UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE
WYDZIAŁ PRAWA I ADMINISTRACJI
KATEDRA KRYMINOLOGII I KRYMINALISTYKI

mgr Marta Anna Banaś-Grabek

Środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień w Kodeksie karnym z 1997 r.

ROZPRAWA DOKTORSKA

napisana pod kierunkiem naukowym
dr hab. Piotra Chlebowicza, prof. UWM

OLSZTYN 2022 r.

Spis treści

Wykaz używanych skrótów ……...…… 8-9

Wprowadzenie ……....…….. 10

Rozdział I. Lecznicze środki zabezpieczające w prawie karnym ……... 17

1. Geneza koncepcji środków zabezpieczających …...…...…… 17
2. Systematyzacja środków zabezpieczających ……...……... 30
3. Miejsce środków zabezpieczających w systemie środków reakcji karnej, ze szczególnym uwzględnieniem ich relacji do kary ….... 42
4. Lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksach karnych z 1932 roku i z 1969 roku ……...…….. 52
5. Lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksie karnym z 1997 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku ……..…… 67
   - 5.1. Norma gwarancyjna przewidziana w art. 93 k.k …… 67
   - 5.2. Umieszczenie niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego w zakładzie psychiatrycznym (art. 94 k.k.) 82
   - 5.3. Środek zabezpieczający stosowany wobec skazanego za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności (art. 95 k.k.) ……..…….. 92
   - 5.4. Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego skazanego za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem (art. 96-98 k.k.) ……. 97
   - 5.5. Środek zabezpieczający stosowany względem sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych (art. 95a k.k.) ……..… 102
6. Lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksie karnym z 1997 roku od dnia 1 lipca 2015 roku …….. 109
   - 6.1. Ocena przyczyn zmiany modelu orzekania środków zabezpieczających ...…….. 109
   - 6.2. Ogólne zasady oraz czas stosowania środków zabezpieczających ……..… 119
   - 6.3. Kategorie sprawców, wobec których można orzekać środki zabezpieczające ……..……. 133

6.4. Przesłanki stosowania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym …… 143

7. Środki o charakterze leczniczym stosowane na podstawie innych ustaw ……..…… 155

7.1. Lecznicze środki zabezpieczające na gruncie kodeku karnego skarbowego …….……... 155

7.2. Postpenalne środki zabezpieczające przewidziane w ustawie z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób ……...……. 156

7.3. Środki lecznicze stosowane wobec nieletnich ……...……. 161

7.4. Leczenie sprawców czynów karalnych na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii …….…… 163

7.5. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w oparciu o ustawę z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ……...…… 169

7.6. Postępowanie z osobami wykazującymi zaburzenia psychiczne przewidziane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego …….. 174

8. Cel stosowania i wykonywania leczniczych środków zabezpieczających …….. 180

Rozdział II. Podstawy prawne stosowania terapii i terapii uzależnień w Kodeksie karnym z 1997 roku …… **187**

1. Ogólne zasady stosowania oraz wykonywania terapii i terapii uzależnień ……...… 187

2. Kategorie sprawców, wobec których można stosować terapię i terapię uzależnień, przesłanki ich orzekania oraz czas stosowania ……..…… 212

3. Środek zabezpieczający w postaci terapii ……..…… 219

4. Środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień …..……. 230

Rozdział III. Metodologia badań… …… 239

Rozdział IV. Terapia i terapia uzależnień w świetle przeprowadzonych badań ……..…… 245

1. Stosowanie terapii lub terapii uzależnień przez sądy rejonowe i okręgowe w Polsce w okresie od 2015 roku do 2020 roku na podstawie danych statystycznych ……..……. 246
2. Stosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków łącznie w postępowaniu karnym przed sądem pierwszej instancji, przez sądy okręgowe i rejonowe w województwie warmińsko-mazurskim, na podstawie wyników badań akt sądowych (art. 93c k.k.) ……...…….……. 264
3. Stosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków łącznie w postępowaniu karnym wykonawczym przez sądy okręgowe i rejonowe w województwie warmińsko-mazurskim, na podstawie wyników badań akt sądowych (art. 93d § 2, § 4 i § 6 k.k. i art. 93b § 2 k.k.) …… 271
4. Charakterystyka badanej populacji sprawców, wobec których zastosowano terapię i terapię uzależnień …… 275
5. Praktyka orzekania i wykonywania terapii oraz terapii uzależnień na podstawie danych z akt …..……...……. 295
6. Praktyka orzekania i wykonywania terapii oraz terapii uzależnień w świetle badań ankietowych sędziów, lekarzy psychiatrów, seksuologów, terapeutów i psychologów ……...…… 312

Rozdział V. Ocena funkcjonowania terapii i terapii uzależnień w praktyce stosowania prawa ……..…….. 320

1. Geneza leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w polskim porządku prawnym oraz ocena zasadności ich wprowadzenia ……..…..…… 320
2. Sformułowanie postulatów *de lege ferenda* ……...…… 324
3. Podsumowanie ……..…….. 339

Aneks (ankiety) ……..……...…… 343

Wykaz akt spraw karnych objętych badaniami ….…… 352

Bibliografia ……..……...…… 367

Wykaz orzecznictwa ……...…… 382

Źródła internetowe ……..……...…… 385

Wykaz tabel i wykresów …….……...…… 388

Wykaz używanych skrótów

EKPC	–	Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie w dniu 04.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r., Nr 6, poz. 284).
MPPOiP	–	Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku w dniu 19.12.1966 r. (Dz. U. z 1977 r, Nr 38, poz. 167).
ONZ	–	Organizacja Narodów Zjednoczonych.
WHO	–	Światowa Organizacja Zdrowia.
ICD-10	–	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta.
DSM-IV-TR	–	klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia.
RPO	–	Rzecznik Praw Obywatelskich.
SN	–	Sąd Najwyższy.
SA	–	Sąd Apelacyjny.
SO	–	Sąd Okręgowy.
SR	–	Sąd Rejonowy.
OSN	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego.
k.k. z 1932 r.	–	Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. (Dz. U. z 1932, Nr 60, poz. 571).
k.k. z 1969 r.	–	Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. (Dz. U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94).
k.k. z 1997 r.	–	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
ustawa nowelizująca k.k. z 20 lutego 2015 r.	–	Ustawa o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 20 lutego 2015, Dz. U. z 2015 r., poz. 396.
k.k.s.	–	Ustawa z dnia 10 września 1999 r. (Dz. U. Nr 83, poz. 930 z późn. zm.).
k.w.	–	Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. (Dz. U. Nr 12, poz. 114 z późn. zm.).
k.p.k.	–	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.).
k.k.w.	–	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557).
k.c.	–	Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1740 t.j.).
k.r.o.	–	Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1359 t.j.).
u.o.z.p.	–	Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).
u.p.n.	–	Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r., poz. 969).
u.w.t.p.a.	–	Ustawa z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. Nr 35, poz. 230 z późn. zm.).
u.p.nark.	–	Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 179, poz. 185 z późn. zm.).

u.p.o.z.p.	–	Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r., poz. 24 z późn. zm.).
P i P	–	„Państwo i Prawo”.
Prok. i Pr.	–	„Prokuratura i Prawo”.
Pal.	–	„Palestra”.
NP	–	Nowe Prawo.

Wprowadzenie

Problematyka środków zabezpieczających obejmuje nie tylko naukę prawa karnego, ale również nauki pomocnicze, zwane naukami pomostowymi, zapewniające możliwość prawidłowego stosowania norm i urzeczywistniania celów prawa karnego[1]. Do nauk pomocniczych istotnych w kontekście badań nad środkami zabezpieczającymi wypada zaliczyć: kryminologię, psychiatrię sądową, zajmującą się zaburzeniami psychicznymi występującymi u sprawców czynów zabronionych[2] i psychologię sądową. Wyrażany jest również pogląd, że stosowanie środków zabezpieczających nie jest wymogiem prawa karnego, a raczej wymogiem polityki kryminalnej, poszukującej efektywnych środków prewencji przestępczości[3].

Środki zabezpieczające, zwłaszcza izolacyjne, od lat wzbudzają dyskusje wśród prawników, a środki zabezpieczające o charakterze leczniczym dodatkowo stanowią przedmiot dyskursu pomiędzy prawnikami a psychiatrami[4].

Z uwagi na szeroki, określany nawet mianem rewolucyjnego[5], zakres zmian w modelu funkcjonowania środków zabezpieczających wprowadzonych ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw[6], które weszły w życie z dniem 1 lipca 2015 r., w tym wprowadzenie wolnościowych leczniczych środków

---

[1] P. Chlebowicz, *Wokół relacji między kryminologią, kryminalistyką i nauką prawa karnego* (w:) *Wybrane zagadnienia z nauk penalnych* pod red. P. Chlebowicza, Olsztyn 2011, s. 9.

[2] L. Tyszkiewicz, *Badania osobopoznawcze w prawie karnym*, Warszawa 1975, s. 34.

[3] J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2007, s. 461.

[4] Zobacz: R. Rutkowski, *Postulaty nowelizacji ustaw karnych w przedmiocie stosowania środków zabezpieczających ze strony psychiatrów*, NP 1988, Nr 9, R. Rutkowski, *O potrzebie utworzenia ośrodka psychiatrii sądowej w Polsce*, NP 1987, Nr 4; Rutkowski R., Fleszar-Szumigaj J., *Lekarskie aspekty stosowania środków leczniczo-zabezpieczających*, Problemy Wymiaru Sprawiedliwości 1981, nr 20; A. Szymusik, A. W. Moczulski, *Psychiatryczne problemy nowelizacji prawa karnego*, Problemy Praworządności, Warszawa 1981, nr 10; J. K. Gierowski, A. Szymusik, *Reforma prawa karnego z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*, Pal. 1996, Nr 3-4. D. Hajdukiewicz, *Środki zabezpieczające w kodeksie karnym i w opiniach biegłych psychiatrów oraz niektóre problemy z ich stosowaniem*, Psychiatria Polska 2006, t. 40, nr 3, D. Hajdukiewicz, H. Duriasz-Rowińska, *Niektóre problemy związane z internowaniem w szpitalu psychiatrycznym sprawców czynów karalnych o poczytalności ograniczonej*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 1995, t. 4, z. 2; L. K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające – o potrzebie nowelizacji przepisów art. 31 oraz 93–95 k.k. z 1997 r.*, w: Państwo prawa i prawo karne. Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla, t. II, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel, Warszawa 2012; T. Kalisz, A. Kwieciński, *Projektowane zmiany w zakresie stosowania i wykonywania leczniczych środków zabezpieczających (uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw w wersji z 17 kwietnia 2014 r.)*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014, Nr 83.

[5] Zobacz: P. Kładoczny, *Reforma czy rewolucja? Nowy kształt środków zabezpieczających*, Studia Iuridica, 2016, t. 65, s. 175 i nast. oraz T. Kalisz, A. Kwieciński, *Projektowane zmiany w zakresie stosowania i wykonywania leczniczych środków zabezpieczających (uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw w wersji z 17 kwietnia 2014 r.)*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014, Nr 83, s. 24.

[6] Ustawa o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 20 lutego 2015, Dz. U. z 2015, poz. 396; dalej zwana ustawą nowelizującą k.k. z 20 lutego 2015 r.

zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień, nieznanych poprzednio obowiązującym ustawom karnym, jak również aktualnemu kodeksowi karnemu w sensie samodzielnych instytucji[7], uzasadnione wydaje się całościowe spojrzenie na umiejscowienie ich w systemie prawa karnego materialnego, w kontekście regulacji procesowych i wykonawczych.

Należy skonstatować, że pomimo wprowadzenia terapii i terapii uzależnień do Kodeksu karnego z 1997 r.[8] ponad 6 lat temu nie powstały opracowania monograficzne dotyczące tych instytucji. Nie były prowadzone badania w zakresie funkcjonowania terapii i terapii uzależnień. W szczególności zaś nie przeprowadzono badań empirycznych. W 2018 roku została wydana publikacja autorstwa Macieja Tygielskiego zatytułowana „Lecznicze środki zabezpieczające stosowane wobec sprawców przestępstw popełnionych w związku z uzależnieniem", zawierająca opis badań empirycznych dotyczących funkcjonowania uchylonego art. 96 k.k. z 1997 r. Generalnie zagadnienie środków zabezpieczających nie doczekało się wielu opracowań monograficznych w literaturze przedmiotu. Przez wiele lat jedynym była praca autorstwa Aleksandry Flatau-Kowalskiej[9], obecnie w znacznym zakresie już nieaktualna, albowiem opublikowana w 1956 r., a więc dotycząca regulacji obowiązujących w Kodeksie karnym z 1932 r.[10]

Na gruncie Kodeksu karnego z 1969 r.[11] została wydana w 1989 roku publikacja Kazimierza Zgryzka[12]. Dużo uwagi w literaturze poświęcano ośrodkom przystosowania społecznego, które były nową instytucją[13].

