should stop dealing drugs and start doing rehab*., Centre for Policy Studies, czerwiec 2011, *Summary*, która podsumowuje: „koalicja odziedziczyła szwankującą i drogą politykę narkotykową. Priorytetem było przepisywanie metadonu użytkownikom narkotyków w nadziei, iż przyczyni się to do zaprzestania używania nielegalnej heroiny, zredukuje przestępczość i zmniejszone zostaną koszty funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości. Ta polityka utrudniła i opóźniła wyzdrowienie z nałogu”.

65 Zob. N. McKeganey, *Wither*…, op. cit., który pisze: „żółtaczka typu C jest obecnie tak rozpowszechniona pośród osób wstrzykujących narkotyki, że niemożliwym jest, aby w przypadku braku środków redukcji szkód mogła być ona mniej rozpowszechniona. W niektórych miastach 60% osób przyjmujących narkotyki iniekcyjnie jest zakażonych HCV. Przypadki śmiertelne w wyniku przedawkowania narkotyków wciąż są na wysokim poziomie (ok. 2000 w ciągu roku) pomimo zaangażowania rządu w redukcję liczby przypadków śmiertelnych wśród użytkowników narkotyków w niektórych miastach, np. w Edynburgu więcej użytkowników zmarło w wyniku przedawkowania metadonu niż heroiny. Istnieją sygnały, że poziom zakażeń HIV pomiędzy osobami dożylnie przyjmującymi narkotyki, który od dłuższego czasu był określany jako dowód na sukces strategii redukcji szkód, zaczyna się zwiększać. Około 60% do 70% przestępczości związanej jest z handlem narkotykami i istnieją wyraźne wskazania, że dzieci używają narkotyków w coraz młodszym wieku. […] Szacujemy, że ok. 400 000 dzieci dorasta w rodzinie, gdzie jedno z rodziców lub oboje są uzależnieni od nielegalnych narkotyków. Nie są to statystyki problemu narkotykowego, w przypadku którego szkody zostały efektywnie zredukowane. Utrzymywanie się tych szkód podtrzymuje w odczuciu, że jedynie poprzez zredukowanie poziomu spożywania narkotyków można prawdziwie zredukować rozmiary szkód wynikających z używania narkotyków”; P. O’Loughlin, *GPs, the NTA and the Numbers Game*, „Addic-

zwiększenia się poziomu spożycia narkotyków[66].

W modelu redukcji szkód wykonywania kary pozbawienia wolności działania względem użytkowników prowadzone są w sposób pragmatyczny. Polityka redukcji szkód jest skupiona na realizacji celów możliwych do osiągniecia („80% czegoś jest lepsze niż 100% niczego"). Maksymą tego podejścia jest twierdzenie, iż „najlepsze nie powinno być wrogiem dobrego"[67]. Zakłada się, iż postęp dokonuje się wolnymi krokami[68]. Wskazuje się również na aspekty moralne adaptacji tych założeń[69].

tion Today", luty/marzec 2009, dostępne na: http://www.addictiontoday.org/files/at117smmgpnta-2.pdf, s. 33, który krytykuje: „[…] obecny nacisk na redukcję szkód zawodzi nie tylko dlatego, że nie redukuje liczby przypadków przedawkowania narkotyków, ale dlatego, że liczba ta uległa zwiększeniu" – cytując dane brytyjskiej Health Protection Agency dotyczące zwiększenia się liczby przypadków śmiertelnych w wyniku przedawkowania metadonu, wzrostu liczby zakażeń HIV (w Londynie 1 na 20 dożylnych użytkowników narkotyków jest zakażony HIV) oraz wzrostu zakażeń HCV i HBV (1 na 5 użytkowników jest zakażonych HBV co oznacza 200% wzrostu w porównaniu do roku 1997); P. Stoker, *The History*,…, op. cit., który pisze, że efektem polityki redukcji szkód w Liverpoolu była przemiana tego miasta „z miejsca o niskim poziomie wstrzykiwania narkotyków w miejsce o wysokim poziomie przyjmowania narkotyków drogą iniekcyjną"; zob. też wypowiedź Andersa Ulsteina, sekretarza generalnego Europe Against Drugs, cyt. w: *From Methadone to Recovery*, „Europe Against Drugs", dostępne na: http://www.eurad.net/en/news/drug_treatment_+_recovery/From+Methadone+to+Recovery.9UFRjU1E.ip: „leczenie substytucyjne i inne usługi redukcji szkód zawiodły, jeżeli chodzi o realizację celów, jakie im przypisano. W rzeczywistości liczba przypadków przedawkowania narkotyków i zakażeń chorobami przenoszonymi przez krew zwiększyła się. Liczba dożylnych użytkowników narkotyków w Anglii i Walii jest dziś wyższa niż była w 2000 r.". Według EURAD: „również sytuacja z żółtaczką typu C wygląda nieciekawie. Jej występowanie wśród osób wstrzykujących narkotyki wzrosło z 33% w 2000 r. do 42% w 2006 r. Zgodnie z oficjalnymi danymi rządowymi jedna na 5 osób wstrzykujących narkotyki ma żółtaczkę typu B, co oznacza 200% wzrost w stosunku do 1997 r. Powszechne jest nadużywanie metadonu. Z powodu jego przedawkowania w 2006 r. zmarło 325 użytkowników narkotyków. Istnieją również sygnały o zwiększeniu się poziomu przestępczości związanej z narkotykami […]". Zob. K. Gyngell, *Breaking the habit... Summary*: „liczba przypadków śmiertelnych w wyniku przedawkowania narkotyków wciąż wzrasta". Nie można jednak wykluczyć, iż w podanych wyżej przypadkach do fiaska programów redukcji szkód mogły przyczynić się inne czynniki.

66 Strategie redukcji szkód obarcza się, przykładowo, odpowiedzialnością za wzrost spożycia narkotyków w USA; zob. P. Stoker, *The History*,…, op. cit., który uzasadnia: „[...] w 1962 r. mniej niż 2% Amerykanów miało kontakt z narkotykami, ale już w 1979 r. aż 34% nastolatków, 65% uczniów szkoły średniej i 70% młodych dorosłych mężczyzn i kobiet próbowało narkotyków. To polityka odpowiedzialnego używania narkotyków doprowadziła do tej eskalacji". Oczywiście, tu również nie można wykluczyć, iż do wzrostu spożycia narkotyków w USA przyczyniły się inne czynniki.

67 A. Wodak, L. McLeod, *The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users*, „AIDS" 2008, t. 22, *Supplement*, 2, s. s. 83.

68 Ibidem.

69 A.G. Marlatt, A.W, Blume, G.A. Parks, *Integrating harm*…, op. cit., s. 15, którzy piszą: „pomimo że terapia redukcji szkód może się wydawać niektórym niemoralna, ponieważ używanie narkotyków jest niezgodne z prawem, czy jest jednak moralne odmówienie pomocy osobom, które cierpią i wyrządzają szkodę sobie i innym jedynie z tego powodu, że ich zachowanie jest niezgodne z prawem?".

Przy ewaluacji implementacji redukcji szkód do systemu penitencjarnego warto zwrócić uwagę na potencjalne korzyści ekonomiczne płynące z faktu zredukowania szkód[70]. Warto też zauważyć, że środki tej polityki są tańszym rozwiązaniem niż stosowanie środków abstynencyjnych, co umożliwia udzielenie pomocy większej liczby użytkowników. Annette Dale Perera, która w latach 2001–2009 pełniła funkcję dyrektora ds. jakości brytyjskiej National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA), uzasadniła przyjęcie strategii redukcji szkód w Wielkiej Brytanii w ramach wolnościowej polityki narkotykowej jej niższymi kosztami: „terapia uzależnienia jest ok. 13 razy droższa niż metadon. Jeżeli więc skierowalibyśmy wszystkich na terapię, moglibyśmy pomóc jedynie 1 na 13 osób w całej populacji użytkowników[71]".

W modelu redukcji szkód używanie narkotyków jest etycznie neutralne: „[...] podejście ukierunkowane na redukcję szkód powstrzymuje się od wszelkich ocen. Decyzja konsumenta narkotyków o tym, by je stosować, przyjmowana jest jako fakt i nie podlega wartościowaniu, co oznacza, że osoba taka nie spotyka się ani z aprobatą, ani z potępieniem swej decyzji"[72]. American Civil Liberties Union, jedna z największych organizacji promujących redukcję szkód, podkreśla: „[...] redukcja szkód zakłada, że prawa obywatelskie i autonomia indywidualna użytkowników narkotyków powinny być respektowane. Strategia ta traktuje użytkowników jako ważnych uczestników procesu uzyskiwania i utrzymywania kontroli nad użytkowaniem i nie ocenia moralnie faktu używania narkotyków przez jednostki"[73].

---

[70] Zob. J. Sobeyko, T. Duklas, M. Parczewski, P. Bejnarowicz, *Raport końcowy projektu badawczego „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w krajach Centralnej i Wschodniej Europy"*, Szczecin 2006, s. 17: „koncentrowanie wysiłków na ograniczaniu szkód wynikających z używania narkotyków jest również opłacalne z ekonomicznego punku widzenia. Pieniądze wydane na tego rodzaju pomoc uzależnionym oznaczają ogromne oszczędności w sektorze opieki zdrowotnej związane ze znacznym spadkiem zakażeń HIV czy WZW C. Oszczędności dotyczą także sektora polityki społecznej, gdyż normalizacja życia uzależnionych związana z udziałem w substytucyjnej terapii podtrzymującej umożliwia pacjentom na podjęcie pracy, co eliminuje konieczność korzystania z opieki społecznej".

[71] Cyt. za: K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 9. Oszczędności szuka się w rozmaity sposób, np. również poprzez rekrutację do pracy przy usługach redukcji szkód samych użytkowników za niską wypłatę lub na zasadzie wolontariatu. Idea świadczenia usług z dziedziny redukcji szkód przez samych użytkowników została zainicjowana po raz pierwszy w Belgii w 1987 r. Program prowadzony w Helsinkach polega na trenowaniu użytkowników narkotyków w dostarczaniu czystych igieł oraz udzielaniu pierwszej pomocy. Pracują oni na zasadzie wolontariatu, jako wypłatę otrzymując ok. 200 dolarów za udział w treningach oraz ok. 100 igieł dziennie. Program jest sponsorowany przez Unię Europejską (zob. National Drug Prevention Alliance, *Addicts assisting addicts*", dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/05/addicts-assisting-addicts/).

[72] J. Sobeyko, *Problematyka redukcji szkód w polskim ustawodawstwie dotyczącym narkomanii na tle porównawczym*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie" 2008, t. 54, nr 2, s. 120.

[73] P. Stoker, *The History*,…, op. cit.

Interesujące w przypadku modelu redukcji szkód jest postrzeganie użytkowników. Patrząc na politykę redukcji szkód z punktu widzenia libertariańskiego, użytkownicy traktowani są paternalistycznie jako osoby chore, którym niezbędnie należy udzielić świadczeń. Można przyjąć, że z tego punktu widzenia w polityce redukcji szkód neguje się oparcie oddziaływań na zasadzie posiadania przez użytkowników wolnej woli w podejmowaniu wyborów dotyczących ochrony swojego zdrowia, a użytkownicy traktowani są jako podmioty zależne od dostarczanych im usług. W przypadku braku dostępu do usług redukcji szkód, sponsorowanych z pieniędzy podatników, w tej strategii nie bierze się zazwyczaj pod uwagę opcji samodzielnego zakupu sprzętu iniekcyjnego przez użytkowników. W literaturze odnotowano również przejawy lekceważenia woli użytkowników narkotyków i przypadki, kiedy mimo iż życzeniem większości użytkowników była abstynencja od narkotyków, to zamiast skierowania na terapię uzależnień proponowano im środki redukcji szkód[74].

Inni przedstawiciele nurtu redukcji szkód skłaniają się jednak bardziej w kierunku uznania użytkowników za racjonalne podmioty działające poprzez afirmację dokonywania samodzielnych wyborów przez użytkownika. Allan G. Marlatt, Arthur W. Blume i George A. Parks przykładowo piszą: „terapeuta redukcji szkód unika narzucania osobistej oceny, czy abstynencja jest prawidłowa lub nieprawidłowa w przypadku konkretnego klienta, na korzyść wspierania postępu"[75]. Rozważając postrzeganie użytkowników w modelu redukcji szkód, wydaje się również zasadne stwierdzenie, że jednym z największych sukcesów tego podejścia jest podjęcie walki ze stygmatyzacją użytkowników[76].

Omawiając założenia modelu redukcji szkód polityki wykonywania kary pozbawienia wolności, szczególnie warto zwrócić uwagę na postrzeganie abstynen-

[74] N. McKeganey, M. Bloor, M. Robertson, J. Neale, J. MacDougall, *Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study*, Centre for Drug Misuse Research, University of Glasgow, „Drugs: education, prevention and policy" 2006, t. 13, nr 6, s. 537–550, którzy badając użytkowników narkotyków rekrutowanych na potrzeby „Drug Outcome Research" w Szkocji, ustalili, iż abstynencja narkotykowa była jedynym celem wyrażonym przez 76% użytkowników narkotyków, 7,4% użytkowników chciało ustabilizować użytkowanie, a jedynie 0,7% chciało uzyskać poradę w sprawie bezpiecznego dokonywania iniekcji. Zob. też N. McKeganey, Z. Morris, J. Neale, M. Robertson, *What Are Drug Users Looking For When They Contact Drug Services: abstinence or harm reduction?*, „Drugs: education, prevention and policy" 2004, t. 11, nr 5, s. 423–435. Podobnie Neil McKeganey, zob. idem, *Wither*…, op. cit., który powołując się na kwestionariusz angielskiej agencji rządowej National Treatment Agency zbierający dane ponad 12 000 użytkowników narkotyków, odnotowuje, że 80% użytkowników heroiny, 73% użytkowników kokainy „crack" i 50% pacjentów metadonowych chciało zaprzestać używania narkotyków (zob. D. Gordon, D. Burn, A. Campbell i O. Baker, National Treatment Agency for Substance Misuse, *2007 User Satisfaction Survey of Tier 2 and 3 Service Users in England*, maj 2008; dostępne na: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_2007_user_satis_survey_tier2and3_service_users_england.pdf.

[75] A.G. Marlatt, A.W. Blume, G.A. Parks, *Integrating harm*…, op. cit., s. 14.

[76] Ibidem, s. 14: „terapia redukcji szkód oferuje usługi dla użytkowników narkotyków […] bez karania ludzi stygmatyzującymi określeniami: «alkoholik», «uzależniony od narkotyków» […]".

cji od narkotyków. Wydaje się, iż dla ruchów redukcji szkód charakterystyczne jest przyznanie celowi redukcji szkód priorytetowej roli względem celu osiągnięcia abstynencji[77]. J. Sobeyko zauważa: „[…] idea całkowitej eliminacji środków odurzających z życia społecznego okazuje się niemożliwa do spełnienia, dlatego podejście nastawione na redukcję szkód, nie negując dążenia do abstynencji, ustala pragmatyczną hierarchię celów, stawiając na pierwszym miejscu realne do osiągnięcia cele krótkoterminowe"[78].

W modelu redukcji szkód podkreśla się, że nie da się zapobiec używaniu narkotyków i finansowanie świadczeń powinno zostać skierowane na redukowanie negatywnych skutków spożywania narkotyków, zamiast na walkę z używaniem. W modelu redukcji szkód utożsamia się niekiedy ideę udzielania świadczeń abstynencyjnych z realizacją wizji świata wolnego od narkotyków i wzywa się do „przeniesienia punktu ciężkości z dążenia do osiągnięcia idealistycznego celu, jakim jest świat wolny od narkotyków, na działania zmierzające do realizacji celów mniejszych, mniej spektakularnych, ale za to możliwych do osiągnięcia"[79].

Mimo że cechą charakterystyczną ruchu redukcji szkód jest przyznanie priorytetowej roli zapobieganiu szkodom zdrowotnym, to jednak różnie dokonuje się oceny efektywności abstynencji w redukowaniu tych szkód. W bardziej tradycyjnym ujęciu dążenie do abstynencji wciąż będzie odgrywało znaczącą rolę w eliminowaniu szkód związanych z używaniem narkotyków. Justyna Sobeyko wyjaśnia: „[...] należy podkreślić, iż zwolennicy redukcji szkód absolutnie nie negują celowości prowadzenia działań zmierzających do osiągnięcia abstynencji narkotykowej, zdając sobie sprawę z tego, że abstynencja jest jedyną w pełni skuteczną metodą wyeliminowania szkód związanych z używaniem narkotyków"[80]. Z drugiej strony jednak, jak podaje WHO: „[…] usługi skierowane wyłącznie na abstynencję przyczyniają się do rozprzestrzeniania HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Ponieważ te usługi nie dostarczają wiedzy na temat HIV, ani środków prewencyjnych, takich jak prezerwatywy i igły, klienci będą nieświadomi ryzyka HIV i możliwości ochrony przed HIV"[81].

---

[77] J. Sobeyko, *Problematyka*…, op. cit., s. 123: „osiągniecie abstynencji nie jest podstawowym celem". Por. International Task Force On Strategic Drug Policy, *Statement*, op.cit.: „racjonalna polityka narkotykowa, która uznaje tymczasowe użycie środków w celu zredukowania szkód, dążąca do abstynencji fundamentalnie różni się od polityki narkotykowej „redukcji szkód", która oparta jest na założeniu, że używanie narkotyków jest nieuniknione".

[78] J. Sobeyko, *Problematyka*…, op. cit., s. 120.

[79] Ibidem. Zob. też J. Sobeyko, T. Duklas, M. Parczewski, P. Bejnarowicz, *Raport końcowy*…, op. cit., s. 16, którzy piszą: „byłoby idealnie, gdyby ludzie w ogóle nie sięgali po narkotyki, ponieważ pozwoliłoby to na wyeliminowanie zarówno pierwotnych, jak i wtórnych negatywnych konsekwencji wynikających z używania tych substancji. Jednak mimo wielu lat starań nie wypracowano dotąd żadnej skutecznej metody, która pozwoliłaby na pełną eliminację z życia społecznego substancji zmieniających świadomość".

[80] J. Sobeyko, *Problematyka*…, op. cit., s. 120.

[81] WHO, *Harm reduction*:…, op. cit., s. 11.

Podobnie wytyczne opublikowane przez British Psychological Society i Royal College of Psychiatrists ostrzegają przed „terapiami abstynencyjnymi", które, pomimo iż „początkowo wydają się być atrakcyjnym rozwiązaniem, mogą jednak być powiązane ze zwiększonym ryzykiem śmierci w wyniku przedawkowania po okresie abstynencji, w czasie gdy następuje utrata tolerancji". Dokument poleca terapię stacjonarną jedynie w stosunku do tych użytkowników narkotyków, którzy mają problemy ze zdrowiem psychicznym, problemy mieszkaniowe, lub w stosunku do tych, którzy kontynuują używanie nielegalnej heroiny, pomimo udziału w terapii substytucyjnej[82].

Takie podejście względem usług abstynencyjnych, a w szczególności przesuniecie środków finansowych z leczenia abstynencyjnego na rzecz środków redukcji szkód, było przedmiotem krytyki, gdyż podatnicy pokrywający te świadczenia z reguły są zorientowani abstynencyjnie[83]. Wydaje się, iż przesunięcie finansowania z leczenia abstynencyjnego na rzecz środków redukcji szkód w ramach polityki wykonywania kary pozbawienia wolności mogłoby się spotkać z jeszcze większym sceptycyzmem społecznym. Z drugiej strony, warto wziąć pod uwagę, iż w systemie demokratycznym nie ma obowiązku wydawania pieniędzy publicznych wyłącznie na cele akceptowane przez podatników.

Politykę redukcji szkód krytykuje się jednak, głównie zarzucając jej, iż skupiając się na zapobieganiu chorobom zakaźnym, nie bierze pod uwagę konsekwencji społecznych używania[84]. Podkreśla się również, że istnieją pośrednie koszty finansowe stosowania tej strategii (np. koszty opieki nad dziećmi

---

[82] Zob. wytyczne *Drug Misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51*, National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health & Clinical Excellence, 2008, cyt. za: K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 1.

[83] Europe Against Drugs, *From Methadone to Recovery*, dostępne na: http://www.eurad.net/en/news/drug_treatment_+_recovery/From+Methadone+to+Recovery.9UFRjU1E.ip: „jedną z konsekwencji dominacji strategii redukcji szkód jest fakt, iż usługi skierowane na abstynencje są od lat zaniedbywane. Poprzedni rząd przyznał, że jedynie 2% osób uzależnionych od narkotyków, które zwracały się o pomoc, były kierowane na terapie uzależnienia. Pozostałe 98% [osób uzależnionych – przyp. aut.] otrzymywało świadczenia redukcji szkód, poradnictwo lub usługi dostarczane w społecznościach lokalnych"; zob. też K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 4: „kiedyś niezależne organizacje zajmujące się pomocą uzależnionym, które prowadziły abstynencyjną terapię uzależnienia, obecnie są w dużej mierze zależne od państwowych pieniędzy, przeznaczanych głównie na multimilionowe kontrakty na programy metadonowe i programy wymiany igieł i strzykawek". Zob. też ibidem *Summary*: „skierowania do ośrodków prowadzących terapie uzależnienia spadły do 3914 osób i nigdy wcześniej nie były tak niskie".

[84] Zob. wypowiedź Andersa Ulsteina, sekretarza generalnego Europe Against Drugs, cyt. za: *From Methadone*…, op. cit.: „redukcja szkód głównie odpowiada jedynie na bezpośrednie szkody, ignorując tym samym przyczyny używania narkotyków"; ibidem: „większość osób problematycznie używających narkotyków doświadczyła poważnych problemów w przeszłości, jeszcze jako dzieci, takich jak zaniedbanie czy wykorzystanie. Często pochodzą z patologicznych środowisk. Oczywiście metadon czy igły nie rozwiążą tych problemów. Jeżeli programy redukcji szkód są oderwane od abstynencji, wtedy użytkownicy nie mają szansy poprawy swojej sytuacji".

osób uzależnionych od narkotyków czy konieczność wypłacania zasiłków społecznych)[85].

Ustalając kształt teoretycznego modelu redukcji szkód w ramach polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami, wydaje się, iż taka polityka, również w zakładzie karnym, będzie skoncentrowana na działaniach zmniejszających negatywne konsekwencje szkodliwych zachowań. Taka polityka byłaby oparta na uznaniu, iż wielu osadzonych nie jest w stanie lub nie chce zaprzestać używania. W proponowanym modelu priorytetowa rola przyznana byłaby zapobieganiu szkodom zdrowotnym w zakładach karnych, a nie osiągnięciu celu abstynencji przez osadzonych.

Jak odnotowuje Karen Duke, w nurcie redukcji szkód negatywnie postrzega się przejawy działalności prewencyjnej w zakładzie karnym, gdyż umniejszają one skuteczność wdrażania redukcji szkód: „tradycyjnie system penitencjarny postrzegał narkotyki jako przyczynę przestępczości i przestępstwo samo w sobie, nie jako problem zdrowotny użytkownika i problem zdrowia publicznego. Ta penitencjarna perspektywa kontroli i kryminalizacji użytkowników narkotyków ograniczyła dyrektorów zakładów karnych we wdrażaniu redukcji szkód do polityki narkotykowej"[86].

W proponowanym modelu redukcji szkód polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami stosowano by te same środki, co w wolnościowej polityce narkotykowej redukcji szkód[87]. W literaturze istnieje wiele sprzecznych opinii na temat, jakie świadczenia powinny zostać zaliczone do środków redukcji szkód. Pojęcie redukcji szkód w literaturze jest używane w wielu kontekstach i w dowolny sposób. Na potrzeby tej pracy przyjęto tradycyjne rozumienie, czym są środki redukcji szkód, odnosząc je jedynie do nieabstynencyjnych oddziaływań[88], które chronią zdrowie użytkowników bezpośrednio podczas używania narkotyków[89]. W tym opracowaniu zaliczono do nich następujące świadczenia:

— programy dystrybucji igieł i strzykawek,
— leczenie substytucyjne metadonem, buprenorfiną, LAAM lub (podtrzymujące) heroiną, bazujące na redukcji szkód lub (i) nieukierunkowane na abstynencję,

---

[85] K. Gyngell, *Breaking…*, op. cit., *Summary*: „szacuje się, iż użytkownicy narkotyków otrzymują 1,7 biliona funtów w zasiłkach społecznych rocznie, a koszty opieki nad dziećmi osób uzależnionych od narkotyków szacowane są na kolejne 1,2 biliona funtów rocznie (długofalowe koszty międzygeneracyjne są ilościowo niewyrażalne. Ale na pewno byłyby znacznie wyższe)".

[86] K. Duke, *Drugs, Prisons…*, op. cit., s. 205.

[87] Ze względu na tematykę pracy, pojęcie środków redukcji szkód ograniczono tu do usług dla osób używających narkotyków.

[88] Podział przyjęty w tej pracy został użyty m.in. w: J. Sobeyko, T. Duklas, M. Parczewski, P. Bejnarowicz, *Raport końcowy…*, op. cit., s. 16–17.

[89] Analizując model redukcji szkód przedstawiony w tym opracowaniu, należy wziąć pod uwagę, że jeżeli do środków redukcji szkód zaliczone zostałyby inne świadczenia, poczynione w niniejszym rozdziale uwagi odnośnie do tego modelu tracą na aktualności.

— dezynfekcja sprzętu iniekcyjnego,
— kontrola czystości narkotyku[90],
— pomieszczenia iniekcyjne.

Jedną z podstawowych usług redukcji szkód jest terapia substytucyjna (podtrzymująca, zastępcza). Terapia ta polega na zastąpieniu nielegalnie przyjmowanej heroiny bezpłatną substancją o podobnym działaniu farmakologicznym (metadon, buprenorfina, LAAM lub naltrexone) lub bezpłatną, czystą farmakologicznie heroiną podawaną pod kontrolą lekarską[91]. Obecnie najczęściej stosowanym substytutem heroiny jest metadon, zastępowany czasem przez buprenorfinę. Celem terapii jest zazwyczaj jedynie ustabilizowanie sytuacji życiowej osób uzależnionych, w szczególności zmniejszenie liczby popełnianych przez nich przestępstw w celu zdobycia środków na zakup narkotyku. Niekiedy celem terapii substytucyjnej może być też abstynencja – wówczas dawki substytutu są stopniowo zmniejszane przy jednoczesnym włączeniu działań terapeutycznych. Terapia substytucyjna może też bazować na redukcji szkód i wówczas, podczas jej stosowania, używanie nielegalnych narkotyków jest tolerowane. W warunkach wolnościowych leczenie wymaga często codziennych wizyt w klinice metadonowej lub ośrodku zdrowia celem uzyskania kolejnej dawki leku, co jest dla użytkowników uciążliwe[92]. W zakładzie karnym metadon udzielany jest przez lekarza na terenie zakładu.

Argumentując za szerszą dostępnością programów metadonowych w systemie penitencjarnym, warto podkreślić, iż w badaniach naukowych udowodniono, że w zakładach karnych programy te powodują zmniejszenie ilości przyjmowanych narkotyków[93]. Ponadto, jak podaje G. Wodowski, dzięki leczeniu metadonowemu następuje poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego uzależnionych, eliminacja zachowań kryminalnych, stabilizacja życia, redukcja nielegalnego

[90] W pracy pominięto problematykę usługi kontroli czystości narkotyku. Prowadzona jest ona głównie w warunkach wolnościowych – w klubach, dyskotekach, itp., a jej implementacja w zakładach karnych nie jest przedmiotem dyskusji w literaturze ani zainteresowania w raportach organizacji międzynarodowych dotyczących zdrowia osadzonych użytkowników narkotyków.

[91] Ze względu na fakt, iż leki substytucyjne nie powodują działania euforyzującego, część użytkowników heroiny kontynuuje używanie nielegalnej heroiny. Osobom takim w kilku krajach podaje się czystą heroinę pod nadzorem medycznym; zob. E.J. Rook, A.D.R. Huitema, W. van den Brink, J.M. van Ree, J.H. Beijnen, *Pharmacokinetics and Pharmacokinetic Variability of Heroin and its Metabolites: Review of the Literature*, „Current Clinical Pharmacology" 2006, t. 1, s. 109–118, oraz J. Nelles, *Provision of syringes and prescription of heroin in prison. The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün*, [w:] *Harm Reduction in Prison*, red. J. Nelles, A. Fuhrer, wyd. Peter Lang, Bern 1997.

[92] Z tego powodu, metadon przez pacjentów korzystających z klinik metadonowych nazywany jest niekiedy „kajdankami w płynie" (ang. *liquid handcuffs*).

[93] K. Dolan, W. Hall, A. Wodak, *Methadone maintenance reduces injecting in prison*, „British Medical Journal" 1996, t. 312, nr 7039, s. 1162; S. Jefferies, *The Methodone Experience in NSW Prisons*, [w:] *Drugs in prisons. National Strategy Review & Corrections – Health Interface*, red. B. Ellem, Brisbane 1998, s. 181–186.

handlu narkotykami i zmniejszenie liczby zgonów związanych z przedawkowaniem nielegalnej heroiny[94]. W badaniach na temat terapii metadonowej bazującej na redukcji szkód (prowadzonej w warunkach wolnościowych) podsumowano, iż „terapia metadonowa bazująca na redukcji szkód, w ramach której używanie nielegalnych narkotyków jest tolerowane, jest silnie związana ze zmniejszoną śmiertelnością z przyczyn naturalnych i z powodu przedawkowania"[95]. Uczestnik programu metadonowego w zakładzie karnym Barlinnie w Glasgow tak opisuje swoje doświadczenia: „[...] pobyt w zakładzie karnym był całkowicie podporządkowany narkotykom. Czasami, gdy nie można było dostać heroiny, leżało się na łóżku w ubraniach, szczekając zębami. Kiedy dawali mi niską dawkę 30 ml metadonu, uspokajałem się i dawało mi to poczucie bezpieczeństwa"[96].

Kolejnym argumentem za szerszym stosowaniem leczenia substytucyjnego metadonem w zakładach jest fakt, iż jak wynika z przeprowadzonych badań, nawet w 54% przyczynia się ono do redukcji ryzyka HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki[97]. Badania nie wykluczają jednak, że ta redukcja jest związana z silną motywacją do zmiany zachowania wśród uczestników leczenia substytucyjnego, a w szczególności z motywacją do zmniejszenia ilości dokonywanych iniekcji[98], co może się przyczyniać do zawyżenia wpływów leczenia substytucyjnego na obniżenie ryzyka zakażenia HIV[99]. Nie można jednak wykluczyć, że ten wysoki odsetek jest wynikiem również innych interwencji redukujących zakażenie HIV podejmowanych względem badanych osób[100].

Argumentując za wyeliminowaniem lub redukcją dostępności programów substytucyjnych w systemie penitencjarnym, można powołać się na wyniki badań wskazujących na słabe zdrowie, przedłużającą się niską jakość życia, występowanie wysokiej ilości chorób fizycznych i psychicznych oraz problematycznego używania alkoholu wśród pacjentów wolnościowych programów metadonowych[101].

---

[94] Zob. „argumenty za" leczeniem metadonowym w: G. Wodowski, *Redukcja szkód. Od filozofii do praktyki*, dostępne na: http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/22,Redukcja-szkod-od-filozofii-do-praktyki.

[95] M.W. Langendam, G.H.A. van Brussel, R.A. Coutinho, E.J.C. van Ameijden, *The Impact of Harm-Reduction-Based Methadone Treatment on Mortality Among Heroin Users*, „American Journal of Public Health" 2001, t. 91, nr 5, s. 774–780.

[96] *Methadone or Not?*, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2011/11/methadone-or-not/ (źródło: „Times Online", 17 marca 2010).

[97] G.J. MacArthur, et al., *Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis*, „British Medical Journal" 2012, t. 345; zob. też H. Joseph, S. Stancliff, J. Langrod, *Methadone Maintenance Treatment* (*MMT*): *A Review of Historical and Clinical Issues*, „Mount Sinai Journal of Medicine" 2000, t. 67, nr 5 i 6, s. 357.

[98] Ibidem, s. 1.

[99] Ibidem, s. 5.

[100] G.J. MacArthur, et al., *Opiate*…, op. cit., s. 5. Zob. też L.E. Sullivan, D.A. Fiellin, *Buprenorphine: its role in preventing HIV transmission and improving the care of HIV-infected patients with opioid dependence*, „Clinical Infectious Diseases" 2005, t. 41, nr 6, s. 891–896.

[101] K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 17.

W szkockich badaniach użytkowników narkotyków porównano grupę osób, które nie używały narkotyków przez okres co najmniej 90 dni, i grupę klientów programów metadonowych. Badania wykazały, że w przypadku użytkowników narkotyków utrzymujących abstynencję przez okres co najmniej 90 dni istniało wyższe prawdopodobieństwo podjęcia nauki lub pracy, mniejsze prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej lub samouszkodzenia, aresztowania, nadmiernego spożywania alkoholu, popełnienia przestępstwa oraz wyższe prawdopodobieństwo oceny swojego stanu zdrowia jako dużo lepszy lub trochę lepszy[102].

Ponadto podniesiono również kwestię kosztowności tej terapii[103] i wysokiej liczby przypadków śmiertelnych wśród osób, które przedawkowały metadon[104], niekiedy przekraczającą nawet liczbę zgonów w wyniku przedawkowania heroiny[105]. Wskazuje się też na szkodliwość metadonu dla zdrowia (np. podaje się m.in., iż metadon jest bardziej uzależniający niż heroina[106], przyczynia się do wystąpienia zwiększonej łamliwości kości[107] i osłabienia funkcjonowania kognitywnego[108] oraz negatywnie oddziałuje na zdrowie nowo narodzonych dzieci[109]).

---

[102] Zob. N. McKeganey, M. Bloor, M. Robertson, J. Neale, J. MacDougall, *Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study*", „Centre for Drug Misuse Research, University of Glasgow, Drugs: education, prevention and policy" 2006, t. 13, nr 6, s. 537–550.

[103] Zob. N. McKeganey, *Wither*…, op. cit., który wskazuje, że w Anglii roczny koszt terapii metadonowych to 800 milionów funtów, co stanowi znaczną część budżetu przeznaczonego na terapię.

[104] J. Strang, W. Hall, M. Hickman, S.M. Bird, *Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose* (*1993–2008*): *analyses using OD4 index in England and Scotland*, „British Medical Journal" 2010, t. 341, nr c4851, którzy piszą: „W latach 1993–2008 doszło do 1307 przypadków śmiertelnych związanych z przedawkowaniem metadonu w Szkocji i do 4317 w Anglii"; zob. też H. Nehkant (Raj) Rathod, M.W. Addenbrooke, A.F. Rosenbach, *Heroin dependence in an English town*: *33-year follow-up*, „British Journal of Psychiatry" 2005, t. 187, s. 421–425; w USA z kolei liczba przypadków śmiertelnych w związku z przedawkowaniem metadonu wzrosła siedmiokrotnie, z 800 przypadków w 1999 r. do ok. 5500 w 2007 r., tak: M. Warner, L. Hui Chen, D.M. Makuc, R.N. Anderson, A.M. Miniño, *Drug Poisoning Deaths in the United States, 1980–2008*, „Centers for Disease Control and Prevention", grudzień 2011, nr 81, dostępne na: http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db81.pdf.

[105] Zob. B. Donnelly, *Concern over*…, op. cit., który zauważa, że w 2010 r. w Lothians w Szkocji metadon był związany z 33 przypadkami śmiertelnymi, a heroina z 26 przypadkami. W drugim centrum nadużywania narkotyków – Grampian – substytut był czynnikiem w 19 przypadkach śmiertelnych, a heroina w 14.

[106] *Methadone or Not?*…, op. cit.

[107] T.W. Kim, D.P. Alford, A. Malabanan, M.F. Holick, J.H. Samet, *Low bone density in patients receiving methadone maintenance treatment*, „Drug and Alcohol Dependence" 2006, nr 85, s. 258–262.

[108] R. King, D. Best, *Cognitive functioning and cognitive style among drug users in maintenance substitution treatment*, „Drugs: Education, Prevention and Policy" 2011, t. 18, nr 2, s. 132–139.

[109] Zob. np. H.R., McGlone, J.R. MacKinnon, H.C. Russell, M.S. Bradnam, H. Mactier, *Ophthalmic, clinical and visual electrophysiological findings in children born to mothers prescribed substitute methadone in pregnancy*, „British Journal of Ophthalmology" 2010, t. 94, nr 6, s. 696–700: „dzieci urodzone przez matki leczone w czasie ciąży metadonem dotknęło wiele różnych problemów ze wzrokiem".

Wskazano również na ryzyko posiadania mniejszej motywacji do podjęcia abstynencji. Badając grupę 794 pacjentów przez okres ponad 30 lat, wykazano, iż im dłużej pacjent bierze udział w programie, tym mniejszą ma motywację i zdolność do abstynencji od narkotyków: „udział w terapii substytucyjnej jest odwrotnie powiązany z szansą na zaprzestanie używania narkotyków”[110]. W badaniach odnotowano, że leczenie substytucyjne wydłuża średnią dożylnego używania narkotyków z 5 do 20 lat[111]. W Anglii, gdzie terapia substytucyjna w warunkach wolnościowych jest stosowana powszechne i skąd również pada najwięcej słów krytyki wobec tych programów, jak podaje Kathy Gyngell, użytkownicy poddawani są terapii rutynowo, bez względu na indywidualne uwarunkowania i poziom uzależnienia[112]. Zarzut ten został zarówno sformułowany w środowisku przepisujących metadon lekarzy[113], jak i podniesiony w środowisku użytkowników[114].

Kathy Gyngell zauważyła, że brakuje obiektywnej procedury, zgodnie z którą osoby przepisujące metadon mogłyby ocenić trafność dawki czy zaawansowanie nałogu uzależnionej osoby[115]. Ze względu na znaczne zyski finansowe osiągane ze sprzedaży metadonu[116], sugeruje się niekiedy, że lobbowanie za terapią sub-

---

[110] J. Kimber, et al., *Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment*, „British Medical Journal” 2010, t. 341, nr c3172, passim.

[111] J. Kimber, et al., *Survival*……, op. cit., passim. Ponadto podnosi się, że osoby korzystające z programów są mało stabilne zawodowo (zob. L. Sederer cyt. w: C.L. Taylor, *Buprenorphine – Fewer Side Effects than Methadone*, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/07/buprenorphine-fewer-side-effects-than-methadone/, który podsumowuje: „długoterminowe dane o osobach biorących udział w programach metadonowych wykazują, że są one bardziej stabilnie i nie popełniają przestępstw […], ale jedynie niewielki ich odsetek pracuje zawodowo”) oraz że terapia metadonowa podtrzymuje i pogłębia uzależnienie (np. w Holandii otworzono *geriaddics* – specjalne oddziały w domach opieki dla osób w podeszłym wieku przeznaczone dla wieloletnich uczestników programów metadonowych, zob. *Methadone or Not?*…, op.cit.).

[112] K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., passim.

[113] Zob. P. Peverley, (cyt. za: K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 14), który pisze: „profesja medyczna i społeczność uzależnionych mają złożoną, symbiotyczną, współzależną od siebie relację, która nie przyczynia się do niczego dobrego dla żadnej z tej grup. Oni udają, że są chorzy, a my udajemy, że ich leczymy. Tysiące osób zajmujących stanowiska publiczne ma z tego spory dochód. Przepisywanie substytutów dla osób uzależnionych od opiatów jest jak wylewanie benzyny na ogień: bezsensowne, nieskuteczne, głupie i daremne. Ale my wciąż to robimy”.

[114] Zob. *Methadone or Not?*,…, op. cit.; Rosie, która brała heroinę od 14 roku życia i leczyła się metadonem, a ostatecznie zaprzestała używania narkotyków po terapii abstynencyjnej, przyznała, że nie spotkała się z wyleczeniem z nałogu za pomocą metadonu: „to jest większa trucizna niż heroina, której spożywanie nie ma końca”. Katherine, która opuściła w 2008 r. zakład karny jako abstynentka, dodaje: „metadon nie jest rozwiązaniem… Przychodzisz z nałogiem i trwasz w nim, a potem wychodzisz z więzienia bez jakiejkolwiek zmiany”.

[115] K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 6.

[116] Zob. K. Gyngell, *Breaking*…, op.cit., *Summary*. W raporcie obliczono, że „koszt programów metadonowych ponoszony przez państwo podwoił się do kwoty 730 milionów funtów w stosunku do lat 2002–2003”. Gyngell podsumowuje też, że po dodaniu innych kosztów sumaryczny

stytucyjną może wynikać z pobudek finansowych[117]. W Wielkiej Brytanii doszło do sytuacji, gdy środki finansowe wcześniej przeznaczane na zapobieganie używaniu narkotyków i terapię uzależnienia zostały przesunięte na leczenie metadonowe[118]. Nie jest to jednak zarzut, który można wysunąć w innych miejscach, gdyż redukcja szkód ma rzadko status tak uprzywilejowany, jak w Wielkiej Brytanii. Innym zarzutem wobec programów metadonowych może być fakt, iż legalnie wydawany metadon przenika na „czarny rynek", co przyczynia się do niekontrolowanego dostępu do tej substancji. To zjawisko odnotowano również w zakładach karnych[119].

Najwięcej kontrowersji wzbudza terapia podtrzymująca heroiną. W badaniach szwajcarskich i holenderskich terapia ta okazała się skuteczniejsza w ochronie zdrowia użytkowników niż terapia metadonowa, a liczne badania potwierdzają jej skuteczność nie tylko w kontekście zdrowotnym, ale również z punktu widzenia kryminologicznego[120]. Krytycy zwracają jednak uwagę na absurdalność prowadzenia terapii heroinowej, porównując polityków promujących to podejście do dilerów narkotykowych[121], a samą ideę – do pomysłu ustabilizowania życia alkoholików za pomocą dystrybucji darmowego alkoholu[122]. Przeciwko prowadzeniu tej terapii w zakładach karnych przemawiają również wyniki raportu European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) z 2012 r. na temat leczenia heroiną[123]. Zgodnie z nim liczba zgonów bezpośrednio

koszt ponoszony przez podatników „to 3,6 bilionów funtów, jakie pokrywają podatnicy na utrzymywanie uzależnionych w nałogu, zamiast udzielenia im pomocy w uzyskaniu abstynencji". Ten zarzut ma jednak wyłącznie sens w odniesieniu do analizowanego kraju.

[117] Zob. np. Neil McKeganey, cyt. w: *Methadone or Not?...*, op.cit.: „istnieją poważne pobudki finansowe, żeby utrzymać użytkowników narkotyków w uzależnieniu". Autor artykułu wyjaśnia: „korporacje farmaceutyczne osiągają milionowe dochody z produkcji metadonu, lekarze pierwszego kontaktu w wielu częściach kraju otrzymują opłatę w wysokości 220 funtów rocznie za każdego pacjenta, którego skierują na leczenie metadonowe, farmaceuci mogą dostać 200 funtów wypłaty administracyjnej oraz 1,5 funta za każdą wydaną dawkę metadonu", ibidem.

[118] Zob. *Methadone or Not?…*, op. cit., gdzie opis zwiększania wydatków przez rząd na leczenie metadonowe, a jednocześnie zamykanie ośrodkow leczących uzależnienie, gdyż osoby uzależnione kierowane są głównie na programy metadonowe (zamknięty został np. Middlegate Lodge – jedyny ośrodek leczący uzależnienie przeznaczony dla nastolatków).

[119] Zob. ibidem, Katherine, była osadzona, która zerwała z nałogiem, wspomina, jak w zakładzie karnym uzależnieni odsączali, a następnie sprzedawali wydawany im metadon, a za uzyskane pieniądze kupowali heroinę.

[120] Zob. debatę na temat terapii heroinowej między Jürgenem Rehmem i Benediktem Fischerem a Neilem McKeganey'em: *Should heroin be prescribed to heroin misusers?*, „British Medical Journal" 2008, t. 336, nr 71, s. 70.

[121] Zob. Europe Against Drugs, *Ethical Dilemmas of Heroin Prescription*, dostępne na: http://www.eurad.net/en/news/drug_treatment_+_recovery/Ethical+Dilemmas+of+Heroin+Prescription.9UFRjUZh.ips.

[122] P. Stoker, *Effective Alternatives to Harm Reduction*, „National Drug Prevention Alliance", maj 2005, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/07/vilnius-lithuania-conference-may-2005/.

[123] J. Strang, T. Groshkova, N. Metrebian, *New heroin-assisted treatment…*, op. cit.

związana z podaniem leku była wyższa niż w przypadku terapii metadonowej, przy znacznie wyższych kosztach terapii heroinowej[124]. Szczególnie interesujący jest fakt, iż uczestnicy tych programów, mimo otrzymywanej darmowej heroiny, kontynuowali uliczne zakupy nielegalnej substancji[125].

Kolejnym z podstawowych elementów strategii redukcji szkód dla osób dożylnie przyjmujących narkotyki jest dostęp do sterylnych igieł i strzykawek. Programy dystrybucji igieł i strzykawek polegają na darmowym udzielaniu sterylnych jednorazowych igieł lub strzykawek użytkownikom narkotyków. Czasami zużyty sprzęt jest zwracany przez beneficjentów programu do specjalnego pojemnika, który następnie jest utylizowany – wtedy program określa się mianem programu wymiany igieł i strzykawek. Pierwszy tego typu program miał na celu zapobieganie przenoszeniu zakażeń żółtaczki i został zainicjowany w Amsterdamie w 1984 r., skąd rozprzestrzenił się do innych krajów[126].

Efektywność programów dystrybucji igieł i strzykawek została wielokrotnie udowodniona naukowo, co zostało również wykazane na forum międzynarodowym w podsumowaniu tych ewaluacji[127]. Badania w Australii wykazały, że ilość nowych zakażeń HIV w miastach, w których prowadzono programy wymiany igieł i strzykawek, zmniejsza się rocznie przeciętnie o 11%[128]. Badania wykazały również, że wstrzymanie programu dystrybucji igieł i strzykawek w Windham w USA spowodowało wzrost ryzykownych zachowań wśród przyjmujących dożylnie środki odurzające[129].

Argumentując za implementacją programów dystrybucji igieł do zakładów karnych, można by podnieść, iż są wyrazem troski o zdrowie osadzonych i stanowią formę pomocy humanitarnej. Co prawda, używanie narkotyków w zakładach karnych jest zabronione, jednak dostarczanie usług medycznych – nie. Co więcej, można dalej argumentować, że zakład karny ma obowiązek ochrony osa-

---

[124] Ibidem. Koszt terapii heroiną wynosił 20 400 Euro za pacjenta w ciągu roku, a metadonem 3500 euro.

[125] Badania brytyjskie wykazały, że spośród 43 klientów programu, którzy otrzymywali 450 mg heroiny dwa razy dziennie oraz metadon na noc przez okres 26 tygodni, tylko 5 osobom udało się zaprzestać używania nielegalnej heroiny, zob. ibidem.

[126] D. Vlahov, et al., *Needle Exchange Programs for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection: Epidemiology and Policy*, „American Journal of Epidemiology" 2001, t. 154, nr 12, *Supplement*, s. S70; Australian Injecting & Illicit Drug Users League, *Prison-Based Syringe Exchange Programs* (*PSE Programs*), Sydney 2008, s. 6, dostępne na: http://aivl.org.au/database/sites/default/files/prison%20based%20syringe%20exchange%20programs%20-%20aivl%20position%20paper%202008.pdf.

[127] Zob. np. raport WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Genewa 2004, podsumowujący badania na temat efektywności programów dystrybucji igieł i strzykawek.

[128] S.F. Hurley, D.J. Jolley, J.M. Kaldor, *Effectiveness of needle-exchange programs for prevention of HIV infection*, „Lancet" 1997, t. 349, nr 9068, s. 1797–1800.

[129] R.S. Broadhead, Y. Van Hulst, D.D. Heckathorn, *The impact of a needle exchange's closure*, „Public Health Reports" 1999, t. 114, nr 5, s. 439–447.

dzonych przez nabyciem chorób zakaźnych. Jeżeli taka usługa medyczna jest dostępna poza zakładem karnym, powinna być również dostępna dla osadzonych, zgodnie z *Podstawowymi zasadami traktowania więźniów* ONZ[130].

Najczęściej przywoływanym argumentem za implementacją tych usług jest fakt, że narkotyki są powszechnie dostępne, używane w sposób ryzykowny i nie ma możliwości ich wyeliminowania z systemu penitencjarnego. Przyjmuje się, że więzienie nie ma charakteru rehabilitacyjnego, a programy terapii uzależnienia są mało efektywne. Osadzeni używają narkotyków w zakładach karnych, nie myjąc igieł przed ponownym ich użyciem, ze względu na strach przed ujawnieniem faktu używania narkotyków[131], co naraża ich na zakażenie.

Zwolennicy tych usług mogliby również podnieść, że programy dystrybucji igieł zmniejszają poziom represyjności w zakładzie karnym, gdyż harmonizują relację podrzędności między pracownikami zakładów karnych i osadzonymi. Wskazać można by również na korzyści płynące z implementacji tych programów dla pracowników zakładów karnych, gdyż zmniejszenie się ryzyka infekcji HIV pomiędzy osadzonymi zmniejszy również ryzyko narażenia na HIV pracowników więziennictwa.

Wśród zwolenników szerszej implementacji usług redukcji szkód w systemie penitencjarnym podnosi się, że nieprzychylne nastawienie do programów nie ma uzasadnienia naukowego i wynika z pogardliwego postrzegania użytkowników narkotyków i niechęci do przekazywana funduszy dla tej grupy ludzi, a w szczególności osób przebywających w więzieniu. Jak pisze Human Rights Watch: „Wszystkie te argumenty [argumenty przeciwko implementacji programów wymiany igieł i strzykawek – przyp. aut.] opierają się na błędnych przesłankach faktycznych i uprzedzeniach moralnych przeciwko dożylnym użytkownikom narkotyków. Nic nie uzasadnia stwarzania sytuacji ryzyka przedwczesnej śmierci użytkowników w wyniku dzielenia się strzykawkami, której można zapobiec"[132].

Argumentując przeciwko implementacji programów dystrybucji igieł, przeciwnicy odwołują się do domniemanego braku kompatybilności tych programów z warunkami panującymi w więzieniu. Zgodnie z tym tokiem myślenia, system penitencjarny nie jest dostosowany do prowadzenia tego typu programów, a jego

---

[130] Zob. np. *Zasadę 9*, która stanowi: „Więźniowie powinni mieć dostęp do pomocy lekarskiej dostępnej w kraju, bez dyskryminacji wynikającej z ich sytuacji prawnej".

[131] Zob. np. I.G, Takács, *Prison and Risks. Results of the research study entitled "Risk behaviours related to blood borne and sexually transmitted infections, drug use and services in the Hungarian prison system"*, Hungarian Civil Liberties Union, 2010, s. 28, Autor cytuje wywiad z osadzonym w węgierskim zakładzie karnym, który tak wypowiada się na temat używania strzykawek: „jest ją ciężko dostać, dwie lub trzy osoby korzystają z tej samej strzykawki […]. Miałem kolegę, który zrobił strzykawkę z wkładu do długopisu […]. Przygotował heroinę w ustach i wstrzyknął ją do największej żyły w ramieniu. Powiedział, że bardzo go bolało. Mimo że ciekła mu krew, wciąż wciskał igłę, bo nie miał innego pomysłu, jak dokonać iniekcji".

[132] Human Rights Watch, *Injecting Reason Human Rights and HIV Prevention for Injection Drug Users*, 8 września 2003 r., dostępne na: http://www.hrw.org/reports/2003/09/08/injecting-reason.

wysiłki powinny być raczej skierowane na zapewnienie bezpieczeństwa na terenie zakładów karnych. Istnieje również obawa wśród przeciwników tych programów, że dostępność igieł może być sprzeczna z celem abstynencyjnym i wyrażać przyzwolenie na używanie narkotyków wśród więźniów. Aby programy dystrybucji igieł i strzykawek funkcjonowały w prawidłowy sposób, powinien zostać spełniony wymóg zapewnienia odpowiedniej atmosfery przy korzystaniu z tej usługi. Programy powinny być implementowane w środowisku przychylnym, gdzie użytkownicy narkotyków będą mieli do nich łatwy dostęp. Dostępność tej usługi zależna jest od tego, czy igły będzie można otrzymać bez obawy zostania ukaranym. Dla przeciwników programów stworzenie środowiska przychylnego usłudze w praktyce oznaczałoby więc *de facto* zaniechanie reakcji prawnokarnej na posiadanie narkotyków, a nawet na czynności związane z obrotem narkotykami[133].

Często padającym argumentem przeciwników dystrybucji igieł jest również przypuszczenie, że implementacja programów dystrybucji igieł i strzykawek może prowadzić do zwiększonej konsumpcji narkotyków, zwiększenia przyjmowania narkotyków drogą iniekcyjną oraz rozpoczęcia iniekcji przez osoby, które dotychczas konsumowały narkotyki w inny sposób. Argumentując przeciwko tego typu programom, często wysuwa się również przypuszczenie, iż ryzyko zakażenia HIV może odstraszyć niektóre osoby potencjalnie zainteresowane użyciem narkotyków lub zmianą formy spożycia narkotyków na iniekcyjną, a w przypadku osób, które już używają dożylnie narkotyków, może wzbudzić obawę o swoje życie i skłonić do podjęcia wysiłku o wyjście z nałogu.

Kolejnym i dość powszechnym argumentem przeciwko programom dystrybucji igieł i strzykawek jest przypuszczenie, iż implementacja tych programów mogłaby wysyłać sygnał do społeczeństwa i rodzin osadzonych, że zakład karny dba jedynie o zapobieganie HIV przy pomocy dystrybucji sterylnego sprzętu, nie dba natomiast o zaprzestanie używania narkotyków przez osadzonych, dzięki któremu osadzeni po opuszczeniu zakładu byliby w stanie prowadzić jakościowo dobre życie i pełnić swoje role społeczne. Innym aspektem są koszty wydatkowania na leczenie tych chorób wśród uzależnionych od narkotyków, których kosztów leczenia więziennictwo by nie ponosiło, gdyby osoby te zaprzestały używania[134].

Warunki panujące w zakładzie karnym powodują, że zachodzi ryzyko, iż występowanie zanieczyszczonych igieł na terenie zakładu może spowodować narażenie personelu oraz osadzonych na przypadkowe zakażenie HIV[135]. Do przy-

---

[133] Zob. P. Stoker, *The History…*, op. cit., gdzie referent przywołuje przykład zaniechania reakcji policji w Liverpoolu na sprzedaż heroiny przez osoby, które podczas sprzedaży wydawały użytkownikom równocześnie igły.

[134] Tak argumentuje na temat wolnościowych programów dystrybucji igieł np. Sandra S. Bennett – eadem, *Needle-exchange programmes in the USA*, „Lancet" 1998, t. 351, nr 9105, s. 839.

[135] Problem zanieczyszczenia terenu zużytymi igłami został odnotowany w programach wolnościowych: zob. referat konferencyjny Petera Strokera *Effective Alternatives…*, op. cit., który oblicza: „przeciętnie użytkownik heroiny wymaga 3000 igieł w ciągu roku, a użytkownik kokainy 3 razy tyle. Z 131 programów wymiany igieł zidentyfikowanych przez Centrum Kontroli Chorób 107

padkowego natrafienia na zanieczyszczoną igłę mogłoby dojść np. w trakcie przeszukania celi. Igła, szczególnie zanieczyszczona wirusem, może zostać wykorzystana w celu ataku na współwięźnia lub personel zakładu[136]. Jedną z podstawowych zasad higienicznego postępowania z osobami żyjącymi z HIV jest unikanie używania igieł tam, gdzie to jest możliwe[137]. Zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi prewencji HIV wydanymi przez amerykańskie Centrum Kontroli Chorób „użycie igieł i strzykawek powinno być ograniczone do sytuacji, w których nie ma alternatywy"[138]. Zgodnie z wytycznymi, igłami należy się posługiwać w sposób ostrożny, nie wyginać ich i nie łamać, nie usuwać ze strzykawek. Igły i strzykawki powinny być umieszczane w specjalnie przeznaczonych do tego celu kontenerach[139]. Istnieje niebezpieczeństwo, że osadzeni nie zastosują się do zasad bezpiecznego obsługiwaniu się igłami i ich utylizowania, co naraża na możliwość zakażenia HIV współwięźniów i personel więzienny.

Przyjmuje się również, że implementacja programów może spowodować stygmatyzację iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Podkultura więzienna często wyklucza ich ze społeczności, umieszczając na najniższych szczeblach hierarchii więziennej. Regularne używanie narkotyków jest absolutnie zabronione przez normy grypsowania[140]. Po wdrożeniu programów byłoby wiadomo, który osadzony używa narkotyków iniekcyjnie, co narażałoby użytkowników na przemoc i wykorzystywanie ze strony współwięźniów. Również pracownicy Służby Więziennej wiedzieliby, który z osadzonych używa narkotyków, co mogłoby osoby korzystające z programów narazić na częstsze przeszukania.

Argumentuje się również, iż nie ma jednoznacznych dowodów naukowych na skuteczność programów w zakresie redukcji nowych zakażeń HIV i HCV[141], wskazując na wyniki badań, które wykazały, że uczestnicy programów częściej zakażali się HIV niż osoby nadużywające narkotyków w takich programach nie-

programów zgłosiło, że ponad 40% igieł nie zostało zwróconych, w programach wydano 20 milionów igieł, co oznacza, że 8 milionów zostało wyrzuconych gdzie indziej".

[136] Przykładowo w 1991 r. w zakładzie karnym w New South Whales w Australii strażnik więzienny został ugodzony strzykawką wypełnioną zakażoną krwią i w następstwie zmarł na AIDS, zob. J. Van Groningen, *Injection Rooms in Prisons. Why not?*, 13 maja 2013, dostępne na: http://50.87.55.75/~dalgarno/images/resources/pdf/research-2013/Injection-RoomsInPrisonsVanGron2013.pdf.

[137] D.K. Henderson, *Management of Needlestick Injuries*: *A House Officer Who Has a Needlestick,* „Journal of the American Medical Association" 2012, t. 307, nr 1, s. 78.

[138] Zob. *Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings*, 36(SU02); 001, Centers for Disease Control, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Service, dostępne na: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00023587.htm.

[139] Ibidem.

[140] M. Kamiński, *Gry więzienne*…, op. cit., s. 185.

[141] Zob. szerzej na ten temat: D.G. Evans, *dyrektor Drug-Free Schools Coalition, zeznania przed Health and Human Services Committee of the New Jersey Assembly*, 20 września 2004 r., Trenton, NJ, przeciwko A-3256, dostępne na: http://drugprevent.org.uk/ppp/2010/03/testimony-of-david-g-evans-esq/ [dalej: *Testimony*…].

uczestniczące[142]. Jak podaje Mark i wsp., osoby rekrutowane z programów wymiany igieł są bardziej skłonne do angażowania się w zachowania ryzykowne niż osoby rekrutowane z programów metadonowych lub detoksykacyjnych[143]. David G. Evans zwrócił z kolei uwagę, iż często nie bierze się pod uwagę, że podstawową przyczyną infekcji HIV wśród użytkowników narkotyków drogą dożylną są ryzykowne kontakty seksualne (w przypadku mężczyzn homoseksualne, a w przypadku kobiet heteroseksualne), a nie wstrzykiwanie narkotyków[144]. Podobnie wynika z badań przeprowadzonych w Baltimore[145] i badań mężczyzn będących dożylnymi użytkownikami narkotyków[146]. Kolejnym powodem, dla którego programy dystrybucji igieł i strzykawek mogą mieć ograniczony efekt, jest fakt, iż do zakażenia może dojść również poprzez używanie tych samych naczyń, wody do produkcji narkotyku czy zakażonej waty, przez którą substancja jest filtrowana, oraz poprzez niehigieniczne praktyki przy rozdzielaniu narkotyku[147].

---

[142] Zob. J. Bruneau, et al., *High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in Needle Exchange Programs in Montreal*: *Results of a Cohort Study*, „American Journal of Epidemiology" 1997, t. 146, nr 12, s. 994–1002, którzy piszą: „podsumowując, w Montrealu osoby korzystające z programów wymiany igieł i strzykawek mają wyższy wskaźnik serokonwersji niż osoby niekorzystające z programu"; w Vancouver występowanie HIV było 75% wyższe wśród osób korzystających codziennie z programu wymiany igieł niż wśród osób nadużywających narkotyków, niekorzystających z programu; zob. E. Wood, et al., *Frequent Needle Exchange Use and HIV Incidence in Vancouver, Canada*, „American Journal of Medicine" 2007, t. 120, nr 2, s. 172–179; S.A. Strathdee, et al., *Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study*, „AIDS" 1997, t. 11, nr 8, s. F59–F65, którzy konkludują: „pomimo prowadzenia największego programu wymiany igieł i strzykawek w Ameryce Północnej, Vancouver doświadcza wciąż trwającej epidemii HIV"; w Indiach zgodnie z badaniami z 2003 r. występowanie HIV przed wprowadzeniem programów wymiany igieł wynosiło 1%, a po jego wprowadzeniu zwiększyło się do 2%. W tym samym okresie (1996–2002) HBV wzrosło do 18%, a HCV od 17% do 66%, zob. referat konferencyjny Petera Strokera *Effective Alternatives to Harm Reduction*, dostępny na http://drugprevent.org.uk/ppp/2009/07/vilnius-lithuania-conference-may-2005/), podobnie w Seattle dowiedziono, że najwyższa liczba nowych infekcji wystąpiła pośród aktualnych klientów programów wymiany igieł, zob. ibidem.

[143] H.D. Mark, et al., *Profiles of Self-Reported HIV-Risk Behaviors Among Injection Drug Users in Methadone Maintenance Treatment, Detoxification, and Needle Exchange Programs*, „Public Health Nursing" 2006, t. 23, nr 1, s. 11–19.

[144] D.G. Evans, *Testimony*…, op. cit.

[145] S.A. Strathdee, et al., *Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users*, „Archives of Internal Medicine" 2001, t. 161, nr 10, s. 1281–1288, opisane również w: R. Mathias, *High-Risk Sex Is Main Factor in HIV Infection for Men and Women Who Inject Drugs*, „NIDA Notes, National Institute on Drug Abuse", Washington DC, 2002, t. 17, nr 2.

[146] T.A. Washington, N. Galai, S. Cohn, D.D. Celentano, D. Vlahov, S.A. Strathdee, *The Relationship Between Self-Reported Sexual Orientation and Behavior in a Sample of Middle-Aged Male Injection Drug Users*, „Archives of Sexual Behavior" 2006, t. 35, nr 1, s. 67–74.

[147] Zob. S.K. Koester, L. Hoffer, *'Indirect sharing'*…, op. cit., s. 100–105. Podnosi się również, że sama dystrybucja igieł jest bezużyteczna, jeżeli użytkownicy nadal korzystają z tych samych igieł. Jak donosi P. Stroker: „[…] prawie 40% uczestników programów wymiany igieł i strzykawek kontynuowało korzystanie ze wspólnych igieł. Ten odsetek jest identyczny z poziomem

Krytykując programy, podkreśla się, że zakażenie HIV nie jest główną przyczyną zgonów wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki[148]. Większość z tych osób umiera z powodu przedawkowania narkotyków, zabójstwa, samobójstwa, chorób serca, wątroby lub nerki[149]. Przeciwnicy programów wymiany igieł i strzykawek powołują się m.in. na wyniki badań stwierdzające, iż programy te przedłużają i umożliwiają używanie narkotyków i w ten sposób przyczyniają się do rozpowszechniania się HIV i HCV oraz zwiększenia liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków[150]. Interesującym, aczkolwiek dość wątpliwym, argumentem przeciwko programom jest powołanie się na fakt, iż kilku prominentnych aktywistów na rzecz programów wymiany igieł i strzykawek zmarło w wyniku przedawkowania narkotyków[151].

Innym argumentem przeciwko implementacji programów dystrybucji igieł mogłaby być dostępność alternatywnych środków, które mogą być bardziej efektywne. Jako alternatywę dla tej usługi wskazuje się na dezynfekcję sprzętu iniekcyjnego[152] i leczenie substytucyjne. Jako argument przeciwko stosowaniu alternatywy dla programów wymiany igieł i strzykawek w postaci terapii substytucyjnej można jednak podnieść, że leczenie substytucyjne dostępne jest jedynie dla ograniczonej liczby osób i jedynie tych, którzy są zmotywowani do zaprzestania iniekcji heroiny. W literaturze medycznej podkreśla się również, że testowanie na obecność HIV w zakładach penitencjarnych jest często zaniedbywanym, a bardzo skutecznym środkiem prewencji HIV i zmniejsza zapotrzebowanie na igły[153].

---

korzystania ze wspólnych igieł wśród osób niemających dostępu do programów wymiany igieł […]". Zob. P. Stroker, *Effective Alternatives*…, op. cit.

148 D.G. Evans, *Testimony*…, op. cit.; J. Loconte, *Killing Them Softly. Do Needle-Exchange Programs Ward Off Disease – or Consign Addicts to Death on the Installment Plan?*, „Policy Review, Heritage Foundation", sierpień 1998, s. 19.

149 D.G. Evans, *Testimony*…, op. cit.

150 S.S. Bennett, *Needle-exchange*…, op. cit., s. 839.

151 D.G. Evans, *Testimony*…, op. cit., S.S. Bennett, *Needle-exchange*…, op. cit., s. 839.

152 Udowodniono, że dezynfekcja sprzętu iniekcyjnego jest efektywnym sposobem na redukcję ryzyka HIV, ale nie jest całkowicie efektywna w przypadku redukcji HCV (zob. np. H. Hagan, H. Thiede, *Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission?*, „Epidemiology" 2003, t. 14, nr 5, s. 628–629). Podnosi się jednak również, że korzystanie ze zdezynfekowanych używanych igieł może hipotetycznie nawet zwiększyć ryzyko transmisji HIV, ale nie zostało to statystycznie udowodnione (zob. C. Contoreggi, S. Jones, P. Simpson, R.W. Lange, W.A. Meyer, *Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use*, „Intervirology" 2000, t. 43, nr 1, s. 1–5).

153 C.G. Beckwith, et al., *An Evaluation of a Routine Opt-out Rapid HIV Testing Program in a Rhode Island Jail*, „AIDS Education and Prevention" 2011, t. 23, nr 3, *Supplement*, s. 108; T.P. Flanigan, et al., *Testing for HIV, Sexually Transmitted Infections, and Viral Hepatitis in Jails: Still a Missed Opportunity for Public Health and HIV Prevention*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome" 2010, t. 55, *Supplement* 2, s. S78–S83; C.G. Beckwith, N. Zaller, J.J. Fu, B.T. Montague, J.D. Rich, *Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome" 2010, t. 55, *Supplement* 1, s. S49–S55.

Kolejną usługą z dziedziny redukcji szkód, na którą zwrócono uwagę w niniejszym opracowaniu, są miejsca konsumpcji narkotyków. Nie zostały one jeszcze wprowadzone do żadnego systemu penitencjarnego, ale ze względu na podnoszone głosy niektórych ekspertów HIV/AIDS o konieczności ich implementacji do zakładów karnych, warto o nich wspomnieć[154]. Pomieszczenia iniekcyjne zapewniają możliwość higienicznej konsumpcji substancji odurzających w środowisku, które „nie osądza", pod nadzorem przeszkolonego personelu[155]. Nieoficjalne i półoficjalne inicjatywy w zakresie tworzenia takich miejsc miały miejsce w Holandii już w latach 70., w Szwajcarii w latach 80. oraz w Anglii w latach 60. i 70., ale ich funkcjonowanie szybko zostało wówczas zakończone. Współczesne programy są ukierunkowane bardziej na nadzorowanie konsumpcji i dystrybucję sprzętu iniekcyjnego[156].

Wskazując na pozytywne aspekty implementacji miejsc konsumpcji narkotyków do systemu penitencjarnego, można zwrócić uwagę przede wszystkim na zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności wśród użytkowników narkotyków, zachęcenie użytkowników do podjęcia abstynencyjnej terapii uzależnienia i redukcję spożycia narkotyków w miejscach do tego nieprzeznaczonych, a także przypuszczalny spadek liczby popełnionych przestępstw[157].

Argumentując przeciwko implementacji tej usługi do systemu penitencjarnego, można wskazać, iż istnieje ryzyko, że programy te zachęcają do używania narkotyków oraz sprawiają, że używanie narkotyków jest akceptowane i wygodne[158]. Wyznaczenie miejsc bezpiecznej konsumpcji może się ponadto kłócić się z celem abstynencyjnym i resocjalizacyjnym, jeżeli takie cele zostały przyjęte w ramach systemu penitencjarnego.

Mimo że nurt redukcji szkód w wolnościowej polityce narkotykowej jest tematem obecnie popularnym, to podkreśla się jednak, że wolno adaptuje się on w zakładach karnych[159]. Większość systemów penitencjarnych na świecie jest zorientowana abstynencyjnie. Z tego powodu nie ma współcześnie zakładu karnego, gdzie model redukcji szkód całkowicie byłby realizowany i wypełniał wszystkie postulaty zwolenników nurtu redukcji szkód. Zazwyczaj w zakładach karnych dostarcza się jedynie niektórych świadczeń redukcji szkód i w ograniczonym zakresie.

---

[154] Zob. np. relacja z wystąpienia Joanne Csete i Thomasa Kerra na VI Światowej Konferencji AIDS w Toronto, M.-C. Macphee, *Harm Reduction…*, op. cit., którzy twierdzą, że obecność takich miejsc na terenie zakładów karnych „zmniejszy ilość zakażeń HIV i HCV" oraz „pomoże więźniom odstawić narkotyki".

[155] D. Hedrich, *European report…*, op. cit., s. 8. Zob. też K. Dolan, J. Kimber, C. Fry, J. Fitzgerald, D. McDonald, F. Trautmann, *Drug Consumption Facilities in Europe and the Establishment of Supervised Injecting Centres in Australia*, „Drug and Alcohol Review" 2000, t. 19, s. 337–346.

[156] D. Hedrich, *European report…*, op. cit., s. 15.

[157] Tak np. ibidem, s. 72 – na temat wolnościowych miejsc konsumpcji narkotyków.

[158] Ibidem.

[159] K. Duke, *Drugs, Prisons…*, op. cit., *Preface*, s. VIII–IX.

Jak podaje H. Stöver, w krajach europejskich usługi skierowane są w głównej mierze na zmniejszenie ryzyka recydywy i utrzymanie osadzonych w abstynencji od narkotyków, a redukcja szkód dostępna jest sporadycznie: „w niektórych krajach dostępne są […] usługi redukcji szkód, ale jedynie w ograniczonym zakresie. Zazwyczaj ograniczają się one do udzielenia informacji i usługi wskazania odpowiedniej instytucji, dystrybucji prezerwatyw i środków dezynfekujących, a w wyjątkowych przypadkach prowadzenia programów wymian igieł i strzykawek oraz leczenia substytucyjnego”[160].

Leczenie metadonowe prowadzi się w zakładach karnych na świecie od wielu lat, natomiast dystrybucję igieł i strzykawek po raz pierwszy w systemie penitencjarnym nieformalne zainicjowano w 1992 r. w szwajcarskim więzieniu Oberschöngrün, a w 1994 r. ruszył pierwszy formalny program w więzieniu Hindelbank[161]. Programy te funkcjonują obecnie w kilku krajach (Szwajcaria, Niemcy, Luksemburg, Hiszpania, Kirgistan, Białoruś, Mołdawia, Rumunia, Portugalia, Armenia, Iran) na zasadzie pilotażu. Leczenie heroiną prowadzone jest obecnie w jednej placówce penitencjarnej – Realta w Szwajcarii w kantonie des Grisons od 2001 r. Program jest ewaluowany od 2001 r., jednak ewaluacje nie zostały upublicznione[162].

Podsumowując, podstawowym zarzutem wobec modelu redukcji szkód implementowanego do polityki wykonywania kary pozbawienia wolności, podobnie jak wobec samego nurtu redukcji szkód, wydaje się być argument, że używanie narkotyków wywołuje szkody zdrowotne i społeczne, które nie ograniczają się do możliwości zakażenia chorobami przenoszonymi przez krew. Polityka redukcji szkód potencjalnie mogłaby mieć zastosowanie w przypadku takiej populacji więziennej, u której uzależnienie od narkotyków i występowanie HIV jest tak rozpowszechnione, że prowadzenie terapii abstynencyjnych byłoby nierealistyczne. Jeżeli jednak iniekcyjne używanie narkotyków w zakładach karnych jest sporadyczne i system penitencjarny dysponuje środkami finansowymi na zatrudnienie terapeutów i prowadzenie terapii uzależnienia, to priorytetowo należałoby traktować dążenia abstynencyjne.

Podsumowanie

W rozdziale drugim zostały zaprezentowane cztery przykładowe teoretyczne modele prowadzenia polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec

[160] H. Stöver, M. MacDonald, S. Atherton, *Harm Reduction*…, op. cit., s. 77.

[161] R. Lines, R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevschi, J. Nelles, *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004, s. 20, dostępne na: http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=184;

[162] University of Kent, Connections Project, *Good Practice in Preventing Drug Misuse and Related Infections in Criminal Justice Systems in Europe*, s. 20.

osób będących użytkownikami środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Wzorując się na opozycji „represyjność" a „leczenie" w ramach wolnościowej polityki narkotykowej, zaproponowano model zorientowany na kontrolę i model terapeutyczny. Przedstawiono również dwa modele zainspirowane nurtami zyskującymi w ostatnim czasie na popularności w ramach wolnościowej polityki narkotykowej, tj. model libertariański i model redukcji szkód. Porównanie priorytetowych celów tych czterech modeli, postrzegania używania narkotyków w ujęciu etycznym, postrzegania użytkowników, wizji abstynencji i dominujących środków zostało zaprezentowane w tabeli nr 1.

Tabela nr 1. Modele prowadzenia polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

	Model kontrolny	**Model terapeutyczny**	**Model redukcji szkód**	**Model libertariański**
Priorytetowy cel prowadzenia polityki	Dyscyplina i bezpieczeństwo w zakładzie	Resocjalizacja, abstynencja	Zmniejszanie negatywnych konsekwencji używania narkotyków w zakładach karnych	Wolność wyboru
Postrzeganie używania narkotyków w ujęciu etycznym	Negatywne	Negatywne	Neutralne etycznie	Neutralne etycznie (chyba że używanie szkodzi innej osobie)
Postrzeganie użytkowników	Pensjonariusze instytucji	„Chorzy" wymagający pomocy	„Chorzy" wymagający pomocy i (lub) racjonalne podmioty działające	Racjonalne i odpowiedzialne podmioty działające
Wizja abstynencji	Potrzebna w celu utrzymania dyscypliny	„Wyzdrowienie" – niezbędne dla resocjalizacji i prowadzenia odpowiedzialnego życia	Nierealistyczna dla niektórych użytkowników lub autonomiczna decyzja użytkownika	Autonomiczna decyzja użytkownika

Tabela nr 1. Modele prowadzenia polityki… (cd.)

	Model kontrolny	**Model terapeutyczny**	**Model redukcji szkód**	**Model libertariański**
Dominujące środki polityki	Prewencja, strategia „zero tolerancji”: – testy na obecność narkotyków, – zaawansowane systemy zabezpieczeń – przeszukania cel i osobiste (również osób odwiedzających), – ograniczenia w komunikacji, – użycie psa tropiącego, – intensyfikacja karania dyscyplinarnego za czynności związane z narkotykami, – obecność kamer.	Świadczenia abstynencyjne: – terapie uzależnienia, – społeczności terapeutyczne, – pomoc psychologiczna i psychiatryczna w utrzymaniu abstynencji, – oddziały „wolne od narkotyków”, – grupy samopomocowe, w tym „Anonimowi Narkomani”, – terapia substytucyjna zorientowana na abstynencję, – detoksykacja.	Świadczenia redukcji szkód: – terapia substytucyjna bazująca na redukcji szkód lub (i) niezorientowana na abstynencję, – programy dystrybucji igieł i strzykawek, – dezynfekcja sprzętu iniekcyjnego, – pomieszczenia iniekcyjne.	Środki zapewniające wolność wyboru; wycofanie wszystkich świadczeń (szczególnie resocjalizacyjnych) lub przejęcie ich przez podmioty prywatne.

Źródło: opracowanie własne.

Orientacji abstynencyjnej zarzuca się, iż przyświeca jej wizja całkowitego wyeliminowania narkotyków ze świata, co jest niewykonalne[163], natomiast nurt redukcji szkód często krytykuje się za niechęć względem programów abstynencyjnych, zarzuca mu się wręcz chęć legalizacji narkotyków[164]. Integracja modelu terapeutycznego i modelu redukcji szkód prowadzenia polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników budzi najwięcej kontrowersji i dlatego w niniejszej pracy szerzej omówiono, czy możliwe jest ich „pokojowe współistnienie”.

Jak wynika z przedstawionych powyżej analiz modelu terapeutycznego i modelu redukcji szkód, w praktyce nie są to modele dychotomiczne, ale odróżniają się od siebie priorytetem przyjętych celów (w modelu redukcji szkód abstynencja i resocjalizacja nie są podstawowymi celami wykonowania polityki, jak w modelu terapeutycznym). Najczęściej jest więc możliwa implementacja poszczególnych środków z jednego modelu do drugiego (przy zachowaniu orientacji absty-

[163] WHO, *Harm reduction*…, op. cit., s. 8.

[164] Zob. np. International Task Force On Strategic Drug Policy, *Statement*…, op. cit.

nencyjnej lub orientacji redukcji szkód), np. poprzez zapewnienie konsultacji psychologicznych w ramach programu metadonowego albo wydanie sprzętu iniekcyjnego indywidualnemu uczestnikowi społeczności terapeutycznej w wyjątkowej sytuacji. Integracja tych dwóch modeli budzi jednak wątpliwości. Argumentuje się, że praca nad uzależnieniem i jednocześnie zachęta do korzystania ze sterylnych igieł utrudnia użytkownikowi podejmowanie walki z nałogiem, gdyż użycie nawet jednej igły powoduje, że wysiłek włożony w pracę nad abstynencją idzie na marne. Jednocześnie wiele osób doświadcza nawrotów, z tego powodu podkreśla się, aby takie osoby zostały poinformowane o ryzyku HIV i wiedziały, jak się zabezpieczyć przed zakażeniem.

Dla niektórych osadzonych pobyt w zakładzie jest jednym z niewielu okresów w życiu, kiedy utrzymują abstynencję. Więzienie jest często miejscem, gdzie po raz pierwszy mają oni okazję do wyzdrowienia ze szkodliwego wpływu substancji odurzających, skorzystania z opieki zdrowotnej, uzyskania wsparcia w walce z nałogiem i nadrobienia zaległości w dotychczasowym rozwoju. Angielska organizacja National Drug Prevention Alliance cytuje użytkownika narkotyków, byłego osadzonego, który pyta: „większość narkomanów chce być czysta, ale jeżeli nie możesz tego zrobić, kiedy jesteś zamknięty [w zakładzie karnym – przyp. aut.], to kiedy się to może udać?”[165].

Inklinacje w kierunku natychmiastowej gratyfikacji mogą utrudnić opracowanie hierarchii celów prowadzenia takiej polityki narkotykowej w zakładach karnych, która charakteryzuje się skupieniem na przyczynach problemów, a nie symptomach. Udzielanie sterylnych igieł w celu zapobiegania HIV jest pozytywnym przedsięwzięciem, zarówno w wymiarze medycznym, jak i moralnym, jednakże to walka z nałogiem powinna być traktowana priorytetowo. Trudno byłoby obecnie przewidzieć konsekwencje społeczne wprowadzenia polityki powszechnej dostępności usług redukcji szkód w zakładach karnych.

Jak zauważył Kofi Annan w *odezwie z okazji Międzynarodowego Dnia przeciwko Nadużywaniu Narkotyków i Nielegalnemu Handlowi 26 czerwca 2004 r.*: „[...] jednym z najbardziej szkodliwych mitów na temat używania narkotyków jest twierdzenie, że jest to problem trwały. Tymczasem terapia uzależnienia jest efektywna i jest w stanie przywrócić jednostce godność i wartościowe życie. […] Miliony ludzi na całym świecie są bezpośrednio dotknięte problemami związanymi z używaniem narkotyków – zarówno uzależnieni, jak i ich rodziny. Ich życie jest rozbite, stan zdrowia pogorszony, zaprzestają edukacji, tracą pracę, a ich rodziny się rozpadły. Osoby z problemem narkotykowym, ich rodziny i przyjaciele powinni wiedzieć, że jest wyjście z sytuacji, a efektywna pomoc jest dostępna w różnych formach w zależności od potrzeb i sytuacji każdej jednostki”[166].

Podsumowując problematykę integracji modeli zaproponowanych w tym rozdziale, warto podkreślić, iż wydaje się, że UNDOC słusznie krytykuje two-

[165] Cyt. za: *Methadone or Not?*…, op. cit.

[166] Źródło: https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/speeches/speeches-2004.html.

rzenie dychotomii pomiędzy prewencją i terapią – z jednej strony, a redukowaniem zdrowotnych i społecznych szkodliwych konsekwencji – z drugiej, gdyż działania te są komplementarne[167]. Ponadto polityka wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób używających narkotyków w zakładach karnych powinna być zindywidualizowana. Mimo że wydaje się, iż założenia modelu terapeutycznego najlepiej odpowiadają na holistycznie ujęte problemy związane z obecnością narkotyków na terenie zakładów karnych, nie ulega jednak wątpliwości, iż dla funkcjonowania polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osadzonych będących użytkownikami w praktyce niezbędna okazać się może implementacja niektórych założeń bądź elementów pozostałych modeli.

[167] A.M. Costa, *Preface*, [w:] UNDOC, *Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach. Discussion paper*, New York 2009, s. III.

ROZDZIAŁ 3
POLITYKA WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC UŻYTKOWNIKÓW ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH W POLSCE

Wstęp

Można uznać, iż polski system penitencjarny w wysokim stopniu realizuje postulaty przedstawionego w poprzednim rozdziale modelu terapeutycznego polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Polski system penitencjarny jest bowiem zorientowany głównie na programy, które zapobiegną w przyszłości popełnianiu kolejnych przestępstw przez osadzonych. Do tych programów zalicza się m.in. programy profilaktyki i terapii uzależnień[1]. Przyjmuje się, że podstawową misją polskiego systemu penitencjarnego jest resocjalizacja prowadzona w celu zapobieżenia powrotowi do przestępstwa[2]. Andrzej Majcherczyk pisze: „innej misji cywilizowane więziennictwo mieć nie może”[3].

W związku z przyjętym, uznanym za priorytetowy, celem resocjalizacji osadzonych, w polskim systemie penitencjarnym dominuje podejście terapeutyczne, a usługi dla osób używających narkotyków w zakładach karnych ukierunkowane są w głównej mierze na abstynencję. Redukcja szkód jest prowadzona w ograniczonym zakresie, uskuteczniane są natomiast działania kontrolne, mające na celu przeciwdziałanie przemytowi narkotyków. Andrzej Majcherczyk zauważa, że w terapii chodzi o „zmianę sposobu myślenia osoby uzależnionej, jej zachowań i stylu życia. Występują więc paralele z resocjalizacją, w której chodzi mniej wię-

---

1 A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 52–53, s. 31; Autor podkreśla, że: „[…] przede wszystkim należy rozwijać te programy, które wprost służą ograniczaniu ryzyka powrotu do przestępstwa, a więc takie, które są w sposób bezpośredni skoncentrowane na typowych czynnikach kryminogennych”.

2 Ibidem, s. 42: „kara pozbawienia wolności, która nie zawiera komponentu rehabilitacyjnego, podnosi, a nie obniża, poziom recydywy”.

3 Ibidem, s. 44.

cej o to samo”[4]. W polskim systemie penitencjarnym terapia uzależnienia jest częścią procesu resocjalizacji[5].

Cel abstynencyjny ma długą tradycję w polskim więziennictwie[6]. Podstawowym warunkiem udziału w terapii uzależnienia jest całkowite odstawienie środków odurzających, więc do powodzenia tej metody niezbędna jest silna motywacja do zerwania z nałogiem. Praca nad motywacją do podjęcia abstynencji jest jednym z podstawowych zadań terapeuty. Terapia w oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków jest oparta na programach poznawczo-behawioralnych. Jej celem jest zmiana zachowania w oparciu o pracę z grupą i terapeutą. Terapeuta pomaga dokonać zmiany zachowań, mobilizuje do kontynuowania terapii, wspiera w utrzymaniu abstynencji. Podobne funkcje spełnia wobec swoich członków grupa terapeutyczna. Terapia uzależnienia w polskich zakładach karnych prowadzona jest na bazie modelu społeczności terapeutycznej. W polskich zakładach karnych funkcjonują również grupy samopomocowe (m.in. „Anonimowych Narkomanów”).

3.1. Resocjalizacja jako główny cel wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym

Cele wykonywania kary pozbawienia wolności ustawodawca zamieszcza w sposób bezpośredni lub domniemany w aktach prawnych. W polskim prawie cele wykonywania kary pozbawienia wolności zostały w sposób bezpośredni określone w art. 67 § 1 kkw: „wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa”.

Wśród komentatorów art. 67 kkw panuje jednomyślność, że treść tego przepisu jest wyrazem prewencji szczególnej[7]. W przepisie nie użyto, co prawda, terminu „resocjalizacja”, słowo to pada jednak w innych przepisach prawa[8]. Barbara

---

4 A. Majcherczyk, *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wyd. Akadem. Żak, Warszawa 2009, s. 218.

5 Ibidem, s. 219.

6 Idem, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, t. 20, nr 3, s. 322.

7 Zob. np. S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 4, Warszawa 2012, komentarz do art. 67, nb 1, s. 330: „Kodeks uznał więc za podstawowy cel wykonywania kary pozbawienia wolności prewencję szczególną”; zob. też S. Pawela, *Kodeks karny wykonawczy. Praktyczny komentarz*, Wyd. Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 1999, komentarz do art. 67, nb. 2, s. 211: „Wynika z niego, że ideą przewodnią i celem wykonywania kary pozbawienia wolności jest resocjalizacja skazanych i oddziaływanie wychowawcze na nich”.

8 Słowo „resocjalizacja” występuje w przepisach kodeksu karnego wykonawczego dotyczących dokonywania ocen okresowych postępów skazanego „w resocjalizacji” (art. 76 § 1), uczestnic-

Stańdo-Kawecka, powołując się na uzasadnienie do rządowego projektu kodeksu karnego wykonawczego, tłumaczy niechęć ustawodawcy do posługiwania się tym terminem wątpliwościami ustawodawcy co do efektów oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych, sprzecznością przymusowej resocjalizacji więźniów z koncepcją poszanowania praw ludzkich każdego człowieka oraz dążeniem do zerwania z podporządkowaniem prawa karnego wykonawczego „jakiejkolwiek doktrynie czy ideologii i traktowaniem wyłącznie jako środka polityki”[9]. Stefan Lelental, komentując art. 67 kkw, pisze, iż ustawodawca zrezygnował z terminu „resocjalizacja” w tym artykule, gdyż jest to pojęcie niejednoznaczne[10] oraz nie jest pojęciem języka prawnego[11].

Zgodnie z brzmieniem art. 67 kkw celem kary pozbawienia wolności nie jest prewencja generalna. Realizacja tego celu wynika z innych przepisów kodeksu karnego wykonawczego[12]. Celem kary pozbawienia wolności w rozumieniu art. 67 kkw nie jest również utrzymanie dyscypliny i porządku w zakładzie karnym. Zgodnie z art. 73 kkw dyscyplina i porządek w zakładzie karnym mają charakter pomocniczy w stosunku do realizacji zadań kary pozbawienia wolności[13].

Po ustaleniu, że głównym celem kary pozbawienia wolności w rozumieniu art. 67 kkw jest prewencja szczególna w wersji pozytywnej, a nie ochrona społeczeństwa czy utrzymanie dyscypliny w zakładzie karnym, warto się zastanowić, w jaki sposób ustawodawca rozumie resocjalizację: jako plan minimum czy maksimum.

W literaturze przyjmuje się, że fraza „powstrzymania się od powrotu do przestępstwa” oznacza minimalny plan zmiany skazanego, mający na względzie głównie poprawę prawną (jurydyczną, polityczną) skazanego[14]. Zbigniew Hołda

---

twa określonych podmiotów w prowadzeniu „działalności resocjalizacyjnej” (art. 38 § 2) czy kierowania recydywistów penitencjarnych do zakładów karnych dla skazanych odbywających karę po raz pierwszy, jeśli przemawiają za tym „szczególne względy resocjalizacyjne” (art. 86). Ustawa o Służbie Więziennej z 1996 r. (Dz.U. Nr 61, poz. 283 z późn. zm.) wśród podstawowych zadań tej służby wymienia prowadzenie „działalności resocjalizacyjnej” wobec osób skazanych na karę pozbawienia wolności (cyt. za: B. Stańdo-Kawecka, *O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie*, „Probacja” 2010, nr 1, s. 108).

9 *Uzasadnienie rządowego projektu kodeksu karnego wykonawczego*, [w:] *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1997, s. 526 i n., cyt. za: B. Stańdo-Kawecka, *O koncepcji resocjalizacji*…, op. cit., s. 109.

10 S. Lelental, *Cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz warunki i środki jego realizacji w świetle art. 67 kkw*”, [w:] *Węzłowe problemy*…, op. cit., s. 865.

11 Idem, *Kodeks karny*…, op. cit., nb 15, s. 335.

12 Ibidem, nb 14, s. 335.

13 „W zakładzie karnym utrzymuje się dyscyplinę i porządek w celu zapewnienia bezpieczeństwa i realizacji zadań kary pozbawienia wolności, w tym ochrony społeczeństwa przed przestępczością” (art. 73 § 1 kkw). Zob. też ibidem, komentarz do art. 73, nb 4, s. 335, gdzie Stefan Lelental zauważa, że „pojęcie «zadania kary pozbawienia wolności» z art. 73 kkw jest tożsame z pojęciem «celów kary pozbawienia wolności» z art. 67 kkw”.

14 Tak T. Kalisz, *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności*, [w:] *Nowa kodyfikacja prawa karnego*, red. L. Bogunia, t. 6, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000, s. 222.

wyraził jednak pogląd, iż, pomimo że sformułowanie „powstrzymanie się od powrotu do przestępstwa" wskazuje cel minimum, to jednak cel maksimum, czyli klasyczna resocjalizacja[15], również może wynikać z tego przepisu. Na cel maksimum, według Z. Hołdy, może wskazywać użycie fraz „kształtowanie społecznie pożądanych postaw" oraz „przestrzeganie porządku prawnego", co oznacza „zdecydowanie więcej niż tylko «powstrzymanie się od powrotu do przestępstwa»"[16]. Podobnie K. Postulski interpretuje słowa „przestrzeganie porządku prawnego". Odwołuje się on do literatury wskazującej, iż „porządek prawny" to więcej niż przepisy prawa karnego, to również zakazy i nakazy wynikające z „przepisów prawa karnego sensu *largo* oraz prawa administracyjnego, cywilnego, rodzinnego, pracy, i innych gałęzi prawa"[17]. Według K. Postulskiego, tak rozumiane przestrzeganie porządku prawnego oznacza zdecydowanie więcej niż tylko „powstrzymanie się od powrotu do przestępstwa"[18].

O internalizacji konstytutywnych zasad ładu społecznego jako szczegółowym celu art. 67 kkw pisze Kazimierz Postulski, cytując Macieja Kaczmarka[19] – proces resocjalizacji z art. 67 kkw polega na „wykorzenieniu i restrukturyzacji wadliwych wartości, postaw i sposobów zachowania osadzonych, regeneracji ich tożsamości, «odzyskania twarzy», internalizacji konstytutywnych zasad ładu społecznego. Jednostka penitencjarna jest miejscem, w którym musi dokonać się proces wdrożenia osadzonego do samodzielnego podejmowania suwerennych decyzji, usamodzielnienia, gdzie ma powstać poczucie odpowiedzialności, niezależności oraz ma dokonać się krytyczna analiza dziedzictwa kulturowego osoby pozbawionej wolności oraz własnych możliwości i zdolności"[20].

Stanisław Pawela podnosi, iż w realizacji resocjalizacji podstawowym zadaniem personelu zakładu penitencjarnego powinno być „pozyskiwanie skazanego do współdziałania w eliminowaniu braków w jego dotychczasowym wychowaniu i uspołecznieniu, w uformowaniu umiejętności oraz postaw społecznie ak-

---

[15] Cel minimum resocjalizacji to taki stan osobowości więźnia, który umożliwi mu funkcjonowanie w społeczeństwie po zwolnieniu z zakładu, w sposób zgodny z normami prawnymi. Cel maksymalny z kolei to „taki stan osobowości więźnia, który umożliwi mu funkcjonowanie w społeczeństwie nie tylko w sposób nienaruszający norm prawnych, ale także w sposób respektujący wiele istotnych i ważnych dla życia społecznego norm moralnych" (H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wyd. Arche, Gdańsk 2003, s. 21), zob. też B. Pastwa-Wojciechowska, *Psychopatia – wyzwanie czy klęska resocjalizacji*, [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*, red. H. Machel, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2006, s. 128.

[16] Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wyd. Arche, Gdańsk 2007, komentarz do art. 67, nb 43, s. 312.

[17] K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, komentarz do art. 67, nb 7, s. 351 i literatura tam cytowana.

[18] Ibidem, s. 351.

[19] M. Kaczmarek, *Zakład karny jako system społeczny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2010, nr 67–68, s. 103–104.

[20] K. Postulski, *Kodeks karny*…, op.cit., komentarz do art. 67, nb 14, s. 353.

ceptowanych, w realizacji jego aspiracji i planów życiowych, pomoc w zrozumieniu granic własnej wolności i własnych uwarunkowań”[21].

Henryk Machel zauważa, że resocjalizacja penitencjarna to nie tylko „przekazanie pewnej wiedzy i zalecanie nowych stylów zachowań”, ale chodzi też o „zmianę nawyków charakterologicznych, a zwłaszcza wyeliminowanie niekorzystnych, aspołecznych i antyspołecznych postaw warunkujących aspołeczne i antyspołeczne zachowania człowieka”[22]. Podobnie uznał Krzysztof Dąbkiewicz: „powszechnie przyjmuje się jednak, że w przypadku resocjalizacji penitencjarnej chodzi o poprawę jurydyczną i poprawę moralną”[23].

Użycie sformułowań „wzbudzanie woli” w skazanym oraz „współdziałanie” ze strony skazanego może świadczyć o odrzuceniu stylu paternalistycznego wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osadzonych na rzecz stylu opiekuńczego, gdzie resocjalizacja jest ofertą dla osadzonych, ale to w zależności od ich woli i stopnia współdziałania cele te mogą zostać osiągnięte. W tym ujęciu przepisy nie traktują osadzonych paternalistycznie, czyniąc z nich jednostki bezradne i uzależnione od uzyskania pomocy ze strony zakładu karnego, ale skazanym pozwala się na aktywny udział w decydowaniu o sobie i dojrzałym kształtowaniu swojej osobowości.

W literaturze podkreślono również, że realizacja celów wykonywania kary pozbawienia wolności to proces, a nie zakończony efekt oddziaływania na skazanego[24]. Kazimierz Postulski pisze: „chęć skazanego jest jednym z pozytywnych uwarunkowań procesu zmiany, naturalnie, o ile ta chęć nie jest motywowana pragmatycznie, a szczerze, autentycznie”[25], co również może sugerować więcej niż postawę konformistyczną – wymóg internalizacji przez skazanego celów prowadzonych oddziaływań, czyli cel maksimum.

Nawet gdyby uznać poglądy poszerzające brzmienie art. 67 kkw o plan maksimum za nieprzekonujące, w doktrynie nie ma wątpliwości co do tego, że cel maksimum wynika z całościowego odczytania przepisów kodeksu karnego wykonawczego[26]. Wydaje się, iż poszerzenie celów resocjalizacji o plan mak-

---

[21] S. Pawela, *Kodeks karny*…, op. cit., komentarz do art. 67, nb. 3, s. 211.

[22] H. Machel, *Więzienie jako*…, op. cit., s. 21.

[23] K. Dąbkiewicz, *Kodeks karny wykonawczy*. *Komentarz*, LexisNexis, wyd. 2, Warszawa 2013, komentarz do art. 67, nb 6, s. 241.

[24] S. Lelental, *Kodeks karny*…, op. cit., komentarz do art. 67, nb 15, s. 335, który pisze: „o stopniu realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności w czasie odbywania przez skazanego tej kary można jedynie mówić w kategoriach probabilistycznych, tj. o prognozie zachowania skazanego po zwolnieniu go z zakładu karnego. Najważniejszym stopniem tej prognozy jest uzasadnione przekonanie, iż skazany po zwolnieniu będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni ponownie przestępstwa”.

[25] K. Postulski, *Kodeks karny*…, op. cit., komentarz do art. 67, nb 13, s. 352 i literatura tam cytowana.

[26] Zob. T. Kalisz, *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności*, [w:] *Nowa kodyfikacja prawa karnego*, red. L. Bogunia, t. 6, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000, s. 224, który pisze: „[…] całościowe odczytanie przepisów k.k.w. wskazuje nam, że w ramach przewidzia-

simum jest aprobowane przez większość polskich przedstawicieli nauki i więziennictwa[27].

Zgodnie z wypowiedziami polskich przedstawicieli nauki można uznać, że cele resocjalizacji zdecydowanie wykraczają poza plan minimalny. Definicja resocjalizacji zaproponowana przez J. Błachut, A. Gaberle i K. Krajewskiego to ponowne wychowanie sprawcy przestępstwa do „normalnego życia w społeczeństwie, niejako naprawienia błędów wcześniejszej socjalizacji, które legły u podłoża jego zachowań przestępnych"[28]. Stanisław Pawela pisze: „cele polityki penitencjarnej nie sprowadzają się tylko do przeciwdziałania recydywie przez poprawę przestępcy. Zapobieganie ponownemu wkroczeniu sprawcy na drogę przestępstw jest podstawowym zadaniem wykonywania kary pozbawienia wolności, ale oddziaływanie penitencjarne nie może się ograniczać do osiągnięcia tych wartości"[29]. Henryk Machel uznaje za uzasadniony optymizm poprawczy – resocjalizacja polega na destygmatyzacji, czyli zmianie tożsamości, która została wadliwie ukształtowana[30]. Kazimierz Pierzchała mówi o poczuciu powinności, które „jest związane z obiektywnie istniejącymi znaczeniami i wartościami, których źródłem jest społeczeństwo"[31].

Podobnie pisze Monika Marczak: „w przypadku osób skazanych mamy także do czynienia z ewidentną szkodą społeczną, wynikającą z zachowania naruszającego normę prawną. Dlatego praca psychokorekcyjna i terapeutyczna ze skazanymi w większym stopniu ma charakter socjocentryczny. Koncentruje się na tym, aby skazany po opuszczeniu zakładu karnego zachował się odpowiedzialnie i pokierował samym sobą zgodnie z powszechnie obowiązującymi normami społecznymi"[32].

---

nych rozwiązań możliwa jest także realizacja planu maksymalnego wykonywana kary pozbawienia wolności, którym jest właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie skazanego, czyli przestrzeganie nie tylko norm prawnych, ale także norm społecznych i etycznych, czyli klasyczna resocjalizacja […]"; zob. też podobnie: T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Librata, Warszawa 1998, s. 149; S. Pawela, *Kodeks karny wykonawczy. Praktyczny komentarz*, Wyd. Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 1999, komentarz do art. 67, nb. 5, s. 212, który pisze: „całościowe odczytanie przepisów kodeksu karnego wykonawczego prowadzi do wniosku, że kara pozbawienia wolności powinna zmierzać do uświadomienia sobie przez skazanego społecznej szkodliwości popełnionego przez niego czynu, utrwalenia poczucia odpowiedzialności i kształtowania społecznie pożądanych postaw".

27 Zob. np. H. Machel, *Więzienie jako*…, op. cit., passim.; T. Kalisz, *Cele wykonywania*…, op. cit., s. 217–227, T. Szymanowski, *Przemiany systemu penitencjarnego w Polsce*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 1996; W. Ambroziak, P.A. Stępnik (red.), *Służba Więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej*: *III Krajowe Sympozjum Penitencjarne*, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Gądki 2004.

28 J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Wyd. Arche, Gdańsk 2006, s. 27.

29 S. Pawela, *Kodeks karny wykonawczy*, op. cit., komentarz do art. 67, nb. 5, s. 212.

30 H. Machel, *Wprowadzenie*, [w:] *Resocjalizacyjne programy*…, op. cit., s. 18–20.

31 K. Pierzchała, *Skazani, ale nie potępieni. Poczucie powinności i odpowiedzialności u młodzieży oraz u osób pozbawionych wolności, w tym uzależnionych od alkoholu i narkotyków*, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam", Warszawa 2004, s. 60.

32 R. Breska, R. Opora, *Podsumowanie*. *Psychokorekcja zachowania osób odbywających karę pozbawienia wolności*, [w:] *Resocjalizacyjne programy*…, op. cit., s. 260.

Istnieje wiele terminów, które mogą zostać zaadaptowane do opisu resocjalizacji jako rozwoju moralnego[33], jednakże „wszystkie […] kierunki zgodnie nie tylko dostrzegają, ale akcentują i przypisują istotną funkcję takiemu mechanizmowi regulacji ludzkiego przystosowania i rozwoju psychicznego, społecznego i duchowego, który odnosi się do sfery moralnej, «dobra» i «zła» moralnego"[34]. Jak pisze Teodor Szymanowski, który wymienia wśród fundamentalnych zasad wykonywania sankcji karnych zasadę resocjalizacji jako celu kary[35], „mówiąc o wysokiej skuteczności resocjalizacyjnej więźniów, nie należy pomijać zawartych w niej wartości etycznych czy humanistycznych". Szczególnie jest to istotne w przypadku młodocianych, gdyż niektórzy z nich dopiero w trakcie skazania mogą się dowiedzieć, „że nie należy krzywdzić człowieka, bez potrzeby zadawać cierpienia zwierzęciu, lub że dobro i sprawiedliwość stanowią rzeczywiste i odwieczne ideały ludzkości"[36].

Podsumowując, wydaje się, iż zazwyczaj polska myśl resocjalizacyjna jako cel oddziaływań resocjalizacyjnych przyjmuje cel maksimum, czyli internalizację norm prawnych i społecznych. Warto również podkreślić, że polska literatura dotycząca resocjalizacji jest skupiona na korzyściach dla samego adresata oddziaływań, a jedynie pośrednio na korzyściach dla społeczeństwa, jakie ono odnosi ze skutecznej resocjalizacji. Cel ochrony społeczeństwa jest realizowany jako skutek resocjalizacji, ale nie jest podstawowym motywem podejmowanych oddziaływań. Jak pisze Mariusz Sztuka: „kształt całego ideowego i intelektualnego zaplecza towarzyszącego konceptualizacji pedagogiki resocjalizacyjnej w Polsce wyznaczał pewien typ nastawienia wobec problemów społecznych, manifestujący się postawą służby i troski wobec najsłabszych w społeczeństwie"[37].

Jak zauważa M. Sztuka, polska myśl resocjalizacyjna wyraźnie kształtowała się pod wpływem refleksji pedagogicznej, natomiast w krajach zachodnich i USA kryminologia była bardziej zorientowana praktycznie[38]. Korzenie tego specyficznie polskiego rozumienia pojęcia „resocjalizacja" M. Sztuka tłumaczy w następujący sposób: „bogata, choć względnie krótka tradycja polskiej myśli resocjali-

[33] K. Ostrowska, *Psychologia resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii*, Fraszka Edukacyjna, wyd. 1, Warszawa 2008, s. 125, która wyjaśnia, że resocjalizacja odnosząca się do sfery moralnej ma oparcie w nauce i nie powinna być mylona z nauczaniem religijnym: „ta wielość terminów jest ściśle związana z kierunkami psychologicznymi, bazującymi na określonych założeniach antropologii filozoficznej, a jednocześnie wynika z lęku badaczy, by nie zostać posądzonym o brak bezstronności naukowej i podleganie wpływom religii, która w pierwszym rzędzie zawsze była i jest źródłem wartości i norm moralnych".

[34] Ibidem.

[35] T. Szymanowski, *Przemiany systemu…*, op. cit., s. 15.

[36] Idem, *Polityka…*, op. cit., s. 185.

[37] M. Sztuka, *Pedagodzy i aktuariusze* (*odpowiedź na artykuł Barbary Stańdo-Kaweckiej, „O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie"*), „Probacja" 2011, nr 2, s. 137.

[38] Idem, *Anachronizm i aktualność. Idea resocjalizacji w sporze o nowoczesność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, wyd. 1, Kraków 2013, s. 14.

zacyjnej wyrasta z ideału opieki i pomocy wobec tych, którzy na skutek posiadanych defektów (w zakresie wyposażenia biologicznego, psychologicznego, socjalizacyjnego) nie mogą bądź nie potrafią funkcjonować w społeczeństwie w sposób, jaki czynią to osoby «pełnosprawne». O ideowym rodowodzie świadczy najdobitniej fakt, że w początkowej fazie swego istnienia pedagogika resocjalizacyjna rozwijała się głównie w ramach pedagogiki specjalnej"[39]. Jak pisze Mariusz Sztuka: „jeśli zgodzimy się, że powyższe cechy nadal w dużym stopniu charakteryzują polską pedagogikę resocjalizacyjną, to jest tak głównie dlatego, że ominęły ją wpływy tendencji, które w początku lat 70. ubiegłego wieku, pod hasłem zerwania z modelem «penalnego welfaryzmu», odcisnęły w świecie zachodnim swoje piętno na sposobie myślenia tak o celach instytucji korekcyjnej, jak i sposobach ich realizacji. Na skutek tego, rozwój teorii resocjalizacyjnej dokonywał się z pominięciem istotnego etapu, który w odniesieniu do zachodnich systemów określić można mianem epoki postmartinsonowskiej"[40].

Jednak, jak słusznie podkreśla Barbara Stańdo-Kawecka, często nawet osiągniecie celu minimum bywa problematyczne[41], a problemem jest to, iż w Polsce poza zasadniczym nurtem debaty pozostają zagadnienia – jakimi działaniami, wobec kogo i w jakich warunkach można skutecznie obniżyć poziom powrotu skazanych do przestępstwa[42]. Warto w tym kontekście zacytować raport Najwyższej Izby Kontroli, w którym zwrócono uwagę, iż programy resocjalizacyjne prowadzone w polskich zakładach karnych, mimo iż zawierają wszystkie elementy formalne, są jednak słabej jakości[43]. Na 93% ocenionych programów, w przypadku 39 stwierdzono brak prawidłowych ocen, sposobu i narzędzi pomiaru ich efektywności[44].

Barbara Stańdo-Kawecka postuluje formułowanie celów resocjalizacji w taki sposób, aby można je było realistycznie osiągnąć[45], i rozwój pozytywnie zweryfikowanych empirycznie programów, zmierzających do eliminowania potrzeb kryminogennych, tj. do zmiany tych obszarów życia i sytuacji sprawcy, które generują przestępczość[46]. Jak zauważa B. Stańdo-Kawecka, współcześnie w Europie panuje tendencja do pragmatycznego postrzegania resocjalizacji jako zorientowanej na rozwój umiejętności, a mniej na moralną poprawę sprawcy[47]. Warto

[39] Idem, *Pedagodzy i aktuariusze*…, op. cit., s. 137.

[40] Ibidem, s. 138.

[41] B. Stańdo-Kawecka, *O koncepcji resocjalizacji*, op. cit., passim.

[42] Ibidem, s. 114.

[43] Najwyższa Izba Kontroli, *Readaptacja społeczna skazanych na wieloletnie kary pozbawienia wolności*, 2014, KPB-4101-006-00/2014, Nr ewid.177/2015/P/14/044/KPB, passim.

[44] Ibidem, s. 31–35.

[45] B. Stańdo-Kawecka, *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności w krajach europejskich*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, t. 11, nr 1, passim.

[46] Eadem, *O koncepcji*…, op. cit., s. 123.

[47] Eadem, *Cele*…, op. cit., s. 300, która pisze: „jednocześnie w ostatnich latach można w Europie zauważyć tendencję do formułowania indywidualno-prewencyjnych celów wykonywania kary

jednak wziąć pod uwagę, iż rozwój wymienionych przez autorkę praktycznych umiejętności, mimo że jest niezbędny dla przyszłego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie, może być niewystarczający dla skutecznego zapobieżenia przestępczości. Można uznać, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby łączyć praktyczne umiejętności z resocjalizacją rozumianą jako oddziaływania w kierunku poprawy zachowania przestępcy. Warto też wziąć pod uwagę, iż polska kadra jest często lepiej wykształcona niż pracownicy więziennictwa w innych krajach. Być może własnie brak odpowiedniej kadry i niechęć do przeznaczania funduszy na zatrudnienie wysoko wykwalifikowanych ekspertów w więziennictwie mogą wyjaśniać lub uzasadniać zmiany w innych krajach w sposobach oddziaływań wobec osadzonych.

Mimo że pojęcie „resocjalizacja" jest różnorodnie rozumiane na świecie, idea została wyeksponowana w prawie międzynarodowym. *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* w art. 10 ust. 3 stanowi m.in.: „system penitencjarny obejmować będzie traktowanie więźniów, którego zasadniczym celem będzie ich poprawa i rehabilitacja społeczna", a Reguła 102.1 *Europejskich Reguł Więziennych* z 2006 r. mówi: „obok reguł, które stosują się do wszystkich więźniów, reżim dla więźniów skazanych ma na celu uczynienie ich zdolnymi do życia odpowiedzialnego i wolnego od przestępstw". *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* nie określa, czy resocjalizacja obejmuje jedynie podporządkowanie się normom prawa, czy jej celem jest również umożliwienie osadzonemu dokonania wewnętrznej przemiany. Wydaje się jednak, że *Europejskie Reguły Więzienne* również postulują realizację celu maksimum ze względu na użyte sformułowanie „uczynić ich zdolnymi do życia odpowiedzialnego".

Podsumowując, prewencja szczególna, a konkretnie – klasyczna resocjalizacja (cel maksimum) – jest podstawowym celem wykonywania kary pozbawienia wolności w Polsce, jak wskazuje analiza treści przepisów kodeksu karnego wykonawczego. Przekonanie, że resocjalizacja jest i powinna być podstawowym celem wykonywania kary pozbawienia wolności, przeważa również w doktrynie. W polskim systemie penitencjarnym prowadzenie terapii uzależnienia jest częścią procesu resocjalizacji.

---

pozbawienia wolności w znacznie skromniejszy i bardziej realistyczny sposób, niż miało to miejsce w okresie rozkwitu ideologii resocjalizacji. Resocjalizacja rozumiana jako moralna poprawa przestępcy przez korygowanie jego osobowości w trakcie odbywania kary obecnie ustępuje miejsca resocjalizacji skoncentrowanej wokół rozwoju umiejętności poznawczych i społecznych, które ułatwią skazanym reintegrację społeczną po opuszczeniu zakładu karnego. Proponowane środki oddziaływania, w zależności od indywidualnych deficytów skazanych, obejmują m.in. trening gospodarowania pieniędzmi, zachowania się w pracy, spędzania czasu wolnego, rozwiązywania sytuacji konfliktowych oraz kształtowania pozytywnych relacji międzyludzkich w rodzinie, grupach sąsiedzkich i koleżeńskich. Liczne programy realizowane w trakcie odbywania kary zmierzają do rozwoju podstawowych umiejętności życiowych, takich jak: wypełnienie deklaracji podatkowej, napisanie życiorysu, przeprowadzenie rozmowy o pracę czy obsługa pralki automatycznej".

3.2. Podstawa prawna oddziaływań terapeutycznych prowadzonych w zakładach karnych w Polsce

Realizując cele wykonywania kary pozbawienia wolności, polski system penitencjarny ukierunkowany jest na prowadzenie terapii uzależnienia, co jest odzwierciedlone szeroko w przepisach prawa karnego wykonawczego. Zgodnie z art. 67 § 3 kkw środki terapeutyczne zostały zaliczone do zasadniczych sposobów w postępowaniu ze skazanymi[48]. Oddziaływania terapeutyczne prowadzone w polskich zakładach karnych realizowane są na podstawie kodeksu karnego wykonawczego w ramach systemu terapeutycznego. Zgodnie z art. 81 kkw karę pozbawienia wolności wykonuje się w trzech systemach, w tym może być ona wykonywana w systemie terapeutycznym[49]. W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej. W systemie terapeutycznym odbywają karę również skazani, o których mowa w art. 95 § 1 kk, oraz jeżeli przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze, w oddziale terapeutycznym mogą odbywać karę także inni skazani, za ich zgodą (art. 96 kkw § 1–3)[50].

Zgodnie z art. 96 § 4 kkw „karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji". Jak wyjaśnia Teodor Szymanowski, określenie „przede wszystkim" należy rozumieć tak, że może się to odnosić do kontynuowania terapii w zakładzie karnym innego rodzaju (np. w zespołach AA), rozpoczętej w specjalnym oddziale[51].

---

[48] Art. 67 § 3 kkw: „W oddziaływaniu na skazanych, przy poszanowaniu ich praw i wymaganiu wypełniania przez nich obowiązków, uwzględnia się przede wszystkim pracę, zwłaszcza sprzyjającą zdobywaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz środki terapeutyczne".

[49] Art. 81 kkw: „Karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie:1) programowanego oddziaływania, 2) terapeutycznym, 3) zwykłym".

[50] Art. 96 § 1: „W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej. § 2. W systemie terapeutycznym odbywają karę również skazani, o których mowa w art. 95 § 1 Kodeksu karnego. § 3. Jeżeli przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze, w oddziale terapeutycznym mogą odbywać karę także inni skazani, za ich zgodą […]".

[51] T. Szymanowski, *Prawne podstawy stosowania systemu terapeutycznego wobec skazanych*, referat wygłoszony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy sytemu terapeutycznego", Ośrodek Doskonalenia Kadr Służby Więziennej, Zakopane, 29–31 października 2007, s. 6.