---

[7] Jak trafnie dostrzegł A. Kwieciński, terapia i terapia uzależnień nie są nowymi instytucjami, nieznanymi wcześniej regulacjom Rozdziału X kodeksu karnego z 1997 r. Uwzględniając konstrukcje o zbliżonych do obu tych środków zabezpieczających istocie i funkcji wskazuje on na przepisy dawnych art. 95a § 1 i 1a oraz art. 97 § 1 k.k., które przewidywały ambulatoryjne formy leczenia adekwatne do potrzeb terapeutycznych danej grupy sprawców (psychoterapia, farmakoterapia czy leczenie odwykowe), *Środki zabezpieczające po zmianach w 2015 roku, Wrocław 2021, s. 158-159.*

[8] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm); dalej zwana k.k.

[9] A. Flatau-Kowalska, *Środki zabezpieczające w prawie karnym*, Warszawa 1956.

[10] Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. (Dz. U. z 1932r. Nr 60, poz. 571); dalej zwane k.k. z 1932 r.

[11] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. (Dz. U. 1969 r. Nr 13, poz. 94); dalej zwana k.k. z 1969 r.

[12] K. Zgryzek, *Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym*, Katowice 1989.

[13] Zobacz: S. Lelental, *Umieszczenie w ośrodku przystosowania społecznego w świetle wyników badań*, Łódź 1990; W. Szkotnicki, *Ośrodek przystosowania społecznego w teorii i praktyce*, Wrocław 1988; J. Śliwowski, *Ośrodek przystosowania społecznego i ocena jego funkcji*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny 1972 r., nr 1; J. Śliwowski, A. Baziak, *Przeciwko ośrodkom przystosowania społecznego*, P i P 1981, Nr 6; J. Pilczyński, *Ośrodek przystosowania społecznego – instytucja bez przyszłości*, Gazeta Penitencjarna 1981 r., nr 16; S. Szelhaus, *Recydywiści wobec których orzeczono umieszczenie w ośrodku przystosowania społecznego*, P i P 1977, Nr 11; S. Fidecki, *Z praktyki wykonywania nadzoru ochronnego i orzekania o umieszczeniu w ośrodku przystosowania społecznego*, NP 1980, Nr 2; S. Pawela, *Ośrodek przystosowania społecznego formą resocjalizacji skazanych*, NP 1970, Nr 2.

W okresie obowiązywania Kodeksu karnego z 1997 r., w 1999 roku, w ramach Nowej Kodyfikacji Prawa Karnego, opublikowano „Środki zabezpieczające o charakterze leczniczym według kodeksu karnego z 1997 r." autorstwa A. Muszyńskiej. W 2009 roku wydana została monografia Adama Kwiecińskiego, w 2012 roku opublikowano w ramach Systemu Prawa Karnego tom 7 zatytułowany „Środki zabezpieczające", pod red. Lecha K. Paprzyckiego, a w 2013 roku wydana została monografia Józefa K. Gierowskiego i Lecha K. Paprzyckiego, które to pozycje, na skutek nowelizacji wprowadzonej ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, w pewnym zakresie zdezaktualizowały się. Podobnie jak opracowanie autorstwa Piotra Góralskiego, które wprawdzie wydane zostało w 2015 roku, ale oparte jest na stanie prawnym obowiązującym przed wspomnianą nowelizacją. Na gruncie aktualnego stanu prawnego w 2015 roku wydana została Nowelizacja prawa karnego 2015 pod red. W. Wróbla, zawierająca rozdział poświęcony środkom zabezpieczającym. W 2020 roku pojawiło się opracowanie I. Zgolińskiego i W. Juchacza, zaś w 2021 roku wydana została praca Adama Kwiecińskiego – „Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku" oraz monografia pod redakcją A. Barczak-Oplustil, M. Pyrcak-Górowskiej i A. Zolla[14]. Należy jeszcze przywołać opublikowaną w 2017 r. monografię Małgorzaty Pyrcak-Górowskiej dotyczącą detencji psychiatrycznej[15].

Uzasadnienie ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r. w zasadzie nie pozwala na ustalenie motywów polityczno-kryminalnych lub założeń polityki państwa w obszarze środków zabezpieczających. Jako cel nowelizacji ustawy karnej podano ogólnie „bardzo trudną sytuację systemu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych"[16]. W uzasadnieniu

[14] A. Muszyńska, *Środki zabezpieczające o charakterze leczniczym według kodeksu karnego z 1997 r., Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, red. L. Bogunia, Wrocław 1999, t. 4; A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009; *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t. 7, Warszawa 2012; J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013; P. Góralski, *Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym*, Warszawa 2015, *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015; M. Pyrcak-Górowska, *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badań aktowych*, Kraków 2017; I. Zgoliński, W. Juchacz, *Środki zabezpieczające w prawie karnym. Zagadnienia prawnomaterialne i procesowe*, Inowrocław 2020; A. Kwieciński, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021; *Środki zabezpieczające Ujęcie systemowe* pod red. A. Barczak-Oplustil, M. Pyrcak-Górowskiej i A. Zoll, Kraków 2021.

[15] Monografia M. Pyrcak-Górowskiej *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badań aktowych* zawiera wyniki badań empirycznych dotyczących orzekania i wykonywania detencji psychiatrycznej, opracowane na podstawie akt niemalże 200 spraw prowadzonych w latach 2006-2011 w 13 sądach rejonowych w różnych miastach Polski: https://karne24.com/do-szpitala-psychiatrycznego-za-kradziez-pradu/

[16] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393 s. 1.

wskazano również, że projekt zawiera zmiany zasad odpowiedzialności, w tym takie, które w pełniejszy sposób realizują założenia aksjologiczne Konstytucji RP w sprawach środków zabezpieczających[17].

Wydaje się zatem właściwe zbadanie funkcjonowania terapii i terapii uzależnień w praktyce i podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy w przypadku tych instytucji ustawodawca osiągnął przywołany wyżej cel nowelizacji ustawy karnej, a zatem, czy doszło do poprawy sytuacji wymiaru sprawiedliwości w sferze środków zabezpieczających oraz postawienie i zweryfikowanie hipotez badawczych związanych z ich stosowaniem i wykonywaniem w praktyce sądowej.

Zasadniczym celem rozprawy jest ukazanie praktyki stosowania wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień przez sądy, w postępowaniu rozpoznawczym oraz wykonawczym przy przyjętym założeniu, że instytucje te w obecnym kształcie nadanym im przez ustawodawcę nie do końca spełniają swoje funkcje oraz nie realizują postawionych przed nimi oczekiwań.

W konsekwencji, celem rozprawy jest także ustalenie istniejących problemów w zakresie stosowania oraz wykonywania omawianych środków zabezpieczających i zaproponowanie odpowiednich zmian ustawodawczych, mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w praktyce trudności. Rozprawa uwzględnia stan prawny na dzień 31 grudnia 2021 r.

Należy wskazać, iż badacz wyrażając w tezach (problemach szczegółowych, pytaniach problemowych) założenie, konkluzję lub stwierdzenie istnienia związków i zależności pomiędzy poszczególnymi przedmiotami, faktami lub zjawiskami w danym problemie badawczym przygotowuje przesłanki (fakty naukowe) do sformułowania hipotezy[18]. Tak więc, dla skuteczności procesu badawczego, poza sformułowaniem problemu badawczego, istotne jest wysunięcie hipotez.

Wedle J. Pietera hipoteza (z jęz. greckiego *hipothesis* – podkład lub przypuszczenie), to naukowe przypuszczenie o obecności (istnieniu) danego zjawiska bądź jego wielkości, częstotliwości, o jego stosunku do innych zjawisk, o związku zależności danych zjawisk od innych lub o związku pojęć bądź wielkości pojęciowych o ustalonym znaczeniu[19]. Zdaniem K. Ajdukiewicza hipoteza, to pewne przypuszczenie, którego początkowy stopień pewności nie jest zadowalający i które wymaga sprawdzenia, aby upewnić się co do jego

[17] Tamże, s. 8.
[18] J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Warszawa 2005, s. 75-76.
[19] J. Pieter, *Ogólna metodologia pracy naukowej*, Wrocław 1967, s. 82.

prawdziwości[20]. Według J. Sztumskiego hipoteza, to przypuszczenie lub domysł wysunięty prowizorycznie dla określenia lub wyjaśnienia czegoś, który wymaga sprawdzenia, czyli weryfikacji poprzez odpowiednie badania stosowane w danej nauce[21]. J. Apanowicz wskazuje, że opierając się na faktach znanych i dostatecznie sprawdzonych można przypuszczać, że badane zjawisko jest „tam, a tam" zlokalizowane, że działo się w pewnym czasie lub nadal się dzieje, że powstaje w konkretnych warunkach bądź też, że jest skutkiem określonych przyczyn i działań. Podobnie jest z przypuszczeniem co do związku logicznego określonych pojęć lub twierdzeń. Opierając się na twierdzeniach udowodnionych i na wypróbowanych metodach dochodzenia do prawdy można przypuszczać, iż przy pomocy określonych sposobów uzyskuje się oczekiwane rozwiązanie. Hipotezą nazywa on zmianę gramatycznej formy pytania problemowego ze zdania pytającego na twierdzące lub przeczące[22].

Istotną rzeczą jest ustalenie zmiennych, czyli cech, właściwości przedmiotu badań. W zależności od przyjętych kryteriów podziału wyodrębnić można wiele rodzajów zmiennych. Wyróżnia się zmienne ilościowe, gdy opisuje się właściwości mierzalne przedmiotu badań i zmienne jakościowe, do charakteryzowania cech niemierzalnych przedmiotu badań[23]. Do wykrycia zależności i związków pomiędzy badanymi zjawiskami stosuje się zmienne zależne (z ang. *dependent variables*) i zmienne niezależne (z ang. *independent variables*). Zmienne zależne, to takie, które w danym procesie, zdarzeniu, strukturze ulegają zmianom. Zmiennie, od których zależą zmienne zależne nazywamy zmiennymi niezależnymi. Są one przyczyną określonego skutku, czyli zmian w zmiennych zależnych[24]. J. Brzeziński podaje, że zmienną zależną jest zmienna, która stanowi przedmiot naszego badania, której związki z innymi zmiennymi chcemy wyjaśnić, natomiast zmienne, od których ona zależy, które na nią oddziaływają, noszą nazwę zmiennych niezależnych[25].

W oparciu o poglądy prezentowane w literaturze przedmiotu oraz orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnych sformułowano następujące hipotezy badawcze dotyczące praktyki stosowania i wykonywania leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień:

---

[20] K. Ajdukiewicz, *Logika pragmatyczna*, Warszawa 1975, s. 131.
[21] J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1999, s. 52.
[22] J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Warszawa 2005, s. 76.
[23] L. Sołoma, *Metody i techniki badań socjologicznych. Wybrane zagadnienia*, Olsztyn 1995, s. 14.
[24] J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Warszawa 2005, s. 80.
[25] J. Brzeziński, *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Warszawa 1980, s. 24.

1. Nadrzędnym celem stosowania terapii i terapii uzależnień jest prewencja; zabezpieczenie społeczeństwa przed sprawcą, a celem drugorzędnym jest jego leczenie.
2. Wprowadzenie do ustawy karnej leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień spowodowało spadek liczby stosowania izolacyjnego leczniczego środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym.
3. Terapia i terapia uzależnień najczęściej stosowane są w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, a w mniejszym zakresie w postępowaniu wykonawczym.
4. Pomimo rozszerzenia grupy sprawców, wobec których mogą być stosowane terapia i terapia uzależnień (do pięciu kategorii, o których mowa w art. 93c pkt 1-5 k.k.), najczęściej orzekane są wobec sprawców niepoczytalnych oraz uzależnionych od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (art. 93c pkt 1 i 5 k.k.).
5. Problemem jest wykonywanie terapii i terapii uzależnień orzekanych wobec sprawców upośledzonych umysłowo, w przypadku, gdy nie wykazują innych zaburzeń psychicznych.
6. Zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień ma wpływ na jej przebieg i skuteczność.
7. Niezwłoczne wprowadzenie środka zabezpieczającego do wykonania ma wpływ na jego efektywność, a mianowicie, im szybciej orzeczenie zostanie skierowane do wykonania, tym chętniej sprawca podejmie terapię i będzie ją realizował.
8. Wsparcie osób bliskich, pomoc instytucji, kuratora sądowego ma pozytywny wpływ na podjęcie przez sprawcę terapii lub terapii uzależnień oraz jej kontynuowanie i ukończenie, a tym samym ma wpływ na czas stosowania środka zabezpieczającego i jego skuteczność.
9. Sądy nie dysponują instrumentami prawnymi pozwalającymi efektywnie reagować w przypadkach niestawiennictwa sprawców w wyznaczonych placówkach leczniczych i uchylania się od leczenia.
10. Ustawodawca wprowadzając do ustawy karnej nieznane dotychczas na gruncie polskiego prawa karnego, w sensie samodzielnych instytucji, lecznicze środki zabezpieczające nie zabezpieczył infrastruktury do ich wykonywania,

adekwatnych nakładów finansowych oraz nie zadbał o przeszkolenie sędziów, psychiatrów, psychologów, seksuologów i terapeutów.