Zgodnie z § 9 pkt 1–2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r.[52] „karę pozbawienia wolności wobec osób uzależnionych wykonuje się w systemie terapeutycznym, w oddziałach terapeutycznych lub w oddziałach ogólnych, jeśli uczestniczą w programach leczenia substytucyjnego. Do oddziałów terapeutycznych kieruje się skazane osoby uzależnione, niewymagające leczenia detoksykacyjnego, ale wymagające terapeutycznych metod oddziaływania, w tym specjalistycznego oddziaływania psychologicznego".

Rezygnując z definicji systemu terapeutycznego, określono szczegółowe cele wykonywania kary wobec skazanego w systemie terapeutycznym. W art. 97 § 1 kkw wymieniono je, wskazując na: potrzebę zapobiegania pogłębiania się nieprawidłowych cech osobowości, przywracanie równowagi psychicznej, kształtowanie umiejętności współżycia społecznego i przygotowanie do samodzielnego życia[53]. W art. 97 § 2 kkw przewidziano dostosowanie wykonywania kary w systemie terapeutycznym do potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higienicznosanitarnych[54]. Jak wyjaśnia Teodor Szymanowski, pojęcie dostosowania wykonania kary do potrzeb „w zakresie leczenia" należy rozumieć szeroko i w tym zakresie mogą się mieścić różne formy np. psychoterapii[55].

Decyzja o zastosowaniu leczenia może zostać wydana w trybie art. 62 kk lub art. 117 kkw. Zgodnie z art. 62 kk, orzekając karę pozbawienia wolności, sąd może określić rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbywać karę, a także orzec system terapeutyczny jej wykonania. Z kolei art. 117 kkw stanowi, że skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie jej braku – o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny. W 2012 r. terapię nałożono decyzją sądu na podstawie art. 62 kk w 66 przypadkach, a przymuszonych do terapii na podstawie art. 117 kkw zostało 65 osadzonych[56].

---

[52] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. 2007, Nr 5, poz. 40).

[53] Art. 97 § 1 kkw: „Wykonując karę w systemie terapeutycznym, uwzględnia się w postępowaniu ze skazanymi w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia".

[54] Art. 97 § 2 kkw: „Wykonywanie kary dostosowuje się do potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higienicznosanitarnych. Jeżeli względy zdrowotne tego wymagają, organizuje się zatrudnienie w warunkach pracy chronionej".

[55] T. Szymanowski, *Prawne podstawy stosowania systemu terapeutycznego wobec skazanych*, referat wygłoszony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy sytemu terapeutycznego", Ośrodek Doskonalenia Kadr Służby Więziennej, Zakopane, 29–31 października 2007, s. 6.

[56] A. Malczewski, et al, *National Report 2013. Poland: new developments, trends and in-depth information on selected issues*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2013, s. 146–147.

W porównaniu do lat poprzednich, liczba osadzonych zobowiązanych do terapii uległa zmniejszeniu o 4,4%[57].

Zgodnie z § 77.1–2 Zarządzenia Nr 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych, skazanego wykazującego objawy uzależnienia od alkoholu i od środków odurzających lub psychotropowych kieruje się do oddziału dla skazanych uzależnionych od alkoholu, wyłącznie w przypadku, jeżeli uzależnienie od alkoholu ma charakter pierwotny i dominujący. W pozostałych przypadkach, skazanego kieruje się do oddziału dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych.

Na podstawie § 75.1 Zarządzenia Nr 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24 lutego 2004 r. do oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych w pierwszej kolejności przyjmuje się: 1) skazanych uzależnionych, wobec których sąd orzekł, w trybie art. 62 kodeksu karnego, system terapeutyczny wykonania kary pozbawienia wolności; 2) skazanych uzależnionych, którzy wymagają dokończenia rozpoczętej terapii, po przerwie w terapii, spowodowanej w szczególności udziałem w czynnościach procesowych lub stanem zdrowia skazanego. Pozostałych skazanych uzależnionych przyjmuje się do oddziału terapeutycznego w kolejności zgłoszeń.

W przypadku osób, które mimo skierowania na oddział odmawiają uczestnictwa w terapii uzależnienia od narkotyków, istnieje procedura umożliwiająca skrócenie pobytu. Na podstawie § 68.3 Zarządzenia Nr 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24 lutego 2004 r., w przypadku braku efektów terapii czas pobytu skazanego w oddziale terapeutycznym może zostać skrócony, jednak nie więcej niż o ⅓ określonego w programie oddziału czasu trwania terapii.

3.3. Formy oddziaływań terapeutycznych realizowanych na oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków w polskich zakładach karnych

Więziennictwo, realizując wyżej wymienione przepisy prawne, oferuje oddziaływania terapeutyczne w zakładach karnych. W polskich zakładach karnych są one realizowane na oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków. Zadania oddziałów terapeutycznych określone zostały w paragrafie 10 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r.[58] Należy do nich prowa-

[57] Ibidem, s. 147.

[58] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. 2007, Nr 5, poz. 40).

dzenie badań psychologicznych osób uzależnionych, przygotowanie osób uzależnionych do udziału w procesie terapii, kształtowanie u osób uzależnionych motywacji do powstrzymywania się od używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, prowadzenie psychoterapii indywidualnej i grupowej osób uzależnionych, przekazywanie osobom uzależnionym wiedzy dotyczącej szkód mogących powstać w przypadku powrotu do używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, rozwijanie umiejętności współżycia społecznego i przygotowywanie osób uzależnionych do samodzielnego życia, ułatwianie osobom uzależnionym kształcenia zawodowego i pracy zarobkowej oraz udzielanie im pomocy po zwolnieniu z zakładu.

Liczba oddziałów terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków z roku na rok wzrasta i coraz więcej osób ma możliwość skorzystania z terapii. W 2019 r. terapia skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych prowadzona była w 17 oddziałach terapeutycznych przeznaczonych dla tej kategorii skazanych.

Tabela 2. Położenie, pojemność i przeznaczenie oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych według stanu na 2021 r.

Lp.	Oddział	Przeznaczenie	Pojemność oddziału
1.	Brzeg ZK	R	**56**
2.	Elbląg AŚ	R	**39**
3.	Lubliniec OZ (Herby ZK)	P, M, R; P, M, R (kobiety)	**36**
4.	Łowicz ZK	R	**42**
5.	Kielce AŚ	R	**38**
6.	Kłodzko ZK	R	**26**
7.	Krzywaniec ZK	R	**34**
8.	Nowogard ZK	R	**47**
9.	Przemyśl ZK	M, P	**30**
10.	Rawicz ZK	M-1/t, P-1/t	**50**
11.	Rzeszów ZK	R-1/t, R-2/t	**41**
12.	Suwałki AŚ	M-2/t, P-2/t	**16**
13.	Warszawa-Służewiec AŚ	P, M-1/t; P, M-2/t	**36**
14.	Wierzchowo ZK	M-1/t, P-1/t	**40**
15.	Włocławek ZK	P, M-1/t; P, M-2/t	**40**
16.	Wrocław ZK nr 1	M-1/t, P-1/t	**50**
17.	Wronki ZK	R-1/t	**36**
Ogółem:			**657**

M – skazani młodociani
P – skazani dorośli odbywający karę pozbawienia wolności po raz pierwszy
R – skazani recydywiści

Źródło: Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.

Mała liczba oddziałów terapeutycznych powoduje, iż osoby w nich umieszczone są oddalone od miejsca zamieszkania, co utrudnia kontakty z rodziną i znajomymi. Wybór jest ograniczony szczególnie w przypadku uzależnionych kobiet odbywających karę pozbawienia wolności (jedyny oddział dla kobiet znajduje się w Zakładzie Karnym w Lublińcu). Jednakże liczba oddziałów terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków oraz liczba skazanych objętych terapią z roku na rok wzrasta. System terapeutyczny powiększa się i rozwija ilościowo.

Służba Więzienna przyznała, że zapotrzebowanie na terapię jest tak duże, że każda większa jednostka penitencjarna powinna dysponować własnym oddziałem terapeutycznym przeznaczonym dla osób uzależnionych od środków chemicznych[59]. Po 2006 r. liczba skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, oczekujących na przyjęcie do oddziałów terapeutycznych, zaczęła systematycznie spadać, a później znowu wzrastać. Pod koniec 2019 r. na przyjęcie do oddziałów terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych oczekiwało 1417 skazanych[60].

Od 2006 r. systematycznie spadał średni czas oczekiwania skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych na przyjęcie do oddziałów terapeutycznych, (w 2002 r. było to 6 miesiecy, w 2006 – 14, a w 2011 – 8), a następnie stopniowo się zwiększał, osiągając ponownie długi okres 12 miesięcy w 2019 r.[61] Średni czas oczekiwania skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych na przyjęcie do oddziałów terapeutycznych w 2019 r. wynosił ok. 12 miesięcy[62].

Wśród osadzonych przyjętych na oddziały terapeutyczne w 2019 r. 709 osób było poddanych terapii po raz pierwszy, 334 osoby odbywały już terapię poza zakładem karnym, a 218 osób – w zakładzie karnym[63]. Również w poprzednich latach dominowały osoby poddane terapii po raz pierwszy[64].

W 2019 r. wśród skazanych przyjętych do terapii stwierdzono uzależnienie od różnych substancji – szczegółowe dane zawarto w tabeli 3.

W tej grupie skazanych było ponadto 1005 uzależnionych od nikotyny[65]. Powyższe dane są podobne do danych zebranych w latach poprzednich[66].

Oddział terapeutyczny to wydzielona część zakładu karnego, gdzie stworzone są specjalne warunki do prowadzenia rehabilitacji. Obowiązują tam inne reguły i normy zachowania[67] niż na pozostałych oddziałach. Oddziały terapeu-

---

59 *Analiza funkcjonowania*…, op. cit., s. 11.

60 Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.

61 Ibidem.

62 Ibidem.

63 Ibidem.

64 A. Malczewski, et al., *National Report 2013. Poland*: *new developments*…, op. cit., s. 148.

65 Ibidem.

66 Informacja na temat funkcjonowania…, op. cit., s. 7.

67 A. Majcherczyk, *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*. Część II: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wyd. Akadem. Żak, Warszawa 2009, s. 208.

tyczne wyposażone są odpowiednio do potrzeb prowadzenia terapii zajęciowej. Standardem i wystrojem przewyższają one zwykle oddziały[68]. Dominuje na nich personel rehabilitacyjny[69]. Terapia dla uzależnionych od narkotyków na oddziale terapeutycznym trwa 6 miesięcy i może zostać skrócona lub wydłużona o ⅓. Jak się podkreśla, jest to okres zbyt krótki w porównaniu z okresem terapii w większości innych krajów[70]. W ramach programów terapeutycznych prowadzi się nie tylko psychoterapię uzależnienia, ale również rehabilitację, resocjalizację i reintegrację społeczną skazanych uzależnionych[71].

Tabela 3. Uzależnieni – według substancji – przyjęci do oddziałów terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, stan na 2019 r.

Opiaty	**67**
kannabinole	91
leki uspokajające	17
kokaina	17
inne stymulanty	306
halucynogeny	5
Lotne rozpuszczalniki	5
inne	32
politoksykomania	709

Źródło: Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.

Terapia uzależnienia w zakładach karnych prowadzona jest na podstawie tego samego modelu, co terapie wolnościowe[72]. W części oddziałów terapeutycznych wobec osadzonych uzależnionych od środków odurzających realizowane są autorskie programy, w których stosuje się m.in. terapię indywidualną i grupową oraz edukację. Terapeuci zatrudnieni w zakładach karnych kończą te same kursy certyfikacyjne, co terapeuci prowadzący terapie wolnościowe[73]. W celu przybliżenia, jak wyglądają programy realizowane na oddziałach terapeutycznych na terenie Polski, warto posłużyć się przykładami. W tym celu wybrano i zaprezentowano trzy programy: realizowany wobec skazanych młodocianych i skazanych po raz pierwszy, wobec recydywistów oraz program stosowany wobec kobiet.

Program terapeutyczny przeznaczony dla skazanych młodocianych i skazanych po raz pierwszy jest realizowany m.in. w Areszcie Śledczym Warszawa-

[68] Ibidem.
[69] Ibidem, s. 211.
[70] Idem, *Specyfika terapii…*, op. cit., s. 339.
[71] Informacja na temat funkcjonowania…, op. cit., s. 1; Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.
[72] A. Majcherczyk, *Specyfika terapii…*, op. cit., s. 340.
[73] Ibidem, s. 339.

Służewiec. Program ten zakłada zdolność pacjenta do funkcjonowania w grupie terapeutycznej oraz dokonania wglądu w psychologiczne mechanizmy uzależnienia. W ramach programu terapeutycznego w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec stosowane działania psychokorekcyjne oparte są o koncepcję Jerzego Mellibrudy[74]. Nie stosuje się środków farmakologicznych[75]. Terapia zakłada pracę nad motywacją, informacje na temat uzależnienia i zakażenia HIV, pracę nad nawrotami i umiejętnościami społecznymi[76]. Nacisk położony jest na psychoterapię grupową[77]. Na oddziale oprócz psychoterapii prowadzona jest psychoterapia indywidualna, realizacja indywidualnych programów terapeutycznych[78], spotkania grupowe, społeczność terapeutyczna, edukacja medyczna, oddziaływania wychowawcze, zajęcia kulturalno-oświatowe, kontakty z rodziną i pomoc postpenitencjarna[79].

Podobnie jak w Areszcie Śledczym Warszawa Służewiec, w Zakładzie Karnym w Rzeszowie dla recydywistów w ramach realizowania systemów wykonywania kary pozbawienia wolności prowadzi się indywidualne oraz zbiorowe oddziaływania terapeutyczne i resocjalizacyjne[80]. Leczenie również jest oparte na koncepcji Jerzego Mellibrudy i zakłada budowanie motywacji do trzeźwego życia, utrzymywanie abstynencji i zmiany zachowania[81]. W trakcie terapii uczestnicy nabywają wiedzę dotyczącą uzależnienia od narkotyków, zachowań służących trzeźwieniu, życia z HIV, a także zostają zaznajomieni z ofertą placówek umożliwiających kontynuację trzeźwienia po opuszczeniu zakładu karnego[82].

Program terapeutyczny na oddziale dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych wobec uzależnionych kobiet realizowany jest wyłącznie w Zakładzie Karnym w Lublińcu. W ramach programu prowadzone są zajęcia z psychoedukacji, zajęcia terapii grupowej, zajęcia poświęcone rozpoznawaniu i nazywaniu przeżywanych emocji, trening zachowań służących zdrowieniu, terapia indywidualna[83]. Osadzone mają ponadto zapewnioną możliwość kontaktu z przedstawicielem „Monaru".

---

[74] *Program Działu Terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec*, s. 2.

[75] Ibidem.

[76] Ibidem.

[77] Ibidem, s. 8.

[78] Badając wiedzę odnośnie do planów oddziaływań terapeutycznych (indywidualnych programów terapeutycznych) osadzonych odbywających karę na oddziałach dla użytkowników narkotyków, Heino Stöver odnotował, że jedynie 29,9% respondentów stwierdziło, że taki plan jest wobec nich realizowany, zob. H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., s. 240.

[79] *Program Działu Terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec*, s. 8–12.

[80] *Program terapii skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych", Zakład Karny w Rzeszowie*, kwiecień 2003, s. 9.

[81] Ibidem.

[82] Ibidem, s. 2.

[83] Informacja pisemna na temat prowadzonego programu terapeutycznego uzyskana z Zakładu Karnego w Lublińcu.

Przytoczone powyżej trzy przykłady programów terapeutycznych realizowanych wobec skazanych młodocianych i skazanych po raz pierwszy, wobec recydywistów oraz wobec skazanych kobiet wskazują w miarę urozmaiconą ofertę, uwzględniają współczesną wiedzę z obszaru terapii uzależnień i są dostosowane do pracy z osadzonymi.

Zgodnie z dokumentem *Analiza funkcjonowania więziennego systemu terapii skazanych uzależnionych* wydanym przez Biuro Penitencjarne Centralnego Zarządu Służby Więziennej, oddziały terapeutyczne w Polsce osiągają bardzo dobre wyniki. Więziennictwo podaje, że z roku na rok inwestycje w tworzenie nowych oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych przynoszą zakładane efekty i liczba skazanych przyjmowanych na oddziały terapeutyczne i kończących terapie systematycznie i zgodnie z oczekiwaniami rośnie[84]. Jak wskazano w dokumencie, korzystne trendy odnotowano w zakresie praktycznie wszystkich mierzalnych wskaźników efektywności systemu, monitorowanych przez Biuro Penitencjarne[85]. Podstawowym wskaźnikiem efektywności systemu jest liczba skazanych kończących programy terapeutyczne w przeliczeniu na jeden etat „terapeutyczny". Wskaźnik ten ma trend wzrostowy[86]. Operowanie ukończeniem kursu w warunkach więziennych jako wskaźnikiem efektywności budzi jednak zastrzeżenia. Liczba skazanych, którym przedłużano terapie, i czas trwania przedłużeń w oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków znacząco spadły[87]. Populacja osób, którym nie udaje się ukończyć terapii, jest bardzo niska. Nawet ponad 90% osób objętych terapią kończy programy terapeutyczne, co jest niezwykle wysokim odsetkiem w porównaniu do programów wolnościowych[88]. Najważniejszą przyczyną nieukończenia terapii były sądowe nakazy przetransportowania w związku z toczącym się postępowaniem w innej sprawie[89]. Widać więc wyraźnie konieczność podjęcia działań w celu zapobiegnięcia sytuacji, gdy terapia uzależnienia jest przerywana ze względu na potrzebę przetransportowania, szczególnie gdy przynosi ona efekty.

Terapia w oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków jest oparta na programach poznawczo-behawioralnych, wobec czego jej jakość jest kontrolowana przez ewaluacje samego procesu terapii oraz ewaluacje efektów terapii[90]. Ewaluacja efektów terapii w postaci badań empirycznych nie jest wymagana od praktyków, powinni oni jednak wypracować jakąś procedurę ewaluacji wyników, polegającą – przykładowo – na śledzeniu dalszych losów absol-

[84] *Analiza funkcjonowania więziennego…*, op. cit., s. 7.
[85] Ibidem, s. 7.
[86] Ibidem, s. 8.
[87] Ibidem, s. 7.
[88] Należy tu jednak zaznaczyć, że porównywanie liczby osadzonych uczestników kończących terapię z liczbą uczestników terapii wolnościowych wydaje się być nie do końca uzasadnione ze względu na przymusowy charakter odbywania kary pozbawienia wolności.
[89] *Analiza funkcjonowania więziennego…*, op. cit., s. 6.
[90] Ibidem, s. 26.

wentów, analizie informacji zwrotnych absolwentów i ich rodzin, analizie zachowania skazanych oraz porównywaniu wyników badań narzędziami diagnozy psychologicznej przeprowadzanymi przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu, oraz ewentualnie po raz trzeci – z odroczeniem czasowym[91]. W Zakładzie Karnym w Rzeszowie jako wskaźniki efektywności terapii przyjmuje się zachowanie abstynencji, zmniejszenie ilości przyjmowanych środków odurzających, kontynuację leczenia oraz subiektywne poczucie poprawy jakości życia w różnych jego sferach[92]. Badanie skuteczności oddziaływań terapeutycznych odbywa się poprzez przeanalizowanie odpowiedzi z anonimowych ankiet przesyłanych do absolwentów przebywających na wolności, którzy wyrazili na to zgodę[93].

Warto w tym kontekście przytoczyć wspomniany wcześniej raport Najwyższej Izby Kontroli, w ramach którego zlecono przeprowadzenie badania Fundacji „Sławek" wśród 101 byłych skazanych użytkowników[94]. Z badania wynikło, iż aż 75% badanych osób nie powróciło do nałogu alkoholowego lub narkotykowego po opuszczeniu zakładu karnego. Z drugiej jednak strony, 53% ankietowanych, którzy przeszli terapię uzależnień w określonych jednostkach penitencjarnych, nie kontynuowało leczenia w zakresie uzależnienia po opuszczeniu zakładu karnego.

Nie wszyscy osadzeni, którzy wymagają terapii, są nią objęci. W badaniach z 2002 r. Teodor Szymanowski ustalił, że 54,8% spośród skazanych uzależnionych od narkotyków było poddanych terapii[95]. Autor konkluduje, iż dane te świadczą o wyraźnym postępie w dostępności terapii uzależnienia dla osadzonych, do jakiego doszło w systemie penitencjarnym po roku 1989[96]. W 2006 r. Andrzej Majcherczyk oszacował, że spośród osadzonych ok. 60–80% ma w różnym stopniu nasilone problemy związane z używaniem substancji chemicznych, a programami profilaktyki i terapii uzależnień obejmuje się najwyżej 20% osadzonych[97].

Problem braku miejsc na więziennych oddziałach terapeutycznych wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych w polskich zakładach karnych próbowano rozwiązać, wdrażając krótkie interwencje polegające na doraźnej pomocy terapeutycznej uzależnionym osadzonym, szczególnie tym o krótkich wyrokach[98]. W 2019 r. z krótkich interwencji skorzystało 1631 osadzonych[99].

---

91 *Analiza funkcjonowania więziennego…*, op. cit., s. 27–28.

92 *Program terapii skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych*, Zakład Karny w Rzeszowie, kwiecień 2003, s. 11.

93 Ibidem, s. 10.

94 Najwyższa Izba Kontroli, *Readaptacja społeczna skazanych na wieloletnie kary pozbawienia wolności*, 2014, KPB-4101-006-00/2014, Nr ewid.177/2015/P/14/044/KPB, s. 49.

95 T. Szymanowski, *Polityka karna…*, op. cit., s. 201.

96 Ibidem.

97 A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2006, nr 52–53, s. 33.

98 A. Majcherczyk, T. Głowik, *Krótkie interwencje wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2011, nr 70, s. 111–138.

99 Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.

Polityka wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych powinna objąć zasięgiem zarówno okres poprzedzający opuszczenie zakładu karnego, jak i pomoc postterapeutyczną (zob. art. 166 § 1 kkw)[100]. Pomoc postterapeutyczna to działalność podejmowana przez państwo, jak i przez społeczeństwo, której celem jest szeroko rozumiane wsparcie osób opuszczających zakład karny, które odbyły terapię uzależnienia. Celem tej pomocy jest utrwalenie wyników terapii uzależnienia i tym samym zapobieganie powrotowi do przestępstwa. Bez odpowiedniej pomocy postterapeutycznej skazani mogą wrócić do pierwotnych wzorców zachowań, znaleźć wsparcie w znanym sobie środowisku przestępczym i w efekcie powrócić do przestępczego trybu życia.

Pomoc postterapeutyczna jest formą pomocy postpenitencjarnej. Teodor Szymanowski wśród podmiotów, które w Polsce świadczą pomoc postpenitencjarną osobom pozbawionym wolności, zwalnianym z zakładów karnych i ich rodzinom, wymienia: organy państwowe działające w resorcie sprawiedliwości, organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe oraz kościół i związki wyznaniowe[101]. Wśród organów pozarządowych, które współdziałają w społecznej readaptacji skazanych i świadczeniu pomocy postpenitencjarnej, art. 38 kkw wymienia stowarzyszenia, fundacje, organizacje oraz instytucje[102], do zadań których należy m.in. pomoc zwolnionym w rozwiązywaniu problemów związanych ze znalezieniem mieszkania i pracy, zdobyciem środków utrzymania, dożywianie, kontynuacja terapii i rehabilitacji. W ocenie Teodora Szymanowskiego możliwości aktywności obywatelskiej mogłyby być lepiej wykorzystywane. Jako przyczyny słabego zainteresowania społeczeństwa losem osób opuszczających zakład karny autor wymienia niedostatek materialny społeczeństwa, wyrosłe z komunizmu postawy konsumpcyjne i egoistyczne oraz negatywne nastawienie społeczeństwa do byłych przestępców[103].

System terapeutyczny jest z założenia systemem przejściowym, który jest stosowany tylko do czasu, kiedy osadzony nie wymaga już oddziaływań terapeutycznych. Zgodnie z art. 97 § 3 kkw[104], skazanych, którzy nie wymagają już od-

[100] Art. 166 § 1 kkw: „Zwalnianym skazanym, mającym trudności w znalezieniu zatrudnienia, zakwaterowania oraz otrzymania niezbędnej pomocy lekarskiej, właściwe organy lub instytucje udzielają niezbędnej doraźnej pomocy".

[101] T. Szymanowski, *Polityka karna…*, op. cit., s. 243.

[102] Art. 38 § 1 kkw: „W wykonywaniu kar, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych, w szczególności związanych z pozbawieniem wolności, mogą współdziałać stowarzyszenia, fundacje, organizacje oraz instytucje, których celem działania jest realizacja zadań określonych w niniejszym rozdziale, jak również kościoły i inne związki wyznaniowe oraz osoby godne zaufania. § 2 podmioty, o których mowa w § 1, mogą w porozumieniu z dyrektorem zakładu karnego lub aresztu śledczego uczestniczyć w prowadzeniu działalności resocjalizacyjnej, społecznej, kulturalnej, oświatowej, sportowej i religijnej w tych zakładach lub aresztach".

[103] T. Szymanowski, *Polityka karna…*, op. cit., s. 245.

[104] Art. 97 § 3 kkw: „Skazanych, którzy nie wymagają już oddziaływania specjalistycznego, o którym mowa w art. 96 kkw, przenosi się do odpowiedniego systemu wykonywania kary".

działywania specjalistycznego, przenosi się do innego systemu wykonywania kary: zwykłego lub programowanego oddziaływania. Osadzeni opuszczający oddział terapeutyczny wracają więc na swój poprzedni oddział, gdzie powinny być z nimi prowadzone dalsze oddziaływania mające na celu utrzymanie efektów terapii.

Wydaje się jednak, że największym problemem polskich oddziałów terapeutycznych jest fakt, że osadzeni, powracając po odbyciu terapii na oddział, na którym rozpoczęli odbywanie kary, są pozostawiani sami sobie. Terapeuci przekazują jedynie rekomendacje dotyczące uczestników, co do których nie ma pewności, czy są one wprowadzane w życie. Podobnie jest w sytuacji, gdy absolwent terapii opuszcza zakład karny. Te osoby otrzymują jedynie informacje z adresami organizacji, które pomagają osobom uzależnionym w ich miejscu zamieszkania. Taka pomoc postterapeutyczna w stosunku do osób używających narkotyków wydaje się być niewystarczająca. Na gruncie polskim dla użytkowników opuszczających zakład karny kontynuacja terapii w gabinetach komercyjnych jest często nieosiągalna ze względów finansowych. Pomocy mogą jednak szukać w różnego rodzaju poradniach oraz grupach samopomocowych. Grupy te funkcjonują również w zakładach karnych. W 2019 r. aktywnych było 191 grup Anonimowych Alkoholików oraz 33 grupy Anonimowych Narkomanów, z których wsparcia korzystało około 3000 osadzonych[105].

Zgodnie z art. 164 § 1 kkw przygotowanie skazanego do życia po zwolnieniu prowadzone jest w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary[106]. Okres ten ustala, za zgodą skazanego, komisja penitencjarna. W praktyce przygotowywanie do zwolnienia nie jest prowadzone wobec wszystkich osadzonych[107]. Nie stosuje się tych oddziaływań w stosunku do osadzonych, którzy wykazują umiejętność radzenia sobie ze swoimi problemami, mają wysoki poziom samodzielności i ugruntowaną sytuację osobistą[108].

Wart podkreślenia jest fakt, iż w Polsce programy terapeutyczne mogą być rozwijane stabilnie i długofalowo, gdyż są oparte na istniejących strukturach

[105] Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.

[106] Funkcjonowanie przygotowania skazanego do życia po zwolnieniu użytkowników narkotyków w polskich zakładach karnych analizował Heino Stöver, który badał wiedzę osadzonych na temat przygotowywania ich do zwolnienia przez personel zakładu karnego. Ponad połowa respondentów (56,6%) uważała, że nie jest wobec nich prowadzone przygotowywanie do zwolnienia, a nie wiedziało, czy są przygotowywani, aż 32,3% respondentów, zob. H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum…*, op. cit., s. 240. Wykazana w badaniach niewiedza osadzonych na temat przygotowywania ich do zwolnienia może wynikać z faktu, iż duży odsetek badanych odbywał wysokie kary pozbawienia wolności (prawie połowa respondentów odbywała karę pozbawienia wolności powyżej 5 lat), jednocześnie prawie połowa respondentów to osoby, które przebywały w zakładzie od roku do 3 lat. Respondenci mogli więc jeszcze nie osiągnąć etapu, kiedy to oddziaływanie mogłoby być prowadzone wobec nich zgodnie z prawem.

[107] W. Liszke, *Przygotowanie skazanego do życia po zwolnieniu z zakładu karnego przez kuratora sądowego*, „Probacja" 2009, nr 3-4, s. 115–116.

[108] Ibidem.

i mają stałe źródła finansowania[109]. Tymczasem w innych krajach programy często prowadzone są przez różne zmieniające się podmioty zewnętrzne i uzależnione od zmiennych źródeł finansowania[110]. Jak istotne jest prowadzenie i finansowanie terapii uzależnienia przez system penitencjarny, może świadczyć przykład Holandii, gdzie odnotowano, że zewnętrzne organizacje prowadzące terapie uzależnienia, jeżeli nie były finansowane bezpośrednio przez system penitencjarny, umieszczały osadzonych bądź byłych osadzonych na końcu list oczekujących na podjęcie terapii[111].

Jak podaje A. Majcherczyk, w Polsce programy prowadzone są wyłącznie przez wysoko wykwalifikowanych psychologów, tymczasem w innych krajach psycholog jest rzadko spotykanym ekspertem, a resocjalizację prowadzą wychowawcy[112]. Rozwój terapii uzależnienia w polskim systemie penitencjarnym na taką skalę był możliwy dzięki polskiemu systemowi kształcenia, który sprawił, że obecnie mamy dobrze wykształconą kadrę terapeutyczną[113]. Jest to niespotykane w żadnym innym kraju[114]. Mimo że podobna sytuacja występuje również w USA, to jednak tam nie dominuje, tak jak w Polsce[115].

Mimo *że* polska kadra jest obecnie dobrze przygotowana i profesjonalna, w wyniku nadmiaru pracy szybko „wypala się" zawodowo[116]. Zbiurokratyzowanie programów sprawia, *że* pracownikom brakuje czasu na wypełnianie istotniejszych zadań[117]. Zgodnie z tym, co pisze Andrzej Majcherczyk, problemem jest też nadmiar legislacji i rządowych programów, niedostatek środków finansowych przeznaczonych na te programy, a niektóre z programów powinny być domeną innych podmiotów[118].

W praktyce penitencjarnej wśród osób uzależnionych, które popadły w konflikt z prawem, wyróżniono dwie grupy: tych, którzy dokonali przestępstwa na skutek degradacji będącej skutkiem uzależnienia (uzależnienie jest pierwotne wobec przestępczej działalności), oraz tych, którzy się uzależnili w trakcie swojej przestępczej kariery (uzależnienie jest u nich wtórne w stosunku do przestępstwa)[119].

W ostatnich latach w populacji skazanych odbywających karę pozbawienia wolności na oddziałach dla uzależnionych od narkotyków doszło do radykalnych

---

[109] K. Dubiel, A. Majcherczyk, *Polski system terapii*…, op. cit., s. 71.

[110] Ibidem.

[111] *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison*, UNODC, Treatnet – International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres, s. 62.

[112] A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji*…, op. cit., s. 35.

[113] Idem, *Funkcjonowanie więziennego*…, op. cit., s. 214.

[114] Ibidem.

[115] Ibidem.

[116] Idem, *Programy resocjalizacji*…, op. cit., s. 33.

[117] Ibidem, s. 42; zob. też H. Machel, *Wprowadzenie*, [w:] *Resocjalizacyjne programy*…, op. cit., s. 17, który pisze o problemie nadmiernie zbiurokratyzowanej organizacji pracy personelu wychowawczego.

[118] A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji*…, op. cit., s. 40.

[119] T. Głowik, *Problematyka narkomanii*…, op. cit., s. 8.

zmian[120]. Początkowo przeciętny skazany na oddziale terapeutycznym to była osoba dojrzała społecznie i intelektualnie, u której uzależnienie było pierwotnym problemem[121]. Przestępczość była wynikiem uzależnienia, więc można było założyć, że terapia powinna również rozwiązać problem powrotności do przestępstwa[122]. Współcześnie w oddziałach terapeutycznych dominuje nowa populacja skazanych[123]. Są to osoby bardziej zdemoralizowane, powiązane z grupami przestępczymi[124]. Ich pierwotnym problemem jest przestępczość, a nie uzależnienie, więc również program terapeutyczny został urozmaicony i dopasowany do tej grupy skazanych[125].

Instrumentalna motywacja jest często spotykana wśród osadzonych zgłaszających chęć podjęcia terapii, co potwierdzają badania przeprowadzone w zakładach karnych. Tak wykazały badania przeprowadzone przez terapeutów z Zakładu Karnego w Lublińcu na skazanych kobietach uzależnionych od narkotyków, dotyczące ich motywacji do leczenia[126]. Brakiem i niską motywacją charakteryzowało się 36% osadzonych, powierzchowną motywację zadeklarowało 34% osób, a silną – jedynie 30% osób[127]. Wyniki badań przeprowadzonych w Areszcie Śledczym Kraków-Podgórze na osobach uzależnionych od alkoholu wykazały, iż najczęstszym powodem, dla którego skazani zdecydowali się uczestniczyć w terapii, była chęć uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia, czynione starania o czasowe opuszczenie więzienia, polepszenie warunków odbywania kary, sytuacja kryzysu życiowego (namowa lub przymus rodziny) i przerażenie sytuacją izolacji penitencjarnej[128].

W związku z obecnością w polskich zakładach karnych użytkowników, u których pierwotnym problemem jest przestępczość, a nie uzależnienie, wykazujących motywację instrumentalną, proponuje się im, tak jak innym osadzonym, udział w programach mających na celu kształtowanie umiejętności współżycia społecznego i przygotowywanie ich do samodzielnego życia, a także ułatwianie im kształcenia zawodowego i podjęcia pracy zarobkowej.

---

[120] *Analiza funkcjonowania*…, op. cit., s. 21–22.

[121] Ibidem.

[122] Ibidem.

[123] Ibidem.

[124] Ibidem.

[125] Ibidem.

[126] K. Drozd, A. Perkowska, H. Pietruszewska, *Więźniarki uzależnione od narkotyków – doświadczenia w pracy terapeutycznej w oddziale dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Zakładzie Karnym w Lublińcu*, referat przedstawiony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy systemu terapeutycznego", 29–31 października 2007 r. w Zakopanem.

[127] Ibidem.

[128] T. Szarek, badania własne przeprowadzone na oddziale terapeutycznym w Areszcie Śledczym w Krakowie-Podgórzu, cyt. w: *Praktyczne aspekty leczenia alkoholików w warunkach więziennych – podstawowe problemy*, referat przedstawiony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy systemu terapeutycznego", 29–31 października 2007 r. w Zakopanem.

W zakładach karnych w Polsce prowadzony jest szereg programów resocjalizacyjnych, mających na celu przeciwdziałanie recydywie. Do najbardziej popularnych należą programy psychoedukacyjne, których celem jest nie tylko nabycie wiedzy i poszerzenie świadomości osadzonych odnośnie do występowania u nich problemów, ale również stworzenie okazji do autodiagnozy i wzbudzenie motywacji do zmiany[129]. W ramach programów psychoedukacyjnych, często prowadzonych w grupach, wykorzystuje się gry i zabawy grupowe, mikroedukację, modelowanie, odgrywanie ról, informacje zwrotne i inne metody[130]. Bardzo często prowadzą je więzienni psychologowie, niekiedy razem z wychowawcami[131]. Często w zakładach karnych prowadzi się programy profilaktyki przeciwalkoholowej oraz programy, których celem jest przeciwdziałanie agresji i przemocy[132].

Osadzeni mogą pobierać naukę oraz kształcić się zawodowo na organizowanych przez system penitencjarny kursach. W roku szkolnym 2018/2019 kursy te ukończyło 14 121 osadzonych[133]. Certyfikaty ukończenia kursów więziennych są uznawane w całej Unii Europejskiej[134], dzięki czemu osadzeni mają lepsze szanse na rynku pracy. Osadzeni korzystają ze szkół w zakładzie karny i poza zakładem. W roku szkolnym 2018/2019 do szkół przywięziennych i pozawięziennych uczęszczało 14 tysięcy osadzonych, a naukę ukończyło 291 skazanych [135]. Do egzaminu maturalnego podeszło 106 osadzonych[136].

W grupie osadzonych przyjętych na oddziały terapeutyczne w 2019 r. 100 osób zadeklarowało przyjmowanie narkotyków dożylnie[137]. Co najmniej 28 osób było nosicielami HIV, a jedna osoba chorowała na AIDS[138]. W porównaniu z danymi z lat poprzednich można stwierdzić, iż liczba dożylnych użytkowników narkotyków w zakładach karnych maleje, a liczba osób zakażonych HIV jest niższa[139].

W polskich zakładach karnych wszyscy osadzeni, którzy potrzebują terapii antyretrowirusowej, otrzymują ją bezpłatnie. W 2019 r. terapia ta była prowadzona względem 254 osadzonych[140]. W tym samym roku wykonano 4389 testy na HBV, 5302 na HCV oraz 3100 na HIV[141]. Analizy laboratoryjne wykryły 35 nowych infekcji w przypadku HIV, 38 w przypadku HBV oraz 154 w przypadku HCV[142].

---

[129] A. Majcherczyk, *Wybrane programy resocjalizacyjne – perspektywa teoretyczna i praktyczna*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2011, nr 70, s. 6.
[130] Ibidem, s. 7.
[131] Ibidem.
[132] Ibidem, passim.
[133] Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.
[134] Ibidem.
[135] Ibidem.
[136] Ibidem.
[137] Ibidem.
[138] Ibidem.
[139] A. Malczewski, et al., *National Report 2013, „Poland: new developments*…, op. cit.
[140] Informacja udzielona przez Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2021 r.
[141] Ibidem.
[142] Ibidem.

Redukcja szkód w polskich zakładach karnych prowadzona jest w ograniczonym zakresie. W ośrodkach więziennych usługi skierowane są w głównej mierze na zmniejszenie ryzyka recydywy i utrzymanie osadzonych w abstynencji od narkotyków[143]. Przyjmuje się, iż programy profilaktyki HIV są uzasadnione względami epidemiologicznymi i humanitarnymi, mimo że nie służą bezpośrednio zmniejszeniu ryzyka recydywy[144].

Z usług redukcji szkód, oprócz edukacji w dziedzinie bezpiecznego używania narkotyków, dostępne jest wyłącznie leczenie metadonowe. Jest ono prowadzone w polskich zakładach karnych od 2003 r.[145] W dniu 31.12.2019 r. roku leczonych substytucyjnie było 156 pacjentów[146].

W stosunku do osób pozbawionych wolności, już przy przyjęciu do jednostki penitencjarnej prowadzone są działania informacyjno-edukacyjne na temat problematyki zakażenia HIV. W 2019 r. grupę odbiorców stanowiło 96 155 osób pozbawionych wolności[147]. Prowadzona jest również przez organizacje pozarządowe edukacja w dziedzinie redukcji szkód wśród użytkowników narkotyków w zakładach karnych[148]. W 2012 r. programy edukacyjne redukcji szkód, współfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, były prowadzone przez „Monar" w trzech zakładach karnych w Częstochowie oraz przez „Parasol" w krakowskim zakładzie karnym „Ruszcza" dla kobiet[149] od 1998 r., a od 2009 r. na terenie Aresztu Śledczego Kraków-Podgórze[150]. W programach edukacyjnych prowadzonych przez „Monar" i „Parasol" uczestniczyło około 296 osób[151]. W ramach programów edukacyjnych w dziedzinie redukcji szkód podejmowane są konsultacje indywidualne i grupy wsparcia, gdzie udziela się informacji i edukacji w zakresie bezpieczniejszych iniekcji oraz wspiera się motywację do zmiany zachowania[152]. Programy są prowadzone przy współpracy z rodzinami osadzonych, prokuratorami, sądami i pracownikami Służby Więziennej[153].

---

143 A. Majcherczyk, *Specyfika terapii*…, op. cit., s. 322.

144 Idem, *Programy resocjalizacji*…, op. cit., s. 31: „[…] przede wszystkim należy rozwijać te programy, które wprost służą ograniczaniu ryzyka powrotu do przestępstwa, a więc takie, które są w sposób bezpośredni skoncentrowane na typowych czynnikach kryminogennych".

145 T. Wacławek, *Komplementarność opieki – program metadonowy w krakowskim areszcie*", 1.02.2011, portal Służby Więziennej, dostępne na: http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wieziennej-krakow/news,1820,komplementarnosc-opieki-.html.

146 Informacja uzyskana z Centralnego Zarządu Służby Więziennnej, 2021 r.

147 Ibidem.

148 Ibidem.

149 T. Wacławek, *Komplementarność opieki – program metadonowy w krakowskim areszcie*, 1.02.2011 r., portal Służby Więziennej, dostępne na: http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wieziennej-krakow/news,1820,komplementarnosc-opieki-.html.

150 Zob. strona internetowa organizacji „Parasol": http://www.parasol.org.pl/projekty-lista/11-parasol-wi%C4%99zienny-1.html.

151 A. Malczewski, et. al., *National Report 2013, „Poland: new developments*,…, op. cit., s. 149.

152 Ibidem.

153 Ibidem.

W Polsce nieuregulowana jest sytuacja oddziałów wolnych od narkotyków, ze względu na przyjęty cel abstynencyjny (przyjmuje się, że każdy oddział jest „wolny od narkotyków"). Ponadto powodem braku adaptacji oddziałów wolnych od narkotyków w polskich realiach może być mniej zaawansowany problem narkomanii w zakładach karnych, w porównaniu do krajów Europy Zachodniej[154].

Podsumowanie

W polskim systemie penitencjarnym nie ma oficjalnie prowadzonej polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec użytkowników środków odurzających. Problematyka używania narkotyków w zakładach karnych postrzegana jest głównie w kontekście resocjalizacji skazanych, która jest przyjęta jako misja polskiego więziennictwa. Terapia uzależnienia jest częścią procesu resocjalizacji. Celem prowadzenia programów profilaktyki i terapii uzależnień jest zapobieganie popełnianiu w przyszłości kolejnych przestępstw przez osadzonych.

Głównym celem wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym jest prewencja szczególna. Całościowa analiza przepisów kodeksu karnego wykonawczego prowadzi do wniosku, że prewencja szczególna rozumiana jest jako klasyczna resocjalizacja, czyli realizująca również cel maksimum. Podobnie w przypadku użytkowników narkotyków będzie to oznaczało taką resocjalizację, której celem stanie się nie tylko zewnętrzne podporządkowanie się normom prawa karnego, ale przede wszystkim zapewnienie tym osobom możliwości prowadzenia życia odpowiedzialnego, w oparciu o normy prawne i społeczne, z jednoczesnym uszanowaniem wolności wyboru[155].

W związku z przyjęciem resocjalizacji osadzonych za priorytetowy cel, w polskim systemie penitencjarnym dominuje podejście terapeutyczne. Usługi dla użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych prowadzone są w ramach oddziałów terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków i ukierunkowane w głównej mierze na abstynencję. Skłania to ku konkluzji, iż wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec użytkowników w polskim systemie penitencjarnym w najwyższym stopniu realizuje postulaty modelu terapeutycznego.

Wydaje się, że polska polityka penitencjarna częściowo realizuje również postulaty modelu zorientowanego na kontrolę polityki wykonywania kary pozba-

[154] T. Szymanowski, *Prawne podstawy…*, op. cit.

[155] Zob. jednak art. 62 kk („Orzekając karę pozbawienia wolności, sąd może określić rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbywać karę, a także orzec system terapeutyczny jej wykonania") i art. 117 kkw („Skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych […], obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny").

wienia wolności wobec osób będących użytkownikami. W Polsce dużą wagę przykłada się do zapewnienia dyscypliny i bezpieczeństwa w zakładach karnych. Od osadzonych wymaga się abstynencji od narkotyków. W tym celu stosuje się działania przeciwdziałające przemytowi narkotyków, takie jak: testy na obecność narkotyków, przeszukania cel i osób odwiedzających, użycie psa tropiącego czy obecność kamer. Wydaje się, że polska polityka penitencjarna częściowo realizuje również postulaty modelu redukcji szkód polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami (leczenie metadonowe i edukacja w dziedzinie redukcji szkód), nie wydaje się natomiast, aby w polskim systemie penitencjarnym były adaptowane jakiekolwiek założenia ideologiczne nurtów libertariańskich.

ROZDZIAŁ 4

MODEL TERAPEUTYCZNY POLITYKI WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH A TEORIE KARY

Wstęp

Wykonywanie kary pozbawienia wolności wymaga moralnej (etycznej)[1] legitymizacji, warto więc cele wykonywania tej kary[2] rozpatrywać również na tle teorii kary[3]. Dodatkowo, teorie kary stwarzają intelektualne podstawy do ewaluacji założeń i celów polityki wykonywania kary pozbawienia wolności[4]. Często przyjmuje się, że polityka jest prawidłowa tylko wtedy, gdy jest zgodna z zasadą moralną. Przy ustalaniu założeń polityki kryminalnej, a szczególnie celów kary, wydaje się, że nie jest możliwe uniknięcie oparcia celów kary na filozofii moralnej kary[5]. Każdorazowa więc ingerencja w te cele będzie oparta w sposób bezpo-

---

[1] Terminy „moralność" i „etyka" w tej pracy używane są zamiennie.

[2] Cele modelu terapeutycznego rozpatrywane na tle teorii kary w tym rozdziale omówiono na przykładzie polskiego modelu polityki wykonywania kary pozbawienia wolności, gdyż polski model bardzo dobrze odzwierciedla zaproponowany teoretyczny model terapeutyczny tej polityki.

[3] Zob. np. Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy*…., op. cit., komentarz do art. 67, nb 24, s. 308: „ustawowe sformułowanie celów wykonywania kary trzeba rozpatrywać na tle teorii kary".

[4] Warto zwrócić uwagę na rozróżnienie w polskiej literaturze prawniczej między celami a funkcjami kary, zob. np. A. Marek, *Prawo karne*, C.H. Beck, wyd. 10, Warszawa, 2011, s. 236; Autor zauważa, że cele kary to „określone stany, które za pomocą kary zamierza się osiągnąć", funkcje kary natomiast to „faktyczne skutki (efekty) wywoływane przez karę". A. Marek rozróżnia funkcje rzeczywiste i postulatywne – pierwsze odnoszą się do faktycznych następstw kary, a drugie do zamierzonych następstw, są więc tożsame z pojęciem celów kary. Podobnie J. Warylewski, *Kara – podstawy filozoficzne i historyczne*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2007, s. 21, dla którego funkcje kary to „dające się obiektywnie zaobserwować następstwa jej ustanowienia, orzeczenia bądź wykonania", natomiast cele kary Warylewski lokuje w płaszczyźnie subiektywnej.

[5] Zob. np. G.P. Fletcher, *The Fall and Rise of Criminal Theory*, „Buffalo Criminal Law Review" 1998, vol. 1, nr 2, s. 275–294, który podkreśla dodatkowo rolę teorii politycznych: „[…] przyszłość teorii kary zależy od odpowiedniego docenienia filozofii, zarówno moralnej, jak i poli-

średni lub ukryty na filozofii moralnej i poparta argumentami moralnymi, nawet przy przyjęciu założenia, że polityka kryminalna powinna być neutralna względem filozofii kary.

Prezentowane w tym rozdziale teorie filozoficzne w założeniu legitymizują karę wymierzaną przez społeczeństwo reprezentowane przez władze państwowe, zazwyczaj nie będą się więc odnosiły do kary wymierzanej z naruszeniem obowiązującego prawa lub kary wymierzanej w relacjach prywatnych. Analizowane w tej pracy teorie ograniczone zostały jedynie do moralnego uzasadnienia kary wymierzanej za popełniane przestępstwa[6].

Zagadnienie celów kary jest zróżnicowane i wywołuje wiele dyskusji zarówno na gruncie teorii prawa, jak i polityki kryminalnej. Dotychczas nie wypracowano jednej uniwersalnej definicji kary. Odpowiadając na pytanie, czym jest kara, pośrednio udziela się również odpowiedzi na pytanie o uzasadnienie i cele kary. W celu przybliżenia różnorodności ujęć i prób zdefiniowania kary warto przytoczyć kilka takich przykładów.

W ujęciu H.L.A. Harta, dla którego kara jest „wrodzoną wartością" (*intrinsic value*), powinna być ona „bolesna i nieprzyjemna; wymierzona za naruszenie zasad prawnych; wymierzona przeciwko sprawcy; wymierzona intencjonalnie przez osoby inne niż sprawca; kara musi być wymierzona przez przedstawicieli wyznaczonych przez system prawny, którego zasady zostały naruszone przez sprawcę"[7]. F.H. Bradley uznał, że jedynym uzasadnieniem kary jest ogólne dobro społeczeństwa[8], definiuje zaś karę jako zabieg społeczny[9]. Według Andrew von Hirscha, karą „jest każde traktowanie jednostki w sposób powszechnie uznawany za nieprzyjemny, będący konsekwencją skazania jej za przestępstwo"[10]. W ujęciu *Censuring Equalization Theory* Richarda Lippke kara to „forma publicznej cenzury wykonywanej poprzez nakładanie sankcji na sprawcę, które są mniej więcej równe powadze popełnionego przestępstwa"[11].

Dla wyjaśnienia różnorodności wyżej przytoczonych ujęć kary pomocny może być przyjęty w etyce podział teorii normatywnych, wyróżniający teorie oparte na powinności i obowiązku – deontologiczne (niekonsekwencjonalne), oraz teorie oparte na konsekwencjach czynów – utylitarne (wywodzone z konsekwencjalizmu). W ramach tych dwóch teorii moralnych kara może przyjąć róż-

tycznej. Ponieważ to państwo nakłada karę, bez właściwej relacji pomiędzy państwem a obywatelami, moralne teorie przestępczości i kary mogą nas sprowadzić na manowce".

6 Problematyka karania niewinnych została w pracy pominięta.

7 H.L.A. Hart, *Prolegomenon to the Principles of Punishment*, [w:] H.L.A. Hart, *Punishment and Responsibility. Essays in the Philosophy of Law*, Clarendon Press, Oxford 1968, s. 4–5.

8 D.J. Crossley, *Bradley's Utilitarian Theory of Punishment*, „Ethics" 1976, t. 86, nr 3, s. 212.

9 F.H. Bradley, *Some Remarks on Punishment*, [w:] F.H. Bradley, *Collected Essays*, t. 1, Clarendon Press, Oxford 1935, s. 149–164.

10 A. von Hirsch, *Doing Justice*: *The Choice of Punishments*. *Report of the Committee for the study of Incarceration*, Northeastern University Press, 1976, s. 35.

11 R. Lippke, *Rethinking Imprisonment*, Oxford University Press, New York 2007, s. 22–23.

norodne cele. Tymi celami są np. retrybucja, *katharsis*, prewencja, odstraszanie, sprawiedliwa odpłata, uniemożliwianie czy resocjalizacja[12]. Poszczególne teorie moralne kary ujmują niekiedy cele kary w bardziej szeroki sposób[13]. Oprócz teorii mieszanych kary istnieją bowiem również teorie deontologiczne z elementami uzasadnienia kary charakterystycznego dla utylitaryzmu[14] oraz teorie konsekwencjonalne z elementami deontologicznymi[15].

W tej pracy zrezygnowano jednak z zasady rozróżnienia między celami kary a teoriami moralnymi kary, ze względu na powszechne w literaturze prawniczej zastąpienie nazw teorii kary nazwami celów kary. W pracy przyjęto więc powszechnie zaakceptowne, zarówno w literaturze polskiej, jak i zagranicznej, rozróżnienie teorii kary na teorie oparte na powinności i obowiązku (sprawiedliwościowe, retrybutywne), oparte na konsekwencjach czynów (celowościowe, utylitarne, prewencyjne), jak i mieszane[16]. Zarówno na poziomie stanowienia, jak

---

[12] Zob. K. Huigens, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, „William & Mary Law Review" 2000, vol. 41, nr 3, s. 943, który wyjaśnia w przypisie 7, s. 945: „uzasadniający efekt funkcji kary zależy od tego, czy dana teoria etyczna lub moralna przypisuje jej taki efekt. Nie ma prostej zgodności pomiędzy funkcjami kary a teoriami etycznymi i moralnymi".

[13] Zob. np. A.W. Alschuler, *The Changing Purposes of Criminal Punishment*: *A Retrospective one the Past Century and Some Thoughts about the Next*, „University of Chicago Law Review" 2003, vol. 70, nr 1, s. 16, który wyjaśnia: „mimo że klasyczne podejście retrybutywne jest deontologiczne, retrybutywista, który podkreśla korzystne konsekwencje swojego podejścia, nie oszukuje".

[14] Np. teoria kary A. von Hirscha, który w ramach deontologii uznał, że kara powinna być dodatkowo uzasadniona powstrzymywaniem od popełnienia przestępstwa (zob. idem, *Censure and Sanctions*, Clarendon Press, Oxford 1993, s. 12–14).

[15] Np. teoria kary H.L.A. Harta, który wplata funkcje retrybutywne kary w konsekwencjonalną teorię kary (zob. idem, *Prolegomenon to the Principles of Punishment*..., op. cit., s. 5–11).

[16] Dwoistość teorii kary (podział na teorie celowościowe i sprawiedliwościowe) przyjęto m.in. w: W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne*. *Część ogólna*, Wyd. Znak, Kraków 2010, s. 417–424, J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, wyd. 4, LexisNexis, Warszawa 2009, s. 389–406; L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 9, C.H. Beck, Warszawa 2003, s. 152–155; A. Marek, *Prawo karne*…, op. cit., s. 233, który pisze: „poza racjonalizacją sakralną, która ma już charakter historyczny […] pozostałe dwie racjonalizacje (czyli sprawiedliwościowa i celowościowa – przyp. aut.) zachowują znaczenie po dzień dzisiejszy"; M. Szewczyk, *Kara pracy*…, op. cit., s. 27–49; J. Hołda, Z. Hołda, B. Żórawska, *Prawo karne wykonawcze*, wyd. 4, WoltersKluwer, Warszawa 2012, s. 19-20; J. Warylewski, *Kara*…, op. cit., s. 25. Podobnie w literaturze anglosaskiej, zob. S.H. Kadish, S.J. Schulhofer, C.S. Steiker, R.E. Barkow, *Criminal Law and Its Processes: Cases And Materials*, , wyd. 9, Aspen Publishers 2012, s. 90, którzy piszą: „uzasadnienia kary pozbawienia wolność podpadają pod dwie zasadnicze kategorie: retrybutywną i utylitarną"; K. Greenawalt, *Punishment*, [w:] *Encyclopedia of Crime and Justice*, red. S.H. Kadish, 1983, t. 4, s. 1337–1338 , który odnotowuje: „dominujące nurty w uzasadnieniu kary to nurt utylitarialny i retrybutywny"; J. Dressler, *Cases And Materials On Criminal Law*, West, 1994, s. 21–35; R.G. Singer, M.R. Gardner, *Crimes and Punishment*. *Cases, Materials, and Readings in Criminal Law*, wyd. 3, LexisNexis, 2001, s. 156, którzy podają: „Klasyczni teoretycy zaoferowali dwa rodzaje uzasadniania kary. Jedno to utylitarne […]. Drugie to retrybutywne […]"; zob. też J. Dressler, *Understanding Criminal Law*, wyd. 4, LexisNexis, 2006, s. 14–27. Nie można jed-

i stosowania prawa, najczęściej dochodzi do adaptacji jakiejś formy teorii mieszanej kary[17]. Przekonanie o dwoistej naturze kary dominuje w polskiej nauce prawa karnego[18] i jest silnie ugruntowane w tradycji[19].

Często przyjmuje się również, że na poszczególnych etapach działania prawa karnego dominują różne cele. Na etapie ustawowego zagrożenia dominuje prewencja generalna, na etapie sądowego wymiaru kary przeważa cel sprawiedliwościowy, a na etapie wykonania kary – prewencja indywidualna[20]. Maria Szewczyk pisze: „cele sprawiedliwej odpłaty zostały już uwzględnione w dwóch poprzednich etapach (decydowały o ustawowym zagrożeniu i sądowym wymiarze kary). Na etapie postępowania wykonawczego rola tego celu jest znikoma"[21]. Podobnie zauważa Barbara Stańdo-Kawecka: „na etapie określania ustawowego zagrożenia karą za przestępstwo danego typu większą rolę odgrywają względy sprawiedliwościowe i względy prewencji generalnej, natomiast na etapie wykonywania orzeczonej kary istotnego znaczenia nabiera aspekt indywidualnoprewencyjny, zakładający takie ukształtowanie wykonywania kary, które uwzględniałoby potrzeby terapii i resocjalizacji sprawcy"[22].