Rozdział I. Lecznicze środki zabezpieczające w prawie karnym.

1. Geneza koncepcji środków zabezpieczających.

Kara rozumiana jako odwet, odpłata za zło wyrządzone przez przestępstwo, towarzyszy ludzkości w zasadzie od zarania dziejów[26]. Wedle S. Śliwińskiego „z natury rzeczy sama kara jest starsza od teoryj karnych, które na tle zjawiska kary poczęły szukać rozwiązania zagadnienia, co uprawnia społeczność do stosowania kary i do czego zmierza społeczność przez stosowanie kary"[27]. Historia kary kryminalnej jest związana z historią ludzkiej cywilizacji i historią państwa jako szczególnej formy organizacji społeczeństwa[28].

Wskazuje się, że w okresie historycznego rozwoju społeczności wyróżniały się sposobem, w jaki kształtowały odpowiedzialność swoich członków za czyny zabronione. Wykształciły się tu zasadniczo dwa główne stanowiska. Według pierwszego z nich ważny był wyłącznie fakt dopuszczenia się określonego zachowania przez sprawcę, zaś według drugiego w kontekście popełnionego czynu należało uwzględnić również nastawienie sprawcy do tego czynu i zakres jego wolnej woli. Na przestrzeni wieków dominowało to pierwsze zapatrywanie, czyli liczyła się sama obiektywna odpowiedzialność, co nie oznacza, iż nie dostrzegano zjawiska „przestępczości" osób zaburzonych psychicznie[29].

Wydaje się, że na postępowanie z osobami zaburzonymi psychicznie popełniającymi czynu zabronione przekłada się stosunek danej społeczności do takich osób i ich traktowanie *in genere*. Już w starożytności np. u Greków, Rzymian i Arabów (Hipokrates, Galen, Avicenna) można było spotkać należyte podejście do zagadnienia chorób psychicznych, gdzie za przyczynę ich powstawania uznawano schorzenie tkanki mózgowej. Arabowie, którzy przodowali w rozwoju psychiatrii teoretycznej i praktycznej, tworzyli pierwsze szpitale psychiatryczne[30].

Element subiektywny w czynach naruszających prawo dostrzegał Arystoteles, który wyróżniał czyny zamierzone, rozmyślne, przypadkowe, popełnione z błędu oraz będące skutkiem gwałtu lub wzburzonego umysłu[31].

---

[26] K. Krajewski (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t. 7, Warszawa 2012, s. 3.
[27] S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946, s. 423-424.
[28] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 4.
[29] M. Szwejkowska, *Model postępowania wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych w Republice Federalnej Niemiec* (w:) *Doprawdy litość to zbrodnia, Księga jubileuszowa z okazji 70.urodzin Profesora Bogusława Sygita* pod red. B. Hołysta i innych, Łódź 2018, s. 447.
[30] A. Malinowski, *Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*, Warszawa 1961, s. 1.
[31] S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2013, s. 52.

W prawie rzymskim po raz pierwszy pojawia się określenie osób niepoczytalnych, które uznawano za pozbawione woli i niezdolne do podjęcia zamiaru popełnienia przestępstwa (*dolus*). W epoce klasycznej, na tej zasadzie, nie podlegali karze szaleni (*furiosi*) oraz upośledzeni umysłowo (*fatui*). W okresie cesarstwa rozszerzono kryteria niepoczytalności i karze nie podlegali dotknięci szaleństwem (*furor*), otępieniem (*dementia*), obłąkaniem (*insania*), niedołęstwem umysłu (*fatuitas*) i bezmyślni (*mente capti*)[32].

W reskrypcie cesarza Hadriana sformułowano regułę stanowiącą, że przy przestępstwach należy patrzeć nie na rezultat, a na wolę (*in maleficiis voluntas spectatur non exitus)*[33]. Pod rządami cesarza Marka Aureliusza (II w n.e.), nie podlegający karze sprawca dotknięty zaburzeniami psychicznymi, określany mianem „lunatyka", poddawany był nadzorowi członków najbliższej rodziny lub innych osób godnych zaufania. W przypadku jego ucieczki lub ukrycia się, to opiekunowie byli pociągani do odpowiedzialności za czyn, którego dopuścił się zaburzony sprawca[34].

W początkach średniowiecza zasady wykształcone w prawie rzymskim odeszły w niepamięć. Dla średniowiecznego sposobu myślenia znamienne było traktowanie choroby psychicznej jako kary za grzechy i upatrywanie w niej znaku związków z szatanem (opętanie). W prawie średniowiecza niepoczytalność nie była ustalana jako kategoria prawna, jednak niektóre akty prawne przewidywały szczególne regulacje dotyczące osób z zaburzeniami psychicznymi. Dla przykładu, według starszego prawa germańskiego, obłąkany zabójca był zobowiązany, po wyzdrowieniu, opuścić kraj. W islandzkim kodeksie Graugans z 1117 r. chorzy psychicznie nie byli uznawani za niepoczytalnych, jednak chorobę oceniano jako okoliczność łagodzącą, ponieważ chory sprawca mógł uwolnić się od cięższej odpowiedzialności poprzez zapłacenie odszkodowania pokrzywdzonej rodzinie w wypadku zabójstwa jej członka[35].

Do XIV wieku choroba psychiczne na ogół nie zwalniała od kary i tylko panujący mógł ułaskawić sprawcę wykazującego objawy szaleństwa. Jednak w Anglii za panowania Edwarda III (1327-1377) szaleństwo było traktowane jako okoliczność wyłączająca odpowiedzialność karną. Przypadki bardziej humanitarnego podejścia do sprawców chorych psychicznie pojawiły się w późniejszym okresie, szczególnie w prawie miejskim.

[32] K. Spett i M. Cieślak (w:) *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 10-11.
[33] K. Sójka-Zielińska, *Historia prawa*, Warszawa 1995, s. 171.
[34] M. Szwejkowska, *Model postępowania wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych w Republice Federalnej Niemiec* (w:) *Doprawdy litość to zbrodnia, Księga jubileuszowa z okazji 70.urodzin Profesora Bogusława Sygita* pod red. B. Hołysta i innych, Łódź 2018, s. 447.
[35] K. Spett i M. Cieślak (w:) *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 11.

Odnotowano, że w 1480 r. Sąd Miejski w Sztokholmie uwolnił oskarżonego z powodu choroby psychicznej[36].

W literaturze zaznacza się, że upadek psychiatrii klinicznej, w tym psychiatrii sądowej, zapoczątkowany w średniowieczu, dotyczył jedynie Europy. W krajach o kulturze arabskiej traktowano psychicznie chorych w sposób humanitarny[37]. Prawo karne islamu pozostawało pod wpływem tradycji oraz ducha Koranu. Właściwy stan zdrowia psychicznego sprawcy uznawano za warunek odpowiedzialności karnej. Od czasów Mahometa przyjmowano, że osoby chore psychicznie i niedorozwinięte umysłowo nie mogą odpowiadać karnie, gdyż w chwili czynu nie mają świadomości, że łamią prawo. W tekstach perskiego lekarza Raziego, który praktykował w Bagdadzie w X wieku, pojawiły się pierwsze opisy chorób psychicznych (prawdopodobnie depresji, schizofrenii i histerii). W XII wieku w Bagdadzie chorych umieszczano w domach łaski, wizytowanych co miesiąc przez urzędników sądowych[38].

W epoce nowożytnej istniały dwa kierunki podejścia do chorych umysłowo sprawców. W pierwszym przypadku dominowało obiektywne ujęcie odpowiedzialności karnej znane w średniowieczu. Drugi kierunek związany był z nowym spojrzeniem na sprawcę obłąkanego, jako osobę winną popadnięcia w chorobę psychiczną, która jednak nie odpowiada za popełnione przestępstwo. Skutkiem takiego spojrzenia było uznanie chorych psychicznie za przestępców i proponowanie umieszczania ich w specjalnych zakładach dla obłąkanych na wzór więzień[39].

Tendencje zmierzające do subiektywizacji odpowiedzialności karnej zaczęły pojawiać się w XVI wieku w prawach miejskich, kształtujących się pod wpływem Zwierciadła Saskiego i prawa magdeburskiego. Czyny zabronione popełnione przez umysłowo chorych lub niedorozwiniętych traktowane były tak samo jak czyny nieletnich, czyli nie pociągały za sobą odpowiedzialności karnej. Niekiedy dopuszczano możliwość ukarania umysłowo chorego za czyn popełniony przed wystąpieniem choroby. W Polsce, praktyka sądowa w miastach oraz w prawie ziemskim nie była jednolita. Przyjmowano np. odpowiedzialność osób obłąkanych za najcięższe przestępstwa[40]. XV-wieczny praktyk prawa Bartłomiej Groicki wyjaśniał, że od mężobójstwa „bywają wymówione te persony: naprzód dzieci, które jeszcze baczenia a rozumu nie mają (…), item ludzie starzy, którzy przez wszystek czas żywota

[36] K. Spett i M. Cieślak (w:) *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 11-12.
[37] Tamże, s. 12.
[38] S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2013, s. 56.
[39] Tamże, s. 57.
[40] Tamże, s. 57-58.

swego zawżdy bez nagany pobożnie żyli" oraz „szaleni, którzy nie wiedzą, co czynią, albowiem na swym szaleństwie dosyć karania mają", jednak „(…) jeśliby szalony zabił przed tym, niż szalał, i w ten czas, gdy szaleje, ma być jako inny karan"[41].

Za duże osiągnięcie przyjmuje się uchwalenie niemieckiej kodyfikacji karnej ogłoszonej przez Karola V w 1532 r. nazwanej *Constitutio Criminalis Carolina*, w której przyjęto pogląd o winie i uzależniono zakres odpowiedzialności od stopnia złego zamiaru i świadomości sprawcy. Kodyfikacja przewidywała pierwowzór środków zabezpieczających orzekanych wobec potencjalnych przestępców, których można było osadzić w więzieniu prewencyjnie. W Statutach Litewskich (1529 r., 1566 r. i 1588 r.) w Polsce uznano, że sprawca „szalony" nie odpowiada za swój czyn, a może być tylko izolowany. W kodyfikacji *Soboronoje Ułożenije* dokonanej w Rosji za czasów cara Aleksandra Michajłowicza w 1649 r. dawano wyraz zasadzie, że przestępstwo jest czynem subiektywnie zawinionym, że należy karać za winę, a nie czyn oraz dokonano rozróżnienia winy umyślnej od winy nieumyślnej utożsamianej z grzechem i skutkującej stosowaniem kar kościelnych[42].

W XVII wieku we Francji zaczęto umieszczać osoby zaburzone psychicznie w szpitalach generalnych (pierwszy powstał w Lyonie w 1612 r.). Jednak z uwagi na kierowanie do nich również żebraków, chorych wenerycznie, ubogich starców i porzuconych dzieci, szpitale były przepełnione, nie leczono w nich, a w celu ich odciążenia tworzono przytułki, do których trafiały osoby chore. W Wielkiej Brytanii przełomowe znaczenie dla rozwoju opieki psychiatrycznej miało zapoczątkowane pod koniec XVII wieku powstawanie prywatnych domów dla chorych psychicznie (*lunatic asylums*)[43].

Istotne zmiany w opiece nad osobami chorymi psychicznie przyniosła rewolucja francuska (Deklaracja praw człowieka i obywatela, 1789 r.). Zaczęto dostrzegać w osobie z zaburzeniami psychicznymi chorego człowieka. Doszło do narodzin nowożytnej psychiatrii naukowej. W 1808 r. niemiecki klinicysta i badacz mózgu Johann Christian Reil wprowadził do terminologii naukowej termin „psychiatria", czym zapoczątkował rozwój psychiatrii jako dyscypliny naukowej. Wyrazem tego było zamieszczenie w kodeksie karnym Napoleona artykułu o niepoczytalności[44]. W art. 64 francuskiego *Code Penal* z 1810 r. postanowiono,

[41] B. Groicki, *Porządek sądów i spraw miejskich prawa magdeburskiego w Koronie Polskiej*, Warszawa 1953, s. 211-212.
[42] S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2013, s. 58-59.
[43] T. Nasierowski (w:) *Psychiatria*. Tom 1. *Podstawy psychiatrii*, pod red. J. Rybakowskiego, S. Pużyńskiego i J. Wciórki, Wrocław 2010, s. 21-22.
[44] Tamże, s. 21, 24.

iż nie ma przestępstwa, jeżeli sprawca znajdował się w stanie obłąkania (*en état de demence*)[45].