Podobnie Russell L. Christopher różnicuje uzasadnienia kary na uzasadnienie karania konkretnego przypadku oraz ogólne uzasadnienie kary, przyjęte przez instytucje zajmujące się karą. Mimo iż zarówno retrybutywizm, jak i konsekwencjonalizm wyznaczają sobie cel uzasadniania kary na obu poziomach, to jednak ogólnie przyjmuje się, jak zauważa Russell L. Christopher, że retrybutywizm sto-

nak wykluczyć, iż w Europie uzasadnienie „celowościowe" kary może być rozumiane inaczej niż uzasadnienie „utylitarne" w amerykańskim prawie karnym, szczególnie biorąc pod uwagę rozumienie i stosunek do pojęcia resocjalizacji. Ustalenie tego byłoby jednak problematyczne, wobec tego skupiono się na fakcie, iż w obu tradycjach odwołuje się do wartości konsekwencji przy uzasadnianiu karania.

17 R.G. Singer, M.R. Gardner, *Crimes and Punishment...*, op. cit., s. 156, którzy zauważają: „pomimo iż teoretycy bronią relatywnie czystych teorii utylitarnych lub retrybutywnych, jednak większość współczesnych systemów kary jest ugruntowanych jednocześnie w obu typach uzasadnienia […]"; zob. też M. Moore, *Law and Psychiatry*: *Rethinking the Relationship*, Cambridge University Press, 1984, s. 238–243, który za pomocą eksperymentu myślowego udowadnia, iż w rzeczywistości zwolennicy teorii mieszanych to „czyści" retrybutywisci.

18 Zob. np. A. Marek, *Prawo karne*…, op. cit., s. 235, który pisze: „za przeważające uznać jednak trzeba obecnie teorie mieszane, które akcentują względną równorzędność sprawiedliwego karania (odpłaty) i prewencyjnego oddziaływania kary. Takie ujęcie celów kary znajduje wyraz w sformułowaniu ogólnych dyrektyw wymiaru kary (art. 53 § 1 kk), które są niczym innym, jak instrumentem realizacji celów kary".

19 Zob. M. Wąsowicz, *Nurt socjologiczny*…, op. cit., s. 182–183; Autor zauważa, że Juliusz Makarewicz, Wacław Makowski i Bronisław Wróblewski w rozmaity sposób dochodzili do wniosku, że w karze zawierają się dwa elementy – zarówno odwetu, jak i celowości (zob. też szerzej na temat teorii kary Makarewicza [w:] J. Warylewski, *Kara*…, op. cit., s. 64–65).

20 Tak np. M. Szewczyk, *Kara pracy*…, op. cit., s. 27–49.

21 Ibidem, s. 47.

22 B. Stańdo-Kawecka, *Prawne podstawy resocjalizacji*, Zakamycze, Kraków 2000, s. 21.

suje się do konkretnego przypadku, a konsekwencjonalizm ma większe zastosowanie na poziomie instytucji[23].

Przeglądając zawarte w tym rozdziale założenia charakterystyczne dla poszczególnych teorii kary, warto wziąć pod uwagę, że zaproponowany w niniejszej pracy podział na teorie retrybytywne i utylitarne jest uproszczony. Istnieją bowiem ponadto teorie mieszane kary oraz takie teorie kary, które w ramach jednej teorii moralnej uwzględniają cele kary charakterystyczne dla teorii przeciwstawnej (jak teoria von Hirscha i H.L.A. Harta). Dodatkowo, jak zauważyły Maria Szewczyk i Barbara Stańdo-Kawecka, cele kary mogą ulec zmianie w zależności od etapu działania prawa karnego. Inny cel może mieć kara na etapie ustalania ustawowego zagrożenia, gdzie ustawodawca skupia się głównie na potępieniu czynu, a inny na etapie wymierzania kary, gdzie sędzia bierze się pod uwagę zarówno popełniony czyn, jak i sytuację sprawcy. Podobnie można przyjąć, że kara na etapie wykonywania kary pozbawienia wolności jest zorientowana przyszłościowo, a uwaga skupiona jest głównie na sprawcy czynu.

4.1. Model terapeutyczny a teorie utylitarne

Powszechnie przyjmuje się, że teorie uznające resocjalizację za podstawowy cel kary mają moralne uzasadnienie w filozofii utylitarnej[24]. W tym opracowaniu podjęto próbę obrony tezy, że rozumienie resocjalizacji w kształcie przyjętym w polskim prawie karnym wykonawczym i omawianym w doktrynie, jak zostało to przedstawione w poprzednim rozdziale niniejszej pracy, jest sprzeczne z założeniami tradycyjnej filozofii utylitarnej.

Utylitaryzm zakłada, że kara musi być zawsze uzasadniona wartością konsekwencji[25]. Zgodnie z podstawowymi założeniami tych teorii, celem kary jest zapobieganie przyszłemu popełnieniu przestępstwa przez sprawcę (tzw. prawo karne sprawcy) oraz maksymalizacja szczęścia w społeczeństwie. Kara pełni funkcję odstraszającą i reformującą; wymierza się ją wtedy, gdy przyniesie to korzyść społeczną. W utylitaryzmie nie przewiduje się jednak logicznej relacji między karą a faktycznymi bądź oczekiwanymi konsekwencjami. Karę można nałożyć nawet, jeżeli konsekwencje nie są oczekiwane, lub oczekiwane konsekwencje nie nastąpią; lub jej nie nałożyć w przypadku, gdy konsekwencje są oczekiwane lub ocze-

---

[23] R.L. Christopher, *Deterring Retributivism*: *the Injustice of „Just" Punishment*, „Northwestern University Law Review" 2002, vol. 96, nr 3, s. 854–855.

[24] Zob. np. S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy*..., op. cit., komentarz do art. 67, nb 1, s. 330, który ugruntowuje teorie uznające resocjalizację za podstawowy cel kary w tradycyjnym utylitaryzmie: „kodeks uznał więc za podstawowy cel wykonywania kary pozbawienia wolności prewencję szczególną. Taki pogląd ma 200-letnią tradycję w penologii europejskiej, sięgającą J. Benthama".

[25] A.M. Quniton, *On Punishment*, s. 53–64, [w:] *The Philosophy of Punishment*. *A Collection of Papers*, red. H.B. Acton, Macmillan St Martin's Press, 1969, s. 61.

kiwane konsekwencje nastąpią[26]. Quinton wyróżnia dwa rodzaje utylitarnego uzasadnienia kary – pierwszy wyklucza nakładanie kary, która nie przynosi wartościowych konsekwencji, a drugi zakłada, że kara musi zostać nałożona, jeżeli przyniesie to pozytywne konsekwencje (nie wykluczając jednak możliwości nałożenia kary w przypadku, gdy nie przyniesie ona pozytywnych konsekwencji)[27].

Przyjmuje się, że cele kary w teoriach utylitarnych przybierają dwie zasadnicze formy, tj. prewencji ogólnej (*general deterrence*) i prewencji indywidualnej (*individual deterrence*). Prewencja indywidualna może przybrać trzy formy: fizycznego uniemożliwienia popełnienia przestępstwa (*incapacitation*), odstraszenia od popełnienia przestępstwa (*intimidation*) oraz resocjalizacji sprawcy (*rehabilitation, reform*)[28].

Dla utylitaryzmu charakterystyczne jest podejście hedonistyczne[29]. Hedonizm w ujęciu filozofii kary oznacza, że potencjalny przestępca „nie popełni przestępstwa, jeżeli uzna, że potencjalna kara (cierpienie) przewyższy swoją dolegliwością potencjalną przyjemność (zysk z popełnionego przestępstwa)"[30]. Jak pisał Jeremy Bentham w słynnym dziele *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation* z 1798 r., celem prawa jest powiększenie szczęścia społeczeństwa[31]. Według Benthama cel ogólnoprewencyjny kary powinien dominować nad celem poprawczym[32].

Moralność w utylitaryzmie jest zmienna i zależna od ewaluacji konsekwencji. Według innego słynnego teoretyka utylitaryzmu Johna Stuarta Milla, moralność

---

[26] A.M. Quniton, *On Punishment*…, op. cit., s. 61.

[27] Ibidem, s. 62.

[28] Taki podział przyjęto w tej pracy w celu uporządkowania terminologii, jednakże w literaturze przyjmuje się różne jego warianty, zob. np. J. Warylewski, *Kara*…, op. cit., s. 53, gdzie Autor za M. Cieślakiem wyróżnia następujące założenia kary utylitarnej: zaspokojenie społecznego poczucia sprawiedliwości, zapobieganie przestępstwom (prewencja generalna i specjalna), wychowanie sprawcy, naprawienie szkody; a za E. Krzymuskim wyróżnia trzy grupy teorii celowościowych: opierające karę na interesie państwa, opierające karę na interesie przestępcy i opierające karę na interesie prawa. Zob. też K. Greenawalt, *Punishment*…, op. cit., s. 1337–1345, który przyjmuje następujące formy kary w teoriach utylitarnych: prewencja indywidualna i generalna, uniemożliwianie, resocjalizacja i zemsta; R.G. Singer, M.R. Gardner, *Crimes and Punishment*..., op. cit., s. 159–188, który wymienia cele kary utylitarnej: prewencja indywidualna i generalna, uniemożliwianie, resocjalizacja i cel komunikacyjny (*denunciation*); J. Dressler, *Understanding Criminal*…, op. cit., s. 15–16, przyjmuje: cel komunikacyjny (*denunciation*) oraz prewencję indywidualną, która może przyjąć formę uniemożliwiania, odstraszania (*intimidation*) oraz resocjalizacji, która jest nieklasyczną formą utylitaryzmu.

[29] Zob. np. W. Sinnott-Armstrong, *Consequentialism*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E. Zalta, 2012, dostepne na: http://plato.stanford.edu/entries/consequentialism/.

[30] J. Dressler, *Understanding*…, op. cit., s. 15.

[31] J. Bentham, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, [w:] *The Collected Works of Jeremy Bentham*, red. J.H. Burns i H.L.A. Hart, Clarendon Press, Oxford 1996, s. 158. Szerzej na temat teorii kary Benthama zob. J. Warylewski, *Kara*…, op. cit., s. 55.

[32] J. Utrat-Milecki, *Podstawy penologii. Teoria kary*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006, s. 188.

to maksymalizowanie użyteczności, a celem moralności jest osiągnięcie szczęścia[33]. Etyczne są więc te działania, które będą miały najlepsze konsekwencje: „kredo, które akceptuje jako podstawę moralności Użyteczność lub Zasadę Największej Przyjemności, uznaje, że czyny są prawidłowe w takiej proporcji, w jakiej promują szczęścia, i złe, jeżeli wykazują skłonność do produkcji przeciwieństwa szczęścia. Szczęście to zamierzona przyjemność i brak bólu, a nieszczęście to brak przyjemności"[34].

W ujęciu utylitarnym ludzie nie posiadają praw, jeżeli nie zostaną im one przyznane przez prawo[35]. Jeremy Bentham uważał, że „prawa naturalne" są „nonsensem", a „naturalne i przyrodzone prawa człowieka" są „retorycznym nonsensem[36]". W ujęciu Johna Stuarta Milla prawa jednostek są ostatecznie wywodzone z interesu kolektywnego. Mill pisze: „jedynym celem, dla jakiego siła może być prawnie użyta względem członka cywilizowanego społeczeństwa, wbrew jego woli, jest, aby zapobiec krzywdzie wyrządzonej innym. Jego własne dobro, zarówno fizyczne, jak i moralne, nie jest wystarczającym usprawiedliwieniem"[37].

Poglądy Benthama są podstawą klasycznej teorii odstraszania[38]. Jeremy Bentham uznał, że prewencja odgrywa priorytetową rolę w uzasadnianiu kary utylitarnej[39], a jej wymierzenie jest dopuszczanie jedynie w przypadku, gdy kara może zapobiec większemu złu[40]. Prewencja dla Olivera Wendella Holmes'a jest „głównym i jedynym celem kary"[41]. Holmes uzasadniał odstraszanie, pisząc: „każde społeczeństwo przyzna, że może poświęcić dobro jednostki dla własnej egzystencji"[42]. Holmes wyjaśnia: „prawo grozi nałożeniem cierpienia za dokonanie określonych czynów, w celu wytworzenia motywacji do powstrzymania się od dokonania tych czynów […] w tym kontekście prawo niewątpliwie traktuje jednostkę

---

[33] J.S. Mill, *Utilitarianism*, rozdział 2: *What Utilitarianism Is*, [w:] *Utilitarianism, Liberty & Representative Government*, Everyman's Library, London 1925 (oryginalna praca opublikowana w 1863 r.).

[34] Ibidem, s. 6.

[35] Zob. np. A. Sen, *Fertility and Coercion*, „University of Chicago Law Review" 1996, vol. 63, s. 1037–1041.

[36] J. Bentham, *Anarchical Fallacies*, [w] *Human Rights*, red. A.I. Melden, Wadsworth, Belmont 1970, s. 32.

[37] J.S. Mill, *On Liberty*, Chapter 1: *Introductory*, [w:] *On Liberty and Considerations on Representative Government*, red. J.S. Mill, Basil Blackwell, Oxford 1948, s. 8 (orginalna praca opublikowana w 1859 r.).

[38] R.G. Singer, M.R. Gardner, *Crimes and Punishment*…, op. cit., s. 162.

[39] J. Bentham, *The Works of Jeremy Bentham*, red. J. Bowring, William Tait, Edinburgh 1838–1843, t. 1, rozdział *Principles of penal law*, dostępne na: http://oll.libertyfund.org/title/2009/139743.

[40] J. Bentham, *Cases Unmeet for Punishment*, [w:] *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, red. J.H. Burns i H.L.A. Hart, University of London, Athlone Press, 1982, s. 158.

[41] O.W. Holmes, *The Common Law*, red. M. DeWolfe Howe, Harvard University Press, Boston 1963, s. 40 (oryginalna praca opublikowana w 1881 r.).

[42] Ibidem, s. 37.

jako środek prowadzący do celu i używa jej jako narzędzia do powiększenia dobra wspólnego jej kosztem. […] Ten tok myślenia jest całkowicie prawidłowy, a nawet jeżeli jest błędny, nasze prawo karne nim podąża, a teoria prawa karnego musi być do niego odpowiednio dostosowana”[43]. Holmes dalej wyjaśnia: „gdybym miał okazję filozoficznej debaty z człowiekiem, który ma zostać powieszony (lub uśmiercony na krześle elektrycznym), powiedziałbym, że nie mam wątpliwości, że twój czyn był dla ciebie nieunikniony, ale żeby inni mogli go uniknąć, proponujemy poświęcenie cię dla dobra wspólnego. Możesz uznać siebie za żołnierza oddającego życie za swój kraj, ale prawo musi dotrzymać swoich obietnic”[44].

John Rawls opisuje utylitarne teorie kary w następujący sposób: „jedynie przyszłe konsekwencje są istotne dla obecnej decyzji, kara jest uzasadniona jedynie poprzez odwołanie się do probabilistycznych konsekwencji utrzymywania jej jako jednego z przyrządów porządku społecznego […] Jeżeli kara może efektywnie promować interes społeczeństwa, jest ona uzasadniona, w innym przypadku nie”[45]. W ujęciu H.L.A. Harta konsekwencjonalne uzasadnienie kary jest „zasadniczo zorientowane przyszłościowo, bierze pod uwagę przyszłe dobro dla społeczeństwa, włączając przestępcę”[46].

Argumentem przemawiającym za utylitarną legitymizacją teorii uznającej resocjalizację za cel kary jest logiczność i spójność zastosowania utylitaryzmu, tradycja uznania tej teorii za formę utylitaryzmu oraz charakterystyczny dla teorii utylitarnych empiryzm. Wyłamanie się z tego kanonu wymaga więc przekonującego uzasadnienia.

Utylitarne uzasadnienie teorii uznającej resocjalizację za cel kary nie wydaje się jednak zasadne z kilku powodów. Utylitarna teoria uznająca resocjalizację za cel kary może, odrzucając charakterystyczną dla retybutywizmu zasadę proporcjonalności kary do zawinienia, powodować instrumentalne traktowanie osoby ludzkiej, naruszenie jej godności i praw naturalnych (indywidualnych), co jest w sprzeczności z zasadą poszanowania godności osadzonego przyjętą w polskim prawie karnym wykonawczym. W literaturze podnosi się również, że utylitarnie uzasadniona teoria uznająca resocjalizację za cel kary, implikując determinizm, neguje wolność człowieka, na której opiera się idea państwa liberalnego, oraz może okazać się sprzeczna z zasadami, na jakich funkcjonuje państwo demokratyczne[47].

---

[43] Ibidem, s. 40.

[44] Cyt. za: L.M. Seidman, *Soldiers, Martyrs, and Criminals*: *Utilitarian Theory and the Problem of Crime Control*, „Yale Law Journal” 1984, vol. 94, s. 315.

[45] J. Rawls, *Collected Papers*, red. S. Freeman, Harvard University Press, Cambridge – London 1999, s. 22.

[46] H.L.A. Hart, *Punishment and the Elimination of Responsibility*, [w:] *Punishment and Responsibility*, Clarendon Press, Oxford 1968, s. 159.

[47] M. Escamilla-Castillo, *The Purposes of Legal Punishment*, „Ratio Juris. An International Journal of Jurisprudence and Philosophy of Law” 2010, t. 23, nr 4, s. 460–478; L.B. Solum, *A Virtue-Centered Account of Equality and the Rule of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008, s. 154–155.

Najpoważniejszym zarzutem przeciwko utylitarnie zorientowanej teorii uznającej resocjalizację za cel kary jest uzasadnienie dla instrumentalizacji osoby ludzkiej i brak legitymizacji dla (przyrodzonych) praw człowieka. J. Dressler, formułując argumenty przeciwników utylitarnego uzasadnienia kary, pisze, że dla utylitarystów człowiek jest środkiem prowadzącym do celu, instrumentem, dzięki któremu można udoskonalić społeczeństwo, naruszając prawa człowieka i godność ludzką. Na ten zarzut, jak podkreśla J. Dressler, utylitarnianie odpowiadają, że jednostka ludzka takich przyrodzonych praw nie posiada[48].

Krytyka legitymizacji naruszenia godności ludzkiej w utylitaryzmie pada z wielu stron. Kontrowersyjne moralnie jest usprawiedliwienie etyczne dla zadawania cierpienia człowiekowi dla dobra innych lub w celu jego poprawy. H.L.A. Hart skrytykował Benthama za „brak poszanowania dla godności i wartości osoby ludzkiej"[49]. Utylitaryzm potępiany jest również przez liderów religijnych, jako stwarzający pole do nadużyć, traktujący ludzi przedmiotowo[50]. Najostrzejsza krytyka pada jednak w tym kontekście ze strony retrybutywistów. Georg Wilhelm Friedrich Hegel uważa, że brakiem szacunku wobec sprawców przestępstw byłoby traktowanie ich jako „szkodliwych zwierząt, które trzeba uczynić mniej szkodliwymi"[51]. Wielu teoretyków kary krytykuje ten nurt[52] również z uwagi na domniemaną dopuszczalność w utylitaryzmie nieproporcjonalnego karania i karania niewinnych, jeżeli będzie to korzystne dla społeczeństwa[53].

---

[48] J. Dressler, *Understanding Criminal…*, op. cit., s. 20.

[49] M. Escamilla-Castillo, *The Purposes…*, op. cit., s. 476.

[50] Zob. Jan Paweł II, *Gratissimam Sane. List do rodzin*, Watykan 1994, dostępne na: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/documents/hf_jp-ii_let_02021994_families_en.html, który pisze: „utylitaryzm to cywilizacja skutku, użycia – cywilizacja rzeczy, a nie osób; cywilizacja, w której osoby stają się przedmiotem użycia, podobnie jak używa się rzeczy"; zob. też M.K. Ghandi, *Ahimsa, or the Way of Nonviolence*, [w:] *A Peace Reader: Essential Readings on War, Justice, Non-violence, and World Order*, red. J.J. Fahey i R. Armstrong, Paulist Press, New York 1992, s. 174, który pisze: „wyznawca *ahimsa* nie może popierać formuły utylitarnej (największe dobro dla największej liczby osób). Będzie on dążył do największego dobra dla wszystkich i poświęci życie w celu realizacji tego ideału. Będzie chciał więc umrzeć, dlatego, aby inni mogli żyć. Będzie służył innym, umierając dla siebie. […] Dla utylitarianina logiczne jest, żeby nigdy siebie nie poświęcić. Absolutysta poświęci nawet siebie samego. (Young India, 9 grudnia 1926 r.)". (Artykuł pierwotnie ukazał się w *All Men are Brothers*, UNESCO, 1958).

[51] G.W.F. Hegel, *Grundlinien der Philosophie des Rechts*, wyd. 2, Felix Meiner, Leipzig 1921, par. 100, s. 90.

[52] S.H. Kadish, S.J. Schulhofer, C.S. Steiker, R.E. Barkow, *Criminal Law…*, op. cit., s. 92–93.

[53] Karanie niewinnych w utylitaryzmie było wielokrotnie przedmiotem debat naukowych, zob. np. J. Reiman, E. van den Haag, *On the Common Saying that It is Better that Ten Guilty Persons Escape than that One Innocent Suffer*: *Pro and Con*, „Social Philosophy and Policy" 1990, t. 7, nr 2, s. 226; G. Binder, N.J. Smith, *Framed*: *Utilitarianism and Punishment of the Innocent*, „Rutgers Law Journal" 2000, vol. 32, s. 115; K. Huigens, *Dignity and Desert in Punishment Theory*, „Harvard Journal of Law and Public Policy", vol. 27, s. 33, który argumentuje, że karanie niewinnych powinno być odrzucone przez moralnych konsekwencjonalistów.

W polskim kodeksie karnym wykonawczym prewencja generalna i odstraszanie nie są uznane za podstawowy cel wykonywania kary. Treść przepisu art. 67 § 1 kkw wyraźnie skupia się na jednostce, a nie na ogóle społeczeństwa. Stefan Lelental w komentarzu podkreśla: „przepisy art. 67 KKW nie wymieniają wprost ochrony społeczeństwa jako celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Konieczność realizacji tego celu wynika jednak z szeregu innych przepisów KKW […]"[54]. Również fizyczne uniemożliwienie nie jest głównym celem wykonywania kary w opinii komentatorów. Wydaje się więc, że celów kary określonych w art. 67 § 1 kkw nie można ugruntować w teoriach utylitarnych w formie prewencji generalnej, uniemożliwienia ani odstraszania. Jedyną więc formą kary utylitarnej, jaką można rozważać w odniesieniu do celów wykonywania kary w rozumieniu polskiego prawa karnego wykonawczego, jest prewencja indywidualna w wymiarze pozytywnym.

W polskiej literaturze podjęto apel o ostrożność w stosowaniu resocjalizacji ze względu na ryzyko naruszenia godności i autonomii człowieka. Michał Porowski i Andrzej Rzepliński uznali, że „korekcyjnie zorientowana polityka penitencjarna" jest naruszeniem godności osadzonego[55]. Podobnie Irena Rzeplińska uznała, iż „przymusowa, często długotrwała resocjalizacja nie musi być efektywna, a jednocześnie zmuszanie sprawcy do poddania się zabiegom resocjalizacyjnym nie jest humanitarne"[56]. Na godność ludzką i prawa człowieka powołał się również Zbigniew Hołda, apelując o ostrożność w kwestii przymusowej resocjalizacji skazanych[57]. Z tego względu resocjalizacja powinna być prowadzona w sposób proporcjonalny.

Zarzut instrumentalizacji osoby ludzkiej poprzez utylitarnie ukierunkowaną resocjalizację wynika z możliwości podważenia zasady proporcjonalności z uwagi na dobro społeczeństwa, gdyż jednostka ma prawa (w tym prawo do korzystania z resocjalizacji) głównie z uwagi na korzyść, jaką z tego tytułu osiągnie społeczeństwo[58]. Rozumując zgodnie z założeniami utylitarnymi, prawa osoby poddanej resocjalizacji można poświęcić dla dobra społeczeństwa.

Konieczność odrzucenia, ze względu na dobro społeczeństwa, Kantowskiego nacisku na sprawiedliwość i równość Oliver Wendell Holmes tłumaczy następu-

---

[54] Zob. S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy*…, op. cit., komentarz do art. 67, nb 14, s. 322.

[55] M. Porowski, A. Rzepliński, *Uwięzienie a wartości*, „Studia Prawnicze", Instytut Państwa i Prawa PAN, 1987, t. 3, nr 93, s. 95–129.

[56] I. Rzeplińska, *Recydywiści w okresie nadzoru ochronnego*, Instytut Państwa i Prawa PAN, Wrocław 1985, s. 187.

[57] Z. Hołda, *Koncepcja wykonywania kary pozbawienia wolności według kodeksu karnego wykonawczego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, nr 1, s. 135.

[58] Utylitarni filozofowie różnią się między sobą w opinii, czy korzyść społeczeństwa jest wystarczającą podstawą do przyznania jednostce praw, zob. np. R. Dworkin, *Do we have a right to pornography?*, [w:] *A Matter of Principle*, Harvard University Press, Cambridge 1985, s. 335–372, który argumentuje, iż jednostka posiada prawa, nawet gdyby korzystanie z tego prawa byłoby niekorzystne dla społeczeństwa.

jąco: „w terminologii Kanta [teoria prewencyjna kary – przyp. aut.] traktuje się człowieka jako rzecz, nie osobę, jako środek prowadzący do celu. Mówi się, że łamie poczucie sprawiedliwości i fundamentalną zasadę wolnego społeczeństwa, w którym wszyscy członkowie mają równe prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego. Pomimo tego, prawdopodobnie większość angielskojęzycznych prawników bez wahania akceptuje teorię prewencyjną kary. Na zarzut naruszenia zasady równości można odpowiedzieć, że dogmat równości dotyczy jedynie jednostek i nie odnosi się do równości pomiędzy jednostką a społecznością”[59].

Prospektywne zorientowanie resocjalizacji może łamać zasadę proporcjonalności. Jak pisze Krzysztof Krajewski: „[…] potrzebami resocjalizacyjnymi uzasadniać można właśnie zaostrzane represji, a przede wszystkim wydłużanie okresu izolacji więziennej, bo skuteczne oddziaływania resocjalizacyjne wymagają czasu”[60]. W literaturze argumentuje się, że utylitaryzm zezwala na użycie środków nieproporcjonalnych w stosunku do wyrządzonego czynu (lobotomii[61], niebezpiecznych dla zdrowia lekarstw), nieproporcjonalnie wysokich kar (prowadzenie tzw. wojny z przestępstwem[62] w postaci np. prawa *Three Strikes* w Kalifornii[63]), stosowanie nieproporcjonalnych środków zapobiegawczych nawet przed popełnieniem przestępstwa[64], czy zastosowanie kary wobec osób niewin-

[59] O.W. Holmes, *The Common Law*…, op.cit., s. 37.

[60] K. Krajewski, *Spór o politykę karną w Polsce*: *problem kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania i alternatyw kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2007, nr 54, s. 9.

[61] J. Dressler, *Understanding*…, op. cit., s. 22.

[62] Zob. np. K. Stith, J.A. Cabranes, *Fear of Judging: Sentencing Guidelines in the Federal Courts*, University of Chicago Press, Chicago 1998, s. 51–55, gdzie autorzy opisują proces odrzucenia przez Sentencing Commission w USA projektu reformy prawa karnego opartego o teorie kary sprawiedliwej. Sentencing Commission określiła ten projekt jako „akademickie wymysły” i zażądała oparcia projektu na „kompleksowej formule matematycznej”. Komisja przyjęła ostatecznie reformę opartą na konsekwencjonalnym podejściu polegającym na kontroli przestępczości poprzez stosowanie surowych kar. Reforma ta zaskutkowała czterokrotnie zwiększoną liczbą osadzonych w więzieniach federalnych w ciągu piętnastu lat. Zob. też P.H. Robinson, *Competing Conceptions of Modern Desert*: *Vengeful, Deontological, and Empirical*, „The Cambridge Law Journal” 2008, nr 67, s. 145–175, który klasyfikuje empiryczną wersję teorii sprawiedliwej odpłaty jako formę konsekwencjonalizmu.

[63] Bill Jones (sekretarz stanu Kalifornia) uzasadnia wprowadzenie *Three Strikes Law* w Kalifornii utylitarnym celem obniżenia przestępczości i bezpieczeństwem publicznym, zob. idem, *Why* the *Three Strikes Law Is Working in California*, „Stanford Law and Policy Review” 1999, vol. 11, s. 23–25. Karanie przed popełnieniem przestępstwa B. Jones usprawiedliwia w następujący sposób: „podstawowym celem *Three Strikes* jest bezpieczeństwo publiczne. Zdecydowanie lepiej jest usunąć z ulic pedofilów za popełnienie przestępstwa o niższym wymiarze gatunkowym niż czekać, aż przestępca wykorzysta kolejną ofiarę”, ibidem, s. 25; zob. też V.S. Sze, *A Tale of Three Strikes*: *Slogan Triumphs Over Substance as Our Bumper Sticker Mentality Comes Home To Roost*, „Loyola of Los Angeles Law Review” 1995, vol. 28, s. 1051–1054.

[64] Zob. Oliver Wendell Holmes o funkcji prewencyjnej przymusowej sterylizacji: „Lepiej będzie dla świata, jeżeli zamiast czekać na wykonanie kary śmierci za przestępstwo na zdegenerowanym potomstwie, albo pozwolić mu umrzeć z głodu ze względu na jego imbecylizm, społeczeń-

nych. Mariusz Sztuka pisze o możliwym powiązaniu braku zachowania zasady proporcjonalności z przesadnym empiryzmem. Ostrzega, że pragmatyczne podejście do resocjalizacji może doprowadzić do sięgnięcia po bardziej skuteczne środki maksymalnie zabezpieczające przed przestępczością, jak masowe uwięzienie, oraz, powołując się na artykuł Sama Lewisa, zwraca uwagę na ryzyko zawłaszczenia modelu pragmatycznego resocjalizacji przez praktyki jawnie represyjne[65].

Instrumentalizacja osoby ludzkiej nie jest jednak ani założeniem polskiej myśli resocjalizacyjnej, ani efektem prowadzonych oddziaływań, a podstawowym celem resocjalizacji wyrażonej w polskim prawie nie jest realizacja interesu kolektywnego. W tym kontekście należałoby przyjąć, że nie jest więc możliwe ugruntowanie wizji resocjalizacji przyjętej w polskim prawie w tradycyjnym utylitaryźmie. Polska myśl resocjalizacyjna skupiona jest raczej na osobie sprawcy, ochronie jego godności oraz przygotowaniu go do pomyślnego życia w swojej rodzinie i społeczności, a jedynie pośrednio na jego użyteczności dla społeczeństwa.

Ponadto teoria uznająca resocjalizację za cel kary na gruncie polskiego prawa nie ogranicza się jedynie do celu minimum, czyli podporządkowania się przepisom prawa karnego, ale cechuje ją dążenie do celu maksimum, czyli internalizacji również norm moralnych[66]. Ta wizja odbiega od postrzegania resocjalizacji w konsekwencjonalizmie – Oliver W. Holmes jedyny cel prawa karnego widzi w „skłonieniu do zewnętrznego podporządkowania przepisom prawa"[67], czyli w celu minimum, używając polskiej terminologii.

Utylitaryzm jest nurtem powiązanym z liberalizmem[68] poprzez charakterystyczne dla teoretyków utylitarnych zastąpienie zasady winy zasadą krzywdy (*harm principle*)[69], która jest podstawą liberalizmu[70]. W literaturze podnosi się

stwo zapobiegnie kontynuowaniu gatunku tych, którzy są wyraźnie nieprzystosowani […]. Trzy generacje imbecyli są wystarczające", wyrok *Buck v. Bell*, 274 U.S. 200 (1927), 47 S.Ct. 584, 71 L.Ed. 1000, pkt 207.

65 S. Lewis, *Rehabilitation*: *Headline or footnote in the new penal policy?*, „The Journal of Community and Criminal Justice" 2005, t. 52, nr 2, s. 119–135, cyt. za: M. Sztuka, *Pedagodzy i aktuariusze*…, op. cit., s. 143, przyp. 19.

66 H. Machel, *Więzienie*…, op. cit., s. 21.

67 O.W. Holmes, *The Common Law*…, op. cit., s. 42; zob. też idem, *The Path of the Law*, „Harvard Law Review" 1897, vol. 10, s. 457, gdzie autor rozwinął teorię „złego człowieka", zgodnie z którą człowiek jedynie zewnętrznie podporządkowuje się prawu.

68 Widać to szczególnie na przykładzie filozofii Johna Stuarta Milla, która wyraża jednocześnie idee liberalne, jak i utylitarne poprzez zaadaptowanie zasady krzywdy, zob. D. Brink, *Mill's Moral and Political Philosophy*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2008, dostępne na: http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/mill-moral-political/.

69 Zob. J. Feinberg, *The Moral Limits Of the Criminal Law*, Volume 1: *Harm To Others*, Oxford Scholarship Online, 2003, s. 11 (praca oryginalna wydana w 1987).

70 Zob. J.S. Mill, *On Liberty*, Chapter 1: *Introductory*, [w:] *On Liberty and Considerations on Representative Government*, red. J.S. Mill, Basil Blackwell, Oxford 1948, s. 8 (oryginalna praca opublikowana w 1859 r.).

jednak, że utylitarnie nastawiona resocjalizacja narusza zasady demokracji i państwa liberalnego. Utylitaryzm krytykuje się jako naruszający zasady, na jakich opiera się państwo liberalnie, ze względu na podważenie idei suwerenności osobistej[71]. Kontrowersyjne etycznie wydaje się usprawiedliwienie nakładania cierpienia na człowieka faktem przyznania sobie przez sprawujących władzę umiejętności przewidzenia przestępstwa popełnionego przez sprawcę w przyszłości. Jak zauważa Barbara Hudson, resocjalizacja w ujęciu utylitarnym „implikuje determinizm"[72]. Przyjęcie, że przestępca podlega jedynie instynktom i nie jest w stanie samodzielnie dokonywać wyborów moralnych, skutkuje zastąpieniem kary „kwarantanną", co zagraża idei wolności ludzkiej[73].

Utylitaryzm poprzez skupienie na prewencji bierze pod uwagę interesy suwerena[74]. Jak pisze Manuel Escamilla-Castillo: „utylitaryzm instrumentalizuje karę, tak jak instrumentalizuje prawo, w momencie, kiedy podporządkowuje je politycznym celom pożądanym przez sprawującego władzę"[75]. Utylitaryzm z założenia odrzuca transcendentalizm, więc resocjalizacja będzie polegała na dostosowaniu zachowania sprawcy do oczekiwań osób sprawujących władzę, opinii specjalistów, lub może odzwierciedlać społeczne intuicje, czym jest sprawiedliwość[76]. Te intuicje i opinie mogą być jednak niesprawiedliwe w kontekście transcendentnej prawdy o sprawiedliwości[77].

Resocjalizacja wywoływała i wciąż wywołuje wiele kontrowersji z powodu obaw, że stwarza pole do nadużyć i narusza zasady demokracji[78]. W historii zdarzały się przypadki wykorzystywania idei resocjalizacyjnych w celu uzasadnienia represji politycznych. Barbara Stańdo-Kawecka przywołuje przykład obrazujący praktyczność rozważań Escamilla-Castillo na gruncie polskim, tj. resocjalizację skazanych młodocianych odbywających karę pozbawienia wolności w Jaworznie na początku lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia, która zmierzała do „skorygowania ich postaw wobec nowej, socjalistycznej rzeczywistości"[79]. Resocja-

---

[71] M. Escamilla-Castillo, *The Purposes…*, op. cit., s. 460–478.

[72] B. Hudson, *Justice Through Punishment. A Critique of the "Justice" Model of Corrections*, Palgrave Macmillan, 1987, s. 3, która pisze: „teoria resocjalizacji […] jest teorią, która implikuje determinizm".

[73] K. Huigens, *Dignity and Desert…*, op. cit., s. 33–49.

[74] M. Escamilla-Castillo, *The Purposes…*, op. cit., s. 476.

[75] Ibidem, s. 470.

[76] P.H. Robinson, *Competing Conceptions of Modern Desert*: *Vengeful, Deontological, and Empirical*, „The Cambridge Law Journal" 2008, nr 67, s. 174.

[77] Ibidem.

[78] Zob. L.B. Solum, *A Virtue-Centered Account of Equality and the Rule of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008, s. 154–155, gdzie autor argumentuje, że konsekwencjonalizm może okazać się niezgodny z koncepcją państwa prawa.

[79] H. Machel, *Zakłady karne dla młodocianych*, [w:] *Rozwój penitencjarystyki w PRL*, red. P. Wierzbicki, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988, s. 129, cyt. za: B. Stańdo-Kawecka, *O koncepcji resocjalizacji…*, op. cit., s. 110.

lizacja osób „asocjalnych" była również istotnym elementem kryminologii nazistowskiej[80].

Resocjalizacja w ujęciu utylitarnym jest zorientowana empirycznie i zazwyczaj nie bierze pod uwagę wartości transcendentalnych (niematerialnych), takich jak uczynienie osadzonego lepszym moralnie, lecz skupia się jedynie na ściśle określonych celach, jak np. brak popełnienia czynu sklasyfikowanego jako przestępstwo, w określonym czasie po zwolnieniu. Również wersja empiryczna sprawiedliwej odpłaty (gdzie wymiar sprawiedliwej odpłaty jest mierzony empirycznie, biorąc pod uwagę korzyści dla społeczeństwa) została w literaturze uznana za ugruntowaną w utylitaryzmie[81].

W literaturze został wygłoszony pogląd, że nastawienie utylitarne jest mniej użyteczne niż działania oparte o moralność. Jak argumentuje D.H. Hodgson, uzasadnienie utylitarne zależy od oczekiwań względem działania utylitarnego[82]. Te oczekiwania powstają jeszcze przed wystąpieniem działania, więc działania utylitarne mogą polegać na promowaniu tych oczekiwań[83]. D.H. Hodgson w swoich rozważaniach na temat konsekwencji działań utylitarnych udowadnia, że takie działania, nawet przy prawidłowym zastosowaniu utylitaryzmu, będą prowadziły do gorszych konsekwencji niż działania opierające się na zasadach moralnych[84].

Przemyślenia D.H. Hodgsona wydają się sprawdzać również na gruncie praktycznym. W literaturze podnosi się, iż resocjalizacja nie spełniła celów, jakie zostały jej wyznaczone przez filozofię utylitarną, gdyż nie udało się empirycznie

---

[80] D. Faser, *Law after Auschwitz. Towards a Jurisprudence of the Holocaust*, Carolina Academic Press, Durham, North Carolina, 2005, s. 101. Zob. też opinię Nicole Rafter, która sugeruje, że aby przeciwdziałać wdrożeniu nauki do katastrofalnego przedsięwzięcia, trzeba uznać, że nauki ścisłe są do pewnego stopnia upolitycznione, ponieważ rozwijają się w kontekście społecznym (N. Rafter, *Criminology's Darkest Hour: Biocriminology in Nazi Germany*, „Australian & New Zealand Journal of Criminology" 2008, t. 41, nr 2, s. 288). Por. z XIX-wieczną koncepcją Maxa Webera nauki wolnej od wartościowania i jej antynaturalistyczną krytyką, zob. K. Krajewski, *Teorie kryminologiczne a prawo karne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1994, s. 93 i literatura tam cytowana oraz s. 113. Zob. też A. Gaberle, *Patologia społeczna*, Warszawa 1993, s. 18, który pisze: „złudzenie, że w nauce […] można obejść się bez wartościowania, jest groźne, gdyż prowadzi bądź do zubożenia naszej wiedzy do poziomu banału, bądź jest źródłem istotnych nieporozumień w postaci opatrywania szyldem *obiektywizmu* ukrytych ocen i preferencji".

[81] Zob. np. P.H. Robinson, *Competing Conceptions of Modern Desert*: *Vengeful, Deontological, and Empirical*, „The Cambridge Law Journal" 2008, nr 67, s. 167; K. Huigens, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, „William & Mary Law Review" 2000, vol. 41, s. 995–996. Podobnie Krzysztof Krajewski (idem, *Teorie kryminologiczne…*, op. cit., s. 38–39) pisze: „nie negując faktu dużego wewnętrznego zróżnicowania nurtu określanego mianem neoklasycyzmu, stwierdzić należy, iż większość jego reprezentantów to zwolennicy podejścia, które scharakteryzować można z jednej strony jako pragmatyczne i utylitarne, z drugiej zaś jako behawiorystyczne i ekonomiczne".

[82] D.H. Hodgson, *Consequences of Utilitarianism. A Study in Normative Ethics and Legal Theory*, Clarendon Press, Oxford 1967, passim.

[83] Ibidem.

[84] Ibidem.

udowodnić w jednoznaczny, niebudzący wątpliwości sposób, że resocjalizacja zapobiega popełnieniu ponownego przestępstwa przez sprawcę, chroniąc społeczeństwo przed przestępczością. W opinii publicznej w odniesieniu do resocjalizacji funkcjonuje utarte już Martinsonowskie hasło: „nic nie działa”[85].

Dyskusje nad brakiem możliwości udowodnienia skuteczności resocjalizacji prowadzą do słynnego artykułu Roberta Martinsona z 1974 r. *What works? – Questions and Answers about Prison Reform*[86]. We wnioskach autor sformułował tezę, że resocjalizacja nie wpływa na powrotność do przestępczości. Mimo iż wiele wcześniejszych raportów również wskazywało na niską skuteczność resocjalizacji[87], to jednak artykuł Martinsona podważył dotychczasowe tradycyjne myślenie o resocjalizacji i wyznaczył nowy trend w kierunku pragmatycznie, utylitarnie zorientowanej poprawy skazanego[88].

Jak tłumaczy Mariusz Sztuka, błąd metodologiczny popełniony przez Martinsona polegał na przyjęciu braku przestępczości powrotnej jako wyłącznej miary skuteczności praktyki resocjalizacyjnej. Doszło do przesunięcia uwagi „z korzyści osoby poddawanej interwencji korekcyjnej na korzyść tych, w imieniu których (i za pieniądze których – co bardzo istotne) interwencja taka jest podejmowana”[89]. W takim ujęciu, ostatecznym sensem prowadzenia oddziaływań resocjalizacyjnych jest więc rzeczywisty spadek zagrożenia przestępczością, a nie uczynienie osadzonego lepszym człowiekiem. M. Sztuka tak parafrazuje idee pragmatycznie zorientowanej resocjalizacji: „nie interesuje nas taka resocjalizacja, która spowoduje, że przestępca po opuszczeniu zakładu karnego popełni przestępstwo o niższym ciężarze gatunkowym, niż miałoby to miejsce w przypadku braku oddziaływań korekcyjnych, lub też, że popełni je znacznie później; nie interesuje nas to wszystko i nie będzie nas to interesować dopóty, dopóki nie znajdą się dowody, że owe – same w sobie niewątpliwie szlachetne cele, nawet przy założeniu, że dadzą się osiągnąć – znajdują swoje przełożenie na spadek ilości przestępstw”[90].

Nie ulega wątpliwości, że resocjalizację powinno cechować nastawienie pragmatyczne. Wydaje się jednak, że osadzeni potrzebują więcej niż jedynie zapewnienia im odpowiedniej technicznie opieki, ale również szczerego zainteresowania, a to trudno jest wykazać empirycznie[91]. Celem programów resocjaliza-

---

[85] S.H. Kadish, S.J. Schulhofer, C.S. Steiker, R.E. Barkow, *Criminal Law*…, op. cit., s. 117.

[86] R. Martinson, *What works? – Questions and Answers about Prison Reform*, „The Public Interest” 1974, vol. 36, s. 22.

[87] F.T. Cullen, K.E. Gilbert, *Reaffirming Rehabilitation*, Anderson, 1982, s. XIX.

[88] M. Sztuka, *Pedagodzy i aktuariusze*…, op. cit., s. 129–144.

[89] Ibidem, s. 138–139.

[90] Ibidem, s. 138.

[91] Warto wziąć pod uwagę, że przy opracowywaniu sposobów oddziaływań na osadzonych nie można bazować jedynie na przesłankach scjentystycznych, które mogą być bardziej przydatne przy opracowywaniu metod postępowania z przedmiotami, a empiryczne nastawienie nie może być pozbawione racjonalizmu. Racjonalizm wyjaśnia, dlaczego coś istnieje, pomaga znaleźć

cyjnych powinien być integralny rozwój osadzonych. Prawidłowo rozumiana resocjalizacja nie realizuje celów politycznych, ale wynika z autentycznej troski o dobro osadzonych i pomaga im prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. Wymaga znacznych nakładów finansowych i wykwalifikowanej kadry, dlatego istnieje pokusa sięgnięcia po szybsze i łatwiejsze środki. Resocjalizacja jest procesem długotrwałym i jej wyniki nie są od razu oczywiste.

Podsumowując, utylitaryzm jest logiczną i spójną filozofią dla uzasadnienia teorii uznającej resocjalizację za cel kary. Zorientowanej utylitarnie resocjalizacji zarzuca się jednak w literaturze brak poszanowania dla godności ludzkiej i uprawomocnienie łamania praw człowieka, przesadny empiryzm, brak proporcjonalności kary w stosunku do popełnionego czynu, gloryfikację użyteczności kary dla społeczeństwa i podporządkowanie determinizmowi.

Utylitaryzm to nurt wielowątkowy i liczni utylitaryści sformułowali wyszukane argumenty odpierające przedstawione powyżej zarzuty względem tego nurtu[92]. Nie wchodząc w polemikę na temat szczegółów zasadności wysuwanych zarzutów, nie ulega jednak wątpliwości, że idea resocjalizacji wyrażona w polskim prawie karnym wykonawczym odbiega od wizji resocjalizacji zaproponowanej w tradycyjnej filozofii kary utylitarnej, szczególnie z uwagi na charakterystyczne dla polskiej myśli prawno-penitencjarnej uwzględnienie realizacji celu maksimum i internalizacji norm prawnych i społecznych, oraz podmiotowe podejście do osadzonego. Nie wydaje się więc, aby tradycyjna filozofia utylitarna mogła stanowić ugruntowanie dla wyodrębnionego w poprzednim rozdziale modelu terapeutycznego. Uzasadnienia dla podstawowego celu wykonywania kary w polskim systemie penitencjarnym względem użytkowników narkotyków należałoby więc poszukać na gruncie innej filozofii.

4.2. Model terapeutyczny a teorie sprawiedliwościowe

Omawianie teorii uznającej resocjalizację za cel kary, a szczególnie modelu terapeutycznego, w oparciu o sprawiedliwościowe (retrybutywne) teorie kary, może budzić zdziwienie. Powszechnie przyjmuje się, że teoria uznająca resocja-

różnicę między prawdą a fałszem, istnieniem a nieistnieniem, czy dobrem a złem. Każde rozumowanie empiryczne bazuje na tych zasadach intelektualnych, więc bez abstrakcyjnego racjonalizmu nie byłoby empiryzmu. Empiryzm opiera się o racjonalizm przed dokonaniem badań (badacz nie szuka wyjaśnienia dla zjawiska, jeżeli to wyjaśnienie nie jest potrzebne) oraz po dokonaniu badań (badacz wierzy, że wiedza uzyskana po dokonaniu badania jest prawdziwa). Nie można więc ograniczyć myślenia jedynie do tego, co może zostać poznane za pomocą określonej metody empirycznej, wyłączając wszystko, co przekracza te standardy myślowe.

[92] Dobrych argumentów mógłby dostarczyć np. nurt utylitaryzmu reguł, gdzie podmiot moralny respektuje obowiązki wynikające z poszanowania zasad życia społecznego, gdyż jest to bardziej użyteczne niż indywidualne kalkulacje konsekwencji. Są to jednak rozważania zbyt szczegółowe z uwagi na warunki objętościowe pracy.

lizację za cel kary jest ugruntowana w utylitaryzmie, a cel resocjalizacji nie jest spójny z celem kary w retrybutywizmie. Realizacja idei resocjalizacji w ujęciu tradycyjnej filozofii sprawiedliwej odpłaty jest dość problematyczna. Ogólnie rzecz biorąc, retrybutywizm odrzuca wszystkie utylitarne uzasadnienia kary, w tym również resocjalizację. W ujęciu retrybutywnym nie jest ona wystarczającym uzasadnieniem kary, gdyż uznaje się, że wsparcia moralnego lub psychologicznego udzielać można w oderwaniu od popełnienia czynu przestępnego, i takiej pomocy potrzebują nie tylko przestępcy. Stosowanie resocjalizacji jako celu kary, według filozofii retrybutywnej, mogłoby rozmyć zasadę zawinienia.

Resocjalizacja jest jednak obecna w dyskusji nad kształtem koncepcji kary sprawiedliwościowej. Według Immanuela Kanta[93], resocjalizując osadzonego, traktuje się go jako środek prowadzący do celu, którym jest domniemane dobro osadzonego[94]. Wynika to z zastosowania przez tego filozofa formuły, że jednostka powinna działać w taki sposób, w jaki traktuje się ludzkość, zarówno względem własnej osoby, jak i innej, nie traktując człowieka jako tylko środka prowadzącego do celu, ale zawsze jako cel sam w sobie. Warto zauważyć jednak, że formuła Kanta nie wyklucza używania ludzi jako środków do celu, ale wyklucza używanie ludzi wyłącznie jako środków do celu. Ponadto można argumentować, iż w etyce Kanta traktowanie ludzi jako jako celów samych w sobie wymaga, aby można było przestępcom, którzy zdegradowali swoją osobowość moralną poprzez popełnienie czynu zabronionego, na tej podstawie uświadomić ich braki. Można próbować te osoby „naprawić", aby ich przywrócić do bycia „celami", które przestrzegają prawa i traktują inne osoby jako „cele same w sobie".

W teoriach sprawiedliwościowych resocjalizacja może być jednym (ale nie głównym) z uzasadnień kary. Kant nie wyklucza realizowania prewencyjnej działalności przez państwo[95]. Podobnie Andrew von Hirsch w ramach deontologicznej teorii kary nie wyklucza, że kara powinna być dodatkowo uzasadniona powstrzymywaniem od popełnienia przestępstwa[96]. Kara w retrybutywizmie może więc pełnić funkcję prewencyjną, ale nie może być uzasadniona wyłącznie prewencją.

Nawet gdyby uznać pogląd o subsydiarnej roli teorii uznającej resocjalizację za cel kary w teoriach sprawiedliwościowych za mało przekonujący, nie ulega wątpliwości, że w tym nurcie przewidziane jest miejsce dla prowadzenia oddziaływań resocjalizacyjnych. W ujęciu teorii sprawiedliwościowych resocjalizacja może być ofertą skierowaną do osadzonego (chociaż nie może on być do niej

---

[93] W literaturze został wyrażony również pogląd, że Immanuel Kant nie jest „czystym" retrybutywistą; zob. J.A. Corlett, *Making Sense of Retributivism*, „Philosophy" 2001, t. 76, nr 295, s. 77–110. Szerzej na temat teorii kary Kanta zob. J. Warylewski, *Kara – podstawy filozoficzne i historyczne*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2007, s. 41–44.

[94] I. Kant, *Die Metaphysik der Sitten*, 6:331–6:332, edycja elektroniczna: http://www.korpora.org, (oryginalna praca opublikowana w 1797 r.).

[95] Ibidem, 6:231 i 6:256.

[96] A. von Hirsch, *Censure and Sanctions*, Clarendon Press, Oxford 1993, s. 12–14.

przymuszony), mimo że kara powinna zostać wymierzona na podstawie powagi popełnionego czynu[97]; oddziaływania resocjalizacyjne są traktowane jako element opieki humanitarnej nad osadzonymi[98]. Resocjalizacja może być również „przemycona" do retrybutywizmu w postaci reformowania sprawcy. Barbara Hudson odróżnia „reformowanie" sprawcy od „resocjalizacji", pisząc, że reformowanie zależy od wolnej woli osadzonego, a resocjalizacja przeczy istnieniu wolnej woli, przez co problematyczne jest jej łączenie z ideą kary[99]. Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, wydaje się, że przy poszukiwaniu uzasadnienia etycznego dla teorii uznającej resocjalizację za cel kary uzasadnione jest sięgniecie również po filozofię deontologiczną.

W ujęciu deontologicznym (retrybutywnym) kara jest sprawiedliwą odpłatą za wyrządzone zło (tzw. prawo karne czynu). Jest ona środkiem do osiągnięcia równowagi moralnej i stabilizacji w społeczeństwie. Najbardziej popularną grupą wśród teorii retrybutywnych są teorie wyrównawcze, czyli te, które zwracają uwagę na konieczność przywrócenia równowagi w społeczeństwie naruszonej przez wyrządzone zło[100]. Współcześnie rośnie też popularność innej grupy teorii retrybutywnych – teorii komunikacyjnych kary[101]. Teorie komunikacyjne rozu-

[97] Idem, *Doing Justice*: *The Choice of Punishments* (*Report of the Committee for the Study of Incarceration*), Northeastern University Press, 1976, s. 126, argumentując przeciwko dostosowywaniu wymiaru kary do oceny prawdopodobieństwa zresocjalizowania sprawcy, posiłkuje się przykładem zabójstwa jako przestępstwa o niskim poziomie recydywy – gdyby poważnie wziąć pod uwagę możliwość zredukowania kary ze względu na przyszłą prognozę zachowania sprawcy, wielu sprawców zabójstwa powinno szybko opuścić zakład karny zaraz po skazaniu, gdyż jest niewielka szansa ponownego popełnienia tego czynu zabronionego. Zob. też N. Morris, *The Future of Imprisonment*, The University of Chicago Press, Chicago 1974, s. 14, który pisze: „resocjalizacja, cokolwiek to pojęcie oznacza i niezależnie od tego, jakie programy w domniemany sposób nadają jej znaczne, musi przestać być celem stosowania kary pozbawiania wolności. Nie oznacza to jednak, że programy terapeutyczne w zakładach karnych powinny zostać porzucone; wręcz przeciwnie, powinny być rozwijane. Nie mogą one być jednak celowe w tym sensie, że przestępcy wysyłani są do zakładu karnego na terapię. Jest znacząca różnica między celem kary pozbawiania wolności a umożliwieniem odbycia treningu czy udzieleniem wsparcia osadzonym, które mogą być wykonywane w ramach tych celów. System jest wadliwy, jeżeli zaniedba utrzymanie tej różnicy, a to zaniedbanie przenika programy penitencjarne na całym świecie".

[98] Zob. np. A. von Hirsch, *Doing Justice*:…, op. cit., s. 127, który pisze: „resocjalizacja powinna zostać odróżniona od pomocy udzielanej sprawcy w celu umożliwienia mu rozwiązania jego problemów, ta pomoc […] powinna być oferowana na zasadzie dobrowolnej".

[99] B. Hudson, *Justice Through Punishment. A Critique of the "Justice" Model of Corrections*, Palgrave Macmillan, 1987, s. 3.

[100] Zob. np. H. Morris, *Persons and Punishment*, „Monist" 1968, nr 52, s. 475–501; J.G. Murphy, *Retribution, Justice, and Therapy. Essays in the Philosophy of Law*, D. Reidel, Dordrecht 1979, s. 77–81; J. Finnis, *Natural Law and Natural Rights*, Clarendon Press, Oxford 1980, s. 263–264; M. Davis, *How to Make the Punishment Fit the Crime*, [w:] *Criminal Justice*: *Nomos*, t. XXVII, red. J.R. Pennock, J.W. Chapman, New York University Press, New York 1985, s. 119–155.

[101] Zob. np. J.G. Murphy, J. Hampton, *Forgiveness and Mercy*, Cambridge University Press, New York 1988; J.L. Mackie, *Morality and the Retributive Emotions*, „Criminal Justice Ethics"

mieją karę jako „symbol społeczny, do pewnego stopnia zbliżony do komunikatu albo oświadczenia”[102].

Retrybutywne rozumienie kary, historycznie jako sprawiedliwej odpłaty za wyrządzone zło lub współcześnie jako „zasługi” (np. w ujęciu Andrew von Hirscha)[103], niekiedy wywodzi się z teorii prawa naturalnego. Robert P. George podkreśla jednak różnice między tymi teoriami – w przeciwieństwie do teorii Kanta, prawo naturalne z założenia koncentruje się na dobru osoby ludzkiej, które jest punktem wyjścia dla refleksji etycznej[104]. Wymierzanie kary w teorii kary sprawiedliwej ma więc znaczenie transcendentalne i etyczne. Używając terminologii G.W.F. Hegla, kara jest „anulowaniem” przestępstwa[105]. Według Hegla, kara jest też „prawem” przestępcy jako osoby wolnej, które jest ucieleśnione w jego woli i jego działaniu[106]. Odmowa ukarania z powodu zdiagnozowania danej osoby jako przypadku beznadziejnego jest więc uznaniem przestępcy za coś innego niż racjonalna osoba ludzka[107]. Michael Moore z kolei proponuje wersję retrybutywizmu, gdzie kara uzasadniona jest „zawinieniem moralnym” tych, którzy ją utrzymują[108].

W literaturze wyróżnia się dwa rodzaje retrybutywizmu – pozytywny, który zakłada, że winni zawsze powinni zostać ukarani, i negatywny, według którego jedynie winni mogą zostać ukarani[109]. Jak zauważa Anthony M. Quniton, najważniejszym założeniem retrybutywizmu jest twierdzenie, że kara jest uzasadniona

---

1982, nr 1, s. 3–10; w polskiej literaturze teorie komunikacyjne kary opisał Michał Królikowski w: *Sprawiedliwość karania w społeczeństwach liberalnych*. *Zasada proporcjonalności*, C.H. Beck, Warszawa 2005, s. 89–107; i w artykule: idem, *Komunikacyjne teorie kary jako współczesne retrybutywne uzasadnienia kary kryminalnej*, „Studia Iuridica” 2004, nr XLIII, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.

[102] M. Królikowski, *Komunikacyjne teorie kary jako współczesne retrybutywne uzasadnienia kary kryminalnej*, „Studia Iuridica” 2004, nr XLIII, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, s. 38.

[103] Tak M. Królikowski, T. Krawczyk, *Raport o raporcie. Rzecz o poszukiwaniu kary sprawiedliwej*, „Studia Iuridica” 2001, nr XXXIX, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, 2001.

[104] O różnicach między teoriami prawa natury a teoriami deontologicznymi zob. R.P. George, *Natural Law*, „Harvard Journal of Law & Public Policy”, vol. 31, s. 184–185.

[105] G.W.F. Hegel, *Grundlinien der Philosophie des Rechts*, Wyd. Felix Meiner, Leipzig 1921, par. 92–93, s. 85.

[106] Ibidem, par. 100, s. 89.

[107] Ibidem, par. 100, s. 90. Szerzej na temat teorii Hegla zob. J. Warylewski, *Kara*…, op. cit., s. 44–46.

[108] M.S. Moore, *The Moral Worth of Retributivism*, [w:] *Responsibility, Character, and the Emotions*: *New Essays in Moral Psychology*, red. F. Schoeman, Cambridge University Press, 1987, s. 179.

[109] R.A. Duff, D. Garland, *Introduction*: *Thinking about Punishment*, [w:] *A Reader on Punishment*. *Oxford Readings in Socio-Legal Studies*, red. R.A. Duff, D. Garland, Oxford University Press, 1994, s. 7; S.H. Kadish, S.J. Schulhofer, C.S. Steiker, R.E. Barkow, *Criminal Law*…, op. cit., s. 93. Zob. też Joshua Dressler, *Understanding Criminal*…, op. cit., s. 17–19, który wymienia trzy formy retrybutywizmu: *assaultive retribution* (*public vengeange/sociatal retaliation*), która stwarza uzasadnienie moralnie dla potępienia sprawców przestępstw, *protective retribution*, gdzie kara jest sposobem na zapewnienie moralnej równowagi w społeczeństwie, oraz *victim vindication*, gdzie kara jest potwierdzeniem wartości ofiary jako osoby ludzkiej.

jedynie zawinieniem sprawcy[110]. Teorie retrybutywne z założenia odrzucają utylitaryzm. Działania niekonsekwencjonalne są dobre lub złe, w zależności od ich wrodzonego charakteru i niezależnie od ich konsekwencji[111]. Retrybutywizm jest zorientowany retrospektywnie i uznaje, że kara jest uzasadniona jedynie faktem popełnienia przestępstwa. Dla Kanta przyszłe konsekwencje czynu są nieistotne. Niemoralne jest dostosowywanie wysokości kary do oczekiwania, że wpłynie to na zmniejszenie się lub zwiększenie przestępczości.

Nieproporcjonalność jest potępiana w teoriach sprawiedliwościowych nie tylko w przypadku, kiedy używana jest w celu odstraszenia[112], ale również w celu dostosowania kary do poziomu zresocjalizowania sprawcy[113]. Michał Królikowski i Tomasz Krawczyk moralny priorytet niewyrządzania w sposób świadomy ludzkiego cierpienia, gdy można się bez niego obejść, określają mianem *ultima ratio* dolegliwości[114]. Niektórzy, krytykując resocjalizację, utożsamiają ją z trzymaniem sprawcy w zakładzie karnym tak długo, aż się zresocjalizuje[115]. Jak pisze Mark Thornton, retrybutywizm zakłada, że środki terapeutyczne dehumanizują przestępcę, nie szanują go, naruszając jego prawo do autonomii[116].

Retrybutywizm bazuje na autonomii i wolnej woli. Immanuel Kant uważa, że ludzie powinni być traktowani jak poczytalne podmioty działające. Konsekwencje działania są zmienne w zależności od okoliczności, natomiast moralność jest uniwersalna i niezależna od okoliczności[117]. Retrybutywizm jest krytykowany przez utylitarian głównie ze względu na fakt, iż nurt ten oponuje, że celem kary jest od-

---

[110] A.M. Quniton, *On Punishment*, [w:] *The Philosophy of Punishment. A Collection of Papers*, red. H.B. Acton, Macmillan St Martin's Press, 1969, s. 56.

[111] R.A. Duff, D. Garland, *Introduction: Thinking about Punishment*, [w:] *A Reader on Punishment*…, op. cit., s. 7.

[112] A. von Hirsch, A.E. Bottoms, E. Burney i P-O. Wikstrom, *Criminal Deterrence and Sentence Severity*: *Analysis of Recent Research*, Hart Publishing, Oxford 1999.

[113] Niektóre niekantowskie teorie retrybutywne (np. *limiting retributivism*) dopuszczają jednak łagodniejsze traktowanie lub nawet rezygnację z kary, wobec tych, którzy na to zasłużyli. Pytaniem jest jednak, czy te teorie wciąż zaliczają się do retrybutywizmu, którego podstawową zasadą jest proporcjonalność, czy raczej powinno się je klasyfikować jako teorie mieszane kary.

[114] M. Królikowski, T. Krawczyk, *Raport o raporcie*…, op. cit., s. 124.

[115] Zob. J. Hampton, *An Expressive Theory of Retribution*, [w:] *Retributivism and Its Critics*, red. W. Cragg, wyd. Franz Steiner, Stuttgard 1992, s. 20–22. Interesującą polemikę z teorią ekspresyjną retrybucji J. Hamptona prowadzi B. Slattery, *The Myth of Retributive Justice*, [w:] ut supra, s. 27–34, oraz T. Dare, *Retributivism, Punishment, and Public Values*, [w:] ibidem, s. 35–41.

[116] M. Thornton, *Against Retributivism*, [w:] t *Retributivism and Its Critics*, op. cit., s. 90.

[117] Zob. R. Johnson, *Kant's Moral Philosophy*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012, dostępne na: http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/kant-moral/. Kant pojmował jednak autonomię w sposób odmienny niż niektórzy współcześni filozofowie. Przykładowo, od swoich najwcześniejszych do najpóźniejszych pism Kant potępiał nadużywanie narkotyków jako niegodne ludzi zdolnych do autonomii, czyli życia zgodnego z prawem moralnym (zob. R.P. George, *Making Men Moral. Civil Liberties and Public Morality*, Clarendon Press, Oxford 1995, s. 148).

niesienie przyszłej korzyści. Utylitarianie są zdania, że społeczeństwo powinno raczej dążyć do zmniejszenia cierpienia człowieka, a nie je celowo nakładać[118].

Paul H. Robinson podniósł, że krytycy idei sprawiedliwej odpłaty często błędnie utożsamiają ją z zemstą społeczeństwa na sprawcy[119]. Retrybutywizmowi zarzuca się realizowanie zasady talionu („oko za oko, ząb za ząb"), znanej ze Starego Testamentu[120] oraz Kodeksu Hammurabiego[121]. Celem zasady talionu nie było jednak moralne uzasadnienie wymierzania kary. Wbrew dzisiejszym intuicjom co do sprawiedliwości, zasada ta w czasie jej obowiązywania humanizowała wymiar kary, gdyż była jej autoryzacją w celu ograniczenia zemsty jedynie do krzywdy, która nastąpiła. Immanuel Kant, uzasadniając karę, powołuje się, co prawda, na zasadę talionu, jednak zaznacza, że nie można jej traktować dosłownie[122]. Warto zwrócić również uwagę, że Kant jedynie uzasadnia karę, nie określając jej wymiaru (Kant uważa jednakże, że wymiar kary jest uzasadniony nie tylko zawinieniem, ale również charakterem czynu). Ze względu na poparcie Kanta dla kary śmierci i absolutny charakter kary (uwidoczniony np. w *Insel-Beispiel*)[123], również współcześnie retrybutywizm jest utożsamiany z filozoficznym uzasadnieniem dla przyzwolenia na zastosowanie kary śmierci[124].

Dzisiejsi retrybutywiści są zgodni co do opinii, iż sprawiedliwa kara nie jest wyrazem gniewu, nienawiści ani żadnej innej emocji społeczeństwa. Teorie kary sprawiedliwej odróżnia się w literaturze od teorii zemsty i zasady talionu[125]. Akceptacja prawa talionu w retrybutywizmie byłaby absurdem, jak zauważa Hegel[126], gdyż podważałaby sens istnienia struktur politycznych i naruszałaby pod-

---

[118] J. Dressler, *Understanding Criminal*…, op. cit., s. 22.

[119] Zob. P.H. Robinson, *Competing Conceptions of Modern Desert*: *Vengeful, Deontological, and Empirical*, „The Cambridge Law Journal" 2008, nr 67, s. 175, a szczególnie zebrana literatura, w której autor przedstawia przykłady krytyki teorii retrybutywnych kary, gdzie krytycy utożsamiają te teorie z zemstą społeczeństwa na przestępcy.

[120] Zob. Stary Testament: *Księga Wyjścia* 21:24, *Księga Kapłańska* 24:20 i *Księga Powtórzonego Prawa* 19:21.

[121] Zob. artykuły 196–210 Kodeksu Hammurabiego, [w:] *Ancient Near Eastern Texts relating to the Old Testament*, red. J. Pritchard, Princeton University Press, Princeton 1969, s. 175. Kodeks datowany jest na lata 1792–1750 p.n.e.

[122] I. Kant, *Die Metaphysik der Sitten*, 6:332,…, op. cit.

[123] *Insel-Beispiel* obrazuje obowiązek stracenia ostatniego sprawcy zabójstwa przed rozwiązaniem umowy społecznej.

[124] Zob. np. R.L. Christopher, *Deterring Retributivism*: *the Injustice of "Just" Punishment"*, „Northwestern University Law Review", vol. 96, s. 850–851.

[125] Zob. R. Nozick, *Philosophical Explanations*, s. 366–368, który sporządził listę różnic między retrybucją a zemstą; zob. też S.H. Kadish, S.J. Schulhofer, C.S. Steiker, R.E. Barkow, *Criminal Law*…, op. cit., s. 100, którzy opisują problemy z odróżnieniem teorii retrybutywnych od teorii zemsty lub odwetu: „niektóre próby uzasadniania kary są blisko związane z retrybutywzmem w tym sensie, że skupiają się na dokonanym czynie. Z tego powodu niektóre z tych zbliżonych teorii często są mylone lub zrównane z teoriami retrybutywnymi. Ale te teorie różnią się fundamentalnie".

[126] G.W.F. Hegel, *Grundlinien der Philosophie*…, op. cit., par. 101, s. 91.

stawową zasadę retrybutywizmu – adekwatności moralnej (poprzez np. torturowanie sprawcy tortur czy stosowanie kary śmierci dla każdego, kto pozbawił życia inną osobę). John Finnis, współczesny teoretyk kary sprawiedliwej, zauważa: „prawo talionu błędnie koncentruje się na materialnej treści i konsekwencji aktu przestępczego, zamiast na formalnym zawinieniu (niesprawiedliwości), które składa się z woli realizowania nieograniczonego własnego interesu zamiast dobra wspólnego”[127].

Retrybutywizm, wśród jego krytyków, utożsamiany jest czasami z daniem ujścia agresji wobec przestępcy i hedonistycznym poczuciem przyjemności z ukarania sprawcy[128]. Joshua Dresser pisze: „utylitarianie uważają, że kara – celowe nałożenie bólu – jest bezsensowna i nawet okrutna, jeżeli nie przynosi pozytywnych korzyści, ale wciąż retrybutywiści przychylają się do tezy, że nałożenie bólu nie musi skutkować korzyścią w przyszłości”[129]. Według Roberta E. Gahringera „retrybucja to czysta zemsta, karanie bez uzasadnienia, zaspokajające przyjemność w wyrażaniu takich emocji, jak gniew i wzburzenie, dla poczucia ulgi z podjęcia kroków wywołanych przez przestępstwo”[130].

Jeszcze bardziej wyraziście wypowiedział się David Dolinko, dla którego omawiana koncepcja sprawiedliwej odpłaty legitymizuje, a nawet gloryfikuje złość i nienawiść[131] oraz „[…] zaprasza publiczny i prawny system do zanurzania się w pasję zemsty bez wyrzutów sumienia”[132]. Francis T. Cullen i Karen E. Gilbert piszą, że „kara powinna odzwierciedlać nie nasze podstawowe instynkty (zemstę), ale nasze najbardziej szlachetne cnoty”[133]. John Braithwaite i Phillip Pettit krytykują retrybutywizm, pisząc o „tysiącach przestraszonych młodych mężczyzn i kobiet”, którzy są „bici, gwałceni i brutalizowani, odarci z ludzkiej godności, którym zabiera się wolność słowa i przemieszczania się”[134].

Immanuel Kant przestrzega jednak przed karaniem pod wpływem emocji: „jest moralnym obowiązkiem nie tylko zaniechanie stosowania agresji względem drugiego człowieka z mściwej nienawiści, ale nawet zaniechanie wezwania Sędziego Świata Zemsty – częściowo dlatego, że człowiek sam jest tak winny, że

[127] J. Finnis, *Natural Law and Natural Rights*, Clarendon Press, Oxford 1980, s. 264.

[128] Zob. też F. Ciepły, *Chrześcijańska koncepcja kary kryminalnej a współczesne poglądy na karę*, Wyd. KUL, Lublin 2012, s. 190, który odnotowuje, że Beccaria, przekonując do kary utylitarnej, podważał idee kary sprawiedliwej poprzez wskazywanie na przypadki nadużyć w karaniu, pisząc przykładowo: „wynika w sposób oczywisty, że celem kar nie jest ani torturowanie i męczenie wrażliwej istoty”.

[129] J. Dressler, *Understanding Criminal*…, op. cit., s. 22.

[130] R.E. Gahringer, *Punishment and Responsibility*, „Journal of Philosophy” 1969, t. 66, nr 10, s. 291.

[131] D. Dolinko, *Three Mistakes of Retributivism*, „U.C.L.A. Law Review” 1992, vol. 39, nr 1624, s. 1651–1652.

[132] Ibidem, s. 1652.

[133] F.T. Cullen, K.E. Gilbert, *Reaffirming Rehabilitation*, Anderson, 1982, s. 20.

[134] J. Braithwaite, P. Pettit, *Not Just Deserts: A Republican Theory of Criminal Justice*, Clarendon Press, Oxford 1990, s. 6.

wymaga łaski, i również częściowo i zasadniczo z tego powodu, że żadna kara, niezależnie przez kogo jest ona nakładana, nie powinna być wymierzana z nienawiści”[135]. Karanie nieproporcjonalne czy wymierzone pod wpływem emocji czy nienawiści nie byłoby więc „karą” w ujęciu retrybutywnym. Podstawowym założeniem teorii kary retrybutywnej jest karanie sprawiedliwe, a w filozofii utylitarnej granice dla sprawiedliwości wyznacza użyteczność.

Krzysztof Krajewski zauważa: „[…] renesans teorii kary sprawiedliwej (*just deserts*) w USA w latach osiemdziesiątych był oparty na przekonaniu, że nastawienie resocjalizacyjne prowadzi do niesprawiedliwości, bo zgodnie z zasadą prawa karnego sprawcy, a nie prawa karnego czynu, nie tylko pozwala na odmienne traktowanie podobnych przypadków, ale może uzasadniać także izolację dłuższą, niż wynikałoby to z zasady proporcji czynu, winy i kary”[136]. W kontekście słów K. Krajewskiego zastanawiać więc może, skąd bierze się krytyka niesprawiedliwości karania w retrybutywizmie, skoro u jego podstaw leży zwalczenie niesprawiedliwości.

Wydaje się, że również ta filozofia kary nie jest w stanie uniknąć oskarżenia o nieproporcjonalność. Wynika ona jednak nie, jak warto zauważyć, z oparcia tej teorii na „nienawiści” do przestępców czy wręcz sadystycznych motywacji teoretyków tego uzasadnienia kary, ale z uwagi, jak słusznie podnosi Stefan Lelental, na jej abstrakcyjność. Wskazuje on na niemożność określenia adekwatnych do czynu przestępczego mierników sprawiedliwej odpłaty[137].

Brak tych mierników jest powiązany z problemem praktycznego implementowania retrybutywizmu, na co zwraca uwagę Karol Marks, pytając: „czy nie jest iluzją zastąpienie prawdziwych motywów człowieka wynikłych z nacisków wywieranych przez wielopłaszczyznowe konsekwencje społeczne, abstrakcją «wolnej woli» […]!”[138]. Problem braku praktyczności retrybutywizmu podnoszony

---

[135] I. Kant, *Die Metaphysik der Sitten*, 6:460–6:461,…, op. cit.

[136] K. Krajewski, *Spór o politykę karną w Polsce: problem kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania i alternatyw kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2007, nr 54, s. 9. Zob. też na temat historii ruchu *just deserts* w USA: M. Vitiello, *Reconsidering Rehabilitation*, „Tulane Law Review” 1991, vol. 65, s. 1025–1029.

[137] Zob. S. Lelental, *Kodeks karny*…, op. cit., komentarz do art. 67, nb 1, s. 330, który pisze: „Koncepcja ta do dziś bowiem nie uporała się z wieloma trudnościami natury teoretycznej, takimi jak np. znalezienie adekwatnych mierników sprawiedliwej odpłaty (czego nawet sam I. Kant nie był w stanie dokonać) […]”; zob. też H.L.A. Hart, który sugeruje, że dla niektórych krytyków retrybucja to „tajemnicza część alchemii moralnej, dzięki której, po dodaniu zła niegodziwości moralnej do cierpienia, otrzyma się dobro moralne”, zob. H.L.A. Hart, *Postscript: Responsibility and Retribution*, [w:] idem, *Punishment and Responsibility*. *Essays in the Philosophy of Law*, Clarendon Press, Oxford 1968, s. 234–235.

[138] K. Marx, *Capital Punishment*, „New-York Daily Tribune”, 18 lutego 1853, gdzie autor dalej podnosi, że teoria uznająca karę za wynik wolnej woli przestępcy jest jedynie metafizycznym wyrazem starej doktryny *jus talionis*. W marksizmie determinizm ekonomiczny wynika bezpośrednio z determinizmu fizycznego; zob. R. Weatherford, *The Implications of Determinism*, Routledge, London 1991, s. 6.

jest również wśród zwolenników tego nurtu. Michał Królikowski i Tomasz Krawczyk zauważają, że teorie sprawiedliwościowe nie rozstrzygają kwestii wynikłych z karania w niesprawiedliwym społeczeństwie, co może prowadzić do naruszenia zasady sprawiedliwości karania[139].

Omawianie sprawiedliwego wymiaru kary w retrybutywizmie jest jednak problematyczne, gdyż retrybutywizm z zasady jedynie uzasadnia karę, ale nie określa jej wymiaru[140]. Dla Davida Dolinki ta abstrakcyjność retrybutywizmu oznacza zachętę do „niekończącego się zwiększania wysokości kar, odpowiadając na wciąż rosnące punitywne i surowe sentymenty opinii publicznej"[141]. Dla Jean Hampton z kolei, która opracowała „ekspresyjną" teorię retrybutywną, abstrakcyjność tego nurtu stała się podstawą dla wykreowania niepunitywnego typu retrybucji[142].

Interpretacja sprawiedliwości retrybutywnej nie jest jednak całkowicie dobrowolna i arbitralna. Norval Morris uważa, że „sprawiedliwa odpłata nie może określić konkretnego wymiaru kary, która powinna być nałożona, może jedynie zidentyfikować wymiar kary, którego przekroczenie oznaczałoby, że nałożenie kary jest nieproporcjonalne"[143]. Andrew von Hirsch z kolei proponuje rozpiętość kar oprzeć na zasadzie proporcjonalności przy zachowaniu wewnętrznej spójności systemu[144].

Jak widać z powyższych wypowiedzi – mimo iż istnieją granice dla dowolności w wymierzaniu kary w oparciu o zasadę sprawiedliwości retrybutywnej, to jednak nie można się nie zgodzić ze stwierdzeniem, że istnieje pole do nadużyć. Ryzyko wymierzania zbyt wysokich wyroków w stosunku do popełnionego czynu w oparciu o idee „sprawiedliwości" istnieje, mimo że takie działania są z natury sprzeczne z ideą kary sprawiedliwej. Jean Hampton pisze: „jest coś moralnie niepokojącego w przypadku instytucji, która nakłada retrybucję na tych ludzi [których wartość jest dewaluowana od urodzenia poprzez biedę, brak edukacji, dyskryminację na rynku pracy – przyp. aut.] w celu rekompensaty wartości ich ofiar, nie biorąc pod uwagę, że te osoby same są ofiarami"[145]. Wydaje się jednak, że obiekcje wynikające z braku klarownych wytycznych co do wymiaru kary w niesprawiedliwym społeczeństwie są również słuszne na gruncie filozofii kary utylitarnej, gdzie wyznaczane są one w oparciu o użyteczność.

---

[139] M. Królikowski, T. Krawczyk, *Raport o raporcie*…., op. cit., przypis 77.

[140] F. Rauscher, *Kant's Social and Political Philosophy*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012, dostępne na: http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/kant-social-political/.

[141] D. Dolinko, *Three Mistakes of Retributivism*, „UCLA. Law Review" 1992, vol. 39, s. 1652.

[142] J. Hampton, *Correcting Harms versus Righting Wrongs*: *the Goal of Retribution*, „UCLA Law Review" 1992, vol. 39, s. 1659.

[143] N. Morris, *The Future of Imprisonment*, The University of Chicago Press, Chicago 1974, s. 75–76.

[144] A. von Hirsch, *Doing Justice*: *The Choice of Punishments*. *Report of the Committee for the study of Incarceration*, Northeastern University Press, 1976, s. 90.

[145] Zob. J. Hampton, *An Expressive Theory*…, op. cit., s. 22.

Jak zauważa Wojciech Sadurski, w retrybutywiźmie nie przewiduje się instytucji łaski: „retrybutywizm […] na gruncie karania nie obejmuje moralności łaski, gdyż moralność łaski wykracza poza zakres sprawiedliwości”[146]. Nie ulega wątpliwości, że uwaga Sadurskiego jest słuszna na gruncie imperatywu kategorycznego powinności bezwzględnej Kanta. Z drugiej strony jednak można też argumentować, że jedynie retrybutywizm daje podstawę istnieniu instytucji łaski, gdyż jej zastosowanie wydaje się być możliwe wyłącznie w przypadku zaistnienia świadomości zawinienia czynu. Jeżeli sprawca miał ograniczony wybór dokonania czynu przestępczego, wówczas współczucie okazane tej osobie nie jest łaską, ale sprawiedliwością. Retrybucja i zastosowanie łaski nie muszą się wykluczać, ale raczej powinny się uzupełniać. Bezwzględna i absolutna retrybucja pozbawiona łaski i nadziei na złagodzenie lub zaniechanie kary może prowadzić do przekonania o słuszności tezy o niesprawiedliwości lub nawet okrucieństwie tego uzasadnienia kary[147].

Podsumowując, wydaje się, że teorie sprawiedliwościowe mogą być odpowiedzią na utylitarnie zorientowaną resocjalizację odpowiedzialną za instrumentalizowanie przestępcy i szczególnie te formy prewencji, które przekraczają swoją dolegliwością wyrządzoną krzywdę. Z drugiej strony jednak, optowanie za bezwzględnym przestrzeganiem zasady proporcjonalności może spowodować nie tylko odrzucenie teorii uznającej resocjalizację za cel kary, ale nawet może okazać się, wbrew założeniom koncepcji, niesprawiedliwe.

Akceptacja teorii uznającej resocjalizację za cel kary w teoriach sprawiedliwościowych jako teorii subsydiarnej dla uzasadnienia kary lub dominującej teorii na etapie jej wykonywania również jest problematyczna. Nawet teorie kary w niekantowskiej deontologii w naturalny sposób marginalizują dyskusje nad kształtem resocjalizacji. Z drugiej strony teorie sprawiedliwościowe afirmują wolną wolę i podmiotowość jednostki. Pomimo że gloryfikacja wolności osoby ludzkiej jest pożądana, może jednakże stać na przeszkodzie jakiejkolwiek interwencji w tę sferę, nawet taką, która jest z korzyścią dla osoby poddanej resocjalizacji.

Teorie retrybutywne wydają się akceptować resocjalizację (rozumianą jako dobrowolne poddanie się oddziaływaniom resocjalizacyjnym przez osadzonych), ale trudno byłoby w nich ugruntować teorię uznającą resocjalizację za cel kary. Nie wydaje się, żeby ze względu na retrybutywne ujęcie wolnej woli możliwe było uzasadnienie teoriami sprawiedliwościowymi prowadzenia terapii uzależ-

[146] W. Sadurski, *Teoria sprawiedliwości: podstawowe zagadnienia*, PWN, Warszawa 1988, s. 249.

[147] Warto również dodać, że w retrybutywizmie problematyczny jest brak zainteresowania problematyką szkody. Kyron Huigens podaje przykład wstrzyknięcia ratującego życie lekarstwa wbrew woli pacjenta, co w ujęciu retrybutywnym byłoby przestępstwem, nawet jeżeli zostałoby dokonane w interesie pacjenta. Natomiast gdyby doszło do poważnej szkody w trakcie zajęć sportowych, czynność, która doprowadziłaby do powstania tej szkody, nie byłaby przestępstwem; zob. K. Huigens, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, „William & Mary Law Review” 2000, vol. 41, s. 951.

nienia użytkowników narkotyków na podstawie decyzji sądu, często wbrew woli osadzonych, tak jak jest to uregulowane w polskim prawie. Wydaje się więc, że teorie sprawiedliwościowe również nie są właściwym uzasadnieniem filozoficznym dla modelu terapeutycznego.

4.3. Model terapeutyczny a współczesne teorie aretologiczne

Specyfika teorii uznającej resocjalizację za cel kary na gruncie polskiego prawa karnego wykonawczego, a w szczególności art. 67 kkw, oraz w polskiej doktrynie sprawia, że zarówno deontologia, jak i utylitaryzm nie są idealnymi nurtami w filozofii moralnej dla uzasadniania celów wykonywania kary pozbawienia wolności w Polsce. Wydaje się więc, że inspiracji filozoficznych dla modelu terapeutycznego należałoby poszukać poza tymi dwoma głównymi trendami.

W pracy zaproponowano alternatywne dla retrybutywizmu i utylitaryzmu ugruntowanie filozoficzne dla teorii uznającej resocjalizację za cel kary, w nadziei, iż lepiej odda ono specyfikę rozumienia tego nurtu na gruncie polskiego systemu prawa karnego wykonawczego. Ta trzecia droga w filozofii moralnej, dotychczas nieomówiona jeszcze w polskiej literaturze z zakresu teorii kary, w założeniu ma być nie tylko odpowiedzią na zarzuty wysuwane przeciwko teoriom kary sprawiedliwej i utylitarnej, ale jest również propozycją niekonwencjonalnego uzasadnienia celów kary. W zamierzeniu teoria ta ugruntowuje cele resocjalizacyjne, szanując godność osadzonego – ma zalety utylitaryzmu i retrybutywizmu, ale pozbawiona jest ich wad. Do czytelników tej pracy będzie należała ocena trafności zamysłu autorki i praktyczność zastosowania tej koncepcji.

Konieczność opracowania trzeciego nurtu w uzasadnianiu kary wynika nie tylko z braku legitymizacji moralnej teorii uznającej resocjalizację za cel kary w utylitaryzmie i retrybutywizmie, ale również ich wadliwych założeń. Jak podsumowuje Elizabeth Anscombe, deontologia wyklucza uwzględnienie konsekwencji wyborów, a w konsekwencjonalizmie z kolei brakuje miejsca na nienaruszalne prawa człowieka i sprawiedliwość[148]. Zarówno utylitaryzmowi, jak i retrybutywizmowi zarzuca się nieetyczność w postaci nieadekwatności wymiaru kary w stosunku do przewinienia. Przyjmuje się, że w utylitaryzmie ta nieadekwatność wynika z konieczności dostosowania wymiaru kary do celów utylitarnych[149], a w przypadku retrybutywizmu – z abstrakcyjności sprawiedliwej odpłaty[150]. Podkreśla się też, że przesadny empiryzm w utylitaryzmie może powodować instrumentalizację osoby ludzkiej[151], a poprzez zależność od woli suwe-

[148] Zob. E. Anscombe, *Modern Moral Philosophy*, „Philosophy" 1958, vol. 33, nr 124.

[149] Zob np. K. Huigens, *Dignity and Desert in Punishment Theory*, „Harvard Journal or Law and Public Policy" 2003, t. 27, nr 1, s. 33–49.

[150] H.L.A. Hart, *Postscript: Responsibility*…, op. cit., s. 234–235.

[151] Zob np. M. Sztuka, *Pedagodzy i aktuariusze*…, op. cit., s. 129–144.

rena może naruszać zasadę państwa liberalnego[152]. Z kolei retrybutywizm, poprzez abstrakcyjne podejście, jest mało praktycznym uzasadnieniem kary i również może w konsekwencji dawać podstawę do niesprawiedliwego karania.

Zarówno teorie sprawiedliwościowe, jak i utylitaryzm mają problem z moralnym uzasadnieniem kary. Kontrowersyjne moralnie jest zarówno zadawanie cierpienia za wyrządzone cierpienie, ze względu na dobro społeczeństwa (używając terminologii utylitarnej), jak i nakładanie zła ze względu na konieczność wyrównania tym złem wyrządzonej krzywdy (w terminologii retrybutywnej). Próba alternatywnego uzasadnienia filozoficznego dla teorii uznającej resocjalizację za cel kary będzie więc polegała na odnalezieniu takiej teorii, gdzie cele kary będą ustalane metodami demokratycznymi, ale również będą sprawiedliwe i humanitarne w sensie transcendentalnym. Dodatkowo cele te w założeniu będą miały rzetelne oparcie w empirycznie uzasadnionych procedurach metodycznych.

W wyniku braku satysfakcji z filozofii deontologicznej i utylitarnej, które zdominowały filozofię prawa i filozofię moralną od co najmniej XIX w., w literaturze nie ustają poszukiwania filozofii alternatywnej dla tych dwóch trendów. Od kiedy etyka cnót[153] została „odkryta" w połowie XX w. (tzw. „przewrót arystotelejski" w filozofii moralnej)[154], trudno sobie wyobrazić podręcznik do etyki nieuwzględniający tej teorii obok tradycyjnych nurtów w etyce (tj. teorii utylitarnej i Kantowskiej)[155].

Etyka cnót jest coraz chętniej stosowana w różnych dziedzinach nauk[156]. Szczególne chętnie sięga się do niej w ramach medycyny i pedagogiki. Nurt ten koncentruje się na sprawcy moralnego działania, w przeciwieństwie do utylitaryzmu i deontologii, które odnoszą się do oceny moralnej czynu dokonanego przez sprawcę[157]. Jak podkreśla N. Szutta, oceny moralne wydawane są w kategoriach moralnego dobra, a nie moralnej słuszności[158]. Być może z tego powodu etyka cnót wolno adaptuje się w etyce prawa karnego i literatura na ten temat jest bar-

---

[152] Zob np. M. Escamilla-Castillo, *The Purposes of…*, op. cit., s. 460–478. Podobnie empiryczna wersja kary sprawiedliwej niekoniecznie musi być zgodna z transcendentalną prawdą o sprawiedliwości, ale może być zależna od woli suwerena lub społeczeństwa, zob. P.H. Robinson, *Competing Conceptions…*, op. cit., s. 174.

[153] W tej pracy nie zastosowano podziału na etykę cnót i teorię cnót (aretologię), mimo iż wielu filozofów wprowadza do swoich rozważań to rozróżnienie. Etykę cnót rozumie się szeroko i teorie aretologiczne rozwinięte w ramach etyki Kantowskiej i utylitaryzmu traktowane są jako różne koncepcje etyki cnót, funkcjonującej jako odrębna teoria etyczna. Zob. jednak szczegółowo na ten temat N. Szutta, *W kierunku przezwyciężenia schizofreniczności nowożytnych teorii etycznych. Etyka cnót* versus *aretologia*, „Roczniki Filozoficzne" 2009, t. 57, nr 2.

[154] Zob. E. Anscombe, *Modern Moral Philosophy*, „Philosophy" 1958, vol. 33, nr 124.

[155] N. Szutta, *Dyskusja z sytuacjonistyczną krytyką etyki cnót. Odpowiedź na zarzuty Gilberta Harmana*, „Diametros" 2012, nr 31.

[156] Na temat współczesnej etyki cnót zob. publikacje Nataszy Szutta, np. eadem, *Status współczesnej etyki cnót*, „Diametros" 2004, nr 1, s. 70–84.

[157] Eadem, *Utylitaryzm wobec krytyki etyków cnót*, „Diametros" 2007, nr 11, s. 41.

[158] Ibidem.

dzo ograniczona. Do tej pory ukazało się wyłącznie kilka artykułów z zakresu prawa karnego omawiających karę w aretologii[159] na gruncie amerykańskim. W artykułach tych zastosowano etykę cnót do procesu wymierzania kary, krytykując zarówno uzasadnianie wymierzania kary w etyce Kanta, jak i w utylitaryzmie, włączając w to krytykę resocjalizacji jako formy kary utylitarnej. W niniejszym podrozdziale dokono próby uzasadnienia, że – wbrew twierdzeniom amerykańskich karnistów-aretologów – przyjęcie założeń aretologicznych nie musi oznaczać odrzucenia teorii uznającej resocjalizację za cel wykonywania kary.

W najnowszej literaturze z zakresu teorii kary odznaczają się szczególnie teorie odwołujące się do celu kary jako edukacji moralnej czy kształtowania charakteru, przy jednoczesnym odrzuceniu ideologicznej możliwości poświęcenia jednostki w imię ochrony interesu kolektywnego. Te nowe teorie kary rozwijane są na gruncie jurysprudencji cnót (*virtue jurisprudence*) i są określane mianem teorii aretologicznych kary. Nurt jurysprudencji cnót, który podkreśla renesans etyki cnoty Arystotelesa w ujęciu normatywnym, jest jednym z najbardziej charakterystycznych trendów filozofii prawa w ostatnich latach[160], a teorie aretologiczne kary są już niekiedy wymieniane w literaturze obok głównych nurtów retrybutywizmu i utylitaryzmu[161]. W ramach tych nowych teorii bazujących na etyce cnót usiłuje się wyjaśniać wiele problemów teoretycznych w prawie, z którymi nie radzi sobie ani retrybutywizm, ani utylitaryzm[162], ale w niniejszej pracy prezen-

[159] Aretologia to dyscyplina filozoficzna zajmująca się badaniem cnót i wad etycznych. Nazwa wywodzi się z greckiego słowa *arete* ('cnota', 'prawość', 'zaleta moralna'). Cnota to sprawność moralna w posługiwaniu się władzami moralnymi (rozumem, wolą i myślami). Etyka cnót posługuje się również terminami *phronesis* ('rozsadek', 'praktyczna i moralna mądrość') i *eudaimonia* ('stan pełnego, racjonalnie uzasadnionego zadowolenia i satysfakcji z własnego życia').

[160] Zob. np. *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008, oraz polemikę między R.A. Duffem, (idem, *Virtue, Vice, and Criminal Liability: Do we want an Aristotelian Criminal Law?*, „Buffalo Criminal Law Review" 2003, vol. 6, s. 147) a Kyronem Huigensem, (idem, *On Aristotelian Criminal Law*: *A Reply to Duff*, „Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy" 2004, vol. 18, s. 465).

[161] Zob. G.P. Fletcher, *The Fall and Rise of Criminal Theory*, „Buffalo Criminal Law Review" 1998, vol. 1, s. 287, który pisze: „utylitarianie i kantianie mieli wiele do powiedzenia na temat uzasadnienia kary. Teoretycy cnoty w ostatnich czasach zaoferowali bardziej subtelny rozrachunek zawinienia"; P. Arenella, *Character, Choice, and Moral Agency*: *The Relevance of Character to Our Moral Culpability Judgements*", „Social Philosophy and Policy" 1990, vol. 7, s. 59, który pisze, że teoria racjonalnego wyboru jest niedostateczna dla opisu zainteresowania prawa karnego charakterem; E.L. Pincoffs, *Legal Responsibility and Moral Character*, „Wayne Law Review" 1973, vol. 19, s. 918, gdzie autor argumentuje, że w karze zawiera się żądanie rozwinięcia i wyeksponowania określonych cech charakteru; C.O. Finkelstein, *Duress*: *A Philosophical Account of the Defense in Law*, „Arizona Law Review" 1995, vol. 37, s. 251; K. Huigens, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, „William & Mary Law Review" 20009, vol. 41, nr 43, s. 1035–1036, który pisze: „w rzeczywistości jurysprudencja cnót jest silną, subtelną i starożytną tradycją w etyce filozoficznej. Jest prawdziwą nową ścieżką w teorii kary".

[162] Jurysprudencja cnót używana jest szeroko w dyskusji o kontroli sądowej (*virtue centered theory of judging*), zob. np. S. Sherry, *Judges of Character*, „Wake Forrest Law Review" 2003, vol.

tacja jurysprudencji cnót została ograniczona do sposobu, w jaki ta teoria uzasadnia cele kary.

W ramach tego nurtu uznaje się, że głównym celem prawa nie jest maksymalizacja satysfakcji ani ochrona praw i przywilejów, ale „promowanie dobrobytu ludzkiego – w celu umożliwienia ludziom prowadzenia doskonałego życia”[163]. Celem prawa jest więc umacnianie obywateli w cnotach, a nie maksymalizowanie użyteczności czy ochrona praw moralnych[164]. Filozofia ta rezygnuje z umieszczania w centrum debat pojęć „dobrobyt”, „wydajność”, „autonomia”, „równość”, „użyteczność”, a zamiast tego przewodnimi hasłami staje się „zaleta moralna” i „doskonałość”[165]. W opinii jednego z jej przedstawicieli: „spośród współczesnych teorii normatywnych prawa jurysprudencja cnót w najlepszy sposób łączy prawo ze sprawiedliwością”[166]. W założeniu teoria ma nie tylko konsekwencje teoretyczne, ale jej celem jest „reintegracja teorii prawa z praktyką”[167].

Prawo, według teoretyków jurysprudencji cnót, widziane jest w taki sam sposób, w jaki etycy cnoty widzą zalety i wady moralne – jako produkty procesu etycznej generalizacji[168]. W ujęciu teorii aretologicznych kary, przepisy prawa karnego są więc oparte na etycznej generalizacji[169]. Cnoty według tej teorii to trwałe dyspozycje, których nabycie uzdalnia człowieka do dobrego postępowania. Ludzie nie rodzą się, posiadając zalety moralne, tylko się ich uczą poprzez poznanie intelektualne oraz prowadzenie życia opartego na cnotach, poprzez ce-

38, s. 793; L.B. Solum, *Virtue Jurisprudence. A Virtue-centered Theory of Judging*, „Metaphilosophy” 2003, t. 34, nr 1/2, s. 178–213; C. Farrelly, *Civic Liberalism and the 'Dialogical Model' of Judicial Review*, „Law and Philosophy” 2006, t. 25, nr 5, s. 489–531; zob. też rozważania na temat błędu w prawie karnym: K. Huigens, *Virtue and Inculpation*, „Harvard Law Review” 1995, vol. 108, s. 1425; zob. też o aborcji: R. Hursthouse, *Virtue Theory and Abortion*, „Philosophy & Public Affairs” 1991, t. 20, nr 3, s. 223–246; zastosowanie jurysprudencji cnót w kształtowaniu odpowiedzialności deliktowej zob. H.L. Feldman, *Prudence, Benevolence, and Negligence*: *Virtue Ethics and Tort Law*, „Chicago-Kent Law Review” 2000, vol. 74, s. 1431; na temat teorii kary w jurysprudencji cnót zob. głównie Kyron Huigens, np. idem, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, „William & Mary Law Review” 2000, vol. 41, s. 943.

[163] C. Farrelly, L.B. Solum, *An Introduction to Aretaic Theories of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*…, op. cit., s. 2.

[164] Zob. R.P. George, *Making Men Moral. Civil Liberties and Public Morality*, Clarendon Press, Oxford 1995.

[165] C. Farrelly, L.B. Solum, *An Introduction to Aretaic Theories of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*…, op. cit., s. 2–3.

[166] L.B. Solum, *Natural Justice: An Aretaic Account of the Virtue of Lawfulness*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008, s. 191.

[167] C. Farrelly, L.B. Solum, *An Introduction to Aretaic Theories of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*…, op. cit., s. 3.

[168] K. Huigens, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, op. cit., s. 1025. Zob. też N. Szutta, *The Virtues of Will-Power – from a Philosophical & Psychological Perspective*, „Ethical Theory and Moral Practice” 2020, nr 23, s. 325–339.

[169] Ibidem, s. 1024.

lowe dostosowywanie do nich swojego postępowania[170]. Rosalind Hursthouse podkreśla, że wiedza moralna w przeciwieństwie do wiedzy matematycznej nie może być przekazana jedynie przez udział w wykładach i zazwyczaj wiąże się z doświadczeniem życiowym[171].

Jurysprudencja cnoty jest teorią mającą swoje źródła w filozofii Arystotelesa[172] i wynikającej z niej tradycji perypatetyckiej[173] oraz z filozofii stoickiej. Podobne prądy myślowe można też odnaleźć u Konfucjusza[174]. Arystoteles opisywał cnotę (zaletę moralną) jako stałą dyspozycję do czynienia dobra[175]. Według niego zaleta moralna jest celem prawa[176]. Zdaniem Arystotelesa, racjonalne prawo to takie, które może nauczyć cnoty poprzez internalizację te osoby, które posiadają wystarczającą ilość *arete* (cnoty), aby zrozumieć cel prawa[177]. Jednak nawet jeżeli ktoś nie posiada wystarczającego poziomu cnoty, może być zmuszony do przestrzegania prawa, gdyż może mu to umożliwić realizację w jego życiu ideałów *arete*[178]. Dla Arystotelesa cnota nie jest przestrzeganiem obowiązków moralnych wbrew swoim inklinacjom, lecz dyspozycją do podjęcia działania zgodnego z normą – ze względu na internalizację celów tej normy, a nie ze względu na podporządkowanie się normie[179].

Centralną funkcję w etyce Arystotelesa pełni przekonanie o społecznej naturze człowieka. Ludzie nie są wyizolowanymi jednostkami, ale tworzą zróżnicowane wspólnoty (od rodziny począwszy, na państwie skończywszy) o różnym charakterze. Jednym z aspektów prowadzenia satysfakcjonującego życia jest harmonia i jedność z innymi ludźmi, co tworzy idee dobra wspólnego. Dobro wspólne jest rozumiane jako zapewnienie warunków, w których ludzie mogą uzyskać szczęśliwość poprzez współpracę z innymi[180].

Odnajdując ugruntowanie dla teorii uznającej resocjalizację za cel kary w aretologii, w pracy zdystansowano się jednak od jej historycznych twórców,

---

[170] Ibidem.

[171] R. Hursthouse, *Virtue Theory*…, op. cit., s. 231.

[172] R.P. George, *Making Men*…, op. cit., s. 179.

[173] W tej tradycji istotną pozycję zajmuje św. Tomasz z Akwinu, który definiował cel prawa jako prowadzenie ludzi w kierunku cnoty, ale stopniowo.

[174] Jednakże warto zauważyć, że kwestią sporną jest, czy poglądy Konfucjusza na temat relacji między cnotami a prawem z *Dialogów konfucjańskich* mogą mieć efekt normatywny, czy dążenie do cnoty w ujęciu Konfucjusza stoi w opozycji do idei prawa.

[175] K. Huigens, *On Aristotelian Criminal Law: A Reply to Duff*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, op. cit., s. 214.

[176] Ibidem.

[177] Ibidem. Można to porównać do ćwiczeń fizycznych – im ktoś więcej ćwiczy, tym łatwiej mu to przychodzi.

[178] Ibidem.

[179] Ibidem.

[180] Paragraf opracowany na podstawie: Ch. Shields, *Aristotle*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*", red. E.N. Zalta, 2012, dostępne na: http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/aristotle/, oraz R. Kraut, *Aristotle's Ethics*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, op. cit., dostępne na: http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/aristotle-ethics/.

jak i samego nurtu. Można wiele zarzucić zarówno samemu nurtowi, który jest wieloaspektowy, jak i jego historycznym podwalinom, w niniejszej pracy brakuje jednak miejsca na te dyskusje. Arystotelesowski „elityzm", poglądy na temat niewolnictwa czy pozycji społecznej i znaczenia kobiet nie zawsze mogą być usprawiedliwione kontekstem historycznym. Jak zauważa Robert P. George, na krytykę zasługuje również przypisanie prawu przez Arystotelesa głównej roli edukatora moralnego, pomijające tym samym rolę instytucji subsydiarnych, takich jak rodzina, szkoła czy instytucje religijne[181]. Warto jednak podkreślić, że dzieła Arystotelesa wywarły największy wpływ na kształt tradycyjnego rozumienia sprawiedliwości. Filozofia Arystotelesa, mimo iż od wieków była wielokrotnie krytykowana, jednak samodzielnie się broniła. Nie można również zaprzeczyć, że Arystoteles w swoich rozważaniach odwoływał się zarówno do typowo retrybutywnych, jak i utylitarnych powodów karania[182].

Podstawowym celem kary w teoriach aretologicznych nie jest zmaksymalizowanie przyjemności i zmniejszenie ilości cierpienia w społeczeństwie, jak w utylitaryźmie, ani transcendentalne wyrównanie krzywdy – jak w retrybutywizmie, ale stworzenie mu warunków do poprawy poprzez budowanie osobistej cnoty. Istotna jest aktywna postawa karanego, wykluczająca traktowanie skazanego przedmiotowo. Osoba odbywająca karę jest wezwana do osobistej decyzji o walce ze swymi wadami poprzez kształtowanie osobistych zalet moralnych.

Celem kary w teoriach aretologicznych nie jest sprawiedliwość, ale zapewnienie „szczęśliwości" – warunków do prowadzenia satysfakcjonującego, godnego życia w oparciu o wartości moralne (eudajmonia, samodoskonalenie). Sprawiedliwość jest jedną z cnót (zalet moralnych), która uzupełnia i ogranicza wymiar kary[183]. Sprawie-

[181] R.P. George, *Making Men…*, op. cit., s. 46.

[182] Na temat sprawiedliwości karania zob.: Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, 1132 a: „sprawiedliwość natomiast w rodzących zobowiązania stosunkach między ludźmi jest pewnego rodzaju równością, a [odpowiednia] niesprawiedliwość – pewnego rodzaju nierównością, ale nie według wspomnianej wyżej proporcji, lecz według proporcji arytmetycznej. Wszystko bowiem jedno, czy człowiek dobry pozbawił mienia człowieka złego, czy na odwrót: zły – dobrego, lub czy cudzołóstwa dopuścił się człowiek dobry, czy zły; prawo baczy tylko na różnicę w wielkości straty i traktuje wszystkie osoby jako równe, baczy tylko na to, czy ktoś postąpił niesprawiedliwie, a ktoś drugi doznał krzywdy lub czy ktoś komuś wyrządził szkodę, a tamten ją poniósł. Tak że niesprawiedliwość w tym znaczeniu jest nierównością, którą sędzia stara się wyrównać; bo jeśli ktoś zadał, a ktoś inny odniósł ranę, lub ktoś zabił, a ktoś inny zginął, to zachodzi nierówność między czynem jednego a doznaniem drugiego; sędzia jednak usiłuje usunąć za pomocą kary nierówność, umniejszając zysk [sprawcy]"; uzasadnienie utylitarne kary Arystotelesa zob. Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, op. cit., 1094 b: „jeśli bowiem nawet to samo jest najwyższym dobrem i dla jednostki, i dla państwa, to jednak dobro państwa zdaje się być czymś większym i doskonalszym, zarówno gdy idzie o osiągnięcie, jak też o zachowanie go; i dla jednostki bowiem jest miłą rzeczą dopięcie celu, ale piękniejszą i bardziej boską – dla narodu i dla państwa".

[183] L.B. Solum, *Natural Justice: An Aretaic Account of the Virtue of Lawfulness*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, op. cit., s. 186.

dliwość może być jedynie pośrednio celem kary, w tym wymiarze, że jest efektem osobistej cnoty członków społeczeństwa, stanem współżycia społecznego wynikającym z ich osobistych czynów[184].

Teoretycy aretologiczni argumentują, że w odróżnieniu od retrybutywnego metafizycznego zadania celu „zanegowania zła" poprzez „przywrócenie dobra" ta teoria ma konkretny cel moralny, który kara powinna osiągnąć, a którym powinna być również korzyść dla samego przestępcy. Państwo, wymierzając karę, stara się wspierać jego osobowość moralną[185]. Teoria jest więc odpowiedzią na retrybutywny brak uwzględnienia konsekwencji i przyszłego postępowania sprawcy w celach kary. Podobnie jak teorie utylitarne, teorie aretologiczne stanowią więc prawo karne sprawcy.

Celem karania jest nie tyle wyeliminowanie zachowania określonego typu, ile taka edukacja, aby członkowie społeczeństwa samodzielnie wybrali nieangażowanie się w tego typu zachowanie[186]. Jak pisze Jean Hampton, celem kary jest „nauczenie sprawcy, że czyn jest zakazany, ponieważ jest zły moralnie, i z tego powodu sprawca nie powinien był go dokonać"[187]. David Garland, który krytykuje utylitaryzm za wykreowanie mitu, że kara może wygenerować pozytywne i pożyteczne rezultaty, jednocześnie stoi na stanowisku, że kara może służyć „socjalizacji i integracji młodych obywateli – wykonywać zadania polityki społecznej i edukacji moralniej, a nie polityki penalnej"[188]. Garland dalej podnosi, że kara powinna być postrzegana jako przedsięwzięcie moralnie ekspresyjne, a nie wyłącznie pełnić funkcję instrumentalną[189]. W teoriach aretologicznych sprawca stosuje się do norm prawa nie ze względu na obawę przed wymierzeniem kary, ale włącza te normy w osobisty system wartości. Kara nie może przekraczać swoją dolegliwością stopnia zawinienia, gdyż w przeciwnym razie jej wymierzenie byłoby niezgodne z zasadą adekwatności moralnej.

Teorie aretologiczne kary, mimo iż zostały sformułowane stosunkowo niedawno, już doczekały się krytyki w literaturze, zarówno ze strony teoretyków kary zorientowanych utylitarnie, jak i tych zorientowanych retrybutywnie.

W aretologicznych teoriach kary uznaje się, że przestępstwo ma swe źródło w wadach. Eliminacja wady spowoduje wyeliminowanie przestępstwa. Według

---

[184] Na gruncie teorii klasycznej sprawiedliwość jest w pierwszej kolejności osobistą cnotą, więc w tym sensie sprawiedliwość (osobista) byłaby pierwszorzędnym celem.

[185] J. Hampton, *The Moral Education Theory of Punishment*, „Philosophy & Public Affairs" 1984, t. 13, nr 3, s. 215, gdzie Autorka podkreśla konieczność odpowiedzi na przestępstwo edukacją moralną sprawcy.

[186] Warto zwrócić uwagę, że edukacja moralna nie może być utożsamiana z edukacją religijną. Popełnienie przestępstwa czy posiadanie przymiotów uznawanych za moralne (uczciwość, odwaga) są rozważane w ramach teorii uznającej resocjalizację za cel kary w kontekście szerszym niż religijny.

[187] J. Hampton, *The Moral Education*…, op. cit., s. 212.

[188] D. Garland, *Punishment and Modern Society: A Study in Social Theory*, Clarendon Press, Oxford 1990, s. 292.

[189] Ibidem.

retrybutywisty R.A. Duffa, kara w ujęciu arystotejskim bada dyspozycje emocjonalne, uczucia, a nie wyrządzone krzywdy. Teoria ta skupia się na sprawcy czynu, a nie na czynie przy wymiarze kary. Duff przypomina, że kara wykonywana jest nie za wady moralne, tylko za przestępstwa[190]. Podobnie Christopher Bennett pisze, że edukacja moralna implikuje, że sprawca nie jest odpowiedzialny za podjęcie decyzji o realizacji swoich zobowiązań[191].

Kyron Huigens podjął polemikę z postrzeganiem aretologicznych teorii kary przez R.A. Duffa jako badania dyspozycji emocjonalnych sprawcy. Według Huigensa prawo możemy postrzegać jako produkty procesu generalizacji etycznej[192]. Przemyślenia, wybory i czyny układają się w dostrzegalne schematy, ponieważ cechy biologiczne i społeczne życia człowieka są relatywnie stałe[193]. Te schematy można analizować i na postawie analiz wyciągnąć wnioski, które z tych rozważań, wyborów i działań są lepsze, a które gorsze. Generalizacja doświadczeń etycznych jest więc możliwa[194]. Stopień potępienia wad moralnych sprawcy jest uzależniony od powagi popełnionego czynu przestępczego[195]. Kara nakładana jest wtedy, gdy zachowanie jednostki doprowadzi do wystąpienia krzywdy, ale nie tylko dlatego, że doszło do wystąpienia krzywdy[196]. Krzywda jest manifestacją braku cnoty, wskazaniem, że praktyczne rozumowanie sprawcy krzywdy jest błędne[197]. Sprawca nie tylko wybrał nieodpowiednie środki do osiągnięcia swoich celów, ale również w sposób nieprawidłowy wybrał cele[198]. Za to zaniedbanie wini się sprawcę i wymierza karę[199].

Etyka cnót w procesie legislacyjnym wyraża racjonalne ustalenia i praktyczne oceny albo zalety moralne, a w ramach procesu karnego zalety moralne domniemane w przepisach prawa karnego są stosowane do konkretnego przypadku[200]. Jeżeli normy społeczne wyrażają racjonalne, praktyczne rozumowanie, wtedy uchwalenie tych norm jako przepisów prawa oraz stosowanie tych norm

---

[190] R.A. Duff, *The limits of the Virtue of Jurisprudence*, „Metaphilosophy" 2003, t. 34, nr 1/2, s. 214–224.

[191] Ch. Bennett, *The Apology Ritual: A Philosophical Theory of Punishment*, Cambridge University Press, Cambridge 2008, s. 97, który pisze: „Byłoby brakiem szacunku dla wykwalifikowanych niezależnych podmiotów (*moral agents*) odpowiedzieć na ich złe czyny próbą podjęcia wobec nich moralnej edukacji" i „Edukacja moralna sugeruje, że od człowieka nie można racjonalnie oczekiwać niczego więcej" (ibidem, s. 97–98).

[192] K. Huigens, *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, op. cit., s. 1025.

[193] Relatywna stałość nie polega oczywiście na rygorystycznym przestrzeganiu obowiązków, tylko umiejętności podjęcia działania bądź powstrzymania się od działania w zależności od okoliczności.

[194] K. Huigens, *The Dead End…*, op.cit., s. 1024–1025. Wydaje się, że Huigens, pisząc o „doświadczeniach etycznych", ma na myśli opinie i oceny etyczne.

[195] Ibidem, s. 1025–1026.

[196] Ibidem.

[197] Ibidem, s. 1026.

[198] Ibidem.

[199] Ibidem.

[200] Ibidem, s. 1034.

przez organy państwowe są przydatne – tak samo jak rodzina, szkoła czy religia – w nabywaniu wiedzy na temat racjonalnego, praktycznego rozumowania. Celem prawa karnego, według Huigensa, jest więc nauczanie *arete*[201].

Odpowiedzialność za kształtowanie własnego charakteru i jakość praktycznego rozumowania, włączając przemyślenia o swoich motywacjach, są podstawą etyki cnoty[202]. Jest ona nie tylko możliwa, ale powszechna w życiu codziennym[203]. Odpowiadając na zarzuty Duffa, warto zwrócić uwagę na budowę normy karnej. Posiada ona formę komunikatu do potencjalnego sprawcy i nie zawiera zakazu oraz nakazu określonego postępowania, ani posiadania określonych cech charakteru[204]. Prawo nie ocenia ludzi na poziomie ich motywacji, a normy prawa nie są formułowane w formie cech charakteru, ale w formie przepisów i standardów[205]. Przestępca nie jest karany więc za cechy charakteru, ale za nieumiejętność praktycznego rozumowania, które doprowadziło do wyrządzenia krzywdy[206]. Motywacje są intencjonalne, więc możemy być za nie pociągnięci do odpowiedzialności[207]. Jeżeli prawo wywiera wpływ na te motywacje, częściowo w postaci pociągania nas do odpowiedzialności za wynik tych deliberacji, to kierowanie tymi motywacjami jest racjonalne[208].