Niemiecki uczony i legislator przełomu XVIII/XIX wieku, przedstawiciel starszego nurtu prawnonaturalnego, Ernst Ferdinand Klein zaproponował system dwutorowej represji karnej, w którym obok kar znalazło się miejsce dla środków zabezpieczających. Jego zdaniem, celem kary było odstraszanie od przestępstwa, a celem środków zabezpieczających była ochrona społeczeństwa poprzez unieszkodliwienie, a w miarę możności również poprzez poprawę przestępcy. Uczony ten proponował, aby środki zabezpieczające stosować wobec sprawców, którym nie udało się udowodnić winy (miały zastąpić dotychczasowe tzw. kary z podejrzenia, zwane nadzwyczajnymi) albo profilaktycznie wobec skazanych po odbyciu przez nich kary pozbawienia wolności. Teoria dwutorowej represji karnej E. Kleina znalazła uznanie innego niemieckiego uczonego przełomu XVIII/XIX wielu – Gallusa A. Kleinschroda, który propagował środki zabezpieczające, m.in. w postaci specjalnych zakładów dla chorych umysłowo lub włóczęgów oraz nadzór policyjny[46].

Z początkiem XIX wieku w Anglii pojawiły się pierwsze postulaty ustawodawcze, aby chorobę psychiczną uznać za okoliczność wyłączającą winę. Postulowano tworzenie specjalnych szpitali, do których kierowano by osoby chore, dopuszczające się przestępstw. Warto podkreślić, że w Polsce przedstawicielem kierunku, zgodnie z którym, choroba umysłowa powinna stanowić okoliczność wyłączającą bezprawność czynu i ukaranie, był Romuald Hube. Sformułował pojęcie „czynu bezwolnego", uznając za jedną z przyczyn takiego czynu choroby umysłowe. Jego poglądy znalazły odzwierciedlenie w pracach kodyfikacyjnych, które zaowocowały wydaniem Kodeksu kar głównych i poprawczych z 1845 r. obowiązującego w carskiej Rosji[47].

W ostatnim ćwierćwieczu XIX wieku przedstawiciele tzw. włoskiej szkoły pozytywnej prawa karnego (C. Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo) stworzyli instytucję środków zabezpieczających. Uznawani są za twórców nurtu pozytywistycznego w kryminologii, posługującego się metodologią naturalistyczną, zakładającą deterministyczne uwarunkowanie ludzkiego zachowania[48].

---

[45] W. Zalewski, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona – garść wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015, s. 473.

[46] D. Janicka, *Nauka i winie i karze w dziejach klasycznej szkoły prawa karnego w Niemczech w 1 połowie XIX wieku*, Toruń 1998, s. 41-44.

[47] S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2013, s. 57-63.

[48] J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2007, s. 44 i 55. Szerzej na ten temat: K. Bułat inni, *Kryminologia. Repetytorium*, Warszawa 2013, s. 20-22,

Psychiatra Cesare Lombroso był autorem koncepcji tzw. „urodzonych zbrodniarzy". Na podstawie przeprowadzonych badań wysunął pogląd, że istnieje ścisła zależność pomiędzy pewnymi cechami biologicznymi a podatnością do dokonywania określonego rodzaju przestępstw. Cechy te człowiek posiada od urodzenia i czynią go one predestynowanym do naruszania prawa. Wobec tego rodzaju sprawców kara kryminalna jest nieskuteczna, jako że ich działania przestępcze są uwarunkowane czynnikami antropologicznymi. Proponował odrzucenie idei kary i winy jako odpłaty, a wprowadzenie w ich miejsce środków zabezpieczających społeczeństwo przed niebezpiecznym sprawcą[49].

Jak wskazuje się w literaturze, C. Lombroso prowadził badania wedle osobliwej metody. Zestawiał fakty potwierdzone naukowo na równi z informacjami zasłyszanymi. Pierwotnie pomijał czynniki społeczne i ekonomiczne. Jednak nie zmienia to faktu, że jego prace okazały się przełomowe, a jego wkład polega przede wszystkim na tym, że zwrócił uwagę na empirię i doświadczenie w badaniach nad przestępstwem, a jego myśl okazała się inspirująca[50].

Enrico Ferri, uczeń C. Lombrosa, w przeciwieństwie do swojego mistrza, nie lekceważył czynników społecznych. Wyróżniał pięć grup przestępców: przestępcy obłąkani, przestępcy z urodzenia – niepoprawni, przestępcy nałogowi, przestępcy przypadkowi i przestępcy z namiętności. Za niepoprawnych uznawał tych, którzy mają wrodzoną nieprawidłowość, objawiającą się w przestępstwie mniej lub więcej zupełną nieobecnością zmysłu moralnego i litości wobec bliźniego. Uważał, że posiadają najwięcej nieprawidłowości organicznych i psychicznych, nie mają wyrzutów sumienia, są wiecznymi recydywistami, zupełnie niepoprawnymi bez względu na system kar i toczącymi ciągłą walkę ze społeczeństwem[51].

Zdaniem Rafaela Garofalo – trzeciego z przedstawicieli tzw. włoskiej szkoły pozytywnej prawa karnego, nie każdy przestępca antropologicznie wyróżnia się od normalnych ludzi, ale każdy jest istotą psychologicznie różną od zwykłych ludzi. Wyodrębniał on dwie podstawowe kategorie przestępców: przestępcy instynktowi i przestępcy przypadkowi. Przestępców należących do pierwszej kategorii cechuje zupełny brak podstawowych instynktów moralnych, a w efekcie niepohamowana przewaga pobudek wrogich dla społeczeństwa. Nie ma dla nich nadziei, że będą zdolni do życia społecznego.

[49] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 15-16.
[50] Szerzej na ten temat: *W. Zalewski, Przestępca „niepoprawny" – jako problem polityki kryminalnej*. Gdańsk 2010, s. 22-24.
[51] Tamże, s. 25-26.

Przestępcy należący do drugiej kategorii przejawiają instynkty moralne, ale są one tak osłabione, że nie są w stanie przeciwstawić się okolicznościom skłaniającym do popełnienia przestępstwa. Mogą przestać być niebezpieczni pod warunkiem usunięcia czynników sprzyjających przestępstwu[52].

Postulaty szkoły antropologicznej nie zostały zrealizowane w sensie wprowadzenia ich do ustawodawstwa. Nastąpiło to dzięki innemu nurtowi szkoły pozytywnej – socjologicznemu, którego wybitnymi przedstawicielami byli Franz von Liszt i Carl Stooss – prof. uniwersytetu w Bernie. Franz von Liszt podstawowe tezy swojej wizji prawa karnego przedstawił w obszernym wykładzie inauguracyjnym z okazji powołania go na katedrę prawa karnego Uniwersytetu w Marburgu (1882 r.). Ogłoszony drukiem wykład został określony w historii prawa karnego „programem marburskim". Zadanie nauki prawa karnego upatrywał on w badaniu przestępstwa jako zjawiska społeczno-etycznego oraz kary jako funkcji społecznej oraz postulował ścisłe współdziałanie nauki prawa karnego z antropologią kryminalną, psychologią kryminalną i kryminalistyką w celu skutecznej walki z przestępczością[53]. W związku z tym przyjmuje się, że F. von Liszt zapoczątkował w kryminologii kierunek uwzględniający kryminologię jako naukę o zjawiskach i przyczynach przestępczości obok kryminalistyki, prawa karnego i polityki kryminalnej w systemie nauk prawnokarnych[54]. Polityczno-kryminalne *credo* F. von Liszt wyrażał w skróconym haśle: „unieszkodliwienie niepoprawnych, poprawa zdatnych do poprawy", co pozwoliło mu zyskać miano ojca prewencji szczególnej[55].

Zajmując stanowisko w swoistym sporze pomiędzy klasyczną a pozytywną szkołą prawa karnego o wyższości kar albo środków zabezpieczających, w przeciwieństwie do szkoły antropologicznej, przedstawiciele szkoły socjologicznej nie proponowali całkowitego odrzucenia kar i zastąpienia ich środkami zabezpieczającymi, a zaproponowali poszerzenie katalogu prawno karnych środków walki z przestępczością o środki zabezpieczające[56].

Uznawali karę za konieczny element wymiaru sprawiedliwości, którego celem jest nie tyle odpłata, co poprawa, odstraszenie lub unieszkodliwienie sprawcy, a środki zabezpieczające za element uzupełniający karę, stosowany wobec pewnych kategorii

[52] Tamże, s. 32.
[53] M. Cieślak, *Polskie prawo karne, Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990, s. 56.
[54] B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 40-41.
[55] D. Janicka, *O przestępstwach, karach i prewencji kryminalnej. Studia z najnowszej historii polskiego prawa karnego i nauki prawa*, Toruń 2021, s. 91.
[56] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 16-17.

sprawców[57]. Odnośnie do stosunku środka zabezpieczającego do kary F. von Liszt w swoim podręczniku pisał: „(…) obie instytucje prawne są jak dwa przecinające się koła: czysta kara odwetowa i czysty środek zabezpieczający stoją wobec siebie w sprzeczności; jednak w części wspólnej środek zabezpieczający może wejść w miejsce kary (przejąć jej rolę) i odwrotnie"[58].

Z biegiem czasu zwyciężyła właśnie ta koncepcja, tzw. dualistycznego lub dwutorowego systemu sankcji prawnokarnych, polegająca na wprowadzeniu do kodeksów karnych dwóch dróg odpowiedzialności sprawcy w zależności od przyjętej przez sąd podstawy. Pierwsza droga, to ponoszenie przez sprawcę odpowiedzialności za konkretny czyn zabroniony przez prawo (podstawa obiektywna) i wina jako podstawa subiektywna tej odpowiedzialności, a druga, to nieprawidłowy stan psychiczny lub negatywne właściwości osobowości sprawcy, które uwidoczniły się w czynie przewidzianym w ustawie karnej. Te okoliczności pozwalały uznać osobą za niebezpieczną dla społeczeństwa i zastosować odpowiedni środek zabezpieczający przed nią społeczeństwo, zamiast lub obok kary[59].

Przy omawianiu genezy środków zabezpieczających nie sposób pominąć doktryny obrony społecznej, stworzonej po II wojnie światowej, we włoskiej Genui w 1947 r. przez adwokata Filippo Gramatica, uznawanego za przedstawiciela radykalnego nurtu obrony społecznej, na kanwie nieskuteczności dotychczasowych metod walki z przestępczością. Twórca doktryny rozróżnił w człowieku naturę faktyczną i naturę przez przeznaczenie. Z racji pierwszej z nich człowiek jest w wysokim stopniu wolny i nastawiony egoistycznie, przez co odrzuca ograniczenia narzucane mu przez życie w społeczeństwie. Z racji swojego przeznaczenia człowiek nastawiony jest na życie w społeczeństwie i społeczeństwa potrzebuje. Konieczność zharmonizowania tych elementów prowadzi do przypisywania społeczeństwu i prawu funkcji łagodzenia naturalnych dążeń ludzi, a nie funkcji przeciwstawiania się ich aspiracjom ku wolności i dobrobytowi. Tylko w taki sposób można pogodzić racjonalnie wymagania ludzkiej natury i reguły życia społecznego. Powyższy pogląd na stosunek pomiędzy człowiekiem a społeczeństwem F. Gramatica uznał za jedną z pierwszych, jeśli nie naczelną, podstawę doktryny i systemu obrony społecznej. Krytyce podlegała kara jako wyraz władzy państwowej, sprawiająca cierpienie i oddalająca człowieka od społeczeństwa. F. Gramtatica proponował zastąpienie odpowiedzialności opartej na

[57] Tamże, s. 17-18.
[58] F. von Liszt, *Lehrbuch*, 1912 cyt. za D. Janicką, *O przestępstwach, karach i prewencji kryminalnej. Studia z najnowszej historii polskiego prawa karnego i nauki prawa*, Toruń 2021, s. 110.
[59] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 17-18.

przestępstwie, antyspołecznością opartą na subiektywnych danych dotyczących sprawcy oraz zastąpienie przestępstwa wskaźnikiem antyspołeczności subiektywnej i jej stopniami, natomiast kara proporcjonalna do przestępstwa miała zostać zastąpiona środkami obrony społecznej, dostosowanymi do potrzeb każdego sprawcy[60].

Filippo Gramatica środki zabezpieczające zaliczał do kar uzasadniając, że w kodeksie karnym nie mogą występować sankcje, czy środki, które by nie miały charakteru kary. Jako środki obrony społecznej proponował m.in.: umieszczenie w domu pracy lub w kolonii rolnej, umieszczenie w domu przystosowania (dla ograniczonych umysłowo, alkoholików, żebraków z lenistwa i niezdolnych do jakiejkolwiek pracy), wolność nadzorowaną, obowiązkowe świadczenie pracy dziennej, zakazy pobytu, zakaz wykonywania zawodu[61].