Jak pisze dalej Huigens, przestępstwa są manifestacją okrucieństwa, uporczywej niedojrzałości, narcyzmu, chciwości, braku empatii, wynikiem impulsywności, niekontrolowanego gniewu, itd. – są zaniedbaniami w kierowaniu motywacjami, które tworzą charakter[209]. Pociągamy ludzi do odpowiedzialności nawet, jeżeli te zaniedbania objawią się w przypadku przekroczenia zasad zwyczajnej moralności, a jeżeli zaniedbania te poskutkują naruszeniem prawa karnego, wtedy takie osoby pociągamy do odpowiedzialności poprzez nałożenie kary[210]. Jurysprudencja cnót nie uznaje przestępstwa jedynie za dowód posiadania lub braku posiadania określonych cech charakteru[211]. Nie karze się za brak posiadania zalet moralnych[212]. Teoria kary musi uzasadnić nałożenie cierpienia tak, aby nie było to wyłącznie okrucieństwo[213]. Uzasadnieniem nałożenia sprawiedliwej kary w teoriach aretologicznych jest *arete*[214].

---

[201] Ibidem, s. 1034–1035.
[202] Idem, *On Aristotelian Criminal Law*: *A Reply to Duff*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, op. cit., s. 224.
[203] Ibidem, s. 224.
[204] Ibidem, s. 226.
[205] Ibidem.
[206] Ibidem, s. 231.
[207] Ibidem.
[208] Ibidem.
[209] Ibidem, s. 225.
[210] Ibidem.
[211] Ibidem.
[212] Ibidem.
[213] Ibidem.
[214] Ibidem.

Teorie aretologiczne kary różnią się również od teorii utylitarnych. Podstawą odróżnienia tych teorii może być podejście do idei internalizacji norm prawnych. Thomas Hobbes, Jeremy Bentham i Oliver Wendell Holmes zgodnie twierdzą, że przestępca jest instrumentalnie racjonalnym optymizatorem wyborów. Etyka cnót z kolei umieszcza internalizację norm prawnych w centrum teorii kary. Internalizacja to przyuczanie do prowadzenia życia w oparciu o cnotę i stanowi ona uzasadnienie dla istnienia kary[215]. Karę wymierza się nie dlatego, aby powstrzymać sprawców od popełnienia kolejnego przestępstwa poprzez wzbudzenie obawy przed wymierzeniem kary, ale w wyniku wewnętrznego uznania przez sprawcę czynu przestępczego za zło moralne[216]. Jak wskazują analizy zachowania sprawców przestępstw, dokonanie przestępstwa to często proces stopniowy[217]. Również historyczne akty przemocy czy ludobójstwa nie zdarzają się pod wpływem chwili, ale są to zazwyczaj procesy, który mogą być badane, a na podstawie tych badań można wyciągnąć wnioski, jak zapobiegać takim wydarzeniom.

Wydaje się, że etyka cnót sprawdza się w uzasadnianiu teorii uznającej resocjalizację za cel kary, szczególnie wtedy, gdy resocjalizację rozszerza się o plan maksimum. Dla teoretyka aretologicznego resocjalizacja będzie dążyć do udzielania pomocy sprawcom przestępstw w podjęciu wewnętrznej przemiany. Resocjalizacja nie polega więc na tym, że sprawca ze strachu nie popełni powtórnie przestępstwa kradzieży, ale na tym, że powstrzyma się np. przed zaborem drobnej kwoty na szkodę swych dzieci w celu zakupu środka odurzającego. Celem prowadzenia resocjalizacji nie jest osiągnięcie doskonałości moralnej, ale taka pomoc osadzonym, aby w przyszłości dokonywali lepszych wyborów życiowych. Czy taka wewnętrzna zmiana nastąpi w przypadku osób poddanych resocjalizacji, zależy od wielu czynników, często niezależnych od wysiłków terapeutów (w tym chęci i indywidualnych predyspozycji tych osób), ale wydaje się, że jest ona możliwa.

Przeciwko teoriom aretologicznym kary można wysunąć argument deterministyczny. Przykładowo, począwszy od naiwnej teorii lombrozjańskiej, a kończąc na współczesnych teoriach biologicznych[218], zakłada się występowanie wśród przestępców jednostek doświadczających zaburzeń o podłożu biologicznym (np. psychopatia), w wyniku których istnieje prawdopodobieństwo, że taka osoba nie jest w stanie zinternalizować przepisów prawa[219]. Na ten zarzut można odpowie-

[215] Idem, *The Dead End…*, op. cit., s. 1027.

[216] Ibidem.

[217] Przykłady racjonalnej deliberacji o konsekwencjach zob. L. Tyszkiewicz, *Kryminogeneza w ujęciu kryminologii humanistycznej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach", Katowice 1997.

[218] Zob. np. C. Moul, S. Killcross, M.R. Dadds, *A Model of Differential Amygdala Activation in Psychopathy*, „Psychological Review" 2012, t. 119, nr 4, s. 789–806.

[219] Warto tu wspomnieć o współczesnej dyskusji w ramach nurtu libertariańskiego o „micie" dolegliwości psychicznych lub negacji ich kwalifikowania jako chorób medycznych, zob. np. J.A. Schaler, R.E. Vatz, *Mental health Trojan horse*, „Washington Times", 31 grudnia 2009,

dzieć, że w teoriach aretologicznych kara jest jedynie wysłaniem przekazu moralnego do osoby, która zachowała się niemoralnie, nie jest więc sposobem na wyleczenie „chorych" ludzi z choroby psychicznej. Wydaje się, że przyjęcie tej teorii kary nie koliduje z zastosowaniem dorobku współczesnej medycyny wobec osób, które wymagają leczenia.

Zdaniem zwolenników tych nurtów edukację moralną warto wypróbować nawet w przypadku, gdy istnieją wątpliwości z biologicznego punktu widzenia, czy odniesie ona skutek. Zaniechanie takiej edukacji wobec osoby uznanej, często arbitralnie, za niereformowalną doprowadziłoby do czysto utylitarnego ukarania. Jean Hampton, która w swojej teorii edukacji moralnej za cel kary uznaje próbę nauczenia moralnego przez państwo[220], pisze, że kara „nie jest sposobem na wytrenowanie człowieka do oczekiwań społeczeństwa (tak jak zwierzę jest trenowane do pozostania wewnątrz pastwiska przez użycie płotu elektrycznego)"[221]. Polityka kryminalna w modelu aretologicznym zakłada, że osoba karana może zaakceptować przekaz moralny lub nie[222]. Człowiek jest autonomiczny, więc może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za swoje wybory[223].

Jean Hampton uznała, że gdyby nie było wolnego wyboru, kara miałaby jedynie skutek odstraszający – jak płoty elektryczne odstraszają zwierzęta[224]. Mimo że czynniki takie, jak uzależnienie, przymus, zaburzenia psychiczne, nagłe stany emocjonalne, wykształcenie, wpływ środowiska czy nawet naznaczenie społeczne, mogą mieć niebagatelny wpływ na podejmowane decyzje i funkcjonowanie wolnej woli, to jednak człowiek często ma możliwość ich analizy i kontrolowania swoich czynów. Wydaje się, że z praktycznego punktu widzenia z powyższym stwierdzeniem mogliby zgodzić się zarówno zwolennicy „miękkiego" indeterminizmu, jak i „miękkiego" determinizmu. Mimo to spór o wizję człowieka między determinizmem a indeterminizmem toczy się od dłuższego czasu[225], a konflikt ten często uwidacznia się w postaci skomplikowanych relacji między

dostępne na: http://www.washingtontimes.com/news/2009/dec/31/mental-health-trojan-horse/; „Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry Bulletin" 2010, t. 17, nr 2, dostępny na: http://alien.dowling.edu/~cperring/aapp/bulletin_v_17_2/Vol17N2.pdf; zob. też uznanie istnienia psychopatii za „mit", np. B. Karpman, *The Myth of the Psychopathic Personality*, „American Journal of Psychiatry" 1948, t. 104, nr 9, s. 523–534.

[220] J. Hampton, *The Moral Education*…, op. cit., s. 232.

[221] Ibidem, s. 212.

[222] Ibidem, s. 215.

[223] Ibidem, s. 213. Rozwinięcie argumentacji przeciwko zaprzeczeniu istnienia wolnej woli zob. J.M. Boyle Jr., G. Grisez, O. Tollefsen, *Free Choice*: *A Self-Referential Argument*, University of Notre Dame Press, 1977.

[224] J. Hampton, *The Moral Education*…, op. cit., s. 213.

[225] Gruntowna analiza sporu o wizję człowieka między determinizmem a indeterminizmem, zob. K. Krajewski, *Teorie kryminologiczne a prawo karne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1994, s. 19–40. Por. M. Królikowski, *Sprawiedliwość karania w społeczeństwach liberalnych*. *Zasada proporcjonalności*, C.H. Beck, Warszawa 2005, s. 43–46.

nauką prawa karnego a kryminologią[226]. Krzysztof Krajewski odnotowuje, że kontrowersja ma z naukowego punktu widzenia nierozstrzygalny charakter[227] i często o przyjęciu determinizmu lub indeterminizmu decydują przesłanki światopoglądowe[228].

Kończąc ten wątek, warto również zauważyć, że celem kryminologii nie jest „wyleczenie" jednostek czy społeczeństwa z przestępczości. Analiza dorobku kryminologii wskazuje, że im większy jest zasób wiedzy na temat powodów popełniania przestępstw, tym mniej konkretne te powody się wydają. Jak zauważa Krzysztof Krajewski: „[…] kryminologia współczesna nie zdołała, i nie należy przypuszczać, aby zdołała kiedykolwiek, wypracować program pozytywnego «ostatecznego rozwiązania problemu przestępczości». Ma natomiast dość dobry *program negatywny*, pokazujący, czego na pewno nie należy robić, czego należy unikać, program, który w pewnym sensie streszcza się w dewizie *primum non nocere*"[229].

Trzecią zasadą teorii aretologicznych odróżniającą je od utylitaryzmu jest proporcjonalność, gdyż niemoralne byłoby reformowanie sprawcy przez lata za drobne przestępstwo tylko dlatego, żeby uzyskać moralną perfekcję. W ujęciu teorii kary moralnej Johna Deweya, celem kary nie jest prewencja złego postępowania w przyszłości, ale kara jest raczej zachętą do prawidłowego postępowania w przyszłości[230]. Dewey odrzuca więc prewencyjną ideę karania za przyszłe czyny, gdyż jest ona zaprzeczeniem traktowania sprawców jako poczytalnych działających podmiotów. Konieczność traktowania sprawców jako poczytalnych podmiotów działających wymaga postępowania z nimi z szacunkiem, więc niemoralne techniki karania są wykluczone. Nawet jeżeli przestępstwo jest poważne, a sprawca ma opory przed zaakceptowaniem edukacji moralnej, kara wciąż powinna być proporcjonalna[231].

Dla teorii edukacji istotne jest, aby kary były oznaczone, gdyż w przeciwnym razie osoby wykonujące karę pozbawienia wolności mogą nie być wystarczająco zmotywowane do zmaksymalizowania swoich wysiłków, a karani mogą oponować w procesie odbywania kary[232]. Niekontrolowana władza rządu jest niekompatybilna z ideą państwa demokratycznego, która jest ważnym elementem teorii edukacji moralnej[233].

Teorie aretologiczne z zasady jedynie uzasadniają karę, nie są więc w stanie w zdecydowany sposób ustalić zasad wymiaru kary. Problematyka wymiaru kary nie została również dotychczas rozwiązana ani na gruncie teorii utylitarnych, ani

---

[226] K. Krajewski, *Teorie kryminologiczne…*, op. cit., s. 25.
[227] Ibidem, s. 27–28.
[228] Ibidem, s. 29.
[229] Ibidem, s. 149.
[230] J. Shook, *Dewey's Rejection of Retributivism and His Moral-Education Theory of Punishment*, „Journal of Social Philosophy" 2004, t. 35, nr 1, s. 71.
[231] Ibidem, s. 76.
[232] Ibidem.
[233] Ibidem.

sprawiedliwościowych. Teoriom utylitarnym nie udało się definitywnie ustalić, jaki wymiar kary zapobiega przestępczości i reformuje sprawcę, a teoriom sprawiedliwościowym – jaki wymiar kary jest sprawiedliwy i proporcjonalny. Wiele osób otrzymuje karę pozbawienia wolności w wysokości ustalanej arbitralnie, której utylitarność lub sprawiedliwość budzi wątpliwości[234]. W tym kontekście nie można oczekiwać, że teorie aretologiczne kary zaproponują takie ustalenia przy wymiarze kary, które rozwiążą problemy, z którymi przez wieki nie uporał się ani retrybutywizm, ani utylitaryzm.

Wymiar kary w teoriach aretologicznych powinien jednak być zgodny z ich nadrzędnym założeniem, czyli spełniać określone kryteria etycznie, a także wypełniać szereg innych założeń, np. charakteryzować się pragmatyzmem i mieć oparcie w badaniach naukowych, być zgodny z zasadą *ultima ratio* dolegliwości i zasadą proporcjonalności[235]. Ani teorie utylitarne, ani teorie sprawiedliwościowe nie wykluczają kierowania się etyką w postępowaniu z osadzonymi, jednakże w tych teoriach filozoficznych zasada ta nie jest nadrzędna, jak w przypadku teorii aretologicznych. W kwestii wymiaru kary teorie aretologiczne nie wnoszą więc wiele nowego do praktyki. Większą rolę na gruncie praktycznym będą one odgrywały na etapie wykonywania kary.

Problematyką, na jaką również warto zwrócić uwagę, jest często podnoszony zarzut względem etyki cnoty, iż wzrastanie w cnotach niekoniecznie prowadzi do produkcji moralnych rezultatów. Można wyobrazić sobie terapeutę, który tak jest skupiony na udoskonalaniu wykonywania swojej pracy zawodowej w oparciu o etykę, że osadzeni stają się jedynie środkiem do osiągnięcia przez niego doskonałości moralnej. Odpierając ten zarzut, warto zauważyć, że prowadzenie życia opartego o *arete* jest realizowane w szerszym kontekście – ideały aretologiczne są realizowane głównie w oparciu o relacje z innymi ludźmi[236].

Innym problemem, z jakim powinny zmierzyć się teorie aretologiczne kary, jest ich umiejscowienie w ramach liberalnej tradycji ograniczonej roli państwa. Anthony Duff zwraca uwagę na możliwość naruszenia tej tradycji[237]. Można po-

[234] Zob. np. M. Królikowski, T. Krawczyk, *Raport o raporcie...*, op. cit., s. 129, gdzie autorzy retorycznie pytają, czy surowsza jest kara dwóch lat pozbawienia wolności w zawieszeniu na rok, czy roku pozbawienia wolności w zawieszeniu na dwa lata. Do tej konkluzji autorów można również dodać uwagę o wątpliwościach co do możliwości udowodnienia w sposób empiryczny większej użyteczności jednej z tych kar.

[235] Zob. ibidem, s. 128, gdzie Autorzy piszą, że nie ma zasadniczych przeszkód do praktycznego stosowania zasady proporcjonalności przy wymiarze kary, powołują się przy tym na wyniki badań socjologicznych przeprowadzonych w USA, które wskazują, że ocena ciężaru poszczególnych typów przestępstw pozostaje w zasadzie bez związku z rasą, zawodem czy poziomem wykształcenia respondentów.

[236] Ciekawym zagadnieniem jest również rozważanie, czy aretologiczny terapeuta to jedynie taki, który w życiu pozazawodowym również kieruje się zaleceniami *arete*, czy wyłącznie taki, który jedynie swoje obowiązki zawodowe wykonuje w sposób moralny.

[237] A. Duff, *Virtue, Vice, and Criminal Liability*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, op. cit., s. 193–213.

dać w wątpliwość, czy moralne – z punktu widzenia ról pełnionych przez państwo liberalne – jest „umoralnianie" obywateli wbrew ich autonomicznym decyzjom etycznym. Można również się zastanawiać, czy takie „umoralnianie" jest w ogóle możliwe.

W społeczeństwie pluralistycznym, w obliczu wielu konkurujących ze sobą ideologii, problematyczne wydaje się ustalenie katalogu zalet moralnych, co do którego zwolennicy przeciwstawnych ideologii będą w stanie uzyskać konsensus. Jeżeli taki konsensus jest możliwy do ustalenia, to pytaniem nadal pozostaje, czy egzekwowanie tych obowiązków moralnych powinno być dokonywane przy użyciu prawa. Według Anthonyego Duffa, prawo jest zbyt opresyjnym narzędziem, aby wychowywać obywateli i ich „umoralniać"[238].

Podobnie retrybutywista Michael Moore potępił paternalizm w uzasadnianiu kary[239]. Moore wyróżnia dwa rodzaje resocjalizacji. Pierwszy rodzaj polega na zapewnieniu bezpieczeństwa w społeczeństwie, a poza zainteresowaniem resocjalizacji w tym ujęciu jest to, czy przestępca się polepszy. Drugi model resocjalizacji zwraca uwagę nie tylko na bezpieczeństwo społeczeństwa, ale również na odniesienie sukcesu życiowego przez przestępców. Ta teoria karze przestępców w ich własnym imieniu (nie w imieniu społeczeństwa), ale wbrew woli przestępców (bardzo niewielu przestępców wyraża wolę bycia ukaranymi), ma więc ona charakter paternalistyczny[240]. Moore potępia tę formę paternalizmu w uzasadnianiu kary, kierując się trzema względami. Po pierwsze, wynika to ze skierowania środków finansowych jedynie na potrzeby jednej grupy, ze szkodą dla innych grup społecznych (biednych, chorych psychicznie)[241]. Po drugie, teoria ta narusza zasadę liberalizmu, gdyż błędnie przyjmuje, że przestępcy mają obniżoną zdolność do podejmowania racjonalnych wyborów[242]. Po trzecie, Michael Moore kwestionuje moralnie tę wersję resocjalizacji. Ostrzega, że podjęcie terapii „dla dobra" osadzonego może doprowadzić do sytuacji, gdy społeczeństwo pozwoli sobie na zbyt dużo „dla ich dobra", wiecej niż powinno[243].

Kyron Huigens odpowiada na te zarzuty, przekonując, że teoria jurysprudencji cnót doskonale współgra z liberalną ideą autonomii. Wystąpienie krzywdy powinno być przedmiotem zainteresowania państwa liberalnego, a społeczeństwo jest wolne i stabilne jedynie, jeżeli wybierze prawidłowy wzór postępowania[244]. H.L.A. Hart pisał, że prawo to nie tylko rozkazy wsparte zagrożeniem ustawowym, ale poczucie obowiązku. Przedstawiana teoria nie odwołuje się jedynie

[238] Idem, *The limits of the Virtue of Jursiprudence*, „Metaphilosophy" 2003, t. 34, nr 1/2, s. 215.
[239] M. Moore, *Law and Psychiatry*: *Rethinking the Relationship*, Cambridge University Press, Cambridge 1984, s. 234–235.
[240] Ibidem.
[241] Ibidem.
[242] Ibidem.
[243] Ibidem, s. 234–235.
[244] K. Huigens, *On Aristotelian Criminal*…, op. cit., passim.

do poczucia zagrożenia karą, ale jest skupiona głównie na internalizacji norm, co obrazuje wizja H.L.A. Harta – prawa jako systemu wyborów[245]. Myślenie praktyczne jest koniecznością, a społeczeństwo wolnych ludzi jest możliwe, tylko jeżeli wolne jednostki wybiorą prawidłowo w większości sytuacji[246].

Na zarzut, że można jedynie zachęcić przestępców do czynów moralnych, ale nie do posiadania moralnego charakteru, odpowiedział John Dewey. Jak zauważa ten filozof, społeczeństwo szanuje moralnie odpowiedzialne zachowanie, a nie tylko wyizolowanie i nieprzemyślane czyny, które spełniają standardy moralne w sposób przypadkowy[247]. Społeczeństwo promuje wzmocnioną odpowiedzialność poprzez zachęcanie do rozwijania odpowiedzialnego postępowania[248]. Jeżeli nasze złe zachowanie wynika z dobrych intencji, społeczeństwo uznaje to za okoliczność łagodzącą[249].

Zasadą moralną liberalizmu jest zakaz narzucania obywatelom koncepcji tego, co jest moralne i dobre, a jedynie stwarzanie struktur społecznych dla każdej jednostki do osiągania tego, co w opinii danej jednostki jest dobre i moralne (w granicach wyznaczonych przez moralność). Celem prawa, jak pisze Anthony Duff, nie jest więc ingerencja w stan duszy czy moralność obywateli[250]. Cechą odróżniającą jurysprudencję cnót od wielu współczesnych teorii normatywnych jest perfekcjonizm („tradycja centralna"). Perfekcjonizm (zwany też „liberalizmem wszechstronnym")[251] to nurt zakładający, że rolą prawa i polityki jest nie tylko zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa i komfortu, ale również promowanie wśród nich zalet moralnych[252].

Prawo i moralność to dwa różne systemy normatywne, a ich przedmiotem są dwie odmienne rzeczywistości. Te dwa systemy w sposób oczywisty łączą się ze sobą ze względu na wspólny zakres – czyn człowieka. Prawo ocenia głównie zewnętrzny skutek tego czynu (rzadziej motywacje), a moralność skupia się na wnętrzu. Jest kwestią niesporną, że prawo nie może uczynić ludzi „moralniejszymi", ale debata na temat tego, czy moralność publiczna może być kształtowana przez prawo, toczy się od lat. Najczęściej przytaczaną polemiką jest ta między Patrickiem Delvinem a H.L.A. Hartem, która jednak niekoniecznie trafnie oddaje wspomnianą problematykę. Argumentację H.L.A. Harta można podsumować w następujący sposób: prawo może zmusić do zewnętrznej, powierzchownej zmiany zachowania, ale nie do wewnętrznych aktów woli, dlatego nie może wymusić na jednostkach realizowania dobra moralnego. Prawo nie może w jakim-

[245] Ibidem, s. 231.
[246] Ibidem.
[247] J. Shook, *Dewey's Rejection*…, op. cit., s. 73.
[248] Ibidem.
[249] Ibidem.
[250] R.A. Duff, *The limits of*…, op. cit., s. 214–215.
[251] M.C. Nussbaum, *Perfectionist Liberalism and Political Liberalism*, „Philosophy & Public Affairs" 2011, nr 39, s. 3-45.
[252] Ch. Larmore, *Patterns of Moral Complexity*, Cambridge University Press, 1987.

kolwiek bezpośrednim sensie „uczynić ludzi moralniejszymi”[253]. Wpływ prawa na uczynienie ludzi moralniejszymi powinien być pośredni[254].

Niekonsekwencjonalni teoretycy liberalni argumentują, że prawne wdrożenie moralności jest niemoralne ze względu na zasadę autonomii[255]. Dla perfekcjonistów autonomia jest przyrodzoną ludzką wartością, chronioną przez państwo, ze względu na którą państwo ma znacznie ograniczone środki w przymuszaniu obywateli do życia zgodnego z normami moralnymi; antyperfekcjoniści z kolei traktują autonomię jako deontologiczną zasadę moralności politycznej, która zabrania ograniczania wolności w celu moralnego polepszania ludzi[256]. Antyperfekcjonistyczny liberalizm kieruje się przesłaniem, że „umoralnienie” obywateli narusza prawa obywatelskie[257]. Moralna perfekcja jest pożądana, ale nie jest powodem, dla którego można by podjąć działania polityczne[258].

Współcześni tradycyjni liberałowie, jak John Rawls, Ronald Dworkin i David Richards, występują przeciwko perfekcjonistycznym zasadom w teoriach politycznych, argumentując, że prawa jednostek muszą być zidentyfikowane, a instytucje polityczne zaplanowane w taki sposób, aby uniknąć kontrowersyjnych idei, jak natura człowieka albo dobro ludzkie[259]. Wojciech Sadurski pisze o konieczności zachowania „środowiska moralnie pluralistycznego”. Państwo liberalne powinno przyjąć stanowisko neutralne wobec konkurujących ze sobą koncepcji dobra i moralności[260]. Dworkin pisze: „liberalna tolerancja zabrania im [ludziom, którzy próbują przekonać innych do swojej koncepcji dobra – przyp. aut.] tylko jednej broni, nie wolno im użyć prawa, nawet jeżeli są w większości, w celu zabronienia innym prowadzenia życia zgodnie ze swoją wolą, albo karania ich za to [prowadzenie stylu życia niezgodnego z dominującą koncepcją dobra – przyp. aut.], tylko z tego powodu, że ich [ludzi prowadzących odmienny styl życia – przyp. aut.] przekonania etyczne są w ich mniemaniu [ludzi, którzy próbują przekonać innych do swojej koncepcji dobra – przyp. aut.] całkowicie błędne”[261].

Neutralny światopogląd w ujęciu perfekcjonistycznym to oksymoron, a liberalni obrońcy prawnego moralizmu – jak Joseph Raz – uważają, że prawo nie jest neutralne wobec konkurujących ze sobą koncepcji tego, co jest dobre. Joseph Raz wyróżnia dwie formy antyperfekcjonizmu – jedna zakłada neutralność wobec

[253] R.P. George, *Making Men…*, op. cit., s. 44.
[254] Ibidem.
[255] Ibidem, s. 129.
[256] Ibidem.
[257] Ibidem, s. 20.
[258] Ibidem.
[259] Ibidem, s. 84.
[260] W. Sadurski, *Theory of Punishment, Social Justice, and Liberal Neutrality*, „Law and Philosophy” 1988/1989, t. 7, nr 3, s. 371–372.
[261] R. Dworkin, *Sovereign Virtue*: *The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge 2002, s. 283.

ideałów, a druga – ich wyłączenie[262]. Joseph Raz krytykuje antyperfekcjonistyczny liberalizm: „celem działań politycznych jest umożliwienie jednostkom dążenia do uzasadnionych koncepcji dobra i zniechęcenie do złych lub pustych"[263]. J. Raz odrzuca możliwość uznania autonomii za wartość wtedy, kiedy jest ona użyta w celu wyrządzenia zła. W takim wypadku państwo nie ma powodu, aby chronić i umożliwiać takie wybory[264]. Robert P. George argumentuje, że zasada neutralności i wykluczenia państwa z decydowania o moralności jest moralnie nieuzasadniona, a w praktyce niemożliwa[265]. Przy zaakceptowaniu założeń perfekcjonistycznych wydaje się, że teorie aretologiczne kary nie naruszają zasad państwa liberalnego, gdyż takie państwo ma interes we wspieraniu osadzonych w podejmowaniu prób podjęcia zmian w dotychczasowym życiu.

Teorie aretologiczne kary, podobnie jak sprawiedliwościowe[266], bazują na etycznym obiektywizmie[267] i z tego powodu również są narażone na krytykę subiektywistyczną. W teoriach aretologicznych kara jest sposobem na wdrożenie wiedzy etycznej. Jeżeli etyka jest kategorią zmienną, teoria ta upada[268]. Wiodący antyobiektywiści – jak David Hume[269], Friedrich Nietzsche[270] i J.L. Mackie[271] – odrzucają możliwość obiektywnego uzasadnienia poglądów etycznych. Subiektywizm przyjmuje, że etyka jest konstruktem społecznym, do którego dostosowywane jest prawo w zależności od woli suwerena, czyli większości lub mniejszości sprawującej władzę. Według krytyków, obiektywne uzasadnienie polega na przypisaniu każdemu zachowaniu ludzkiemu z góry narzuconej oceny moralnej, a taka jednoznaczna ocena nie jest wykonalna w społeczeństwie pluralistycznym. Ponadto brak jest konsensusu co do źródła uzasadnienia obiektywnych za-

[262] J. Raz, *The Morality of Freedom*, Oxford University Press, Oxford 1986, s. 108.

[263] Ibidem, s. 133.

[264] J. Raz wyłącza jednak z tego kręgu tzw. przestępstwa „bez ofiar".

[265] R.P. George, *Making Men*, op. cit., passim.

[266] Ma to zastosowanie praktyczne, np. w przypadku opracowywania kodeksów etyki profesjonalnej, które oparte są na deontologicznych teoriach moralnych. Odnośnie do różnic między modelem utylitarnym a retrybutywnym zob. też M.A. Michael, *Utilitarianism and Retributivism*: *What's the Difference?*, „American Philosophical Quarterly" 1992, t. 29.

[267] Na gruncie filozofii termin „obiektywizm" jest definiowany w tak rozmaity sposób, iż stał się „kompletnie bezużytecznym narzędziem badań filozoficznych", zob. J. Hołówka, *Relatywizm i obiektywizm społeczny*, „Etyka" 1979, nr 17, s. 7 [cyt. pominięty], który definiuje obiektywizm jako stanowisko uznające, że wartości nie są zależne od podmiotu. Wyjaśniając pojęcie, czym jest obiektywizm etyczny (na potrzeby tego opracowania), warto przywołać popularny przykład sceny zbrodni, gdzie każdy świadek może przedstawić inną, prawdziwą w jego mniemaniu, relację z zaistniałej sytuacji, ale istnieje jedna obiektywna i prawidłowa wersja zdarzeń.

[268] J. Hampton, *The Moral Education*…, op. cit., s. 213.

[269] D. Hume, *A Treatise on Human Nature*, wersja elektroniczna: http://www.gutenberg.org/ebooks/4705 (oryginalna praca opublikowania w 1740).

[270] F. Nietzsche, *Ecce Homo*. *Wie man wird, was man ist*, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2005 (oryginalna praca opublikowania w 1888).

[271] J.L. Mackie, *Ethics*: *Inventing Right and Wrong*, Penguin, New York 1991; idem, *Can There Be a Right-Based Moral Theory?*, „Midwest Studies in Philosophy" 1978, t. 3, nr 1, s. 350–359.

sad etycznych, którymi powinno kierować się prawo. Pogląd, że prawo i moralność są niezależne od siebie i nie ma między nimi relacji hierarchicznej[272], był przeważającym trendem w teorii prawa od czasów Thomasa Hobbesa i Hansa Kelsena. Po drugiej wojnie światowej ten tradycyjny rozdział między prawem a moralnością coraz częściej jest kwestionowany[273].

Szczegółowa debata na temat obiektywizmu etycznego i jego roli w prawie została tu pominięta. Autorka, nie mając kompetencji do rozwiązywania skomplikowanych zagadnień metaetycznych, ograniczy się jedynie do próby podjęcia obrony idei *arete* przed krytyką braku możliwości rozstrzygania wypowiedzi o poglądach etycznych w kategoriach fałszu i prawdy[274]. Przede wszystkim należy podnieść, że obiektywizm etyczny nie przypisuje sobie umiejętności udzielenia odpowiedzi na wszystkie dylematy moralne i nie zabiera głosu w kwestiach trywialnych lub obojętnych etycznie. Ugruntowanie teorii kary w obiektywizmie etycznym nie doprecyzuje, jak powinna wyglądać resocjalizacja, jakie świadczenia powinny się na nią składać, czy powinny być one prowadzone przez osoby z zewnątrz, czy będące oficerami Służby Więziennej, oraz w jaki sposób powinna być ona finansowana. Szczegółowe zagadnienia prowadzenia polityki wykonywania kary wymagają wiedzy z różnych dziedzin (wiedzy psychologicznej, medycznej, ekonomicznej), ale przede wszystkim – praktycznego myślenia. Rzadko kiedy istnieje jedno prawidłowe rozwiązanie szczegółowych problemów, a często będzie ono zależne od uwarunkowań kulturowych. Ugruntowanie celów kary w jurysprudencji cnót ma jednak konsekwencje praktyczne, gdyż przyjęta teoria wywiera wpływ na wybór celów wykonywania kary pozbawienia wolności. W zamierzeniu, omawiana filozofia moralna powinna spowodować skupienie intencji osób zajmujących się polityką wykonywania kary pozbawienia wolności

---

[272] H. Kelsen, *General Theory of Law and State*, Harvard University Press, Cambridge 1949, s. 374, który pisze: „z punktu widzenia prawa pozytywnego jako systemu wiążących norm, moralność jako taka nie istnieje; innymi słowy, moralność jako system wiążących norm w ogóle nie odgrywa roli, jeżeli prawo pozytywne jest uznane za taki system". Zob. też H. Kelsen, *Die Idee des Naturrechts*, [w:] *Staat und Naturrecht. Aussätze zur Ideologiekritik*, Wyd. Wilhelm Fink, München 1989, s. 73–113.

[273] Zob. np. J. Tasioulas, *The Legal Relevance of Ethical Objectivity*, „American Journal of Jurisprudence" 2002, vol. 47, s. 211; W. Ott, F. Buob, *Did Legal Positivism Render German Juirists Defenceless During the Third Reich*, „Social and Legal Studies" 1993, vol. 2, s. 91; D. Dyzenhaus, *The Legitimacy of Legality*, „University of Toronto Law Journal" 1996, vol. 46, s. 129; H.O. Poppe, *On the Validity of Judicial Decisions in the Nazi Era*, „Modern Law Review" 1960, vol. 23, s. 264. Zob. też polemikę między H.L.A. Hartem, (idem, *Positivist and the Separation of Law and Morals*, „Harvard Law Review" 1958, vol. 71, s. 593) i L. Fullerem, (idem, *Positivism and Fidelity to Law – A Reply to Professor Hart*, „Harvard Law Review" 1958, vol. 71, s. 630).

[274] Zaawansowaną argumentację w obronie moralnego naturalizmu można odnaleźć w pracach Huma i G.E. Moore'a (zob. L.B. Solum, *Natural Justice*: op.cit., s. 169–172), a odnośnie do naturalnych faktów etycznych zob. W.D. Casebeer, *Natural Ethical Facts*, MIT Press, Cambridge 2003.

na udzielaniu takiej pomocy osadzonym podczas pobytu w zakładzie karnym, aby po jego opuszczeniu umożliwić im prowadzenie satysfakcjonującego życia.

Obiektywizm przyjmuje jednak możliwość ustalenia katalogu obiektywnych wartości etycznych w społeczności pluralistycznej – zakaz zabijania można uzasadnić w rozmaity sposób na podstawie różnych koncepcji moralnych[275]. Jednak począwszy od najprostszych teorii prawa natury, a skończywszy na teoriach postmodernistycznych, brakuje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o źródła tego uzasadnienia. Wśród tych źródeł wymienia się m.in. naturę ludzką, rozum, logikę, sumienie, przyrodzoną godność i prawa człowieka, wolność, solidarność, konsensus społeczny, demokrację (wolę większości), obserwację rzeczywistości, naturę wartości czy wymogi życia. Według Lawrence B. Solum naturalna sprawiedliwość jest związana z naturalizmem moralnym, czyli przekonaniem o istnieniu „naturalnych faktów etycznych", gdzie fakty moralne uznaje się za fakty naturalne, w przeciwieństwie do uznania ich za nadprzyrodzone albo transcendentalne[276]. Jak pisze Solum, moralny naturalizm w sensie kolokwialnym jest istotą zdroworozsądkowej moralności – zdolnością odróżnienia dobra od zła w świecie naturalnym, która może być uchwycona przez ludzki umysł[277]. Obiektywizm przyjmuje, że nawet jeżeli jest problem ze wskazaniem źródła uzasadnienia, społeczeństwo, tak czy inaczej, musi dojść do konsensusu w istotnych sprawach etycznych, gdyż w innym przypadku nie byłoby możliwe jego funkcjonowanie[278]. Poszukiwanie źródła obiektywnych zasad etycznych nie ma ponadto znaczenia praktycznego dla osób decydujących o kształcie polityki.

Z zagadnieniem obiektywizmu etycznego wiąże się odpowiedź na zarzut abstrakcyjności takich pojęć, jak *arete*, „eudajmonia" czy „doskonałość moralna", gdyż idea prowadzenia edukacji moralnej względem osadzonych niekoniecznie pomaga osobom kreującym tę politykę w nadawaniu jej kształtu. Podobny zarzut można wysunąć jednak również wobec teorii retrybutywnych czy utylitarnych. Zarówno autonomia człowieka, jak i kalkulacje przyszłych konsekwencji czynu są kategoriami abstrakcyjnymi. Nie ulega wątpliwości, że również idee *arete* mogą zostać wykorzystane instrumentalnie dla osiągnięcia celów politycznych, np. w postaci nakładania zbyt wysokich kar. Nie można zaprzeczyć możliwości wykorzystania retoryki tego nurtu przez systemy totalitarne i uzasadnienia nimi łamania praw człowieka.

---

[275] Zob. A. Stępkowski, *Między klasycznością i nowoczesnością w pojmowaniu dobra wspólnego. Refleksje na kanwie monografii Marka Piechowiaka „Dobro wspólne jako fundament polskiego porządku konstytucyjnego*", „Forum Prawnicze", październik 2012, s. 32, który objaśnia różnice między pluralizmem etycznym a relatywizmem.

[276] L.B. Solum, *Natural Justice*…, op. cit., s. 170.

[277] Ibidem, s. 168.

[278] Np. koncepcja praw człowieka nie jest powszechnie rozumiana, ale już co do generalnego zakazu stosowania tortur istnieje konsensus moralny.

Podsumowanie

W poprzednim rozdziale uzasadniono tezę, że głównym celem wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym jest klasyczna resocjalizacja, dążąca również do realizacji celu maksimum, a pozostałe cele wykonywania kary mają znaczenie drugorzędne. W Polsce resocjalizacja prowadzona względem użytkowników narkotyków jest oparta o terapię uzależnienia. Wydaje się, iż poprzez skupienie na abstynencji i terapii przy wykonywaniu kary pozbawienia wolności wobec użytkowników, w Polsce w najwyższym stopniu realizuje się teoretyczne założenia modelu terapeutycznego. W tym rozdziale podjęto próbę ugruntowania modelu terapeutycznego we współczesnej filozofii moralnej, posiłkując się polskim modelem wykonywania kary pozbawienia wolności.

W pracy podjęto próbę obrony tezy, że – wbrew powszechnie zaakceptowanej opinii – teoria uznająca resocjalizację za cel kary nie powinna być uzasadniana założeniami filozofii konsekwencjonalnej, ze względu na skupienie przez utylitarian na korzyściach dla społeczeństwa z wymierzenia kary i możliwość stworzenia podstaw do uzasadnienia naruszenia przyrodzonych praw indywidualnych. Podnosi się, iż w tradycyjnym utylitaryzmie kształt polityki wykonywania kary pozbawienia wolności zależy jedynie od konsekwencji, bez względu na indywidualne prawa jednostki[279]. Ponadto przyjmuje się, że uzasadnianie kary pozbawienia wolności bez oparcia jej o zasadę sprawiedliwości sprawia, iż istnienie kary w ogóle traci sens. Przytoczona w rozdziale krytyka retrybutywizmu z kolei wskazuje na wykluczenie uwzględnienia przyszłych konsekwencji przez ten nurt, marginalizację dyskusji nad kształtem resocjalizacji i możliwość bezwzględnego przestrzegania zasady proporcjonalności, co może prowadzić do niesprawiedliwości.

Wydaje się, że etyka cnót stanowić może korzystniejsze ugruntowanie filozoficzne dla celów kary wyrażonych w polskim prawie karnym wykonawczym, niż teoria Kanta i utylitaryzm, gdyż lepiej legitymizuje klasyczną resocjalizację ukierunkowaną na internalizację norm. Teorie aretologiczne kary bazują na uznaniu, że prowadzona polityka wykonywania kary pozbawienia wolności względem użytkowników powinna przyczynić się do prowadzenia doskonałego, odpowiedzialnego życia przez osadzonych i poszerzania poziomu ich szczęśliwości. Zastąpienie pojęć: „użyteczność", „prewencja", „wyrównanie krzywdy" czy „sprawiedliwość" hasłami: „zaleta moralna" i „szczęśliwość" (eudajmonia) sprawia, że debata nad kształtem polityki wykonywania kary skupia się na udzieleniu pomocy osadzonemu w rozwiązaniu jego problemów, przez co takie założenia

[279] Tak np. R. Nozick, *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, Oxford 1974, s. 29–30, który pisze, że w przeciwieństwie do utylitarian, libertarianie przyznają pierwszorzędną rolę prawom jednostki, nawet jeżeli nie skutkuje to pozytywnymi konsekwencjami. Zob. jednak np. utylitaryzm reguł, obiektywny konsekwencjalizm i inne bardziej współczesne koncepcje utylitarne, np. N. Szutta, *Utylitaryzm wobec krytyki etyków cnót*, „Diametros" 2007, nr 11, s. 40–60.

prowadzenia polityki wydają się bardziej humanitarne. Warto podkreślić, iż celem prowadzenia resocjalizacji w ujęciu aretologicznym nie jest osiągnięcie doskonałości moralnej przez osadzonych, ale takie ich umacnianie w *arete*, aby w przyszłości dokonywali lepszych wyborów życiowych i skuteczniej partycypowali w budowaniu społeczeństwa obywatelskiego po zwolnieniu z zakładu penitencjarnego.

Konkludując rozważania na temat aretologicznego uzasadnienia karania, warto jednak zauważyć, że nie mogą być one wyłącznym jej uzasadnieniem. Wydaje się, że należy sceptycznie podchodzić do każdej teorii kary, która zakłada wyłącznie jedno właściwe uzasadnienie kary. Teorie aretologiczne kary powinny więc zostać uzupełnione o elementy retrybutywne oraz utylitarne.

ROZDZIAŁ 5

KRYTYKA MODELU TERAPEUTYCZNEGO POLITYKI WYKONYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI WOBEC OSÓB BĘDĄCYCH UŻYTKOWNIKAMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH

Wstęp

W Polsce dominuje podejście terapeutyczne (resocjalizacyjne) i usługi dla osób używających narkotyki przebywających w zakładach karnych są w głównej mierze ukierunkowane na abstynencję. Cel abstynencyjny ma długą tradycję w polskim więziennictwie[1]. Ten model polityki wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób będących użytkownikami narkotyków zakłada jako cel priorytetowy resocjalizację sprawców przestępstw oraz pomoc użytkownikom w wytrwaniu w abstynencji. Na terenie zakładów karnych podstawowym środkiem tej polityki jest terapia uzależnienia, a warunkiem udziału w niej jest całkowite odstawienie środków odurzających. Niniejszy rozdział pracy dotyczy krytyki modelu terapeutycznego polityki wykonywania kary pozbawienia wolności z punktu widzenia modelu redukcji szkód, modelu zorientowanego na kontrolę oraz modelu libertariańskiego.

Coraz częściej postuluje się w literaturze oparcie środków oddziaływań w zakładach karnych na filozofii redukcji szkód[2]. Redukcja szkód na terenie polskich zakładów karnych jest prowadzona w ograniczonym zakresie (dostępne jest leczenie substytucyjne i edukacja w dziedzinie redukcji szkód). Krytyka modelu terapeutycznego na gruncie modelu redukcji szkód wynika m.in. z przyjęcia założenia, że zakład karny nie ma oddziaływania rehabilitacyjnego, a prowadzona terapia uzależnienia ma niewiele wspólnego z zaprzestaniem używania narkotyków po opuszczeniu zakładu karnego[3]. Osadzeni używają więc narkotyków

---

1 A. Majerczyk, *Specyfika terapii*, op. cit., s. 322.

2 Zob. np. H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS services in European Prisons*, Band 8 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug", BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2002, s. 71, który pisze: „Redukcja szkód powinna być przewodnią filozofią, o którą oparte są środki oddziaływania".

3 H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*, op. cit., s. 76, który pisze: „więzienia generalnie nie mają efektu rehabilitacyjnego wobec osób tam przebywających. W zakładach karnych występują szkodliwe

w zakładzie karnym w sposób ryzykowny, czym narażają się na zagrożenie zakażeniem chorobami przenoszonymi przez krew.

Z punktu widzenia modelu redukcji szkód, wobec modelu terapeutycznego można wysunąć trzy zarzuty: brak motywacji do udziału w terapii wśród osadzonych, niska efektywność terapii uzależnienia od narkotyków oraz fakt, iż podejście abstynencyjne może stanowić przeszkodę w realizacji usług z dziedziny redukcji szkód. Terapiom bazującym na abstynencji zarzuca się przede wszystkim, że są one opcją jedynie dla tych osadzonych, którzy są zmotywowani do zaprzestania używania narkotyków[4]. Ponadto podaje się w wątpliwość skuteczność oddziaływań bazujących na abstynencji w postaci ich wpływu na obniżenie skali powrotu do przestępczości i używania narkotyków[5], m.in. gdyż, zdaniem krytyków, nie wiadomo, jakie czynniki decydują o pozytywnych efektach[6]. Kolejnym zarzutem z punktu widzenia modelu redukcji szkód jest fakt, iż podejście abstynencyjne może być przeszkodą dla realizacji usług z dziedziny redukcji szkód[7]. Podnosi się również, że usługi bazujące na abstynencji przyczyniają się do rozwoju epidemii HIV[8], nie uwzględniając roli abstynencji od narkotyków przy zapobieganiu HIV[9].

Terapie uzależnienia są coraz częściej krytykowane w literaturze z rozmaitych powodów, również takich, które są bliskie ideologicznie modelowi zorientowanemu na kontrolę. Z punktu widzenia tegoż modelu, funkcją zakładu karnego jest prewencja przemytu i używania narkotyków na jego terenie, a nie pro-

konsekwencje używania narkotyków i nauczanie o konieczności porzucenia używania narkotyków w zakładach karnych niewiele pomaga w przygotowaniu sprawców używających narkotyków do powrotu do społeczeństwa". Identyczne sformułowanie odnaleźć można w: H. Stöver, C. Weilandt, H. Zurhold, Ch. Hartwig, K. Thane, *Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners*, kwiecień 2008, SANCO/2006/C4/02, s. 10–11.

4 A.G. Marlatt, A.W. Blume, G.A. Parks, *Integrating harm*, op. cit., s. 16; R. Lines, R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevschi, J. Nelles, *Prison Needle Exchange*..., op. cit., s. 31 [źródło pominięte]; H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*, op. cit., s. 169; H. Stöver, C. Weilandt, H. Zurhold, Ch. Hartwig, K. Thane, *Final Report*..., op. cit., s. 84; H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*..., op. cit., s. 58.

5 H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*..., op. cit., s. 58; D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts*..., op. cit., s. 122; H. Stöver, C. Weilandt, H. Zurhold, Ch. Hartwig, K. Thane, *Final Report*..., op. cit., s. 83.

6 H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*..., op. cit., s. 58.

7 H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*…, op. cit., s. 170. Zob. też np. w Ameryce Łacińskiej (odnośnie do wolnościowej polityki narkotykowej): D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts of*…, op. cit., s. 116–117.

8 WHO, *Harm reduction*…, op. cit., s. 11.

9 Zob. np. raport WHO, gdzie stwierdza się, że społeczności terapeutyczne odgrywają rolę w zapobieganiu HIV jedynie, gdy jednocześnie w ramach trwania terapii dostarcza się sprzętu do iniekcji, natomiast aspekt zapobiegania HIV poprzez zaprzestanie wstrzykiwania został pominięty, zob. WHO, *Harm reduction*…, op. cit., s. 9.

wadzenie terapii uzależnienia. Terapia uzależnienia z punktu widzenia tego modelu będzie więc podlegała krytyce głównie ze względu na przeprowadzanie jej w warunkach izolacji penitencjarnej. Prowadzenie terapii w zakładzie karnym wiąże się z licznymi niedogodnościami, takimi jak: niższa jakość terapii, ograniczenia związane ze środkami technicznymi oraz czasem trwania tych terapii. Osoby prowadzące terapię jednocześnie są pracownikami zakładu karnego, co stwarza wiele dylematów etycznych i wzmacnia instrumentalną motywację u osadzonych.

Najczęściej podnoszonym zarzutem jest jednak przymusowy charakter terapii uzależnienia prowadzonej w zakładach karnych[10]. Zarzut ten ma podstawy ideologiczne w modelu libertariańskim polityki wykonywania kary pozbawienia wolności.

5.1. Krytyka modelu terapeutycznego z punktu widzenia modelu redukcji szkód

Jak wspomniano wcześniej, argumentami przeciwko modelowi terapeutycznemu, z punktu widzenia modelu redukcji szkód, są: brak motywacji do udziału w terapii wśród osadzonych, potencjalna niska efektywność terapii uzależnienia od narkotyków oraz fakt, iż podejście abstynencyjne może stanowić przeszkodę w realizacji usług z dziedziny redukcji szkód.

Terapiom bazującym na abstynencji często zarzuca się, że są one opcją jedynie dla tych osadzonych, którzy są zmotywowani do zaprzestania używania narkotyków. Podnosi się, iż: „jeżeli abstynencja jest wymagana jako wstępny warunek do podjęcia terapii, zniechęca to wiele osób aktywnie używających narkotyków”[11]. Często podkreśla się konieczność posiadania motywacji do zachowania trzeźwości jeszcze przed skorzystaniem z programów bazujących na abstynencji[12]. Ponadto „istnieją spory odnośnie do użyteczności podejścia abstynencyjnego w kontekście realistycznego, możliwego do osiągnięcia celu dla wszystkich użytkowników

[10] Zob. np. Open Society Institute, Human Rights Watch, International Harm Reduction Association, Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Human Rights and Drug Policy:Compulsory Drug Treatment*, Briefing 4, dostępne na www.ihra.net/files/2010/11/01/IHRA_BriefingNew_4.pdf; A.M. Costa, *Drug Control, Crime Prevention, and Criminal Justice: A Human Rights Perspective*, 3 marca 2010, E/CN.7/2010/CRP.6* – E/CN.15/2010/CRP.1, dostępne na: http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN152010_CRP1-6eV1051605.pdf.

[11] A. G. Marlatt, A. W. Blume, G. A. Parks, *Integrating…*, op. cit., s. 16.

[12] H. Stöver, C. Weilandt, H. Zurhold, Ch. Hartwig, K. Thane, *Final Report…*, op. cit., s. 84: „terapie bazujące na abstynencji są dobrą okazją dla tych więźniów, którzy są zmotywowani oraz zdolni do zaprzestania używania narkotyków”; powtórzenie owej opinii w: H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum…*, op. cit., s. 58: „programy bazujące na abstynencji są dobrą okazją dla tych więźniów, którzy są zmotywowani do zaprzestania używania narkotyków […]”.

narkotyków […]”[13]. W Hiszpanii oficjalnie uznano, iż „nie wszyscy użytkownicy narkotyków są kandydatami na udział w programach abstynencyjnych”[14].

Problem braku motywacji do leczenia u niektórych uczestników programów i – co za tym idzie – obniżenie skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków został zauważony przez polskie więziennictwo[15]. Z tego powodu system penitencjarny dostosowuje metody pracy z osadzonymi do ich indywidualnych potrzeb[16]. Osadzeni bardziej zdemoralizowani, których pierwotnym problemem jest przestępczość, a nie uzależnienie, powiązani z grupami przestępczymi, często wykazują motywację instrumentalną, wynikającą z chęci uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia lub z uwagi na inne cele. Wydaje się jednak, iż również motywacja instrumentalna może być początkiem uzyskiwania zmian w myśleniu i dalszej pracy z uzależnieniem. Mimo problemów, jakie wynikają z obecności osób z instrumentalną motywacją na oddziałach terapeutycznych, często uważa się w środowisku terapeutów, że najważniejszym elementem w terapii osób uzależnionych jest praca nad ich motywacją do podejmowania zmian. Argument, iż terapia uzależnienia jest opcją jedynie dla osób silnie zmotywowanych do zaprzestania używania narkotyków, jest nie do końca uzasadniony, gdyż praca terapeuty polega właśnie na budowaniu tej motywacji.

Przyjmuje się, że prawdziwym sprawdzianem profesjonalnych kompetencji personelu terapeutycznego i rzeczywistej umiejętności indywidualizowania oddziaływań są tzw. trudne przypadki[17]. Ci uczestnicy, którym brakuje motywacji lub jest ona instrumentalna, wymagają od personelu wyjątkowych umiejętności. Jak sugerują Radosław Breska i Robert Opora, do początkowej pracy psychokorekcyjnej, której celem jest wytworzenie chęci skazanego do uczestniczenia w oferowanych zajęciach, powinien być wykorzystywany personel o najlepszych kwalifikacjach resocjalizacyjnych[18]. Praca nad motywacją powinna nastąpić już nawet przed umieszczeniem na oddziale dla uzależnionych od narkotyków, w okresie oczekiwania na terapię[19]. Wydaje się ponadto, że nawet jeżeli jedynie niektórzy uczestnicy zaprzestaną używania narkotyków, jest to wciąż argument za utrzymaniem tych terapii. Nawet jeżeli terapia uzależnienia przynosi słabe owoce, brak prowadzenia jakiejkolwiek pracy nad uzależnieniem również nie przyniesie pozytywnych rezultatów.

---

[13] H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*…, op. cit., s. 169.

[14] R. Lines, R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevschi, J. Nelles, *Prison Needle*…, op. cit., s. 31 [źródło pominięte].

[15] *Analiza funkcjonowania*…, op. cit., s. 32–33.

[16] A. Majcherczyk, *Funkcjonowanie więziennego*…, op. cit., s. 223.

[17] K. Dubiel, A. Majcherczyk, *Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 52–53, s. 68.

[18] R. Breska, R. Opora, *Podsumowanie. Psychokorekcja zachowania osób odbywających karę pozbawienia wolności*, [w:] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienna w Polsce*, red. M. Marczak, Wyd. Impuls, Kraków 2009, s. 262.

[19] *Analiza funkcjonowania*…, op. cit., s. 33.

Usługom bazującym na podejściu abstynencyjnym na wolności często zarzuca się problem w wykazaniu dowodów na ich efektywność w postaci spadku używania narkotyków. Jak podaje WHO, „efektywność społeczności terapeutycznych jest trudna do oszacowania, gdyż dostarczane usługi w poszczególnych społecznościach terapeutycznych różnią się między sobą”[20]. Podobnie podejście abstynencyjne w zakładach karnych krytykowane jest z uwagi na niską efektywność w postaci spadku używania narkotyków i obniżenia powrotności do przestępczości. Heino Stöver podaje: „[…] istnieje niewiele badań (włączając okres po opuszczeniu zakładu karnego) na temat efektywności tego podejścia i możliwych efektów ubocznych”[21]. Krytyce podlegają wyniki efektywności oddziałów wolnych od narkotyków („jako że oddziały wolne od narkotyków znacznie się różnią, dokładne czynniki wpływające na pozytywne efekty nie są znane, ponadto ich wpływ na powrót do przestępczości pozostaje ograniczony i niejednoznaczny)”[22], a także innych usług psychosocjalnych i interwencji kognitywno-behawioralnych („zostało przeprowadzonych niewiele badań dotyczących efektywności interwencji psychosocjalnych w zakładach karnych […] inne podejścia terapeutyczne, włączając interwencje kognitywno-behawioralne i program 12 kroków, zostały określone jako budzące nadzieję, ale nie została przeprowadzona wystarczająco duża ilość badań, żeby ewaluować te programy”[23]. Mimo że wskazuje się niekiedy na niższy stopień powrotności do przestępstwa i nawrotu uzależnienia, to jednak podaje się, iż „nie wiadomo, jakie dokładnie czynniki przyczyniają się do pozytywnych efektów”[24].

Badanie efektywności terapii uzależnienia oraz ich wpływu na powrót do przestępstwa jest wyzwaniem dla więziennictwa. Istnieją czynniki, których nie sposób ująć, przeprowadzając takie badania, a wpływ tych czynników na rozmaite aspekty życiowe osób poddanych terapii, w tym powrotność do przestępczości, może być znaczący. Warto zauważyć, że nawet zaawansowane metodologie nie są w stanie oddać skomplikowanych procesów zachodzących w człowieku, konieczne jest więc interpretowanie wyników badań, biorąc to pod uwagę.

Terapie, w ramach których używa się metod psychologicznych, oprócz wpływu na powrotność do nałogu i przestępczości, wpływają również na szereg innych, bardzo istotnych dla osadzonego, czynników. Do nich należeć może polepszenie jakości życia, dbania o stan zdrowia, poziomu satysfakcji z życia, zwiększenie empatii, lepsza samoocena, zmiana stosunku do podejmowanych ob-

[20] WHO, *Harm reduction*:…, op. cit., s. 9. Podobnie D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts*…, op. cit., s. 122: „niestety rządy w regionie [Ameryki Łacińskiej i Karaibów – przyp. aut.] w niewielu przypadkach wypracowały dobre systemy ewaluacyjne wyników terapii lub odniosły się do problemu ochrony praw człowieka użytkowników narkotyków w czasie otrzymywania terapii w tych ośrodkach [bazujących na społeczności terapeutycznej – przyp. aut.]”.

[21] H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*…, op. cit., s. 169.

[22] H. Stöver, K. Thane, *Towards a continuum*…, op. cit., s. 58.

[23] Ibidem, s. 58.

[24] Ibidem.

owiązków, polepszenie relacji z innymi, zmiana stosunku do prawa, umiejętność rozwiązywania problemów, czy nawet umiejętność podjęcia kolejnej próby trwania w trzeźwości, oraz wiele innych. Jednak te wszystkie wymienione potrzeby uczestników przy ocenie efektywności terapii często się pomija, gdyż istnieje słaba możliwość uzyskania dowodów na ich wystąpienie. Podjęcie decyzji o dokonaniu zmiany zachowania to proces psychiczny, a dotarcie i zbadanie tej sfery rzeczywistości jest znacznie utrudnione. Mimo to wydaje się, że pomoc terapeuty korzystającego z dorobku współczesnej psychologii jest bardzo pomocna w walce z nałogiem.