W ramach doktryny powstał również nurt umiarkowany (nowa obrona społeczna) stworzony przez francuza Marca Ancela, który wysunął postulat odformalizowania prawa karnego uznając za cel kary resocjalizację, polegającą na zmianach świadomości sprawcy w kierunku zapewniającym bezpieczeństwo społeczeństwu. Przestępca ma sobie uświadomić, że popełnianie czynów karygodnych zagraża nie tylko ogłowi, ale również jemu. Ruch umiarkowany dopuszcza stosowanie środków obrony społecznej nie tylko w razie popełnienia przestępstwa, ale także przed jego popełnieniem, w przypadkach włóczęgostwa, żebractwa, alkoholizmu i narkomanii. Nurt umiarkowany akcentuje humanizm i gruntowne badanie osobowości sprawców w celu stosowania odpowiednich programów resocjalizacyjnych[62].

Dla przedstawicieli nowej obrony społecznej nie ma większej różnicy pomiędzy karą a środkiem zabezpieczającym. M. Ancel wyraził przy tym interesujący pogląd, iż środki zabezpieczające mają charakter odstraszający równy karze, jeśli nie większy oraz, że ludzie bardziej obawiają się wyroków nieoznaczonych niż ściśle oznaczonych[63].

Pojęcie środka obrony społecznej – jak słusznie zauważa E. Bieńkowska – w istocie jest pojęciem szerszym od środka zabezpieczającego. Ten ostatni bowiem ma zastępować karę, a co najmniej ją uzupełniać, natomiast w koncepcji włoskich pozytywistów środek obrony społecznej pochłaniałby i kary i środki zabezpieczające. Mają również inny cel.

[60] L. Tyszkiewicz, *Doktryna i ruch „obrony społecznej" we współczesnym prawie karnym*, Poznań 1968, s. 5, 73 i 75-76.
[61] Tamże, s. 59 i 65.
[62] R. A. Stefański, *Prawo karne materialne część ogólna*, Warszawa 2008, s. 46.
[63] L. Tyszkiewicz, *Doktryna i ruch „obrony społecznej" we współczesnym prawie karnym*, Poznań 1968, s. 118-119.

Środki zabezpieczające mają głównie pełnić funkcję ochronną, a środki obrony społecznej mają spełniać funkcję terapeutyczno-resocjalizacyjną[64].

Jak wynika z powyższego, środki zabezpieczające stosowano nie tylko wobec sprawców chorych psychicznie, z którymi instytucja ta najczęściej jest kojarzona, ale również wobec alkoholików i narkomanów oraz przestępców „niepoprawnych", których E. Ferri nazywał przestępcami z urodzenia. Ta akurat idea szkoły pozytywnej przetrwała i rozwijała się.

Pojęcie „niepoprawności" – jak zauważa W. Zalewski – jest historycznie zmienne. W nauce angielskiej na jego określenie stosuje się równolegle kilka terminów (*habitual criminal, persistent criminal, career criminal i in.)*. Podobnie jest w nauce niemieckiej, włoskiej i francuskiej. Wymieniony autor proponuje, aby traktować „niepoprawność" jako odpowiednik recydywy wielokrotnej w rozumieniu kryminologicznym, czyli jako ogólnie ujęty wielokrotny powrót danej osoby do przestępstwa[65].

Przywołany wyżej Carl Stooss wskazywał na konieczność wielokierunkowego oddziaływania za pomocą środków prawa karnego na różne kategorie sprawców. Dużą wagę przywiązywał do „weteranów przestępstw" i uważał, że należy ich eliminować ze społeczeństwa. W projekcie szwajcarskiego kodeksu karnego z 1937 r., którego był współtwórcą, umieścił obok kar również środki zabezpieczające. Recydywista mógł zostać surowo ukarany, ale jednocześnie przewidziano, iż grupa sprawców okazująca skłonność do zbrodni, rozpusty lub wstręt do pracy, przy popełnieniu ostatniego przestępstwa, zamiast na karę pozbawienia wolności, miała być umieszczana w zakładzie zabezpieczającym[66]. Za przykładem szwajcarskiego kodeksu karnego środki zabezpieczające wprowadzono w wielu współczesnych kodyfikacjach karnych, m.in. w kodeksie karnym włoskim, duńskim, szwajcarskim i polskim[67].

W Polsce XX – lecia międzywojennego przestępcami „niepoprawnymi" w szerokim zakresie zajmował się Aleksander Mogilnicki, który uważał, że należy ich izolować od społeczeństwa i uczynić nieszkodliwymi. W projekcie kodeksu karnego z 1916 r. proponował obok kar środki ochronne, w tym zakład dla niepoprawnych, za których uznawano recydywistów[68].

---

[64] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1245-1246.
[65] W. Zalewski, *Przestępca „niepoprawny" – jako problem polityki kryminalnej*, Gdańsk 2010, s. 18.
[66] Tamże, s. 78-79.
[67] J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2007, s. 461.
[68] W. Zalewski, *Przestępca „niepoprawny" – jako problem polityki kryminalnej*, Gdańsk 2010, s. 141-144.

Edmund Krzymuski – wybitny polski prawnik, przedstawiciel szkoły klasycznej prawa karnego, w przygotowanym po odrodzeniu się niepodległego państwa polskiego projekcie kodeksu karnego, ogłoszonym w 1918 r., wprowadził obok kar, propagowane przez nowe szkoły: antropologiczną i socjologiczną, środki ochronne m.in. środki lecznicze dla niepoczytalnych i resocjalizacyjne dla niebezpiecznych przestępców. Uczony wskazywał, że słuszna, odpowiadająca winie kara może okazać się nieskuteczna i wówczas zadaniem polityki kryminalnej, bo nie prawa karnego jako takiego, będzie zastosowanie środka ochronnego[69].

Również projekt kodeksu karanego z 1932 r. operował, podobnie jak wskazane wyżej projekty z 1916 i 1918 roku, karami oraz środkami zabezpieczającymi. Kodeks karny z 1932 r. był zatem dwutorowy[70]. Przewidziane w nim środki zabezpieczające odzwierciedlały założenia umiarkowanej szkoły socjologicznej prawa karnego, którego przedstawicielem był twórca tego kodeksu – profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie Juliusz Makarewicz[71]. Wymieniony wskazywał, że nie zawsze „(…) chodzi o osobnika, którego można zasądzić na karę i tę karę odpowiednio ukształtować, chodzi także o jednostki niebezpieczne, które z powodu brak warunków odpowiedzialności wogóle (lub w chwili dokonania) nie mogą być przedmiotem kary”[72].

W k.k. z 1832 r. pojęciem „niepoprawności” obejmowano recydywistów, przestępców zawodowych i z nawyknienia. Zdaniem J. Makarewicza wobec recydywistów należy albo odpowiednio zaostrzać kary, względnie przedłużać je, czyli nadawać im charakter zabezpieczenia społeczeństwa przed przestępcą lub należy wyraźnie oddzielić kary od tzw. środków zabezpieczających, których myśl przewodnia polega na tym, że skoro sprawca nie rokuje żadnej nadziei poprawy, to po odbyciu kary należy odciąć od społeczeństwa jednostkę stanowiącą trwałe niebezpieczeństwo nowych przestępstw[73].

Jak stwierdza W. Zalewski, zarówno A. Mogilnicki, jak i E. Krzymuski oraz J. Makarewicz byli zgodni co do konieczności zdecydowanej walki z przestępczością

[69] D. Janicka, *Spór o teorie kary w dobie klasycznej szkoły prawa karnego na ziemiach polskich i niemieckich w XIX wieku* (w:) *Prace komisji historii nauki*, tom II, 2000, s. 124. Szerzej na ten temat: W. Zalewski, *Przestępca „niepoprawny” – jako problem polityki kryminalnej*, Gdańsk 2010, s. 145-150.
[70] W. Zalewski, *Przestępca „niepoprawny” – jako problem polityki kryminalnej*, Gdańsk 2010, s. 151.
[71] M. Niewiadomska-Krawczyk, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. Tom L. Warszawa 2018, s. 44.
[72] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem* (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 258-259.
[73] W. Zalewski, *Przestępca „niepoprawny” – jako problem polityki kryminalnej*, Gdańsk 2010, s. 151-152.

powrotną i zawodową za pośrednictwem środków zabezpieczających. Różnice między nimi dotyczyły raczej ilości, a nie jakości proponowanych środków ochronnych[74].

Obok sprawców z zaburzeniami psychicznymi, przestępcami niepoprawnymi zajmowano się w Polsce również po II wojnie światowej. W k.k. z 1969 r. przyjęto recydywę specjalną, podzieloną na zwykłą i wielokrotną, która powodowała dwojakiego rodzaju następstwa. Z jednej strony sprowadzały się one do zaostrzenia wymierzonej kary, zaś z drugiej do stosowania środków specjalnych w postaci nadzoru ochronnego i ośrodka przystosowania społecznego, wykonywanych po odbyciu przez skazanego kary pozbawienia wolności[75].

W literaturze wskazuje się, że przestępca „niepoprawny" stanowi także problem współczesnej polityki kryminalnej na świecie i w Polsce, choć aktualnie obowiązujący kodeks karny pierwotnie nie przewidywał rozwiązań wymierzonych w chronicznych przestępców, gdyż jego filozofia oparta była o ideę humanitaryzmu, karania celowego i resocjalizację. Początkowo k.k. z 1997 r. nie był typową ustawą dwutorową tym sensie, że nie znając idei niepoprawności nie przewidywał środków przeznaczonych dla tej kategorii sprawców. Znał lecznicze środki zabezpieczające, ale trudno je uznać za typowe środki przeciwprzestępcze, gdyż sprawca niepoczytalny przestępstwa nie popełnia z uwagi na brak winy[76].

Poczynając od 2000 r. kolejnymi nowelizacjami wprowadzano w k.k. z 1997 r. zmiany wskazujące na istnienie „przestępcy niepoprawnego". Pierwszym symptomem było wprowadzenie zakazu prowadzenia wszelkich pojazdów mechanicznych na zawsze, po spełnieniu przesłanek określonych w art. 42 § 3 i 4 k.k., co świadczyło o tym, że zdaniem ustawodawcy, wśród sprawców przestępstw przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji są przestępcy niepoprawni, których należy wyeliminować, pozbawiając na zawsze prawa kierowania pojazdami. Kolejna nowelizacja przewidująca orzekanie środków karnych na zawsze została przyjęta w 2005 r. i dotyczyła sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności na szkodę małoletniego (art. 41 § 1a i 1b k.k.). Tą samą nowelizacją wprowadzono również możliwość stosowania środka zabezpieczającego o charakterze terapeutycznym, postpenalnym, wobec poczytalnych sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej (art. 95a k.k.). Represyjność regulacji określonej w art. 95a k.k. rozszerzono nowelizacją z 2009 r.[77].

[74] Tamże, s. 158.
[75] Szerzej na ten temat: W. Zalewski, *Przestępca „niepoprawny" – jako problem polityki kryminalnej*, Gdańsk 2010, s. 264-265.
[76] Tamże, s. 331.
[77] Tamże, s. 346-358.

Wydaje się, że za niepoprawnych ustawodawca uznał sprawców, wobec których w okresie PRL-u orzeczono karę śmierci, zamienioną następnie na karę dwudziestu pięciu lat pozbawienia wolności, z uwagi na wprowadzenie moratorium w zakresie jej wykonywania, a którzy mieli opuszczać jednostki penitencjarne od 2015 roku. Pewna ich część wykazuje zaburzenia osobowości, niekiedy też otwarcie deklaruje, że popełni nowe przestępstwa[78]. Aby przeciwdziałać temu niebezpieczeństwu, autorzy zmian nowelizacyjnych postulowali wprowadzenie nowych rodzajów środków zabezpieczających, które miałyby zastosowanie do sprawców najpoważniejszych czynów zabronionych po odbyciu przez nich wieloletnich kar pozbawienia wolności[79]. W konsekwencji, w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób[80] wprowadzono możliwość orzekania wobec nich postpenalnych środków zabezpieczających w postaci nadzoru prewencyjnego oraz umieszczenia w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym.

Rekapitulując wypada stwierdzić, że spośród środków zabezpieczających największe wątpliwości budzą te o charakterze nieleczniczym, stosowane wobec sprawców uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa oraz wobec przestępców niepoprawnych (zawodowych, recydywistów). Pojawiają się bowiem obawy o ograniczanie swobód i gwarancji obywatelskich w prawie karnym i możliwość stosowania nadmiernej, nieuzasadnionej represji.

Mniej kontrowersji wzbudzają natomiast lecznicze środki zabezpieczające. Jako oczywiste jawi się bowiem, że z osobami zaburzonymi psychicznie (m.in. chorymi psychicznie, uzależnionymi od środków psychoaktywnych, wykazującymi zaburzenia osobowości) dopuszczającymi się czynów zabronionych, należy odpowiednio postępować, aby zniwelować stwarzane przezeń zagrożenie dla porządku prawnego.