Przy dostosowywaniu programu terapii uzależnienia jedynie do wymogów ściśle określających cele, jakie ma ona wypełniać, istnieje ryzyko, że wpłynie to negatywnie na wiele innych ważnych aspektów życiowych osób uczestniczących w terapii poprzez zbyt formalistyczne i biurokratyczne podejście do prowadzenia terapii i problemów pacjentów. Można stwierdzić, że z tego powodu personel terapeutyczny powinien się składać z osób o wysokich kwalifikacjach, godnych zaufania, dla których priorytet stanowi udzielanie wsparcia swoim pacjentom. Andrzej Majcherczyk rzeczywistą skuteczność prowadzonych oddziaływań resocjalizacyjnych widzi w postawie osób pracujących ze skazanymi: „[…] urzędnicy, którzy zostali zatrudnieni dla potrzeb administrowania programami, zawsze są w stanie wykazać, że programy są realizowane […], ale to nie powoduje realnego wzrostu dostępności rehabilitacji”[25]; ważne, żeby były to osoby z poczuciem misji, które „etos służby społecznej wyniosły z domu rodzinnego albo ze studiów”[26].

Warto również wziąć pod uwagę, że badania katamnestyczne są kosztowne i trudne do zrealizowania, dlatego rzadko się je przeprowadza. W Europie, jak ocenia WHO, mimo że większość krajów Rady Europy dysponuje programami mającymi na celu zmniejszenie ilości spożywanych narkotyków[27], nie wykonuje się jednak prawie w ogóle badań dotyczących ich skuteczności. Wszystkie badania, które zostały przeprowadzone, dotyczą głównie danych z jednego zakładu karnego lub danych lokalnych, nie ma więc badań reprezentatywnych dla całego kraju[28]. Tam, gdzie takie badania są przeprowadzane, dostępne dane europejskie dostarczają dowodów na skuteczność oddziałów wolnych od narkotyków w redukcji używania narkotyków w więzieniu[29]. Dokonywane ewaluacje terapii uza-

[25] A. Majcherczyk, *Programy resocjalizacji*…, op. cit.,, s. 41.

[26] Ibidem, s. 43.

[27] L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer, H. Nikogosian, *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2007, s. 98.

[28] Ibidem, s. 99.

[29] H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*…, op. cit., s. 170, który pisze: „dostępne dane sugerują, że oddziały wolne od narkotyków dostarczają odpowiednią ochronę przed narkotykami i są relatywnie efektywne w realizowaniu kontynuacji opieki”; D. Incorvaia, N. Kirby, *A Formative Evaluation of a Drug-Free Unit in a Correctional Services Setting*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology” 1997, t. 41, nr 3, s. 231–249, którzy

leżnienia od narkotyków w zakładach karnych również potwierdzają ich skuteczność przy redukcji powrotności do przestępstwa[30]. Wzywa się do dalszego ich rozwijania[31].

Badania dotyczące wpływu terapii uzależnienia w zakładach karnych na powrót do przestępczości przeprowadzane przez system penitencjarny w Stanach Zjednoczonych dostarczają informacji o zmniejszeniu się recydywy o 16% wśród mężczyzn uczestniczących w terapii oraz o zmniejszeniu się o 15% powrotu do używania narkotykow wśród tych mężczyzn, w porównaniu do mężczyzn znajdujących się w podobnej sytuacji[32]. Kobiety były nawet o 18% mniej skłonne do

dostarczają dowodów, że w Australii ustanowienie oddziałów wolnych od narkotyków przyczyniło się do znacznej redukcji w używaniu narkotyków w więzieniu; G.M. Schippers, A.A. van den Hurk, M.H.M. Breteler, G.-J. Meerkerk, *Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison*, „Substance Use & Misuse" 1998, t. 33, nr 4, s. 1027–1046.

30 Zob. F.S. Pearson., D.S. Lipton, Ch.M. Cleland, D.S. Yee, *The Effects of Behavioral/Cognitive-Behavioral Programs on Recidivism*, „Crime and Delinquency" 2002, t. 48, nr 3, s. 476–496, gdzie dokonano metaanalizy efektywności programów kognitywno-behawioralnych rozwoju umiejętności społecznych oraz programów umiejętności kognitywnych w zapobieganiu recydywie; S. Sacks, J.Y. Sacks, K. McKendrick, S. Banks, J. Stommel, *Modified TC for MICA Offenders: Crime Outcomes*, „Behavioral Sciences and the Law" 2004, t. 22, nr 4, s. 477–501, gdzie badania wykazały, że spośród osadzonych, u których współwystępuje uzależnienie od środków chemicznych i poważna choroba psychiczna, ci biorący udział w zmodyfikowanych społecznościach terapeutycznych charakteryzowali się niższym odsetkiem powrotu do przestępstwa w porównaniu do osadzonych biorących udział w terapii zdrowia psychicznego; F.S. Pearson, D.S. Lipton, *A Meta-analytic Review of the Efectiveness of Corrections-Based Treatments for Drug Abuse*, „Prison Journal" 1999, t. 79, nr 4, s. 384–410, którzy potwierdzają efektywność społeczności terapeutycznych w zapobieganiu recydywie; WHO, UNAIDS i UNODC, *Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments. Evidence for Action Technical Papers*, Geneva 2007, s. 19: „dowody wskazują, że poradnictwo jest efektywne w redukcji powrotności do przestępstwa, ale nie w redukcji używania narkotyków, szczególnie kiedy są skierowane względem dorosłych lub kobiet. Programy całkowicie dobrowolne są bardziej efektywne niż inne programy"; L.A. Smith, S. Gates, D. Foxcroft, *Therapeutic communities for substance related disorder* (*Review*), „Cochrane Database of Systematic Reviews" 2006, t. 1 – badania wykazały, że powrotność do przestępstwa jest wyraźnie mniejsza w przypadku osadzonych biorących udział w społecznościach terapeutycznych w zakładach karnych w porównaniu do osadzonych, którzy nie brali udziału w terapii lub korzystali z usług alternatywnych. Zob. też B.M. Huebner, *Drug Abuse, Treatment, and Probationer Recidivism*, „Illinois Criminal Justice Information Authority", dostępne na: http://www.icjia.state.il.us/public/pdf/ResearchReports/Drug%20Abuse%20Treatment%20and%20Probationer%20Recidivism.pdf, która pisze: „udział w terapii redukuje prawdopodobieństwo recydywy, jednak tylko w przypadku, gdy osadzony ukończył cały program".

31 Zob. np. J. Wellisch, M.D. Anglin, M.L. Prendergast, *Treatment startegies for drug-abusing women offenders*, [w:] *Drug Treatment and Criminal Justice System*, red. J.A. Inciardi, Sage Pubications, „Sage Criminal Justice System Annuals" 1993, t. 27, s. 5–29.

32 *Treating Inmates Addiction to Drugs*, „Annual Report On Substance Abuse Treatment Programs. Report to the Congress", The Federal Bureau of Prisons, National Institute on Drug Abuse, 2010; dostępne na: http://www.bop.gov/inmate_programs/docs/annual_report_fy_2010.pdf.

powrotu do przestępczości niż znajdujące się w podobnej sytuacji kobiety, które nie uczestniczyły w terapii[33]. W badaniach wzięło udział 1842 mężczyzn i 473 kobiety[34].

W innych badaniach amerykańskich na temat redukcji powrotności do przestępstwa oraz kosztów w systemie penitencjarnym dowiedziono, że terapia uzależnienia w zakładach karnych powoduje redukcję powrotności do przestępstwa o 5,7%, a korzyści finansowe dla systemu penitencjarnego przekraczają koszty tych terapii o 7835 dolarów za jednego uczestnika[35]. W badaniach porównujących ewaluacje więziennych programów terapeutycznych z różnych krajów zbadano 66 ewaluacji programów, z których 58 pochodziło ze Stanów Zjednoczonych, 3 z Australii, 3 z Kanady, 1 z Wielkiej Brytanii i 1 z Tajwanu. Porównując wyniki badań, oszacowano, że najbardziej efektywne w redukcji recydywy i powrotu do używania okazały się programy oferujące społeczności terapeutyczne[36]. Efektywność była nieznacznie wyższa w przypadku programów, gdzie osadzeni przebywali dobrowolnie[37]. Nieskuteczne w redukcji recydywy i redukcji powrotu do używania okazały się programy typu „boot camp" oraz leczenie substytucyjne[38]. Poradnictwo grupowe okazało się skuteczne przy redukcji recydywy, ale nie powrotu do używania narkotyków[39].

W przeprowadzonych badaniach amerykańskich oszacowano, że prowadzenie terapii uzależnienia w zakładach karnych jest opłacalne finansowo. Są to działania relatywnie niedrogie[40]. Chroniczne nadużywanie narkotyków i alkoholu może przyczynić się do większego prawdopodobieństwa recydywy[41]. W przypadku, jeżeli osadzeni nie zaprzestaną używania narkotyków samodzielnie lub w wyniku umieszczenia ich na oddziałach terapeutycznych, recydywa wśród użytkowników wciąż będzie utrzymywać się na wysokim poziomie, co obciąża sądy i system penitencjarny[42]. W badaniach podsumowano, że terapia uzależnie-

---

33 Ibidem.

34 Ibidem.

35 S. Aos, M. Miller, E. Drake, *Evidence-Based Public Policy Options to Reduce Future Prison Construction, Criminal Justice Costs, and Crime Rates*, Washington State Institute for Public Policy, Olympia 2006, dostępne na: www.wsipp.wa.gov/rptfiles/06-10-1201.pdf.

36 O. Mitchell, D.B. Wilson, D.L. MacKenzie, *Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research*, „Journal of Experimental Criminology" 2007, nr 3, s. 353–375.

37 Ibidem.

38 Ibidem.

39 Ibidem.

40 W USA koszt prowadzenia tych terapii obliczono w 2005 r. na oscylujący pomiędzy 41 $ a 77 $ tygodniowo dla jednego osadzonego (koszty oszacowano dla 4 stanów). Są to koszty dodatkowe do kosztów pobytu w zakładzie karnym, zob. S. Belenko, N. Patapis, M.T. French, *Economic Benefits of Drug Treatment: A Critical Review of the Evidence for Policy Makers*, Treatment Research Institute at the University of Pennsylvania, luty 2005, s. 25–26.

41 Ibidem, s. 25.

42 Ibidem.

nia w zakładach pomaga również zredukować koszty społeczne związane z opieką zdrowotną i brakiem podjęcia pracy zawodowej przez użytkowników[43].

Utrzymanie efektów odbytej terapii ma krytyczne znaczenie[44], gdyż chęć życia w abstynencji narkotykowej często zanika. Znaczny wpływ na recydywę ma powrót do dawnego aspołecznego środowiska i nieumiejętność ułożenia sobie życia na wolności. Najtrudniejszy jest okres pierwszych kilku tygodni od opuszczenia zakładu karnego[45]. Krótkie okresy trwania w abstynencji po wyjściu na wolność potwierdzają wyniki polskich badań – aż 44% badanej populacji powróciło do zażywania narkotyków w okresie pierwszego miesiąca pobytu na wolności, a w tym 20% badanych sięgnęło po narkotyki natychmiast po wyjściu z zakładów karnych[46].

Niezbędny jest więc rozwój instytucji, które pomagają opuszczającym zakłady karne poprzez kontynuację pracy resocjalizacyjnej i terapeutycznej po wyjściu na wolność. W Stanach Zjednoczonych osadzeni po odbyciu terapii uzależnienia nie są umieszczani z powrotem na oddziałach, w których odbywali karę przed pobytem na oddziale terapeutycznym, tak jak w Polsce[47]. Wynika to ze sposobu kwalifikowania amerykańskich osadzonych na oddział terapeutyczny. Osadzeni kwalifikowani są na podstawie ich daty wyjścia na wolność tak, aby – po pierwsze – mieli okazję wziąć udział w terapii przed opuszczeniem zakładu, po drugie – aby mogli kontynuować terapię w ośrodku wolnościowym zaraz po zakończeniu terapii w zakładzie karnym[48].

Kolejnym ważnym elementem wpływającym na utrzymanie efektów terapii jest odpowiednie przygotowanie skazanego do życia po opuszczeniu zakładu karnego. Osadzeni często mają problemy w zaadaptowaniu się po wyjściu na wolność. Często wracają do dawnych środowisk i używania narkotyków w takich samych ilościach, jak przed pobytem w zakładzie, co stwarza zagrożenie dla ich życia ze względu na redukcję tolerancji. Z tego powodu prowadzenie przygotowania użytkowników narkotyków do życia po zwolnieniu jest szczególnie istotne.

---

43 Ibidem.

44 Zob. np. WHO, UNAIDS i UNODC, *Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments. Evidence for Action Technical Papers*, Geneva 2007, s. 19.

45 S.R. Seaman, R.P. Brettle, S.M. Gore, *Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study*, „British Medical Journal" 1998, t. 316, s. 426–428.

46 K. Drozd, A. Perkowska, H. Pietruszewska, *Więźniarki uzależnione od narkotyków – doświadczenia w pracy terapeutycznej w oddziale dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Zakładzie Karnym w Lublińcu*", referat przedstawiony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy systemu terapeutycznego", 29–31 października 2007 r. w Zakopanem.

47 Zob. rozdzial 3.

48 *Treating Inmates…*, op. cit. Wprowadzenie tego rozwiązania w Polsce byłoby jednak skomplikowane prawnie i wymagałoby gruntownych zmian w przepisach regulujących warunkowe zwolnienie.

Kluczowy wpływ na zmniejszenie prawdopodobieństwa powrotu do narkotyków ma zmiana miejsca zamieszkania. Jak podaje Philip Robson, jedna czwarta osób, które były uzależnione od narkotyków, przyznaje, że zmiana miejsca zamieszkania miała decydujący wpływ na ich pozostanie w abstynencji[49]. Tę zależność można stosunkowo łatwo wyjaśnić – kluczową rolę w powrocie do nałogu odgrywa środowisko, znajomi używający narkotyków, powracające konflikty, znajomość sceny narkotykowej w danym miejscu i umiejętność poruszania się po niej[50]. Należy przyjąć, że osadzeni po odbyciu wyroku powracający do swoich środowisk, nawet w przypadku odbycia terapii o wysokiej jakości, mają znacznie utrudnione wytrwanie w abstynencji, bardziej niż osoby przebywające w środowisku, któremu również zależy na abstynencji.

W Polsce brakuje specjalistycznych ośrodków, gdzie osoby używające narkotyków opuszczające zakład karny mogłyby się przygotowywać do wyjścia na wolność, co jest przeszkodą w utrzymaniu efektów terapii. Przykładem takich ośrodków są „Residential Reentry Centres", działające na terenie Stanów Zjednoczonych. Oprócz kontynuacji terapii uzależnienia od narkotyków pomaga się tam osadzonym w odbudowaniu więzi z bliskimi, zapewnia doradztwo w sprawach pracy oraz wszystkie inne usługi, które są potrzebne w fazie readaptacji[51]. Postęp uczestników w walce z nałogiem jest na bieżąco monitorowany[52]. Ważnym aspektem prowadzonych terapii jest fakt, że jest ona prowadzona przez organizacje wolnościowe i rzadko odbywa się ona na terenie ośrodka[53]. Po opuszczeniu „Residential Reentry Centres" nad uczestnikami prowadzony jest nadzór kuratora, co zapobiega powrotowi do przestępstwa[54]. Wydaje się, iż zapewnienie kontynuacji terapii po zwolnieniu jest istotnym elementem sukcesu amerykańskich oddziałów terapeutycznych w redukcji zarówno uzależnienia, jak i powrotności do przestępstwa.

Użytkownicy opuszczający zakład karny mogą szukać pomocy w różnego rodzaju poradniach oraz grupach samopomocowych. Członkowie tych grup na zasadzie solidarności wspierają uczestników zaraz po zwolnieniu. Grupy te nie tylko udzielają wsparcia swoim członkom w dążeniu do trzeźwości, ale często pomagają zmierzyć się z problemami takimi, jak stygmatyzacja społeczna, znalezienie zakwaterowania czy pracy. Przykładem grupy samopomocowej wspierającej uzależnionych opuszczających zakład karny jest szwedzka organizacja KRIS („Kriminellas revansch i samhället", czyli „przestępcy powracający do społeczeństwa"). Zwalnianym zapewnia się pomoc w prowadzeniu życia bez po-

[49] P. Robson, *Forbidden drugs. Understanding drugs and why people take them*, Oxford University Press, New York 1995, s. 23.
[50] Ibidem, s. 23.
[51] *Treating Inmates…*, op. cit.
[52] Ibidem.
[53] Ibidem.
[54] Ibidem.

pełniania przestępstw i utrzymaniu abstynencji narkotykowej[55]. Każdy z byłych osadzonych otrzymuje pomoc mentora („ojca chrzestnego/matki chrzestnej"), który jest dla niego dostępny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu[56]. KRIS uznaje, że każda osoba ma w sobie siłę, żeby zaprzestać używania narkotyków[57]. Jednocześnie organizacja uważa, że każdy powinien być odpowiedzialny za siebie, ale członkowie społeczeństwa mają obowiązki względem siebie[58]. Swoją działalność opiera na zasadzie solidarności międzyludzkiej[59].

Organizacja KRIS występuje przeciwko postrzeganiu użytkowników narkotyków jako osób „drugiej kategorii", z tego powodu celem organizacji jest przekształcenie byłych przestępców w wolnych, niezależnych członków społeczeństwa[60]. Organizacja uważa, że jest to możliwe do osiągniecia przez każdą osobę, dlatego wzywa do rozwijania programów abstynencyjnych i sprzeciwia się programom redukcji szkód[61]. Organizacja formułuje cele udzielanej pomocy bardzo idealistycznie – w zamierzeniu KRIS celem pomocy jest nie tylko zaprzestanie używania narkotyków przez byłych przestępców, ale przede wszystkim uczynienie ich wzorami do naśladowania w każdej sytuacji[62].

Funkcjonowanie grup samopomocowych jest pomocne, jednak dla osób opuszczających zakłady karne niezwykle istotne jest również funkcjonowanie kompleksowych ośrodków udzielających wsparcia w walce z nałogiem, które zapewniają pomoc w możliwie szerokim zakresie. Przykładem takich ośrodków skierowanych do osób opuszczających zakłady karne w USA są Recovery Engagement Centers. Ośrodki te wspomagają osoby zmagające się z uzależnieniem stosownie do ich potrzeb, kierują na terapię, grupy wsparcia, pomagają w znalezieniu pracy, odbudowaniu relacji z bliskimi i lokalnymi organizacjami[63]. Program oferowany w ośrodkach oferuje pomoc w następującym zakresie: wyzdrowienie z używania lub nadużywania narkotyków, zatrudnienie i niezależność finansowa, kariera i edukacja, związki z bliskimi, zdrowie, wypoczynek i rekreacja, przestrzeganie prawa, zdrowie psychiczne i duchowe[64]. Funkcjonowanie tego typu ośrodków jest opłacalne pod względem finansowym, gdyż koszty ponoszone przez służbę zdrowia i więziennictwo zostają obniżone, nie wspominając o kosztach ponoszonych przez osobę używającą narkotyków i jej rodzinę[65]. Brakuje jednak ewaluacji potwierdzających opłacalność funkcjonowania Recovery Engagement Centers.

---

[55] Zob. strona internetowa organizacji KRIS: http://kris.a.se/in-english-2/.
[56] Ibidem.
[57] Ibidem.
[58] Ibidem.
[59] Ibidem.
[60] Ibidem.
[61] Ibidem.
[62] Ibidem.
[63] Ulotki na temat Recovery Engagement Centers.
[64] Ibidem.
[65] Ibidem.

Orientację abstynencyjną krytykuje się jako stanowiącą przeszkodę dla realizacji usług z dziedziny redukcji szkód[66]. Podnosi się również, że usługi bazujące na abstynencji mogą niekiedy przyczynić się do rozwoju epidemii HIV[67]. Wyniki badań naukowych jednak potwierdzają, konsekwentnie od momentu rozpoczęcia epidemii HIV, że możliwość zakażenia HIV zmniejsza się pod wpływem terapii uzależnienia od narkotyków[68]. Większość danych na temat funkcji prewencyjnej terapii uzależnienia pochodzi z literatury odnoszącej się do terapii skierowanych do osób używających opiatów, jednak kilka badań potwierdza również efektywność w redukcji ryzyka HIV w przypadku terapii skierowanych do osób używających stymulantów[69]. Ponadto istnieją silne dowody na pozytywny wpływ terapii uzależnienia od narkotyków na udział w terapii antyretrowirusowej[70].

W artykule podsumowującym badania na ten temat uznano, że terapia uzależnienia od narkotyków (abstynencyjna i substytucyjna) jest podstawowym środkiem zapobiegania HIV[71]. Dożylne używanie narkotyków jest jednym z pod-

---

66 H. Stöver, *Drug and HIV/AIDS*…, op. cit., s. 170, który pisze: „istnieje prawdopodobieństwo, że uwięzienie poskutkuje brakiem kontynuacji leczenia substytucyjnego. Orientacja abstynencyjna wciąż dominuje w ramach opieki medycznej"; (zob. też odnośnie do wolnościowej polityki narkotykowej w Ameryce Łacińskiej: D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts*…, op. cit., s. 116–117: „oprócz wpływu na redukcję podaży, amerykańska agenda *wojny z narkotykami* miała wpływ na politykę redukcji popytu w kilku krajach Ameryki Łacińskiej i krajów karaibskich. W praktyce oznacza to promowanie bardzo punitywnego i opartego na abstynencji podejścia do używania narkotyków zamiast zorientowanego na zdrowie publiczne podejścia redukcji szkód. Wciąż rośnie liczba badań dokumentujących wpływ na zdrowie, a szczególnie na ryzyko transmisji chorób przenoszonych przez krew twardej polityki kontroli narkotyków w rejonie, chociaż na razie jest niewiele takich badań").

67 WHO, *Harm reduction*:…, op. cit., s. 11: „ponadto niektórzy argumentują, że usługi skierowane wyłącznie na abstynencję przyczyniają się do rozprzestrzeniania HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Ponieważ te usługi nie dostarczają wiedzy na temat HIV, ani środków prewencyjnych, takich jak prezerwatywy i igły, klienci będą nieświadomi ryzyka HIV i możliwości ochrony przed HIV", aspekt zapobiegania HIV poprzez zaprzestanie wstrzykiwania został w raporcie pominięty; zob. też odnośnie do zwiększonego ryzyka śmierci w wyniku przedawkowania – wytyczne British Psychological Society i Royal College of Psychiatrists „Drug Misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51", National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health & Clinical Excellence, 2008, cyt. za: K. Gyngell, *Breaking*…, op. cit., s. 1, ostrzegające przed „terapiami abstynencyjnymi", w których udział może się wiązać ze zwiększonym ryzykiem śmierci w wyniku przedawkowania. Zgodnie z wytycznymi: „terapie abstynencyjne […] początkowo wydają się atrakcyjnym rozwiązaniem, mogą jednak być powiązane ze zwiększonym ryzykiem śmierci w wyniku przedawkowania po okresie abstynencji, w czasie gdy następuje utrata tolerancji". Dokument poleca terapię stacjonarną jedynie w stosunku do tych użytkowników narkotyków, którzy mają problemy ze zdrowiem psychicznym, problemy mieszkaniowe lub tych, którzy kontynuują używanie nielegalnej heroiny, pomimo udziału w terapii substytucyjnej.

68 D.S. Metzger, H. Navaline, G.E. Woody, *Drug Abuse Treatment*…, op. cit., s. 97–106.

69 Ibidem.

70 Ibidem.

71 Ibidem.

stawowych czynników przyczyniających się do rozwoju globalnej epidemii HIV. Osoby biorące udział w efektywnych terapiach zmniejszają użycie narkotyków, zmniejszone użycie narkotyków prowadzi do zmniejszenia się zachowań ryzykownych, co z kolei prowadzi do zmniejszenia się ryzyka zakażenia HIV[72]. W tym modelu używanie substancji psychoaktywnej jest czynnikiem przyczynowym w łańcuchu zdarzeń, które kulminują zakażeniem, a efektywna terapia uzależnienia od narkotyków urywa ten łańcuch[73]. Do zakażenia HIV może dojść w sposób bezpośredni, jak i pośredni (zakażona woda, sprzęt do gotowania, wata, czy transfer narkotyku z jednej strzykawki do innych)[74], któremu nie zapobiegają programy dystrybucji igieł i strzykawek. Ponieważ poprzez odpowiednie działania terapeutyczne można efektywnie zredukować bądź wyeliminować częstotliwość iniekcji, terapia uzależnienia od narkotyków jest również uznana ze podstawowy środek zapobiegający HIV.

5.2. Krytyka modelu terapeutycznego z punktu widzenia modelu kontrolnego

Z punktu widzenia modelu kontrolnego funkcją zakładu karnego jest prewencja przemytu i używania narkotyków na jego terenie, a nie prowadzenie terapii uzależnienia. Model terapeutyczny będzie więc podlegał krytyce głównie ze względu na czynniki związane z przeprowadzaniem terapii uzależnienia w środowisku penitencjarnym, co wpływa na jakość terapii. Terapeuci z jednej strony są specjalistami leczenia uzależnień, a z drugiej – są odpowiedzialni za nadzór nad regulaminem odbywania kary pozbawienia wolności, co rodzi wiele dylematów etycznych i wzmacnia instrumentalną motywację u uczestników terapii[75]. Ponieważ terapię przeprowadza się w ramach odbywania kary pozbawienia wolności, osoba umieszczona na oddziale jest przede wszystkim skazanym, a dopiero potem pacjentem oddziału[76]. Program terapeutyczny jest więc realizowany obok regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności[77]. Terapeuci mają wiedzę o osadzonych, która może wpłynąć na ich sytuację penitencjarną. Jako funkcjonariusze Służby Więziennej są zobowiązani do ich oceny[78].

Problemy związane z izolacją pogłębione są dodatkowo przez negatywne nastawienie do programów terapeutycznych części funkcjonariuszy Służby Wię-

[72] Ibidem, s. 97–106.
[73] Ibidem.
[74] Zob. S.K. Koester, L. Hoffer, *'Indirect sharing'*…, op. cit., s. 100–105.
[75] K. Linowski, J. Nowicka, *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Ostrowiec Świętokrzyski 2004, s. 104–105.
[76] Ibidem, s. 99.
[77] Ibidem.
[78] Ibidem, s. 104–105.

ziennej, co utrudnia terapeutom budowanie relacji z uczestnikami programu[79]. Rozwiązaniem, jak sugerują Jarosław Breska i Robert Opora, wydaje się być większe zaangażowanie funkcjonariuszy w pomoc przy realizacji programów, przeanalizowanie zadań funkcjonariuszy oraz stworzenie programów skierowanych do tej grupy[80].

Terapie dla uzależnionych od narkotyków w zakładach karnych są również krytykowane z uwagi na ich gorszą jakość w porównaniu do wolnościowych. Często terapie w zakładach karnych trwają krócej w porównaniu do terapii oferowanych w warunkach wolnościowych. W ramach terapii stosuje się metody psychoedukacyjne, takie jak: wykłady, wysłuchiwanie nagrań audiowizualnych, oglądanie filmów, czytanie tekstów, zadania domowe, co często bywa krytykowane. Tym metodom, tam gdzie są one podstawowymi środkami oddziaływania na skazanych, należałoby zapewne nadać drugorzędne znaczenie. Wydaje się jednak, że krytyka doboru środków oddziaływania na uczestników, brak odpowiedniego zaplecza czy jakość terapii uzależniania w zakładach karnych również nie powinny być argumentem za rezygnacją z prowadzenia terapii, a jedynie stanowić motywację do intensyfikacji działań mających na celu ich polepszenie.

5.3. Krytyka modelu terapeutycznego z punktu widzenia modelu libertariańskiego

Z punktu widzenia modelu libertariańskiego przymus (obowiązek) terapeutyczny jest przejawem polityki paternalizmu i naruszenia godności bądź autonomii osoby przymuszonej (zobowiązanej). Model libertariański przede wszystkim chroni wolność wyboru użytkowników narkotyków i krytykuje przejawy paternalizmu państwa względem użytkowników. Z kolei z perspektywy resocjalizacyjnej można odbierać przymus (obowiązek) podjęcia terapii uzależnienia jako chęć udzielenia pomocy osobie, która tego wymaga, zaakcentowanie troski o każdego człowieka i funkcjonowanie jednostki w rodzinie i społeczeństwie. Jeżeli resocjalizacja jest priorytetem wykonywania kary pozbawienia wolności, od osadzonych można wymagać wzięcia odpowiedzialności za swoje życie, czego przejawem może być udział w terapii.

Terapie uzależnienia w zakładach karnych często charakteryzują się pewnym stopniem przymusowości, wynikającym chociażby z samego faktu przebywania w zamkniętym zakładzie, a czasami z sądowego nakazu udziału w terapii. Terapie obowiązkowe krytykuje się ze względu na stygmatyzację i dyskryminację

[79] R. Breska, R. Opora, *Podsumowanie. Psychokorekcja zachowania osób odbywających karę pozbawienia wolności*, [w:] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, Wyd. Impuls, Kraków 2009, s. 263.

[80] Ibidem.

osób używających narkotyków[81]. Podkreśla się, że pacjent ma prawo odmowy leczenia i dlatego terapia uzależnienia nie może być wykonywana przymusowo[82]. Ponieważ każda terapia zawiera w sobie elementy przymusu, chociażby nawet nieformalną presję społeczną ze strony rodziny i przyjaciół (groźba rozwodu, zaprzestania łożenia środków finansowych na osobę uzależnioną), istotne jest określenie dozwolonego stopnia tego przymusu i przypomnienie, że praca terapeutów nad motywacją do podjęcia terapii i zmiany zachowania jest istotnym jej elementem.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele terminów opisujących przymusowość terapii. Mówi się o „wymuszonej" terapii, „niedobrowolnej", „terapii na podstawie decyzji sądu" – „zobowiązania do terapii" czy „terapii obowiązkowej". Część z tych terminów ma zabarwienie neutralne („terapia na podstawie decyzji sadu", „zobowiązanie do terapii" czy „terapia obowiązkowa"), a część negatywne („terapia przymusowa" „wymuszona", „niedobrowolna"). Odróżnienie terapii dobrowolnej od niedobrowolnej jest trudne z uwagi na fakt, iż większość terapii uzależnienia zawiera w sobie jakieś elementy przymusu (chociażby, tak jak to już zostało wspomniane, z uwagi na samo przeprowadzanie ich w warunkach izolacji penitencjarnej).

W literaturze autorzy posługują się terminem „terapia przymusowa" w wielu różnych kontekstach, często skrajnych, co sprawia, że dyskusja na temat terapii przymusowych jest utrudniona. Pojęcie „terapia przymusowa" używane jest zarówno w stosunku do terapii, gdzie istnieje jakakolwiek forma przymusu[83], jak i w stosunku do „pseudoterapii" prowadzonej w obozach pracy przymusowej[84]. W niektórych krajach terapie uzależnienia od narkotyków wykonywane są w zamkniętych ośrodkach przez miesiące, a nawet lata, bez procesu sądowego. Często są prowadzone przez wojsko lub pracowników urzędów bezpieczeństwa bez jakiegokolwiek przygotowania medycznego i polegają na przymusowej pracy fizycznej. Przemoc jest poważnym problemem w tych ośrodkach[85]. Szczególnie

---

[81] Open Society Institute, Human Rights Watch, International Harm Reduction Association, Canadian HIV/AIDS Legal Network, „Human Rights and Drug Policy: Compulsory Drug Treatment", Briefing 4, dostępne na www.ihra.net/files/2010/11/01/IHRA_BriefingNew_4.pdf.

[82] A.M. Costa, *Drug Control, Crime Prevention, and Criminal Justice: A Human Rights Perspective*, 3 marca 2010, E/CN.7/2010/CRP.6* – E/CN.15/2010/CRP.1, dostępne na: http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN152010_CRP1-6eV1051605.pdf.

[83] R. Shearer, *Treatment Motivation Characteristics of Offenders Who Abuse Substances*, [w:] *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients. Practical Implications for Institutional and Community Settings*, red. B. Sims, New York 2005, s. 43, cyt. za A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania" 2007, t. 20, nr 3, s. 327.

[84] Open Society Institute, Human Rights Watch, International Harm Reduction Association, Canadian HIV/AIDS Legal Network, „Human Rights and Drug Policy: Compulsory Drug Treatment", Briefing 4, dostępne na www.ihra.net/files/2010/11/01/IHRA_BriefingNew_4.pdf.

[85] Zob. np. D. Rossi, S. Harris, M. Vitarelli-Batista, *The Impacts…*, op. cit., s. 122, które donoszą o przypadkach użycia łańcuchów w celu uwięzienia w brazylijskich ośrodkach zajmujących się terapią uzależnienia od narkotyków i alkoholu.

szkodliwe terapie przymusowe prowadzone są na terenie Chin, Rosji, Wietnamu, Tajlandii i Kambodży[86]. W ten sposób prowadzone „terapie uzależnienia od narkotyków" czy „rehabilitacja" osób używających narkotyków nie spełniają podstawowych norm, które taka jednostka powinna wypełniać. Z tego powodu są etycznie niedopuszczalne, a ich stosowanie może nawet stanowić tortury w rozumieniu *Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania* ONZ z 10 grudnia 1984 r.[87] i być ścigane przez państwa członkowskie Konwencji[88].

W przypadku gdy prowadzone ośrodki to obozy pracy przymusowej, a nie miejsca, gdzie się leczy uzależnienie, naruszają one podstawowe prawa i wolności osób zmuszonych do przebywania w nich. Nie ulega wątpliwości, że w ten sposób prowadzone oddziaływania są etycznie niedopuszczalne, a prowadzona tam „terapia" w rzeczywistości nie ma nic wspólnego z pomocą osobom uzależnionym od środków odurzających lub psychotropowych. Pytaniem jest, czy w takiej sytuacji można w ogóle mówić o terapii przymusowej, jeżeli działalność tych ośrodków daleka jest od wspierania użytkowników w walce z nałogiem. Wydaje się więc, że należy przyjąć, iż pojęcie terapia przymusowa powinno się odnosić jedynie do przypadków, gdy terapia, na podstawie decyzji organu państwowego, jest faktycznie prowadzona.

Szerzej pojęcie przymusu przedstawia Robert Shearer. Zgodnie z szerokim pojmowaniem przymusu, jak pisze Andrzej Majcherczyk, terapia jest w pełni dobrowolna jedynie wtedy, kiedy uczestnik otrzyma wszystkie informacje na temat terapii tak, aby podjąć świadomą decyzję, czy faktycznie jej potrzebuje, bez przymusu zewnętrznych sankcji; musi mieć możliwość zakończenia terapii w dowolnym momencie, jeżeli nie spełnia jego oczekiwań, oraz mieć możliwość swobody wyboru i zmiany terapeuty[89]. Takie ujęcie terminu terapia przymusowa z kolei wydaje się zbyt szerokie, dlatego warto przyjąć, że rozróżnienie pomiędzy „tera-

[86] Open Society Institute, Human Rights Watch, International Harm Reduction Association, Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Human Rights*…, op. cit., Center for Human Rights & Humanitarian Law of American University Washington College of Law, *Torture in Healthcare Settings*: *Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*, Human Rights Watch, *Torture in the Name of Treatment. Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and Lao Pdr, 2012*, Open Society Foundations, *Treated with Cruelty Abuses in the Name of Drug Rehabilitation*, czerwiec 2011.

[87] Konwencja ONZ z 10 grudnia 1984 r. w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Dz.U., Nr 63, poz. 378).

[88] Open Society Institute, Human Rights Watch, International Harm Reduction Association, Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Human Rights*…, op. cit..

[89] R. Shearer, *Treatment Motivation Characteristics of Offenders Who Abuse Substances*, [w:] *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients. Practical Implications for Institutional and Community Settings*, red. B. Sims, New York 2005, s. 43, cyt. za: A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania" 2007, t. 20, nr 3, s. 327.

pią przymusową" a „terapią dobrowolną" mogłoby polegać na określeniu stopnia natężenia czynników, które wpływają na przymusowy charakter terapii.

W podobny sposób, czyli odwołując się do stopnia natężenia przymusu, Krzysztof Krajewski odróżnia terapię przymusową od dobrowolnej, w przypadku, gdy zachodzi możliwość redukcji kary pozbawienia wolności, bądź jej całkowitej zamiany na udział w terapii wobec osób, które popełniły przestępstwo związane z użyciem narkotyków[90]. Według Krzysztofa Krajewskiego, „terapia przymusowa" to taka, która powinna charakteryzować się większym stopniem przymusu niż ten, który wynika z obawy przed karą pozbawienia wolności. Zastosowanie terapii dla osób uzależnionych jako alternatywy dla kary pozbawienia wolności jest możliwe w takich przypadkach jedynie za zgodą sprawcy. Istnieje więc możliwość wyboru między terapią a karą pozbawienia wolności bądź sankcjami administracyjnymi. Krzysztof Krajewski zauważa, że oczywiste jest, że strach przed karą pozbawienia wolności „wymusza" udział w terapii, a stawianie sprawców przed alternatywą pomiędzy terapią a karą pozbawienia wolności trudno określić całkowicie swobodnym wyborem. Jednak z drugiej strony, zastosowanie alternatywy zależy przede wszystkim od woli samego sprawcy[91].

---

[90] Wybór między terapią uzależnienia od narkotyków a odbyciem kary w polskim systemie prawa reguluje art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. (Art. 72, 1.: „Jeżeli osoba uzależniona lub używająca szkodliwie substancji psychoaktywnej, której zarzucono popełnienie przestępstwa pozostającego w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej, zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie. 2. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. 3. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie. 4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, warunkowe umorzenie postępowania można także zastosować wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Zastosowaniu warunkowego umorzenia postępowania nie stoi na przeszkodzie uprzednia karalność sprawcy").

[91] Tak K. Krajewski, *Używanie narkotyków i uzależnienie od nich a przestępczość*: *implikacje dla prawa karnego*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2009, nr 64-65, s. 88–89, który zauważa: „jest rzeczą oczywistą, że ewentualne podjęcie leczenia w takich warunkach […] nie ma charakteru całkowicie dobrowolnego. Nie jest to jednak leczenie przymusowe, a cała instytucja sprowadza się w pewnym sensie do zastosowania metody *kija i marchewki*. Aczkolwiek nie realizuje ona w pełni postulatu całkowitej dobrowolności terapii, traktowanego często jako istotny warunek jej powodzenia, jest rozwiązaniem wzorowanym na podobnych instytucjach funkcjonujących w wielu krajach Europy"; por. także K. Łucarz, A. Muszyńska, *Ustawa przeciwdziałaniu narkomanii*. *Komentarz*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2008, komentarz do art. 72, nb. 5, s. 598: „jednym z bardziej akceptowanych rozwiązań […] jest postawienie sprawcy przestępstwa przed alternatywą: poddanie się leczeniu albo kara kryminalna. Zupełne wyeliminowanie sytuacji przymusu w postaci groźby kary, która ma motywować do leczenia, nie jest możliwe, musiałoby bowiem wiązać się z dekryminalizacją niektórych przestępstw.

Zdefiniowanie terminu „terapia przymusowa" jest kwestią budzącą spore wątpliwości i przy ustalaniu jej definicji koniecznym wydaje się odwołanie do stopnia natężenia czynników, które wpływają na przymusowy charakter terapii. Wydaje się, iż terapia przymusowa w zakładzie karnym to taka, która charakteryzuje się większym stopniem przymusu niż ten, który wynika z faktu przebywania w zakładzie karnym. Można przyjąć, iż terapię przymusową będzie stanowiła terapia prowadzona w zakładzie penitencjarnym na podstawie zobowiązania do leczenia uzależnienia przez organy państwowe.

Omawiając obowiązkowy charakter terapii uzależnienia w polskim systemie penitencjarnym, warto sięgnąć do przepisów prawnych regulujących te kwestie. W systemie penitencjarnym zobowiązanie do leczenia uzależnienia jest możliwe w dwóch przypadkach – w trybie wcześniej już omówionych w pracy art. 62 kk[92] i art. 117 kkw[93].

Zgodnie z polskim prawem karnym wykonawczym (na podstawie art. 67 § 1 kkw)[94] uzyskanie zgody skazanego na poddanie się odpowiedniemu leczeniu lub rehabilitacji jest częścią procesu prowadzącego do wzbudzenia w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych postaw. Ta zgoda nie jest jednak wymagana, aby odbyć karę w systemie terapeutycznym, co jest wyrazem prymatu funkcji resocjalizacyjnej systemu penitencjarnego. Wydaje się, iż w polskiej penitencjarystyce postrzega się przymus (obowiązek) podjęcia terapii uzależniania jako zaakcentowanie troski o osadzonego i jego rodzinę. Wynika to z faktu, jak zauważa Mariusz Sztuka, iż tradycyjnie polską resocjalizację charakteryzuje postawa służby i troski wobec najsłabszych w społeczeństwie i opiera się ona na ideale opieki i pomocy względem tych członków społeczeństwa, którzy, ze względu na defekty w zakresie wyposażenia biologicznego, psychologicznego lub socjalizacyjnego, nie funkcjonują prawidłowo w społeczeństwie[95].

Odbycie terapii nie jest więc jedynie sprawą wolnego wyboru, ale autonomia zostaje ograniczona na rzecz grupy społecznej. Podkreśla się tym samym konieczność kształtowania społecznie pożądanych postaw w zakładzie karnym, bio-

Wprowadzenie przesłanki dobrowolnego poddania się leczeniu odwykowemu nie wyklucza wprawdzie przypadków, w których zgoda na leczenie będzie pozorna, lecz pozwala na ograniczenie w ramach prawa powszechnie krytykowanego elementu przymusu leczenia".

92 Art. 62 kk: „Orzekając karę pozbawienia wolności, sąd może określić rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbywać karę, a także orzec system terapeutyczny jej wykonania".

93 Art. 117 kkw: „Skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 *Kodeksu karnego* popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny".

94 Art. 67 § 1 kkw: „Wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa".

95 M. Sztuka, *Pedagodzy i aktuariusze*…, op. cit., s. 137.

rąc pod uwagę okoliczność, że część osadzonych nie posiada podstawowej wiedzy na temat narkotyków i ich szkodliwości dla zdrowia. Można jednak podnieść, że określenie terapii prowadzonej w polskim systemie penitencjarnym na podstawie zobowiązania do terapii mianem przymusowej nie jest oczywiste, ze względu na fakt, że jedyną formalną negatywną konsekwencją braku aktywnego udziału w niej jest powrót na zwykły oddział[96].

Wydaje się, iż nie jest uzasadnionym twierdzenie, iż wszystkie sądowe zobowiązania do terapii naruszają godność uczestnika. Problem naruszenia godności uczestnika terapii obowiązkowych należy więc rozpatrywać w oparciu o dany program. Nie ulega wątpliwości, że wspomniane obozy pracy przymusowej naruszają godność człowieka. Wydaje się jednak, że brak jest jakichkolwiek przesłanek do stwierdzenia naruszenia godności uczestników terapii uzależnienia w polskich zakładach karnych.

Nie należy oczywiście bagatelizować argumentu, iż pacjent ma prawo odmowy świadczenia zdrowotnego, którym terapia uzależnienia od narkotyków zapewne jest, jeżeli problematyczne używanie narkotyków uzna się za chorobę. Warto jednakże podkreślić, że terapie uzależnienia prowadzone w polskich zakładach karnych bazują na dorobku psychologii i obejmują głównie elementy edukacyjne na temat uzależnienia i szkód wynikających z używania narkotyków. Prowadzone oddziaływania nie stanowią więc ryzyka dla zdrowia osadzonych. Gdyby przyjąć, że obowiązkowy udział w wykładzie czy obejrzeniu filmu na temat uzależnienia jest naruszeniem godności osadzonego, to tym bardziej pobyt w zakładzie karnym powinien być traktowany jako naruszenie godności. Wydaje się, że celem zobowiązania do terapii jest raczej potwierdzenie posiadania tej godności przez osoby uzależnione.

Praca z osobami zobowiązanymi do terapii jest poważnym wyzwaniem dla terapeutów. Nie ulega wątpliwości, że podejmowanie działań, do których jednostka czuje się przymuszona, jest nieefektywne. Terapia wymaga woli podjęcia zmiany zachowania ze strony uczestnika, a zdarza się, że nie jest możliwe wzbudzenie tej woli nawet przy największym zaangażowaniu terapeuty. Biorąc pod uwagę, iż brakuje miejsc na oddziałach terapeutycznych, osadzeni, którzy odmawiają uczestnictwa w terapii uzależnienia, zajmują niepotrzebnie miejsce tym, którzy są zainteresowani terapią. Obecność takich osób na oddziale może ponadto wpływać destrukcyjnie na innych uczestników.

Argumentem przeciwko sądowym nakazom terapii jest również stanowisko niektórych terapeutów, którzy niechętnie podejmują się pracy z osobami „przymuszo-

[96] Na podstawie § 68.3 Zarządzenia Nr 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych, w przypadku braku efektów terapii czas pobytu skazanego w oddziale terapeutycznym może zostać skrócony, jednak nie więcej niż o ⅓ określonego w programie oddziału czasu trwania terapii.

nymi" do terapii, powołując się na powody etyczne[97]. Z takim podejściem jednak nie zgadzają się inni eksperci, twierdząc, iż ta postawa nie służy dobru klienta, a jedynie obronie komfortu pracy terapeuty poprzez eliminowanie najtrudniejszych klientów[98]. Osoby trafiające do zakładów karnych rzadko mają dojrzałą, nieinstrumentalną motywację[99]. W literaturze podkreśla się, że motywacja do pobytu na oddziale terapeutycznym ma często charakter instrumentalny. Czym innym jest motywacja do pobytu na oddziale terapeutycznym, a czym innym motywacja do leczenia i trwałej zmiany zachowania. Osoby wyrażające chęć udziału w terapii czynią to często nie z powodu chęci zmiany życia i podjęcia abstynencji, ale liczą na przychylniejsze nastawienie w przypadku ubiegania się o warunkowe zwolnienie[100].

Gdyby pojęcie „przymusowych" terapii uzależnienia od narkotyków ograniczyć jedynie do przypadków, gdy terapia faktycznie się odbywa, a nie jest ona wykorzystywana jako okazja do pozyskania taniej siły roboczej, należałoby się zastanowić, czy zasadna jest ich krytyka. Liczne badania naukowe potwierdzają bowiem skuteczność przymusowych terapii uzależnienia i są one często pozytywnie oceniane przez uczestników. Badania terapii przymusowych prowadzone są od wielu lat w Stanach Zjednoczonych i zdecydowana większość z nich dostarcza dowodów na ich efektywność. Osadzeni mężczyźni biorący udział w terapii uzależnienia od narkotyków na oddziale terapeutycznym są o 15% mniej skłonni do powrotu do narkotyków w ciągu trzech lat po opuszczeniu zakładu karnego, niż osadzeni będący w podobnej sytuacji, ale niebiorący udziału w terapii[101]. Co interesujące, niektóre badania sugerują nawet, że osoby biorące udział w terapii uzależnienia od narkotyków na podstawie decyzji sądu rzadziej z niej rezygnują oraz rzadziej sięgają po narkotyki po jej ukończeniu niż osoby, które brały udział w terapii z własnej woli[102]. W badaniach australijskich z 2010 roku odnotowano, że zdrowie i samopoczucie pacjentów uczestniczących w programie przymusowym uległo poprawie[103]. Uczestnicy pozytywnie wypowiadali się o programie, o chęci kontynuacji leczenia i zmiany zachowania, a nawet odbierali swoje uczestnictwo w programie tak, jakby program ten był dobrowolny[104].

---

97 A. Majcherczyk, *Specyfika terapii*…, op. cit., s. 327.

98 Ibidem.

99 Ibidem.

100 K. Linowski, J. Nowicka, *System terapeutyczny*…, op. cit., s. 96.

101 *Treating Inmates*…, op. cit.

102 *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, red. C.G. Leukefeld, F.M. Tims, Division of Clinical Research, National Institute on Drug Abuse, "Research Monograph" 1988, nr 86, dostępne na: http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/86.pdf; M.D. Anglin, M. Prendergast, D. Farabee, *The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug-Abusing Offenders*, UCLA Drug Abuse Research Center, 1998, dostępne na: www.ncjrs.gov/ondcppubs/treat/consensus/anglin.pdf.

103 J. Dekker, K. O'Brien, N. Smith, *An Evaluation Of The Compulsory Drug Treatment Program*, NSW Bureau of Crime Statistics and Research Department of Justice and Attorney General, Sydney 2010, dostępne na: http://www.bocsar.nsw.gov.au/agdbasev7wr/bocsar/documents/pdf/l20.pdf.

104 Ibidem.

Również w Polsce zainteresowanie osadzonych terapią uzależnienia od narkotyków oferowaną przez więziennictwo jest bardzo duże, przy braku jakichkolwiek innych korzyści z udziału w terapii, poza ofertą pomocy przy zaniechaniu używania narkotyków. Zainteresowanie i chęć udziału w terapii przejawiają również osoby będące do niej przymuszone decyzją sądu. Biorąc pod uwagę wyniki badań naukowych terapii niedobrowolnych, wydaje się, że skuteczność terapii uzależnienia od narkotyków i poziom zadowolenia z nich nie zależy od ich obowiązkowego bądź dobrowolnego charakteru, ale często – od jakości opieki nad uczestnikami. Nie ulega jednak wątpliwości, iż sama idea terapii przymusowych jest kontrowersyjna i istnieje ryzyko użycia tych terapii w celach represyjnych, dla „dobra" osadzonych.

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że krytyka modelu terapeutycznego polityki kary pozbawienia wolność wobec użytkowników narkotyków nie zawsze jest uzasadniona. Argument wysuwany przeciwko terapiom uzależnienia, że są one opcją jedynie dla tych osadzonych, którzy są zmotywowani do zaprzestania używania narkotyków, jest zasadny, jednakże można stwierdzić, że nie jest to argument za szkodliwością czy zbędnością terapii, a jedynie jest nawoływaniem do rozbudowywania motywacji do zaprzestania używania narkotyków u osób problematycznie używających narkotyków i zachęcania ich do lepszego dbania o swoje zdrowie. Nie wydaje się zasadne wyłączenie osób potrzebujących terapii jedynie z powodu braku ich przygotowania do programu, przejawiającym się często zaprzeczeniem, że problem istnieje. Takie osoby, jako będące na wcześniejszym etapie terapii, potrzebują poświęcenia na nią więcej czasu niż osoby już zmotywowane do podjęcia zmiany.

Nadużywanie narkotyków rodzi wiele konsekwencji zdrowotnych, a jedną z z nich jest możliwość zakażenia HIV. Nie ulega wątpliwości, że należy zapewnić osadzonym ochronę przed zakażeniem HIV, jak również przed innymi chorobami i szkodami społecznymi wynikającymi z używania narkotyków. Na potrzeby osadzonego należy więc patrzeć w sposób holistyczny. Powinno się nadać priorytet takim usługom, które usuwają przyczyny, z powodu których sięga się po narkotyki.

Istnienie obowiązkowych terapii uzależnienia jest kontrowersyjnym rozwiązaniem, a terapia nie powinna przybierać formy kary. Krytyka niedobrowolnych terapii uzależnienia powinna być jednak prowadzona w oparciu o wyniki badań naukowych i poziom zadowolenia absolwentów programów obowiązkowych. Biorąc pod uwagę te czynniki, krytyka obowiązkowych terapii uzależnienia od narkotyków w przypadku programów, gdy jej wyniki w odczuciu uczestników okazały się pozytywne, wydaje się niesłuszna.

Konieczne jest, aby prowadzona terapia była skuteczna, humanitarna, oparta na na badaniach naukowych i rzetelnych procedurach empirycznych, uregulowana prawnie, a prawa uczestnika były przestrzegane. Niezbędne jest takie ukierunkowanie terapii, aby przekształcały motywację osadzonych na nieinstrumentalną i wspierały budowanie relacji z terapeutą, rodziną i środowiskiem. W ten sposób terapie obowiązkowe można ukształtować tak, aby rzeczywiście dochodziło do zmiany zachowania. Zasadne wydaje się również przeprowadzenie dalszych badań w zakresie określenia stopnia i rodzaju przymusu udziału w terapii, który jest najbardziej efektywny i zarazem najmniej uciążliwy dla uczestników. Wydaje się więc, że z praktycznego punktu widzenia nie jest uzasadniona jednoznacznie negatywna ocena wszystkich terapii uzależnienia, nawet jeżeli zawierają elementy przymusu.

Terapie uzależnienia w zakładach karnych zapobiegając powrotowi do przestępstwa służą nie tylko społeczeństwu i obniżają koszty funkcjonowania systemu penitencjarnego, ale przede wszystkim służą osobie poddanej tej terapii i jej rodzinie. Obecnie wydaje się, że kwestionowanie prowadzenia terapii uzależnienia w zakładach karnych nie jest oparte na przekonujących argumentach. Jednakże nie można wykluczyć, iż w przyszłości usługi dla osób używających narkotyków rozwiną się w taki sposób, że dalsze prowadzenie tych terapii w zakładach karnych, które często zawierają elementy przymusu, stanie się zbędne.

REKOMENDACJE ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWYCH

1. Rada Europy

Council of Europe, Recommendation R (93) 6 concerning prison and criminological aspects, of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison.

Council of Europe, Recommendation R (98) 7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison.

Council of Europe, Recommendation Rec (2006) on the European Prison Rules.

2. ONZ

Basic Principles for the Treatment of Prisoners.

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.

HIV/AIDS & injecting drug use. Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons.

Policy Guidelines for Collaborative TB & HIV Services for Injecting and Other Drug Users. An Integrated Approach.

Resolution 2004/35 Combating the spread of HIV/AIDS in Criminal Justice Pretrial and Correctional Facilities.

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.

UN Commission on Narcotic Drugs (2003) CND Resolution 46/2 Strengthening strategies regarding the prevention of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse.

UN Commission on Narcotic Drugs (2004) CND Resolution 47/2 Prevention of HIV/AIDS among drug users.

UN Commission on Narcotic Drugs (2005) CND Resolution 48/12 Expanding the capacity of communities to provide information, treatment, health care, and social services to people living with HIV/AIDS and other blood-borne diseases in the context of drug abuse and strengthening monitoring, evaluation and reporting systems.

UN Commission on Narcotic Drugs (2006) CND Resolution 49/4 Responding to the prevalence of HIV/AIDS and other blood-borne diseases among drug users.

UNAIDS Policy Position Paper Intensifying HIV Prevention (2005).

UNAIDS Technical Update - Prisons and Aids. UNAIDS Best Practice Collection (1997).
UNAIDS, Terminology Guidelines (2010).
UNODC WHO Europe, Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health (2009).
UNODC WHO UNAIDS, HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment & Support in Prison Settings. A framework for an Effective National Response (2006).
UNODC, Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison, Treatnet – International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres.
UNODC, HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings (2008).
UNODC, UNAIDS Women and HIV in Prison Settings (2008).
WHO Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users (2005).
WHO Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons (2007).
WHO Europe, Health in Prisons Project and the Pompidou Group of the Council of Europe, Prisons, Drugs & Society: A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices (2001).
WHO Europe, Status Paper on Prisons and Tuberculosis (2007).
WHO Europe, Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction (2005).
WHO Europe, Trencin statement on prisons and mental health (2008).
WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons (1999).
WHO International Committee of the Red Cross, Guidelines for control of Tuberculosis in Prisons (1998).
WHO Interventions to Address HIV in Prisons Drug Dependence Treatments (2007).
WHO Interventions to Address HIV in Prisons HIV Care, treatment and Support (2007).
WHO Interventions to Address HIV in Prisons Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies (2007).
WHO Interventions to Address HIV in Prisons Prevention of Sexual Transmission (2007).
WHO Policy and Programming Guidance for HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users (2005).
WHO Policy Brief: antiretroviral Therapy and Injecting Drug Users (2005).
WHO UNAIDS UNODC, „Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments. Evidence for Action Technical Papers (2007).
WHO UNAIDS UNODC, Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention Among Injecting Drug Users.

WHO, UNODC, UNAIDS, Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (2009).
UNAIDS Global Report. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic (2010).
WHO Harm reduction: good practice in Asia, integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities, A Case Study of We Help Ourselves (2006).
WHO Guidelines on HIV infections and AIDS in prisons (1993).
WHO Health interventions for prisoners: update of the literature since 2007 (2014).
WHO Europe, Madrid recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health (2009).
WHO Europe, Status paper on prisons, drugs and harm reduction (2005).
WHO Europe, Women's health in prisons : correcting gender inequity in prison health (2014).
WHO UNAIDS UNODC, Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments. Evidence for Action Technical Papers (2007).
WHO UNODC UNAIDS, Guide to starting and managing needle and syringe programmes (2007).
WHO UNODC UNAIDS, Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (2009).
WHO, Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for action technical papers (2004).
WHO, Guidelines on HIV infections and AIDS in prisons (1993).
WHO, Harm reduction: good practice in Asia, integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities, A Case Study of We Help Ourselves (2006).
WHO, Health in Prisons: A WHO guide to the essentials in prison health (2007).