Inną rzeczą jest jednak, czy należy tego dokonywać mając za prymat leczenie takiego sprawcy, czy też ochronę przed nim społeczeństwa. Jeszcze kilkanaście lat temu J. K. Gierowski zwracał uwagę na niską świadomość i wiedzę polskiego społeczeństwa, kierującego się prostą potrzebą odwetu i przekonanego, iż wzrostowi przestępczości zapobiec może jedynie zwiększenie penalizacji. Wskazywał, że ludzie nie widzą potrzeby zapewnienia zaburzonym i chorym psychicznie sprawcom czynów zabronionych terapii czy rehabilitacji,

[78] Szerzej na ten temat: P. Góralski, *Ocena proponowanych zmian w przepisach kodeku karnego dotyczących środków zabezpieczających*, Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny, Rok LXXVI, z. 1, 2014, s. 55.
[79] J. M. Ferenz, *Niebezpieczni sprawcy: izolacja, leczenie, nadzór*, Na Wokandzie, 2013, nr 2, s. 18 cyt. za P. Góralskim, *Ocena proponowanych zmian w przepisach kodeku karnego dotyczących środków zabezpieczających*, Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny, Rok LXXVI, z. 1, 2014, s. 56.
[80] Dz. U. z 2014 r. poz. 24 z późn. zm.; tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 1346 ze zm.; ustawa dalej zwana u.p.o.z.p.

co wykorzystują populistycznie nastawieni politycy umieszczając w programach wyborczych żądania zaostrzenia zasad odpowiedzialności karnej[81].

W kwestii tego, czy w przypadku leczniczych środków zabezpieczających pierwszoplanowe znaczenie powinno mieć leczenie sprawcy, czy ochrona społeczeństwa brak jednomyślności. Warto jednak się nad nią głębiej zastanowić, gdyż po nowelizacji kodeksu karnego dokonanej ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. z czterech obowiązujących środków zabezpieczających, aż trzy mają leczniczy charakter (nie licząc środków zabezpieczających o charakterze administracyjnym orzekanych wyłącznie wobec sprawców niepoczytalnych).

2. Systematyzacja środków zabezpieczających.

W literaturze podkreśla się, że pojęcie środka zabezpieczającego, zarówno w ustawodawstwie polskim, jak i w innych krajach europejskich, nie miało i nie ma jednoznacznego charakteru i zakresu znaczeniowego. Obejmowało oraz obejmuje instytucje o różnym charakterze, stosowane z różnych powodów, wobec różnych kategorii sprawców. Wynika to z ewolucji poglądów w nauce prawa karnego i kryminologii dotyczących tego, jakie przypadki stwarzania przez sprawcę zagrożenia dla społeczeństwa, mierzone głównie możliwością ponownego popełnienia przestępstwa, uzasadniają stosowanie środków zabezpieczających[82].

W rodzimej doktrynie prawa karnego prezentowano wiele podziałów środków zabezpieczających. W. Świda, w zależności od stosunku środków zabezpieczających do kary, dzielił je generalnie na zastępujące karę i uzupełniające karę. Te pierwsze miały zastosowanie, gdy wobec sprawcy nie mogła być orzeczona kara, a społeczeństwo wymagało ochrony. Dzielił je na dwa rodzaje: środki o charakterze leczniczym i administracyjnym. Druga grupa obejmowała środki zabezpieczające orzekane obok kary, gdy sama kara nie była wystarczająca do ochrony społeczeństwa i tu wyróżniał trzy rodzaje: środki separujące przestępcę od społeczeństwa; środki o charakterze resocjalizacyjnym i środki lecznicze, podobne do środków zabezpieczających z grupy pierwszej. Środki separujące i resocjalizacyjne miały zastosowanie po odbyciu kary przez skazanego, a lecznicze przed jej zastosowaniem[83].

Według J. Warylewskiego środki zabezpieczające można również dzielić na bezpośrednie („dotykające samego sprawcy", np. umieszczenie w zakładzie odwykowym),

[81] J. K. Gierowski, *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, Pal. 2003, Nr 7-8, s. 115.
[82] K. Krajewski (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t. 7, Warszawa 2012, s. 4.
[83] W. Świda, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 1970, s. 374.

zwane także osobowymi i pośrednie („dotykające pewnych przedmiotów", np. przepadek), zwane inaczej rzeczowymi. Można je dzielić na obligatoryjne i fakultatywne[84].

Środki zabezpieczające mogą mieć charakter postdeliktualny, gdy są orzekane wyłącznie wobec osób, które dopuściły się czynu zabronionego albo predeliktualny, gdy do ich zastosowania wystarczy jedynie stwierdzenie stanu niebezpieczeństwa (wysokiego prawdopodobieństwa, że osoba w przyszłości popełni czyn zabroniony).

Środki zabezpieczające można dzielić między innymi według tego, czy są stosowane samoistnie, czy obok kary, według kryterium ich charakteru (izolacyjne, wolnościowe), według sposobu oddziaływania na sprawców (lecznicze, rehabilitacyjne, terapeutyczne), według podmiotów, wobec których możliwe jest ich stosowanie (np. stosowane wobec sprawców niepoczytalnych, o ograniczonej poczytalności, wobec przestępców uzależnionych od alkoholu czy innych środków odurzających itp.), według etapu ich stosowania, tj. w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji albo w postępowaniu wykonawczym (penalne i postpenalne), czy według etapu ich wykonywania (przed odbyciem kary, jednocześnie z jej odbywaniem lub po wykonaniu kary). Wymienione kryteria mogą się krzyżować i możemy mówić np. o środkach izolacyjno-leczniczych, bądź wolnościowych terapeutycznych.

Odnośnie do systematyzacji środków zabezpieczających w kodeksie karnym z 1932 r., to według M. Niewiadomskiej-Krawczyk wprowadzono trzy grupy środków zabezpieczających: izolacyjno-lecznicze, izolacyjno-eliminacyjne i administracyjne[85]. Tożsamy podział zaproponowała J. Długosz[86].

Zdaniem P. Hofmańskiego i Lecha K. Paprzyckiego k.k. z 1932 r. przewidywał trzy rodzaje środków zabezpieczających: o charakterze leczniczym, stosowane wobec osób niepoczytalnych oraz wymagających leczenia odwykowego (alkoholików i narkomanów) – art. 79-82 k.k. z 1932 r., o charakterze izolacyjnym, stosowane wobec sprawców, którzy popełnili czyn w związku ze wstrętem do pracy, wobec wielokrotnych recydywistów oraz przestępców zawodowych i przestępców z nawyknienia – art. 83-84 k.k. z 1932 r. i o charakterze administracyjnym, polegające na utracie prawa wykonywania zawodu, praw rodzicielskich lub opiekuńczych, na orzeczeniu przepadku przedmiotów pochodzących z popełnionego czynu i narzędzi, które służyły lub były przeznaczone do jego popełniania –

[84] J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2007, s. 462.
[85] M. Niewiadomska-Krawczyk, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. Tom L. Warszawa 2018, s. 44.
[86] J. Długosz, *Lecznicze środki zabezpieczające – czy alternatywa dla odwetu?* (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańsk 2019, s. 263-264.

art. 85 k.k. z 1932 r.[87]. Podział środków zabezpieczających w k.k. z 1932 r. na lecznicze, izolacyjne i administracyjne zaprezentowała również Z. Sienkiewicz[88], a także M. Melezini, która środki administracyjne określiła także mianem nieleczniczych[89].

F. Ciepły dzieli środki zabezpieczające na gruncie k.k. z 1932 r. na: izolacyjno-lecznicze, izolacyjno-nielecznicze i administracyjne[90].

Analiza przepisów Rozdziału XII k.k. z 1932 r. prowadzi autorkę niniejszej pracy do wniosku, że istotnie przewidziano w nim trzy kategorie środków zabezpieczających, w tym dotyczące sprawców z zaburzeniami psychicznymi oraz „niepoprawnych".

Do pierwszej kategorii zaliczyć należy środki o charakterze izolacyjno-leczniczym, polegające na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym albo w innym zakładzie leczniczym sprawców niepoczytalnych oraz o ograniczonej poczytalności (art. 79 i 80 k.k. z 1932 r.), jak również na umieszczeniu w odpowiednim zakładzie leczniczym sprawców, którzy dopuścili się czynu w związku z nadużywaniem alkoholu lub innych środków odurzających (art. 82 k.k. z 1932 r.).

Drugą kategorię stanowiły środki zabezpieczające o charakterze *stricte* izolacyjnym.

Pierwszy z nich polegał na fakultatywnym umieszczeniu w domu pracy przymusowej przestępcy, którego czyn pozostawał w związku ze wstrętem do pracy, po odbyciu kary, na okres 5 lat, z możliwością wcześniejszego zwolnienia po upływie roku (art. 83 k.k. z 1932 r.). Wstręt do pracy dotyczył sprawcy nie posiadającego zasobów materialnych, z których mógłby żyć bez pracy, a niezdolnego do systematycznego wysiłku, koniecznego do pracy, który prędzej czy później musiał popaść w konflikt z prawem, dokonując zaboru czy przywłaszczenia cudzego mienia ruchomego celem niezwłocznego spożycia, ale i czynów poważniejszych. Jeśli maksymalnie pięcioletni pobyt w domu pracy przymusowej nie spełnił swojego zadania, gdyż wstręt do pracy będzie wynikał nie tyle z braków w wychowaniu, wyszkoleniu, czy z przyzwyczajenia, a z całego ustroju psychofizycznego jednostki, chorobliwego braku woli, czy pędu do ciągłej zmiany miejsca pobytu (włóczęgostwo), to celowe było umieszczenie takiego sprawcy w zakładzie, o którym mowa w art. 79 i 80 k.k. z 1932 r.[91].

[87] P. Hofmański, L. K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 485.
[88] Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 371-372.
[89] M. Melezini (w:) *System prawa karnego. Kary i środki karne. Poddanie sprawcy próbie*, Tom 6 pod. red. M. Melezini, Warszawa 2010, s. 23.
[90] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 724.
[91] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 267.

Drugi ze środków izolacyjnych polegał na obligatoryjnym umieszczeniu w zakładzie dla niepoprawnych, po odbyciu kary, na okres co najmniej 5 lat, przestępcy, u którego stwierdzono trzykrotny powrót do przestępstwa, tudzież przestępcy zawodowego lub z nawyknienia, jeśli pozostawanie ich na wolności groziło niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu (art. 84 k.k. z 1932 r.). Zakłady dla niepoprawnych stanowiły uzupełnienie orzeczonej kary i mogły być stosowane wobec trzech kategorii przestępców: recydywistów, którzy dopuścili się przestępstwa po raz czwarty, przestępców zawodowych i przestępców nałogowych (z nawyknienia), przy czym chodziło o to, aby czyn, którego dotyczyło postępowanie wykazywał nawyknienie do dokonywania pewnego typu przestępstw, a nie łatwość popełniania przestępstw w ogóle. We wszystkich wskazanych przypadkach należało stwierdzić, czy ze strony sprawcy zachodzi niebezpieczeństwo dla porządku prawnego. O tym zaś mogły świadczyć następujące okoliczności: sposób popełniania przestępstw przez sprawcę, charakter popełnionych czynów, charakter sprawcy, uderzające częstotliwość popełnienia przestępstw, czy fakt dokonania ich w pewnym środowisku, wymagającym szczególnej ochrony ze strony państwa. Przy przestępcy zawodowym lub z nawyknienia nie był wymagany trzykrotny powrót do przestępstwa. Wprowadzono obligatoryjne badanie co pięć lat kwestii, czy zamkniętego należy nadal trzymać w zakładzie, na podstawie informacji uzyskanych z zakładu co do stanu zdrowia skazanego i jego zachowania się. Teoretycznie sprawca mógł przebywać w zakładzie dla niepoprawnych nawet dożywotnio[92].

Środki zabezpieczające o charakterze izolacyjnym (nielecznicze) były krytykowane już w okresie przedwojennym, a po 1944 r. nie były stosowane, przy aprobującym stanowisku Sądu Najwyższego[93] i dlatego też zrezygnowano z nich w kodeksie karnym z 1969 r.

Trzecią kategorię w k.k. z 1932 r. stanowiły środki zabezpieczające o charakterze administracyjnym. Mogły być orzekane wobec sprawców czynów zabronionych pod groźbą kary uznanych za nieodpowiedzialnych lub nie ulegających karze albo w przypadku umorzenia postępowania. Chodziło o sytuacje, w których nie można było wydać wyroku skazującego i orzec kary zasadniczej, a tym samym i kary dodatkowej. Wówczas można było orzec tytułem środka zabezpieczającego: utratę prawa wykonywania zawodu w przypadku nadużycia zawodu lub ujawnienia niezdolności sprawcy do danego zawodu, utratę praw rodzicielskich lub opiekuńczych, jeśli przestępstwo popełniono przeciwko nieletniemu lub przy jego współdziałaniu lub przepadku przedmiotów, pochodzących bezpośrednio lub

[92] Tamże, s. 269-270.
[93] P. Hofmański, L. Paprzycki, *Środki zabezpieczające* (w:) *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks karny*. Krótkie komentarze, Warszawa 1999, s. 135.

pośrednio z przestępstwa, jak również narządzi, które służyły lub były przeznaczone do jego popełniania (art. 85 k.k. z 1932 r.)[94].

Kodeks karny z 1969 r. również należał do tzw. dwutorowych kodeksów i przewidywał środki zabezpieczające określone przez P. Hofmańskiego i Lecha K. Paprzyckiego jako leczniczo-izolacyjne i o charakterze administracyjnym. Do pierwszej kategorii zaliczyli oni: umieszczenie niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego oraz sprawcy z ograniczoną poczytalnością w stopniu znacznym w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie oraz umieszczenie sprawcy przestępstwa, który popełnił je w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego, przed odbyciem kary, w zakładzie leczenia odwykowego (art. 99-102 k.k. z 1969 r.). Do drugiej kategorii zaliczyli środki zabezpieczające o charakterze administracyjnym, stosowane wobec sprawcy niepoczytalnego, jak pozbawienie praw rodzicielskich lub opiekuńczych, zakaz działalności zawodowej, zakaz prowadzenia pojazdów lub przepadek przedmiotów (art. 41-43 i 48 k.k. z 1969 r.). Wskazali na przewidziany w art. 65 k.k. z 1969 r. środek zabezpieczający o charakterze izolacyjnym w postaci umieszczenia wielokrotnego recydywisty w ośrodku przystosowania społecznego, który wobec krytyki został usunięty w 1990 r. w wyniku nowelizacji k.k. z 1969 r.[95].

A. Zoll na płaszczyźnie obowiązywania k.k. z 1969 r. wyróżnił środki zabezpieczające o charakterze izolacyjno-leczniczym i administracyjnym. Do pierwszej kategorii zaliczył umieszczenie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie (art. 99 k.k. i 100 k.k. z 1969 r.) oraz umieszczenie sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego (art. 102 k.k. z 1969 r.). Do drugiej kategorii zaliczył pozbawienie praw, orzeczenie zakazu lub przepadku wobec niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego (art. 103 k.k.) i orzeczenie przepadku w sytuacjach określonych w art. 104 k.k. z 1969 r.[96].

M. Niewiadomska-Krawczyk również wyróżniła na gruncie k.k. z 1969 r. dwa rodzaje środków zabezpieczających: izolacyjno-lecznicze i administracyjne. Wskazała, że w katalogu środków zabezpieczających k.k. z 1969 r. nie zawierał środków o charakterze postpenalnym, jednak w przepisach dotyczących powrotu do przestępstwa przewidziano środki o charakterze postpenalnym, nazywane środkami resocjalizacyjno-ochronnymi w postaci: nadzoru ochronnego (art. 62 k.k. z 1969 r.) stosowanego fakultatywnie wobec recydywisty,

[94] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 274-275.
[95] P. Hofmański, L. K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 485.
[96] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 469.

obligatoryjnie zaś wobec multirecydywisty, orzekanego na okres od 3 do 5 lat, liczony od momentu zwolnienia z zakładu karnego oraz umieszczenia w ośrodku przystosowania społecznego, orzekanego obligatoryjnie wobec multirecydywisty, wówczas gdy orzeczenie nadzoru ochronnego nie zapobiegło powrotowi do przestępstwa, którego czas nie był określany z góry, jednak nie mógł przekraczać 5 lat[97].

Zdaniem I. Andrejewa k.k. z 1969 r. przewidywał dwa rodzaje środków zabezpieczających: lecznicze oraz nielecznicze[98]. Tak samo klasyfikowali środki zabezpieczające na gruncie k.k. z 1969 r. M. Cieślak[99] oraz A. Gubiński[100].

Trzy rodzaje środków zabezpieczających na płaszczyźnie k.k. z 1969 r. wyodrębniła Z. Sienkiewicz: lecznicze, administracyjne i postpenalne. Dostrzegła, iż wprowadzenie nadzoru ochronnego i ośrodka przystosowania społecznego związane było z m.in. z nowymi założeniami polityki kryminalnej k.k. z 1969 r. akcentującymi wzmożoną walkę z recydywą. Środki te miały oddziaływać resocjalizacyjnie na sprawcę i ułatwić mu przejście do życia na wolności. W praktyce nie zdały egzaminu, stając się wobec recydywistów przedłużeniem orzeczonej kary, jako że nie było na ten cel środków finansowych i były niewłaściwie wykonywane[101]. Również trzy kategorie środków zabezpieczających w k.k. z 1969 r. wyróżnił F. Ciepły: izolacyjno-lecznicze, administracyjne i postpenalne[102].

Rozbudowany podział środków zabezpieczających na gruncie k.k. z 1969 r. zaproponował W. Świda, który podzielił je na dwie grupy: zastępujące karę i uzupełniające karę. Do pierwszej grupy zaliczył środki lecznicze, w postaci umieszczenia sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie oraz środki administracyjne. W drugiej grupie wyodrębnił środki resocjalizacyjne (nadzór ochronny nad recydywistą zwolnionym z zakładu karnego i ośrodek przystosowania społecznego) oraz lecznicze (szpital psychiatryczny albo inny odpowiedni zakład dla przestępcy o ograniczonej poczytalności określony w art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. i zakład leczenia odwykowego dla przestępcy będącego nałogowym alkoholikiem lub narkomanem, o którym mowa w art. 102 § 1 k.k.z. 1969 r.)[103].

---

[97] M. Niewiadomska-Krawczyk, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. Tom L. Warszawa 2018, s. 49-51.
[98] I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1986, s. 313-315.
[99] M. Cieślak, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990, s. 479.
[100] A. Gubiński, *Zasady prawa karnego*, Warszawa 1974, s. 143.
[101] Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 372.
[102] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 724-725.
[103] W. Świda, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 1970, s. 374-380.

Z kolei zdaniem W. Sierackiego w k.k. z 1969 r. przewidziano dwa rodzaje środków zabezpieczających: o charakterze leczniczo-eliminacyjnym i o charakterze prewencyjno-administracyjnym[104].

Lakoniczny podział środków zabezpieczających obowiązujących w k.k. z 1969 r. przedstawił J. Bafia stwierdzając, że są nimi środki lecznicze (zamknięty szpital psychiatryczny lub inny odpowiedni zakład oraz zamknięty zakład leczenia odwykowego dla alkoholików lub narkomanów) oraz kary dodatkowe (pozbawienie praw rodzicielskich lub opiekuńczych, zakaz zajmowania określonych stanowisk, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności, zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych i przepadek rzeczy)[105].

Regulacje zawarte w Rozdziale XIII k.k. z 1969 r. oraz w Rozdziale VIII dotyczącym recydywy szczególnej, zdaniem autorki niniejszej pracy, pozwalają przyjąć, że pod jego rządami funkcjonowały trzy rodzaje środków zabezpieczających.

Pierwszy rodzaj, to środki izolacyjno-lecznicze, polegające na umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie, obligatoryjnie sprawcy niepoczytalnego albo fakultatywnie sprawcy o ograniczonej poczytalności, którego pozostawanie na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, na czas z góry nie określony (art. 99 i 100 § 1 k.k. z 1969 r.) oraz na fakultatywnym umieszczeniu sprawcy skazanego za przestępstwo popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego, przed odbyciem kary, w zakładzie leczenia odwykowego, na czas nie krótszy niż 6 miesięcy i dłuższy niż 2 lata (art. 102 k.k. z 1969 r.).

Drugim rodzajem były środki administracyjne, określone w art. 103 i 104 k.k. z 1969 r. Wobec sprawcy niepoczytalnego sąd mógł zastosować tytułem środka zabezpieczającego: pozbawienie praw rodzicielskich lub opiekuńczych, zakaz zajmowania określonych stanowisk lub wykonywania określonego zawodu, zakaz prowadzenia określonej działalności, zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych lub innych pojazdów bądź też przepadek narzędzi lub innych przedmiotów, które służyły lub były przeznaczone do popełnienia przestępstwa, jak również przepadek przedmiotów pochodzących bezpośrednio lub pośrednio z przestępstwa. Przepadek narzędzi lub innych przedmiotów jako środek zabezpieczający mógł zostać orzeczony również wtedy, jeśli społeczne niebezpieczeństwo czynu uznano za znikome, w razie warunkowego umorzenia postępowania

[104] W. Sieracki, *Środki zabezpieczające według nowego kodeksu karnego*, P i P 1969, Nr 12, s. 1039.
[105] J. Bafia, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1989, s. 299.

albo stwierdzenia, że zachodzi okoliczność wyłączająca ukaranie sprawcy czynu i w innych przypadkach wskazanych w ustawie.

Trzeci rodzaj stanowiły środki postpenalne w postaci nadzoru ochronnego i ośrodka przystosowania społecznego, pomimo tego, że formalnie nie zostały zamieszczone w części kodeksu karnego z 1969 r. poświęconej środkom zabezpieczającym, a w rozdziale dotyczącym recydywy. W literaturze wyjaśniano, że twórcy k.k. z 1969 r. prawdopodobnie zmierzali w ten sposób do podkreślenia, że oba te środki resocjalizacyjno-ochronne nie miały nic wspólnego z przedwojennym zakładem dla przestępców niepoprawnych[106]. Należy przyznać słuszność I. Andrejewowi, że funkcje ośrodka przystosowania społecznego były właściwe dla środków zabezpieczających: zapobieżenie przestępstwu poprzez celowe oddziaływanie na osobę niebezpieczną dla porządku prawnego w sposób nie nacechowany odpłatą ani potępieniem właściwym karze[107]. W konsekwencji podzielić należy stanowisko tych przedstawicieli doktryny, którzy zaliczają wspomniane środki do kategorii środków zabezpieczających (postpenalnych; resocjalizacyjnych).

W k.k. z 1997 r. ustawodawca nie zmienił modelu funkcjonowania administracyjnych środków zabezpieczających, a funkcjonowanie środków leczniczych ukształtował uwzględniając doświadczenia wynikające z wykonywania środka związanego z umieszczaniem sprawców czynów zabronionych w szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza tych z ograniczoną poczytalnością w stopniu znacznym. Uznano, że wobec tej kategorii sprawców wystarczy stworzenie terapeutycznych warunków odbywania kary w zakładach karnych. Inaczej niż dotychczas ukształtowano również sposób postępowania ze sprawcami, którzy popełnili przestępstwo w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego[108]. Jak już wyżej wspomniano, nowelizacja k.k. z 1969 r. jaka miała miejsce w 1990 r., wobec krytyki nadzoru ochronnego i ośrodków przystosowania społecznego[109], doprowadziła do rezygnacji ustawodawcy ze stosowania środków zabezpieczających wobec grupy recydywistów. Nie oznacza to jednak, że w po wejściu w życie k.k. z 1997 r. nie podejmowano prób oddziaływania na przestępców niepoprawnych, na co wskazano wyżej.

Z uzasadnienia rządowego projektu kodeksu karnego z 1997 r. wynika, że rozdział dotyczący środków zabezpieczających obejmuje trzy rodzaje środków: związane

[106] Pogląd reprezentowany m.in. przez W. Szkotnickiego, *Ośrodek przystosowania społecznego w teorii i praktyce*, Wrocław 1988, s. 81 cyt. za P. Góralskim, *Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym*, Wrocław 2015, s. 209.
[107] I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1986, s. 150.
[108] P. Hofmański, L. Paprzycki, *Środki zabezpieczające* (w:) *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks karny. Krótkie komentarze*, Warszawa 1999, s. 136.
[109] Szerzej na ten temat: P. Góralski, *Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym*, Wrocław 2015, s. 209-234.

z popełnieniem przestępstwa w stanie niepoczytalności albo poczytalności ograniczonej określonej w art. 31 § 1 i 2 k.k.; związane z popełnieniem przestępstwa w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego oraz o charakterze nie leczniczo-rehabilitacyjnym, lecz administracyjnym, przy czym podkreślono, iż ujęcie pierwszych dwóch jest zupełnie nowe. Do nich bowiem odnosi się zasada, której nie znały kodeks karny z 1932 r., ani kodeks karny z 1969 r., że środek zabezpieczający, polegający na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie, można orzec tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego ze stanem jego niepoczytalności albo poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej lub ze „znacznym uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego" (art. 93 – *ultima ratio* pozbawienia wolności)[110].

Środki zabezpieczające przewidziane pierwotnie w k.k. z 1997 r. K. Buchała podzielił na trzy rodzaje: związane z popełnieniem czynu zabronionego w stanie niepoczytalności albo poczytalności znacznie ograniczonej (art. 94 § 1, art. 95 i 99 k.k.), związane z popełnieniem czynu zabronionego w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego (art. 96-97 k.k.) i środki o charakterze administracyjnym (art. 100 k.k.)[111].