BIBLIOGRAFIA

Abdul-Quader A.S., Friedman S.R., Des Jarlais D., Marmor M.M., Maslansky R., Bartelme S., *Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit HIV*, „Contemporary Drug Problems" 1987, t. 14.

Alschuler A.W., *The Changing Purposes of Criminal Punishment: A Retrospective one the Past Century and Some Thoughts about the Next*, „University of Chicago Law Review" 2003, vol. 70, nr 1.

Ambroziak W., Stępnik P.A. (red.), *Służba więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej: III Krajowe Sympozjum Penitencjarne*, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, 2004.

Anglin M.D., Prendergast M., Farabee D., *The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug-Abusing Offenders*, UCLA Drug Abuse Research Center, 1998,

Anscombe E., *Modern Moral Philosophy*, „Philosophy" 1958, vol. 33, nr 124.

Aos S., Miller M., Drake E., *Evidence-Based Public Policy Options to Reduce Future Prison Construction, Criminal Justice Costs, and Crime Rates*, Washington State Institute for Public Policy, Olympia 2006.

Arenella P., *Character, Choice, and Moral Agency*: *The Relevance of Character to Our Moral Culpability Judgements*, „Social Philosophy and Policy" 1990, vol. 7, nr 59.

Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

„Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry Bulletin" 2010, t. 17, nr 2.

Australian Injecting & Illicit Drug Users League, *Prison-Based Syringe Exchange Programs* (*PSE Programs*), Sydney 2008.

Beckwith C.G., Bazerman L., Cornwall A.H., Patry E., Poshkus M., Fu J., Nunn A., *An Evaluation of a Routine Opt-out Rapid HIV Testing Program in a Rhode Island Jail*, „AIDS Education and Prevention" 2011, t. 23, nr 3, *Supplement.*

Beckwith C.G., Zaller N., Jeanna J.F., Montague B.T., Rich J.D., *Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome" 2010, t. 55, *Supplement* 1.

Beckwith C.G., Zaller N., Rich J.D., *Addressing The HIV Epidemic Through Quality Correctional Healthcare*, „Criminology and Public Policy" 2006, t. 5, nr 1.

Belenko S., Patapis N., French M.T., *Economic Benefits of Drug Treatment: A Critical Review of the Evidence for Policy Makers*, Treatment Research Institute at the University of Pennsylvania, luty 2005.

Bennett C., *The Apology Ritual: A Philosophical Theory of Punishment*, Cambridge University Press, Cambridge 2008.

Bennett S.S., *Needle-exchange programmes in the USA*, „Lancet" 1998, t. 351, nr 9105.

Bentham J., *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, [w:] *The Collected Works of Jeremy Bentham*, red. J.H. Burns i H.L.A. Hart, Clarendon Press, Oxford 1996.

Bentham J., *Anarchical Fallacies*, [w] *Human Rights*, red. A.I. Melden, Wadsworth, Belmont 1970.

Bentham J., *The Works of Jeremy Bentham*, red. J. Bowring, William Tait, Edinburgh 1838–1843, t. 1.

Bentham, J., *Cases Unmeet for Punishment*, [w:] *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, red. J.H. Burns i H.L.A. Hart, University of London, Athlone Press, 1982.

Betteridge G., *Public health agency says prison needle exchanges reduce risk, do not threaten safety or security*, „HIV AIDS Policy Law Review" 2007, t. 12, nr 1.

Binder G., Smith N.J., *Framed*: *Utilitarianism and Punishment of the Innocent*, „Rutgers Law Journal" 2000, vol. 32, nr 115.

Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., *Kryminologia*, Wyd. Arche, Gdańsk 2006.

Bonta J., Andrews D.A., *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*, Public Safety Canada, czerwiec 2007, Cat. No.: PS3-1/ 2007-6.

Boyle J.M., Grisez G., Tollefsen O., *Free Choice: A Self-Referential Argument*, University of Notre Dame Press, 1977.

Bradley F.H., *Some Remarks on Punishment*, [w:] F.H. Bradley, *Collected Essays*, t. 1, Clarendon Press, Oxford 1935.

Braithwaite J., Pettit P., *Not Just Deserts*: *A Republican Theory of Criminal Justice*, Clarendon Press, Oxford 1990.

Breska R., Opora R., *Podsumowanie. Psychokorekcja zachowania osób odbywających karę pozbawienia wolności*, [w:] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, Wyd. Impuls, Kraków 2009.

Brink D., *Mill's Moral and Political Philosophy*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2008.

Broadhead R.S., Y. Van Hulst, D.D. Heckathorn, *The impact of a needle exchange's closure*, „Public Health Reports" 1999, t. 114, nr 5.

Bruneau J., Lamothe F., Franco E., Lachance N., Desy M., Soto J., Vincelette J., *High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in*

Needle Exchange Programs in Montreal: Results of a Cohort Study, „American Journal of Epidemiology" 1997, t. 146, nr 12.

Casebeer W.D., *Natural Ethical Facts*, MIT Press, Cambridge 2003.

Center for Human Rights & Humanitarian Law of American University Washington College of Law, *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report.*

Centralny Zarząd Służby Więziennej, Biuro Penitencjarne, *Analiza funkcjonowania więziennego systemu terapii skazanych uzależnionych*, Warszawa, marzec 2006 (uzupełniona analizą z 2012 r.).

Centre for Harm Reduction, *New Zealand Needle and Syringe Exchange Programme Review Final Report*, Campbell Aitken, Wellington 2002.

Cholewińska G., *Choroby towarzyszące uzależnieniu*, „Serwis Informacyjny. Narkomania" 2000, nr 14.

Christopher R.L., *Deterring Retributivism: the Injustice of "Just" Punishment*, „Northwestern University Law Review" 2002, vol. 96, nr 3.

Ciepły F., *Chrześcijańska koncepcja kary kryminalnej a współczesne poglądy na karę*, Wyd. KUL, Lublin 2012.

Cohen J., Clements I., Kay J., *Taking Drugs Seriously*: *A Manual of Harm Minimising Education on Drugs*, Healthwise, 1996.

Cohen M.S., Chen Y.Q., McCauley M., Gamble T., Hosseinipour M.C., Kumarasamy N., Hakim J.G., Kumwenda J., Grinsztejn B., Pilotto J.H.S., Godbole S.V., Mehendale S., Chariyalertsak S., Breno R., Santos B.R., Mayer K.H., Hoffman I.F., Eshleman S.H., Piwowar-Manning E., Wang L., Makhema J., Mills L.A., de Bruyn G., Sanne I., Eron J., Gallant J., Havlir D., Swindells S., Ribaudo H., Elharrar V., Burns D.,. Taha E.T., Nielsen-Saines K., Celentano D., Essex M., Fleming T.R., *Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy*, „New England Journal of Medicine" 2011, t. 365, nr 6.

Contoreggi C., Jones S., Simpson P., Lange R.W., Meyer W.A., *Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use*, „Intervirology" 2000, t. 43, nr 1.

Corlett A.J., *Making Sense of Retributivism*, „Philosophy" 2001, t. 76, nr 295.

Costa A.M., *Drug Control, Crime Prevention, and Criminal Justice*: *A Human Rights Perspective*, 3 marca 2010, UNDOC, E/CN.7/2010/CRP.6* – E/CN.15/2010/CRP.1.

Costa A.M., *Preface*, [w:] UNDOC, *Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach. Discussion paper*, New York 2009.

Crossley D.J., *Bradley's Utilitarian Theory of Punishment*, „Ethics" 1976, t. 86, nr 3.

Cullen F.T., Gilbert K.E., *Reaffirming Rehabilitation*, Anderson, 1982.

D'Amico D., *The American Prison State*, Ludwik von Mises Institute, maj 2005.

Dąbkiewicz K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, LexisNexis, wyd. 2, Warszawa 2013.

Dare T., *Retributivism, Punishment, and Public Values*, [w:] *Retributivism and Its Critics*, red. W. Cragg, wyd. Franz Steiner, Stuttgard 1992.

Davis M., *How to Make the Punishment Fit the Crime*, [w:] *Criminal Justice*: *Nomos*, t. XXVII, red. J.R. Pennock, J.W. Chapman, New York University Press, New York 1985.

Dekker J., O'Brien K., Smith N., *An Evaluation Of The Compulsory Drug Treatment Program*, NSW Bureau of Crime Statistics and Research Department of Justice and Attorney General, Sydney 2010.

Detels R., Winslow D.L., *Treatment as Prevention*: *Some Additional Thoughts*, artykuł redakcyjny, „AIDS" 2011, t. 00, nr 00.

Deutsche AIDS-Hilfe, *Drug Consumption Rooms in Germany*. *A Situational Assessment by the AK Konsumraum*, Berlin 2011.

Dolan K., Hall W., Wodak A., *Methadone maintenance reduces injecting in prison*, „British Medical Journal" 1996, T. 312, nr 7039.

Dolan K., Kimber J., Fry C., Fitzgerald J., Mcdonald D., Trautmann F., *Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia*, „Drug and Alcohol Review" 2000, t. 19.

Dolan K., Rutter S., Wodak A.D, *Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development*, „Addiction" 2003, t. 98.

Dolan K., Wodak A., Hall W.D., *HIV risk behaviour and prevention in prison: A bleach programme for inmates in NSW*, „Drug and Alcohol Review" 1999, t. 18, nr 2.

Dolan K., Wodak A., Hall W.D., *Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons*, „Drug and Alcohol Review" 1998, t. 17, nr 2.

Dolinko D., *Three Mistakes of Retributivism*, „U.C.L.A. Law Review" 1992, vol. 39.

Dressler J., *Cases And Materials On Criminal Law*, West, 1994.

Dressler J., *Understanding Criminal Law*, wyd. 4, LexisNexis, Warszawa 2006.

Drozd K., Perkowska A., Pietruszewska H., *Więźniarki uzależnione od narkotyków – doświadczenia w pracy terapeutycznej w oddziale dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Zakładzie Karnym w Lublińcu*, referat przedstawiony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy systemu terapeutycznego", 29–31 października 2007 r. w Zakopanem.

Drug Misusers and the Criminal Justice System. Part III: *Drug Misusers and the Prison System – An Integrated Approach*, Report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs, London 1996,

Dubiel K., Majcherczyk A., *Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2006, nr 52–53.

Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia: good prison health is good public health, Irish Penal Reform Trust, Dublin 2004.

Duff R.A., *The limits of the Virtue of Jursiprudence*, „Metaphilosophy" 2003, t. 34, nr 1/2.

Duff R.A., *Virtue, Vice, and Criminal Liability*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008.

Duff R.A., Garland D., *Introduction*: *Thinking about Punishment*, [w:] *A Reader on Punishment. Oxford Readings in Socio-Legal Studies*, red. R.A. Duff, D. Garland, Oxford University Press, 1994.

Duke K., *Drugs, Prisons and Policy-Making*, Palgrave Macmillan, 2003.

Durkheim E., *The Division of Labor in Society*, Free Press, Glencoe 1933, (praca oryginalna opublikowana w 1893).

Dworkin R., *Do we have a right to pornography?*, [w:] *A Matter of Principle*, Harvard University Press, Cambridge 1985.

Dworkin R., *Law's Empire*, Harvard University Press, Cambridge 1986.

Dworkin R., *Sovereign Virtue*: *The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge 2002.

Dworkin R., *Taking Rights Seriously*, Harvard University Press, Cambridge 1977.

Dyzenhaus D., *The Legitimacy of Legality*, „University of Toronto Law Journal" 1996, vol. 46.

Escamilla-Castillo M., *The Purposes of Legal Punishment*, „Ratio Juris. An International Journal of Jurisprudence and Philosophy of Law" 2010, t. 23, nr 4.

European Centre for Disease Prevention and Control, *Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies*, Stockholm 2010.

Evans D.G., zeznania przed Health and Human Services Committee of the New Jersey Assembly, 20 września 2004 r., Trenton, NJ, przeciwko A-3256,

Farrelly C., *Civic Liberalism and the 'Dialogical Model' of Judicial Review*, „Law and Philosophy" 2006, t. 25, nr 5.

Farrelly C., Solum L.B, *An Introduction to Aretaic Theories of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008.

Faser D., *Law after Auschwitz. Towards a Jurisprudence of the Holocaust*, Carolina Academic Press, Durham, North Carolina, 2005.

Feinberg J., *The Moral Limits Of the Criminal Law*, vol. 1: *Harm To Others*, Oxford Scholarship Online, 2003, (praca oryginalna wydana w 1987).

Feldman H.L., *Prudence, Benevolence, and Negligence*: *Virtue Ethics and Tort Law*, „Chicago-Kent Law Review" 2000, vol. 74.

Finkelstein C.O., *Duress: A Philosophical Account of the Defense in Law*, „Arizona Law Review" 1995, vol. 37.

Finnis J., *Natural Law and Natural Rights*, Clarendon Press, Oxford 1980.

Flanigan T.P., Zaller N., Beckwith C.G., Bazerman L., Rana A., Gardner A., Wohl D.A., Altice F.L., *Testing for HIV, Sexually Transmitted Infections, and Viral Hepatitis in Jails*: *Still a Missed Opportunity for Public Health and HIV Prevention,* „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome" 2010, t. 55, *Supplement*, 2.

Fletcher G.P., *The Fall and Rise of Criminal Theory*, „Buffalo Criminal Law Review" 1998, vol. 1, nr 2.

Fuller L., *Positivism and Fidelity to Law – A Reply to Professor Hart*, „Harvard Law Review" 1958, vol. 71.

Gaberle A., *Patologia społeczna*, Warszawa 1993.

Gahringer R.E., *Punishment and Responsibility*, „Journal of Philosophy" 1969, t. 66, nr 10.

Gardocki L., *Prawo karne*, wyd. 9, C.H. Beck, Warszawa 2003.

Garland D., *Punishment and Modern Society*: *A Study in Social Theory*, Clarendon Press, Oxford 1990.

George R.P., *Making Men Moral. Civil Liberties and Public Morality*, Clarendon Press, Oxford 1995.

Ghandi M.K., *Ahimsa, or the Way of Nonviolence*, [w:] A *Peace Reader*: *Essential Readings on War, Justice, Non-violence, and World Order*, red. J.J. Fahey i R. Armstrong, Paulist Press, New York 1992, (artykuł pierwotnie ukazał się w: UNESCO, *All Men are Brothers*, 1958).

Głowik T., *Problematyka narkomanii w izolacji więziennej*, „Serwis Informacyjny. Narkomania" 2008, nr 3/42.

Gordon D., Burn D., Campbell A., Baker O., National Treatment Agency for Substance Misuse, *2007 User Satisfaction Survey of Tier 2 and 3 Service Users in England*, maj 2008.

Gore S.M., Bird A.G., Ross A.J., *Prison Rights: Mandatory Drug Tests and Performance Indicators for Prisons*, „British Medical Journal" 1996, t. 312.

Greenawalt K., *Punishment*, [w:] *Encyclopedia of Crime and Justice*, red. S.H. Kadish, t. 4, 1983.

Gyngell K., *Breaking the habit. Why the state should stop dealing drugs and start doing rehab*, Centre for Policy Studies, czerwiec 2011.

Habal R., *Heroin Toxicity*, „Medscape", 4 listopada 2013.

Hagan H., Thiede H., *Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission?*, „Epidemiology" 2003, t. 14, nr 5.

Hamilton R., McGlone L., MacKinnon J.R., Russell H.C., Bradnam M.S., Mactier H., *Ophthalmic, clinical and visual electrophysiological findings in children born to mothers prescribed substitute methadone in pregnancy*, „British Journal of Ophthalmology" 2010, t. 94, nr 6.

Hampton J., *An Expressive Theory of Retribution*, [w:] *Retributivism and Its Critics*, red. W. Cragg, wyd. Franz Steiner, Stuttgard 1992.

Hampton J., *Correcting Harms versus Righting Wrongs: the Goal of Retribution*, „UCLA Law Review" 1992, vol. 39.

Hampton J., *The Moral Education Theory of Punishment*, „Philosophy & Public Affairs" 1984, t. 13, nr 3.

Harrison M., *Drug Addiction in Pregnancy:The Interface of Science, Emotion, and Social Policy*, „Journal of Substance Abuse Treatment" 1991, t. 8, nr 4.

Hart H.L.A., *Positivist and the Separation of Law and Morals*, „Harvard Law Review" 1958, vol. 71.

Hart H.L.A., *Postscript*: *Responsibility and Retribution*, [w:] Hart H.L.A., *Punishment and Responsibility. Essays in the Philosophy of Law*, Clarendon Press, Oxford 1968.

Hart H.L.A., *Prolegomenon to the Principles of Punishment*, [w:] Hart H.L.A., *Punishment and Responsibility. Essays in the Philosophy of Law*, Clarendon Press, Oxford 1968.

Hart H.L.A., *Punishment and the Elimination of Responsibility*, [w:] Hart H.L.A., *Punishment and Responsibility*, Clarendon Press, Oxford, 1968.

Hayley D.M., Nanda J., Davis-Vogel A., Navaline H., Scotti R., Wickrema R., Metzger D., Sochalski J., *Profiles of Self-Reported HIV-Risk Behaviors Among Injection Drug Users in Methadone Maintenance Treatment, Detoxification, and Needle Exchange Programs*, „Public Health Nursing" 2006, t. 23, nr 1.

Health Canada, *Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites: What has been learned from research? Final report of the Expert Advisory Committee*, Ottawa 2008.

Hedrich D., *European report on drug consumption rooms*, EMCDDA, luty 2004.

Hegel G.W.F., *Grundlinien der Philosophie des Rechts*, 2 wyd., Felix Meiner, Leipzig 1921.

Henderson D.K., *Management of Needlestick Injuries*: *A House Officer Who Has a Needlestick*, „Journal of the American Medical Association" 2012, t. 307, nr 1.

Hirsch von A., *Censure and Sanctions*, Clarendon Press, Oxford 1993.

Hirsch von A., *Doing Justice*: *The Choice of Punishments* (*Report of the Committee for the Study of Incarceration*), Northeastern University Press, 1976.

Hirsch von A., Bottoms A.E., Burney E., Wikstrom P-O., *Criminal Deterrence and Sentence Severity*: *Analysis of Recent Research*, Hart Publishing, Oxford 1999.

Hodgson D.H., *Consequences of Utilitarianism. A Study in Normative Ethics and Legal Theory*, Clarendon Press, Oxford 1967.

Hołda J., Hołda Z., Żórawska B., *Prawo karne wykonawcze*, wyd. 4, WoltersKluwer, Warszawa 2012.

Hołda Z., *Koncepcja wykonywania kary pozbawienia wolności według kodeksu karnego wykonawczego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, nr 1.

Hołda Z., Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. Arche, Gdańsk 2007.

Holmes O.W., *The Common Law*, red. M. DeWolfe Howe, Harvard University Press, Boston 1963, (oryginalna praca opublikowana w 1881 r.).

Holmes O.W., *The Path of the Law*, „Harvard Law Review" 1897, vol. 10.

Hołówka J., *Relatywizm i obiektywizm społeczny*, „Etyka" 1979, nr 17.

Honderich T., *Punishment*: *The Supposed Justifications*, Pelican Edition, 1984.

Hudson B., *Justice Through Punishment. A Critique of the „Justice" Model of Corrections*, Palgrave Macmillan, 1987.

Huebner B.M., *Drug Abuse, Treatment, and Probationer Recidivism*, Illinois Criminal Justice Information Authority.

Huigens K., *Dignity and Desert in Punishment Theory*, „Harvard Journal of Law and Public Policy" 2003, vol. 27.

Huigens K., *On Aristotelian Criminal Law*: *A Reply to Duff*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008.

Huigens K., *The Dead End of Deterrence, and Beyond*, „William & Mary Law Review" 2000, vol. 41.

Huigens K., *Virtue and Inculpation*, „Harvard Law Review" 1995, vol. 108.

Human Rights Watch, *Injecting Reason Human Rights and HIV Prevention for Injection Drug Users*, 8 września 2003.

Human Rights Watch, *Torture in the Name of Treatment. Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and Lao Pdr*, 2012.

Hurley S.F., Jolley D.J., Kaldor J.M., *Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection*, „Lancet" 1997, t. 349, nr 1.

Hurley S.F., Jolley D.J., Kaldor J.M., *Effectiveness of needle-exchange programs for prevention of HIV infection*, „Lancet" 1997, t. 349, nr 9068.

Hursthouse: R., *Virtue Theory and Abortion*, „Philosophy & Public Affairs" 1991, t. 20, nr 3.

Incorvaia D., Kirby N., *A Formative Evaluation of a Drug-Free Unit in a Correctional Services Setting*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology" 1997, t. 41, nr 3.

Jan Paweł II, *Gratissimam Sane. List do rodzin*, Watykan 1994.

Jefferies S., *The Methodone Experience in NSW Prisons*, [w:] *Drugs in prisons. National Strategy Review & Corrections – Health Interface*, red. B. Ellem, Brisbane 1998.

Johnson R., *Kant's Moral Philosophy*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012.

Jones B., *Why the Three Strikes Law Is Working in California*, „Stanford Law and Policy Review" 1999, vol. 11.

Joseph H., Stancliff S., Langrod J., *Methadone Maintenance Treatment* (*MMT*): *A Review of Historical and Clinical Issues*, „Mount Sinai Journal of Medicine" 2000, t. 67, nr 5 i 6.

Jürgens R., *Portugal: Report recommends needle exchange or safe injection sites in prisons*, Irish Penal Reform Trust, 22 kwietnia 2004.

Kaczmarek M., *Zakład karny jako system społeczny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2010, nr 67–68.

Kadish S.H., Schulhofer S.J., Steiker C.S., Barkow R.E., *Criminal Law and Its Processes: Cases And Materials*, wyd. 9, Aspen Publishers, 2012.

Kalisz T., *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności*, [w:] *Nowa kodyfikacja prawa karnego*, red. L. Bogunia, t. 6, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000.

Kamiński M., *Gry więzienne. Tragikomiczny świat polskiego więzienia*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006.

Karpman B., *The Myth of the Psychopathic Personality*, „American Journal of Psychiatry" 1948, t. 104, nr 9.

Kellogg S.H., *On "Gradualism" and the building of the harm reduction – abstinence continuum*, „Journal of Substance Abuse Treatment" 2003, t. 25.

Kelsen H., *Die Idee des Naturrechts*, [w:] Kelsen H., *Staat und Naturrecht. Aussätze zur Ideologiekritik*, Wyd. Wilhelm Fink, München 1989.

Kelsen H., *General Theory of Law and State*, Harvard University Press, Cambridge 1949.

Kim T.W., Alford D.P., Malabanan A., Holick M.F., Samet J.H., *Low bone density in patients receiving methadone maintenance treatment*, „Drug and Alcohol Dependence" 2006, nr 85.

Kimber J., Copeland L., Hickman M., Macleod J., McKenzie J., Angelis D.D., Robertson J.R., *Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment*, „British Medical Journal" 2010, t. 341, nr c3172.

King R., Best D., *Cognitive functioning and cognitive style among drug users in maintenance substitution treatment*, „Drugs: Education, Prevention and Policy" 2011, t. 18, nr 2.

Koester S.K., Hoffer L., *'Indirect sharing'*: *Additional HIV Risks Associated with Drug Injection*, „AIDS & Public Policy Journal" 1994, t. 9, nr 2.

Kolind T., Frank V.A., Lindberg O., Tourunen J., *Prison-based drug teratment in Nordic political discourse: An elasic districtive construct*, „European Journal of Criminology" 2013, t. 10, nr 6.

Kouimtsidis C., Reynolds M., Coulton S., Drummond C., *How does cognitive behaviour therapy work with opioid-dependent clients? Results of the UKCBTMM study*, „Drugs: Education, Prevention, and Policy" 2012, t. 19, nr 3.

Krajewski K., *Polish Drug Policies*: *Between „Hard" and „Soft" Prohibition"*, „Journal of Drug Issues" 2004, t. 34, nr 3.

Krajewski K., *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*: *ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków*, „Alkoholizm i Narkomania" 2007, t. 20, nr 4.

Krajewski K., *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001.

Krajewski K., *Spór o politykę karną w Polsce*: *problem kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania i alternatyw kary pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2007, nr 54.

Krajewski K., *Teorie kryminologiczne a prawo karne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1994.

Krajewski K., *Używanie narkotyków i uzależnienie od nich a przestępczość*: *implikacje dla prawa karnego*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2009, nr 64–65.

Kraut R., *Aristotle's Ethics*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012.

Krebs C.P., *Inmate factors associated with HIV transmission in prison*, „Criminology & Public Policy" 2006, t. 5, nr 1.

Królikowski M., *Komunikacyjne teorie kary jako współczesne retrybutywne uzasadnienia kary kryminalnej*, „Studia Iuridica" 2004, t. 43, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.

Królikowski M., *Sprawiedliwość karania w społeczeństwach liberalnych*. *Zasada proporcjonalności*, C.H. Beck, Warszawa 2005.

Królikowski M., Krawczyk T., *Raport o raporcie. Rzecz o poszukiwaniu kary sprawiedliwej*, „Studia Iuridica" 2001, t. 39, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.

Kurpas D., *Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi*, InforMed. Informacja Medyczna, 22 października 2010.

Langendam M.W., van Brussel G.H.A., Coutinho R.A., van Ameijden E.J.C, *The Impact of Harm-Reduction-Based Methadone Treatment on Mortality Among Heroin Users*, „American Journal of Public Health" 2001, t. 91, nr 5.

Larmore C., *Patterns of Moral Complexity*, Cambridge University Press, 1987.

Lasocik Z., *Praktyki religijne więźniów*, Wyd. PWN, Warszawa 1993.

Lelental S., *Cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz warunki i środki jego realizacji w świetle art. 67 kkw*, [w:] *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi*, red. V. Konarska-Wrzostek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz, WoltersKluwer, Warszawa 2010.

Lelental S., *Indywidualizacja wykonania kary pozbawienia wolności*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1970.

Lelental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 4, Warszawa 2012.

Lelental S., *Readaptacja skazanych*: *możliwości i ograniczenia*. *Podsumowanie wyników konferencji. Oceny i refleksje*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, t. 11, nr 1.

Leukefeld C.G, Tims M.F. (red), *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*", Division of Clinical Research, National Institute on Drug Abuse, „Research Monograph" 1988, t. 86.

Levine H.G., *The secret of world-wide drug prohibition*: *The varieties and uses of drug prohibition*, Hereinstead, 2001.

Lewis S., *Rehabilitation: Headline or footnote in the new penal policy?*, „The Journal of Community and Criminal Justice" 2005, t. 52, nr 2.

Lines R., Jürgens R., Betteridge G., Stöver H., Laticevschi D., Nelles J., *Prison Needle Exchange*: *Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.

Linowski K., Nowicka J., *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Ostrowiec Świętokrzyski 2004.

Lippke R., *Rethinking Imprisonment*, Oxford University Press, New York, 2007.

Lippke R., *The Elusive Distinction Between Negative and Positive Rights*, „Southern Journal of Philosophy" 1995, t. 33, nr 3.

Liszke W., *Przygotowanie skazanego do życia po zwolnieniu z zakładu karnego przez kuratora sądowego*, „Probacja" 2009, nr 3–4.

Loconte J., *Killing Them Softly. Do Needle-Exchange Programs Ward Off Disease – or Consign Addicts to Death on the Installment Plan?*, „Policy Review", Heritage Foundation, sierpień 1998.

Łucarz K., Muszyńska A., *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

MacArthur G.J., Minozzi S., Martin N., Vickerman P., Deren S., Bruneau J., Degenhardt L., Hickman M., *Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis*, „British Medical Journal" 2012, t. 345.

MacDonald M., *Mandatory Drug Testing, Prison Centre for Research into Quality*, University of Central England in Birmingham, 1997.

MacDonald M., *Study of the Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operation in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*, European Institute for Crime Prevention and Control, „Criminal Justice Press" 2005, nr 45, Helsinki.

MacDonald M., Atherton S., Berto D., Bukauskas A., Graebsch C., Parasanau E., Popov I., Qaramah A., Stöver H., Sarosi P., Valdaru K., *Service Provision for Detainees with Problematic Drug and Alcohol Use in Police Detention*: *A Comparative Study of Selected Countries in the European Union*, European Institute for Crime Prevention and Control, „HEUNI Paper" 2008, nr 27, Helsinki.

Machel H., *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wyd. Arche, Gdańsk 2003.

Machel H., *Wprowadzenie*, [w:] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, Wyd. Impuls, Kraków 2009.

Machel H., *Zakłady karne dla młodocianych*, [w:] *Rozwój penitencjarystyki w PRL*, red. P. Wierzbicki, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988.

Mackie J.L., *Can There Be a Right-Based Moral Theory?*, „Midwest Studies in Philosophy" 1978, t. 3, nr 1.

Mackie J.L., *Ethics*: *Inventing Right and Wrong*, Penguin, New York 1991.

Mackie J.L., *Morality and the Retributive Emotions*, „Criminal Justice Ethics" 1982, vol. 1, nr 1.

Macphee M.-C., *Harm Reduction Facility Faces Renewal Challenge*, „Canadian Women's Health Network" 2006/2007, t. 9, nr 1/2.

Majcherczyk A., *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2009.

Majcherczyk A., *Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2006, nr 52–53.

Majcherczyk A., *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania" 2007, t. 20, nr 3.

Majcherczyk A., Głowik T., *Krótkie interwencje wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2011, nr 70.

Malczewski A., Misiurek A., Bukowska B., Chojecki D., Jabłoński P., Kidawa M., Niedźwiedzka-Stadnik M., Poleganow A., Radomska A., Rosińska M., Sollich K., Stawecka E., Struzik M., Strzelecka A., Walichnowska M., *National Report 2013, „Poland: new developments, trends and in-depth information on selected issues"*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2013.

Malczewski A., Struzik M., Jaśkiewicz A., *Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski. Raport z badania*, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2009.

Marek A., *Prawo karne*, wyd. 10, C.H. Beck, Warszawa 2011.

Marlatt A.G., Blume A.W., Parks G.A., *Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment*, „Journal of Psychoactive Drugs" 2001, t. 33, nr 1.

Martinson R., *What works? – Questions and Answers about Prison Reform*, „The Public Interest" 1974, vol. 36.

Marx K., *Capital Punishment*, „ New York Daily Tribune", 18 lutego 1853.

Mathias R., *High-Risk Sex Is Main Factor in HIV Infection for Men and Women Who Inject Drugs*, „NIDA Notes", National Institute on Drug Abuse, Washington DC, 2002, t. 17, nr 2.

Mayhew R. (red.), *Ayn Rand Answers*: *The Best of Her Q & A*, New American Library, 2005.

McKeganey N., *Wither Harm Reduction?*, „UK Drink & Drug News. The magazine for the substance misuse field", luty 2011.

McKeganey N., Morris Z., Neale J., Robertson M., *What Are Drug Users Looking For When They Contact Drug Services: abstinence or harm reduction?*, „Drugs: education, prevention and policy" 2004, t. 11, nr 5.

McKeganey Neil, Bloor M., Robertson M., Neale J., MacDougall J., *Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study*, Centre for Drug Misuse Research, University of Glasgow, „Drugs: education, prevention and policy" 2006, t. 13, nr 6.

Metzger D.S., Navaline H., Woody G.E., *Drug Abuse Treatment as AIDS Prevention*, „Public Health Reports" 1998, t. 113, nr 1: *Suplement*.

Michael M.A, *Utilitarianism and Retributivism: What's the Difference?*, „American Philosophical Quarterly" 1992, t. 29.

Michel L., Carrieri P.M., Wodak A., *Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review*, „Harm Reduction Journal" 2008, t. 5, nr 17.

Mill J.S., *On Liberty. Chapter 1 Introductory*, [w:] *On Liberty and Considerations on Representative Government*, red. J.S. Mill, Basil Blackwell, Oxford 1948.

Mill J.S., *What Utilitarianism Is*, [w:] Mill J.S., *Utilitarianism, Liberty & Representative Government*, Everyman's Library, London 1925.

Miron J.A., *Liberal versus Libertarian Views on Drug Legalization*, [w:] *The New Prohibition*: *Voices of Dissent Challenge the Drug War*, red. B. Masters, Accurate Press, 2004.

Misiaszek A., *Duszpasterstwo osób społecznie nieprzystosowanych*, Wyd. Hosianum, Olsztyn 2002.

Mitchell O., Wilson D.B., MacKenzie D.L, *Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism A meta-analytic synthesis of the research*, „Journal of Experimental Criminology" 2007, nr 3.

Møller L., Stöver H., Jürgens R., Gatherer A., Nikogosian H., *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2007.

Moore M., *Law and Psychiatry: Rethinking the Relationship*, *Cambridge University Press*, 1984.

Moore M., *The Moral Worth of Retributivism*, [w:] *Responsibility, Character, and the Emotions*: *New Essays in Moral Psychology*, red. F. Schoeman, Cambridge University Press, 1987.

Morris H., *Persons and Punishment*, „Monist" 1968, nr 52.

Morris N., *The Future of Imprisonment*, The University of Chicago Press, Chicago 1974.

Moul C., Killcross S., Dadds M.R., *A Model of Differential Amygdala Activation in Psychopathy*, „Psychological Review" 2012, t. 119, nr 4.

Murphy J.G., *Retribution, Justice, and Therapy. Essays in the Philosophy of Law*, D. Reidel, Dordrecht 1979.

Murphy J.G., Hampton J., *Forgiveness and Mercy*, Cambridge University Press, New York 1988.

Najwyższa Izba Kontroli, *Readaptacja społeczna skazanych na wieloletnie kary pozbawienia wolności*, 2014, KPB-4101-006-00/2014, Nr ewid.177/2015/P/14/044/KPB.

National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health & Clinical Excellence, *Drug Misuse. Psychosocial interventions*. „National Clinical Practice Guideline" 2008, nr 51.

National Research Council, *Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence*, National Academies Press, Washington DC 2006.

Nelles J., *Provision of syringes and prescription of heroin in prison. The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün*, [w:] *Harm Reduction in Prison*, red. Nelles J., Fuhrer A., Peter Lang, Bern 1997.

New York State Commission on Drugs and the Courts, *Confronting the Cycle of Addiction & Recidivism: A Report to Chief Judge Judith S. Kaye*, czerwiec 2000.

Nietzsche F., *Ecce Homo. Wie man wird, was man ist*, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2005.

Nordt C., Stohler R., *Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland*: *A Treatment Case Register Analysis*, „Lancet" 2006, t. 367, nr 9525.

Nozick R., *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, Oxford 1974.

Nozick R., *Philosophical Explanations*, Clarendon Press, Oxford 1981.

Nussbaum M.C., *Perfectionist Liberalism and Political Liberalism*, „Philosophy & Public Affairs" 2011, nr 39.

O'Loughlin P., *GPs, the NTA and the Numbers Game*, „Addiction Today", luty/marzec 2009.

Okie S., *Sex, drugs, prisons, and HIV*, „New England Journal of Medicine" 2007, t. 356, nr 2.

Opałek K., *Zagadnienia teorii prawa i teorii polityki*, PWN, Warszawa 1986.

Open Society Foundations, *Explainers. What is harm reduction?*, grudzień 2013.

Open Society Foundations, *Treated with Cruelty Abuses in the Name of Drug Rehabilitation*, czerwiec 2011.

Open Society Institute, Human Rights Watch, International Harm Reduction Association, Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Human Rights and Drug Policy:Compulsory Drug Treatment*. Briefing 4.

Ostrowska K., *Psychologia resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2008.

Ott W., Buob F., *Did Legal Positivism Render German Juirists Defenceless During the Third Reich*, „Social and Legal Studies" 1993, vol. 2.

Pastwa-Wojciechowska B., *Psychopatia – wyzwanie czy klęska resocjalizacji*, [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*, red. H. Machel, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2006.

Pates R., McBride A., Arnold K., *Needle fixation*, [w:] *Injecting illicit drugs*, red. R. Pates, A. McBride, K. Arnold, Blackwell Publishing, 2005.

Pawela S., *Kodeks karny wykonawczy*. *Praktyczny komentarz*, Wyd. Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 1999.,

Pearson F.S., Lipton D.S., *A Meta-analytic Review of the Efectiveness of Corrections-Based Treatments for Drug Abuse*, „Prison Journal" 1999, t. 79, nr 4.

Pearson F.S., Lipton D.S., Cleland C.M., Yee D.S., *The Effects of Behavioral/Cognitive-Behavioral Programs on Recidivism*, „Crime and Delinquency" 2002, t. 48, nr 3.

Pendas D.O., *The Frankfurt Auschwitz Trial, 1963–1965*: *Genocide, History, and the Limits of the Law*, Cambridge University Press, 2010.

Pierzchała K., *Skazani, ale nie potępieni. Poczucie powinności i odpowiedzialności u młodzieży oraz u osób pozbawionych wolności, w tym uzależnionych od alkoholu i narkotyków*, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam, Warszawa 2004.

Pincoffs E.L., *Legal Responsibility and Moral Character*, „Wayne Law Review" 1973, vol. 19.

Poppe H.O., *On the Validity of Judicial Decisions in the Nazi Era*, „Modern Law Review" 1960, vol. 23.

Porowski M., Rzepliński A., *Uwiezienie a wartości*, Instytut Państwa i Prawa PAN, „Studia Prawnicze" 1987, t. 3, nr 93.

Pospiszyl K., *Resocjalizacja. Teoretyczne podstawy oraz przykłady programów oddziaływań*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 1998.

Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Poulin C., Alary M., Lambert G., Godin G., Landry S., Gagnon H., Demers E., Morarescu E., Rochefort J., Claessens C., *Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons*, „Canadian Medical Association Journal" 2007, t. 177, nr 3.

Pritchard J., *Ancient Near Eastern Texts relating to the Old Testament*, Princeton University Press, Princeton 1969.

Program terapii skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, Zakład Karny w Rzeszowie, kwiecień 2003.

Quniton A.M., *On Punishment*, [w:] *The Philosophy of Punishment. A Collection of Papers*, red. H.B. Acton, Macmillan St Martin's Press, 1969.

Rafter N., *Criminology's Darkest Hour: Biocriminology in Nazi Germany*, „Australian & New Zealand Journal of Criminology" 2008, t. 41, nr 2.

Rathod N.H. (Raj), Addenbrooke M.W., Rosenbach A.F., *Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up*, „British Journal of Psychiatry" 2005, t. 187.

Rauscher F., *Kant's Social and Political Philosophy*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012.

Rawls J., *Collected Papers*, red. S. Freeman, Harvard University Press, Cambridge – London 1999.

Rawls J., *Political Liberalism*, Columbia University Press, New York 1993.

Raz J., *The Morality of Freedom*, Oxford University Press, Oxford 1986.

Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings, 36(SU02);001, Centers for Disease Control, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Service.

Rehm J., Fischer B., McKeganey N., *Should heroin be prescribed to heroin misusers?*, „British Medical Journal" 2008, t. 336, nr 71.

Reiman J., Haag van den E., *On the Common Saying that It is Better that Ten Guilty Persons Escape than that One Innocent Suffer*: *Pro and Con*, „Social Philosophy and Policy" 1990 , t. 7, nr 2.

Reinarman C., *Public Health and Human Rights*: *The virtues of ambiguity*, „International Journal of Drug Policy" 2004, t. 15, nr 4.

Reiner R., *Police Research*, [w:] *Doing Research on Crime and Justice*, red. R.D. King, E. Wincup, Oxford University Press, Oxford 2000.

Rhodes T., *The 'risk environment'*: *a framework for understanding and reducing drug-related harm*, „International Journal of Drug Policy" 2002, t. 13.

Rhodes T., Ball A., Stimson G.V., Kobyshcha Y., Fitch C., Pokrovsky V., Bezruchenko-Novachuk M., Burrows D., Renton A., Andrushchak L., *HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe*: *the social and economic context of epidemics*, „Addiction" 1999, t. 94, nr 9.

Rich J.D., Wakeman S.E, Dickman S.L., *Medicine and the Epidemic of Incarceration in the United States*, „New England Journal of Medicine" 2011, t. 364, nr 22.

Robinson P.H., *Competing Conceptions of Modern Desert*: *Vengeful, Deontological, and Empirical*, „The Cambridge Law Journal" 2008, nr 67.

Robson P., *Forbidden drugs. Understanding drugs and why people take them*, Oxford University Press, New York 1995.

Rogowska-Szadkowska D., *Przenoszenie zakażenia HIV przez krew*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Agenda Ministerstwa Zdrowia, 2009.

Rogowska-Szadkowska D., *Redukcja szkód związanych z uzależnieniami*, cz. 2: *Programy wymiany igieł i strzykawek. Rzetelna wiedza o HIV. Poradnik dla osób z nowo rozpoznanym zakażeniem HIV* [b.d.m].

Rook E.J., Huitema A.D.R., Brink van den W., Ree van J.M., Beijnen J.H., *Pharmacokinetics and Pharmacokinetic Variability of Heroin and its Metabolites*: *Review of the Literature*, „Current Clinical Pharmacology" 2006, t. 1.

Room R., *Healing Ourselves and Our Planet: the emergence and nature of a generalized twelve-step consciousness*, „Contemporary Drug Problems" 1992, t. 19.

Rossi D., Harris S., Vitarelli-Batista M., *The Impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean*, [w:] *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs*,, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2009.

Rzeplińska I., *Recydywiści w okresie nadzoru ochronnego*, Instytut Państwa i Prawa PAN, Wrocław 1985.

Sacks S., Sacks J.Y., McKendrick K., Banks S., Stommel J., *Modified TC for MICA Offenders*: *Crime Outcomes*, „Behavioral Sciences and the Law" 2004, t. 22, nr 4.

Sadurski W., *Teoria sprawiedliwości*: *podstawowe zagadnienia*, PWN, Warszawa 1988.

Sadurski W., *Theory of Punishment, Social Justice, and Liberal Neutrality*, „Law and Philosophy" 1988–1989, t. 7, nr 3.

Saenz-de-Miera B., Thrasher J.F., Chaloupka F.J., Waters H.R., Hernandez-Avila M., Fong G.F., *Self-reported price of cigarettes, consumption and compensatory behaviours in a cohort of Mexican smokers before and after a cigarette tax increase*, „Tobacco Control" 2010, t. 19.

Sarang A., Stuikyte R., Bykov R., *Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia*, „International Journal of Drug Policy" 2007, t. 18, nr 2.

Sarzała D., *Narkomania jako zjawisko patologii społecznej i problem penitencjarny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2007, nr 56–57.

Schaler J.A., Vatz R.E., *Mental health Trojan horse*, „Washington Times", 31 grudnia 2009.

Schippers G.M., Hurk van den A.A., Breteler M.H.M., Meerkerk G.-J., *Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison*, „Substance Use & Misuse" 1998, t. 33, nr 4.

Schiraldi V., Holman B., Beatty P., *Poor prescription*: *The Costs of Imprisoning Drug Offenders in the United States*, Justice Policy Institute, 2000.

Seaman S.R., Brettle R.P., Gore S.M., *Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study*, „British Medical Journal" 1998, t. 316.

Seidman L.M., *Soldiers, Martyrs, and Criminals*: *Utilitarian Theory and the Problem of Crime Control*, „Yale Law Journal" 1984, vol. 94.

Sen A., *Fertility and Coercion*, „University of Chicago Law Review" 1996, vol. 63, nr 3.

Shearer R., *Treatment Motivation Characteristics of Offenders Who Abuse Substances*, [w:] *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients. Practi-*

cal Implications for Institutional and Community Settings, red. B. Sims, New York 2005.

Sherry S., *Judges of Character*, „Wake Forrest Law Review" 2003, vol. 38.

Shields C., *Aristotle*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012.

Shook J., *Dewey's Rejection of Retributivism and His Moral-Education Theory of Punishment*, „Journal of Social Philosophy" 2004, t. 35, nr 1.

Sierosławski J., *Problem narkotyków i narkomanii w zakładach karnych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

Singer R.G., Gardner M.R., *Crimes and Punishment. Cases, Materials, and Readings in Criminal Law*, LexisNexis, 2001.

Sinnott-Armstrong W., *Consequentialism*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, 2012.

Slattery B., *The Myth of Retributive Justice*, [w:] *Retributivism and Its Critics*, red. W. Cragg, wyd. Franz Steiner, Stuttgard 1992.

Smith I.D., *The Criminal Justice System and Alcohol Rehabilitation*: *A pilot evaluation study*", „Australian & New Zealand Journal of Criminology" 1985, vol. 18.

Smith L.A., Gates S., Foxcroft D., *Therapeutic communities for substance related disorder* (*Review*), „Cochrane Database of Systematic Reviews" 2006, t. 1.

Sobeyko J., *Problematyka redukcji szkód w polskim ustawodawstwie dotyczącym narkomanii na tle porównawczym*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie" 2008, t. 54, nr 2.

Sobeyko J., Duklas T., Parczewski M., Bejnarowicz P., *Raport końcowy projektu badawczego „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w krajach Centralnej i Wschodniej Europy"*, Szczecin 2006.

Solum L.B., *A Virtue-Centered Account of Equality and the Rule of Law*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L.B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008.

Solum L.B., *Natural Justice: An Aretaic Account of the Virtue of Lawfulness*, [w:] *Virtue Jurisprudence*, red. C. Farrelly i L. B. Solum, Palgrave Macmillan, 2008.

Solum L.B., *Virtue Jurisprudence. A Virtue-centered Theory of Judging*, „Metaphilosophy" 2003, t. 34, nr 1/2.

Stańdo-Kawecka B., *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności w krajach europejskich*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, t. 11, nr 1.

Stańdo-Kawecka B., *O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie*, „Probacja" 2010, nr 1.

Stańdo-Kawecka B., *Prawne podstawy resocjalizacji*, Zakamycze, Kraków 2000.

Stańdo-Kawecka B., *Ruch* What works *i „nowa resocjalizacja" – nowa perspektywa w polityce karnej?*, [w:] *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminolo-*

gii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi, red. V. Konarska-Wrzostek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz, WoltersKluwer, Warszawa 2010.

Stark K., Herrmann U., Ehrhardt S., Bienzle U., *A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany*, „Epidemiology and Infection" 2006, t. 134, nr 4.

Stępkowski A., *Między klasycznością i nowoczesnością w pojmowaniu dobra wspólnego. Refleksje na kanwie monografii Marka Piechowiaka „Dobro wspólne jako fundament polskiego porządku konstytucyjnego"*, [w:] „Forum Prawnicze" październik 2012.

Stimson G., Strang J., Wright N., *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*, Joseph Rowntree Foundation, York 2006.

Stith K., Jose A. Cabranes J.A., *Fear of Judging: Sentencing Guidelines in the Federal Courts*, University of Chicago Press, Chicago 1998.

Stoker P., *Effective Alternatives to Harm Reduction*, National Drug Prevention Alliance, maj 2005.

Stoker P., *The History of Harm Reduction*, wystąpienie konferencyjne na „World Conference on Drugs", Visby, 3–6 maja 2001.

Stöver H., *Drug and HIV/AIDS services in European Prisons*, Band 8 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug", BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2002.

Stöver H., MacDonald M., Atherton S., *Harm Reduction in European Prisons. A Compilation of Models of Best Practice*, BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2007.

Stöver H., Thane K., *Towards a continuum of care in the EU criminal justice system. A survey of prisoners needs in four countries* (*Estonia, Hungary, Lithuania, Poland*), BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg 2011.

Stöver H., Weilandt C., Zurhold H., Hartwig C., Thane K., *Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners*, kwiecień 2008, SANCO/2006/C4/02.

Strang J., Groshkova T., Metrebian N., *New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2012.

Strang J., Hall W., Hickman M., Bird S.M., *Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose* (*1993–2008*): *analyses using OD4 index in England and Scotland*, „British Medical Journal" 2010, t. 341, nr c4851.

Strathdee S.A., Galai N., Safaiean M., Celentano D.D., Vlahov D., Johnson L., Nelson K.E., *Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users*, „Archives of Internal Medicine" 2001, t. 161, nr 10.

Strathdee S.A., Hallett T.B., Bobrova N., Rhodes T., Booth R., Abdool R., Hankins C.A., *HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future*, „Lancet" 2010, t. 376.

Strathdee S.A.,. Patrick D.M., Currie S.L., Cornelisse P.G.A., Rekart M.L., Montaner J.S.G, Schechter M.T., O'Shaughnessy M.V., *Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study*, „AIDS" 1997, t. 11, nr 8.

Sullivan L.E., Fiellin D.A., *Buprenorphine: its role in preventing HIV transmission and improving the care of HIV-infected patients with opioid dependence*, „Clinical Infectious Diseases" 2005, t. 41, nr 6.

Syweńki E., Lipińska-Gediga M., *Noworodek matki uzależnionej – wciąż aktualny problem*, „Przegląd Epidemiologiczny" 2009, t. 63, nr 1.

Szabo D., *Kryminologia i polityka kryminalna*, PWN, Warszawa 1987.

Szarek T., *Praktyczne aspekty leczenia alkoholików w warunkach więziennych – podstawowe problemy*, referat przedstawiony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy systemu terapeutycznego", 29–31 października 2007 r. w Zakopanem.

Sze V.S., *A Tale of Three Strikes: Slogan Triumphs Over Substance as Our Bumper Sticker Mentality Comes Home To Roost*, „Loyola of Los Angeles Law Review" 1995, vol. 28.

Szewczyk M., *Kara pracy na cele społeczne na tle rozważań o przestępstwie i karze. Studium prawnoporownawcze*, „Monografie Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego", Kraków 1996.

Sztuka M., *Anachronizm i aktualność. Idea resocjalizacji w sporze o nowoczesność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.

Sztuka M., *Pedagodzy i aktuariusze* (*odpowiedź na artykuł Barbary Stańdo-Kaweckiej „O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie"*), „Probacja" 2011, nr 2.

Szutta N., *Dyskusja z sytuacjonistyczną krytyką etyki cnót. Odpowiedź na zarzuty Gilberta Harmana*, „Diametros" 2012, nr 31.

Szutta N., *Status współczesnej etyki cnót*, „Diametros" 2004, nr 1.

Szutta N., *The Virtues of Will-Power – from a Philosophical & Psychological Perspective*, „Ethical Theory and Moral Practice" 2020, nr 23.

Szutta N., *Utylitaryzm wobec krytyki etyków cnót*, „Diametros" 2007, nr 11.

Szutta N., *W kierunku przezwyciężenia schizofreniczności nowożytnych teorii etycznych. Etyka cnót versus aretologia*, „Roczniki Filozoficzne" 2009, t. 57, nr 2.

Szymanowski T. *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego. Podstawowe problemy w świetle badan empirycznych*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.

Szymanowski T., *Prawne podstawy stosowania systemu terapeutycznego wobec skazanych*, referat wygłoszony na konferencji naukowo-szkoleniowej „Czy

więzienie może leczyć? Doświadczenia i perspektywy sytemu terapeutycznego", Ośrodek Doskonalenia Kadr Służby Więziennej, Zakopane, 29–31 października 2007.

Szymanowski T., *Przeludnienie zakładów karnych, jego następstwa i metody ograniczania tego zjawiska*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, t. 11, nr 1.

Szymanowski T., *Przemiany systemu penitencjarnego w Polsce*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 1996.

Szymanowski T., Zofia Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Librata, Warszawa 1998.

Takács I.G., *Prison and Risks. Results of the research study entitled Risk behaviours related to blood borne and sexually transmitted infections, drug use and services in the Hungarian prison system*, Hungarian Civil Liberties Union, 2010.

Tasioulas J., *The Legal Relevance of Ethical Objectivity*, „American Journal of Jurisprudence" 2002, vol. 47.

Thornton M., *Against Retributivism*, [w:] *Retributivism and Its Critics*, red. W. Cragg, wyd. Franz Steiner, Stuttgard 1992.

Tobis A., *AIDS i wykonywanie kary pozbawienia wolności*, [w:] *AIDS i prawo karne*, red. A.J. Szwarc, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1996.

Treating Inmates Addiction to Drugs, Annual Report On Substance Abuse Treatment Programs. Report to the Congress, The Federal Bureau of Prisons, National Institute on Drug Abuse, 2010.

Tyszkiewicz L., *Kryminogeneza w ujęciu kryminologii humanistycznej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach", Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997.

Utrat-Milecki J., *Podstawy penologii. Teoria kary*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.

van den Hoek J.A.R., Coutinho R.A., van Haastrecht H.J.A., van Zadelhoff A.W., Goudsmit J., *Prevalence and risk factors of HIV infections among drug users and drug using prostitutes in Amsterdam*, „AIDS" 1988, t. 2, nr 1.

Vitiello M., *Reconsidering Rehabilitation*, „Tulane Law Review" 1991, vol. 65.

Vlahov D., Jarlais D.C.D., Goosby E.,. Hollinger P.C., Lurie P.G., Shriver M.D., Strathdee S.A., *Needle Exchange Programs for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection: Epidemiology and Policy*, „American Journal of Epidemiology" 2001, t. 154, nr 12: *Supplement*.

Wacławek T., *Komplementarność opieki – program metadonowy w krakowskim areszcie*, portal Służby Więziennej, 1 lutego 2011.

Warner M., Chen L.H., Makuc D.M., Anderson R.N., Miniño A.M., *Drug Poisoning Deaths in the United States, 1980–2008*, Centers for Disease Control and Prevention, „NCHS Data Brief", grudzień 2011, nr 81.

Warylewski J., *Kara – podstawy filozoficzne i historyczne*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2007.

Warylewski J., *Prawo karne. Część ogólna*, wyd. 4, LexisNexis, Warszawa 2009.

Washington T.A., Galai N., Cohn S., Celentano D.D, Vlahov D., Strathdee, S.A., *The Relationship Between Self-Reported Sexual Orientation and Behavior in a Sample of Middle-Aged Male Injection Drug Users*, „Archives of Sexual Behavior" 2006, t. 35, nr 1.

Wąsowicz M., *Nurt socjologiczny w polskiej myśli prawnokarnej*, „Rozprawy Uniwersytetu Warszawskiego", Warszawa 1989.

Weatherford R., *The Implications of Determinism*, Routledge, London 1991.

Wellisch J., Anglin M.D., Prendergast M.L., *Treatment startegies for drug-abusing women offenders*, [w:] *Drug Treatment and Criminal Justice System*, red. J.A. Inciardi, „Sage Criminal Justice System Annuals", t. 27, Sage Pubications, 1993.

Wodak A., McLeod L., *The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users*, „AIDS" 2008, t. 22, *Supplement 2*.

Wodowski G., *Narkotyki i ich używanie*, [w:] *Polityka karna wobec osób używających narkotyki. Wybór artykułów na temat narkotyków i prawa narkotykowego*, Małopolskie Stowarzyszenie Probacja, Kraków [b.d.].

Wood E., Lloyd-Smith E., Li K., Strathdee S.A., Small W., Tyndall M.W., Montaner J.S.G., Kerr T., *Frequent Needle Exchange Use and HIV Incidence in Vancouver, Canada*, „American Journal of Medicine" 2007, tom 120, nr 2.

Wood E., Tyndall M.W., Montaner J.S., Kerr T., *Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility*, „Canadian Medical Association Journal" 2006, t. 175, nr 11.

Wright Q., *Legal Positivism and the Nuremberg Judgment*, „American Journal of International Law" 1948, t. 42, nr 2.

Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne*. Część ogólna, Wyd. Znak, Kraków 2010.

Zurhold H., Stöver H., Haasen C., *Female drug users in European Prisons – best practice for relapse prevention and reintegration. Final Report And Recommendations*, JAI/2003/AGIS/191, Hamburg 2004.

Zyl Smit van D., Dünkel F. (red.), *Imprisonment Today and Tomorrow. International Perspectives on Prisoners' Rights and Prison Conditions*, Kluwer Law International, wyd. 2, Hague – London – Boston 2001.

JUSTIFICATION FOR A THERAPEUTIC MODEL OF PRISON POLICY TOWARDS USERS OF NARCOTIC DRUGS, PSYCHOTROPIC SUBSTANCES OR SUBSTITUTES BASED ON THEORIES OF PUNISHMENT

Summary

The purpose of this research is to verify which prison policies towards users of narcotic drugs, psychotropic substances or substitutes best respond to problems related to the presence of drugs in the penitentiary system and to provide their justification in the theories of punishment.

I use models of drug policies available in the community and I try to adopt them to prison settings. In this way, I propose theoretical models of the prison policies towards users of narcotic drugs, psychotropic substances or substitutes. I argue that the therapeutic model of prison drug policy, assisted with elements of other models, is the most suitable reaction to holistically viewed problems connected to the presence of drugs in the penitentiary system. Next, I analyze the reaction of the Polish penitentiary system towards drug users.

Furthermore, I try to justify the purpose of the therapeutic model in the theories of punishment. Theories of punishment are traditionally developed within either a utilitarian framework (where punishment is used to deter future wrongdoing and maximize the happiness of society) or a retributive framework (where punishment helps to restore the balance of society upset by criminal behavior). Utilitarian theories of punishment are criticized for their philosophical justification for the violation of individual rights, and retributive theories exclude or marginalize rehabilitation. In this thesis, I demonstrate an alternative ethical justification of punishment towards incarcerated drug users reaching to Aristotle's virtue ethics. The purpose of punishment in aretaic theotries is not *utility* or *justice*, but rather *human flourishing*.

Finally, I critique the therapeutic model of prison policies towards people who are users of narcotic drugs, psychotropic substances or substitutes from the point of view of other models.