Z kolei J. Raglewski podzielił środki zabezpieczające wprowadzone do k.k. z 1997 r. na dwie grupy: leczniczo-rehabilitacyjne (art. 93-98 k.k.) i administracyjne (art. 99-100 k.k.), do których zaliczył: zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, zakaz prowadzenia pojazdów oraz przepadek przedmiotów. W k.k. z 1997 r. zrezygnowano ze środka zabezpieczającego polegającego na pozbawieniu praw rodzicielskich lub opiekuńczych, co stanowiło konsekwencję braku takiego środka karnego[112].

Zdaniem A. Wdowiarz w k.k. z 1997 r. wprowadzono w zasadzie dwa rodzaje środków zabezpieczających: izolacyjno-lecznicze (art. 93-98 k.k.) oraz administracyjne (art. 99-100 k.k.)[113]. Także J. Warylewski zaprezentował podział środków zabezpieczających funkcjonujących w k.k. z 1997 r. przed nowelizacją z 2015 r. na dwie grupy: izolacyjno-lecznicze (umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, umieszczenie w zakładzie karnym na oddziale leczenia lub rehabilitacji, umieszczenie sprawcy przestępstwa przeciwko

[110] Uzasadnienie rządowego projektu kodeksu karnego, Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami, Warszawa 1997, s. 168.
[111] K. Buchała (w:) K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k*. t. 1, Kraków 1998, s. 576.
[112] J. Raglewski, *Podstawy orzekania środków zabezpieczających o charakterze administracyjnym w Kodeksie karnym z 1997 roku*, Prok. i Pr. 2002, Nr 4, s. 44.
[113] A. Wdowiarz, *Stosowanie środka zabezpieczającego wobec sprawcy niepoczytalnego i o poczytalności zmniejszonej*, CPKiNP 2002, z. 1, s. 141.

wolności seksualnej w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenia ambulatoryjne, umieszczenia alkoholika lub narkomana w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego i skierowania alkoholika lub narkomana na leczenie ambulatoryjne lub rehabilitację, przewidziane w art. 93-98 k.k. z 1997 r.) oraz administracyjne (nielecznicze), przewidziane w art. 99 i 100 k.k. z 1997 r.[114].

J. Długosz podzieliła środki zabezpieczające pierwotnie przewidziane w k.k. z 1997 r. na środki o charakterze leczniczo-izolacyjnym (art. 94-97 k.k.) oraz administracyjnym (art. 99-100 k.k.)[115].

Według Z. Sienkiewicz do k.k. z 1997 r. wprowadzono środki zabezpieczające o charakterze leczniczym i o charakterze nieleczniczym (administracyjnym)[116]. Tożsamy podział prezentował T. Bojarski[117].

Bardziej rozbudowany podział zaproponował Ryszard A. Stefański, który podzielił środki zabezpieczające wprowadzone do k.k. z 1997 r. na: lecznicze, rehabilitacyjne i nielecznicze (administracyjne). Do środków leczniczych zaliczył: środki izolacyjno-lecznicze w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym (art. 94 § 1 k.k.), umieszczenia w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze (art. 95 § 1 k.k.), umieszczenia w zamkniętym zakładzie, o którym mowa w art. 95a § 1 k.k. i umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego (art. 96 § 1 k.k.) oraz środki nieizolacyjno-lecznicze w postaci leczenia ambulatoryjnego przewidzianego w art. 95a § 1 k.k. i w art. 97 § 1 k.k. Do środków rehabilitacyjnych zaliczył: środki izolacyjno-rehabilitacyjne, tj. umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki rehabilitacyjne (art. 95 § 1 k.k.) oraz nieizolacyjno-rehabilitacyjne w postaci rehabilitacji w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej, określonej w art. 97 § 1 k.k.[118]

F. Ciepły na płaszczyźnie k.k. z 1997 r., przed nowelizacją z 1 lipca 2015 r., wyróżniał: środki leczniczo-izolacyjne (przewidziane w art. 94 k.k., w art. 95 § 1 k.k., w art. 95a k.k. w zakresie umieszczenia w zakładzie zamkniętym i w art. 96 k.k.), leczniczo-nieizolacyjne (przewidziane w art. 95a k.k. w zakresie leczenia ambulatoryjnego i w art. 97

[114] J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2007, s. 462-465.
[115] J. Długosz, *Lecznicze środki zabezpieczające – czy alternatywa dla odwetu?* (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańsk 2019, s. 266.
[116] Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 372.
[117] T. Bojarski, *Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 2006, s. 288-291.
[118] R. A. Stefański, *Prawo karne materialne część ogólna*, Warszawa 2008, s. 370.

k.k.) oraz środki nielecznicze (administracyjne), stosowane wobec sprawców niepoczytalnych przewidziane w art. 99 k.k.[119].

Należy zgodzić się z podziałami zaprezentowanymi przez A. Wdowiarz i J. Warylewskiego, że przed dniem 1 lipca 2015 r. w k.k. z 1997 r. funkcjonowały dwa rodzaje środków zabezpieczających: izolacyjno-lecznicze oraz administracyjne.

Pierwotnie system środków penalnych w k.k. z 1997 r. obejmował kary, środki karne, środki związane z poddaniem sprawcy próbie i środki zabezpieczające. Po nowelizacji wprowadzonej ustawą o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 20 lutego 2015 r., która weszła w życie 1 lipca 2015 r., katalog środków penalnych rozszerzono wprowadzając dodatkowo przepadek i środki kompensacyjne. Do jednego rozdziału przeniesiono trzy dotychczasowe środki karne: przepadek i dwa środki kompensacyjne: nawiązkę i obowiązek naprawienia szkody lub zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Tym samym ustawodawca nadał nowy charakter wymienionym środkom reakcji prawnokarnej. Przepadek przestał być środkiem karnym i środkiem zabezpieczającym o charakterze administracyjnym. Jednocześnie, co krytycznie odnotowano w doktrynie, nie zmieniono charakteru przepadku ani w Kodeksie karnym skarbowym[120], ani w Kodeksie wykroczeń[121]. Tak więc, na gruncie prawa karnego skarbowego przepadek nadal jest środkiem zabezpieczającym (art. 22 § 3 pkt 5 k.k.s.)[122].

Na skutek zmian wprowadzonych wspomnianą wyżej ustawą nowelizującą k.k. z 20 lutego 2015 r. w art. 93a k.k. wprowadzono katalog środków zabezpieczających. Obecnie środkami zabezpieczającymi są: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień i pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Jeżeli ustawa tak stanowi, tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2-3. Należą do nich: zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej; zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi; zakaz przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu; zakaz wstępu na imprezę masową; zakaz wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych; nakaz okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym i zakaz prowadzenia pojazdów.

[119] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 725.
[120] Ustawa z dnia 10 września 1999 r., Dz. U. Nr 83, poz. 930 z późn. zm. dalej zwana k.k.s.
[121] Ustawa z dnia 20 maja 1971 r., Dz. U. Nr 12, poz. 114 z późn. zm. dalej zwana k.w.
[122] J. Raglewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod. red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 172.

K. Eichstaedt wskazuje, że nowelizacja wprowadziła środki zabezpieczające wolnościowe w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu, terapii i terapii uzależnień oraz izolacyjny środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym[123].

Z kolei Ł. Pohl dzieli przewidziane aktualnie środki zabezpieczające na dwie grupy: środki zabezpieczające o charakterze leczniczym i środki zabezpieczające o charakterze administracyjnym. Do tych pierwszych zalicza: terapię, terapię uzależnień i pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Do drugiej grupy zalicza: nakaz i zakazy oraz elektroniczną kontrolę miejsca pobytu[124].

Zdaniem M. Królikowskiego i R. Zawłockiego elektroniczna kontrola miejsca pobytu jest środkiem zabezpieczającym wolnościowym, terapia i terapia uzależnień są środkami terapeutycznymi, mającymi w istocie również charakter wolnościowy z tym, że ich wyodrębnienie podyktowane jest ukierunkowaniem związanym nie tyle z prewencją, co ze zmianą mechanizmów lub uwarunkowań zachowania się sprawcy, natomiast pobyt w zakładzie psychiatrycznym jest środkiem izolacyjnym[125].

Według F. Ciepłego *de lege lata* funkcjonuje środek zabezpieczający nieleczniczy w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu, środki lecznicze w postaci terapii i terapii uzależnień oraz środek leczniczo-izolacyjny w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym[126].

Zgodnie z poglądem J. Lachowskiego i A. Marka aktualnie w prawie karnym przewidziano zabezpieczający środek izolacyjny w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym oraz środki zabezpieczające nieizolacyjne w postaci: elektronicznej kontroli miejsca pobytu, terapii i terapii uzależnień, przy czym te dwa ostatnie mają jednocześnie charakter leczniczy. Występują jeszcze tzw. środki zabezpieczające o charakterze administracyjnym w postaci zakazów lub nakazów określonych w art. 39 pkt 2-3 k.k.[127].

J. Długosz niezasadnie twierdzi, że obecnie funkcjonujące środki zabezpieczające nadal dzielą się na leczniczo-izolacyjne i administracyjne[128].

---

[123] K. Eichstaedt, *Środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, wątpliwości związane z orzekaniem*, Prok. i Pr., 2016, Nr 12, s. 75-76.
[124] Ł. Pohl, *Prawo karne. Wykład części ogólnej*, Warszawa 2019, s. 506-507.
[125] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo karne*, Warszawa 2016, s. 431-432.
[126] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 727.
[127] J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2021, s. 296.
[128] Tak: J. Długosz, *Lecznicze środki zabezpieczające – czy alternatywa dla odwetu*? (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańsk 2019, s. 267 oraz J. Długosz, *Nowa postać środków zabezpieczających jako alternatywna reakcja na czyn zabroniony* (w:) *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*, pod red. S. Pikulskiego, W. Cieślaka i M. Romańczuk-Grąckiej, Olsztyn 2015, s. 206.

Według autorki niniejszej rozprawy w obowiązującym stanie prawnym funkcjonują cztery rodzaje środków zabezpieczających: izolacyjno-leczniczy w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, wolnościowy w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu, wolnościowo-lecznicze w postaci terapii i terapii uzależnień oraz administracyjne w postaci nakazu i zakazów.

3. Miejsce środków zabezpieczających w systemie środków reakcji karnej, ze szczególnym uwzględnieniem ich relacji do kary.

Początkowo, jak już wspomniano na wstępie, jedynym środkiem reakcji na przestępstwo była kara kryminalna. W drugiej połowie XIX wieku na kontynencie europejskim, a wcześniej w praktyce i ustawodawstwie Anglii oraz Stanów Zjednoczonych, ukształtowały się inne niż kary środki stosowane wobec sprawców przestępstw, polegające na zawieszeniu orzeczenia lub wykonania kary celem poddania sprawcy próbie i dozorowi kuratora, czyli środki probacyjne. Środki zabezpieczające wykształciły się dopiero pod koniec XIX wieku[129].

Jak trafnie zauważa M. Melezini, jeśli chodzi o formy reakcji karnej, podstawową rolę, od początku ich powstania, pełnią kary. Obok kar, środków karnych i środków zabezpieczających, we współczesnych systemach prawa karnego, rozwijane się środki probacyjne oraz restytucyjne, zaś odrębną grupę tworzą środki wychowawcze i poprawcze. Nadto wyróżnia się grupę kar zastępczych oraz środków o charakterze dolegliwości ekonomicznej[130].

Z. Ćwiąkalski wskazuje, że współczesne systemy prawa karnego w ochronie porządku prawnego posługują się karami, środkami karnymi oraz środkami zabezpieczającymi. Dwie pierwsze kategorie związane są z winą sprawcy czynu zabronionego, zaś ostatnia związana jest z brakiem zawinienia sprawcy, skutkującym brakiem odpowiedzialności za popełnione czyny i stwarzanym zagrożeniem dla porządku prawnego z uwagi na stan psychiczny sprawcy[131].

W obecnym stanie prawnym nie sposób całkowicie podzielić powyższy pogląd, stanowiący pewne uproszczenie, jako że środki zabezpieczające stosuje się nie tylko wobec

[129] M. Melezini (w:) *System prawa karnego. Kary i środki karne. Poddanie sprawcy próbie*, Tom 6 pod. red. M. Melezini, Warszawa 2010, s. 21-22.
[130] Tamże, s. 23.
[131] Tak Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, tom I, s. 1247 oraz Buchała (w:) K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k.* t. 1, Kraków 1998, s. 576.

osób niepoczytalnych, którym nie można przypisać winy, a w konsekwencji uznać, że dopuściły się przestępstwa, ale również wobec przestępców o ograniczonej poczytalności, czy też sprawców przestępstw popełnionych w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka albo dopuszczających się określonych przestępstw w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, a zatem i wobec takich, którzy ponoszą winę za swoje czyny i za nie odpowiadają.

Wzajemną relację pomiędzy środkami reakcji karnej tyle, że od strony środka karnego, obrazowo określił J. Warylewski wskazując, że „środki karne są pomostem wiodącym od kar do środków zabezpieczających"[132]. Podobnie uważają M. Królikowski i R. Zawłocki twierdząc, że środek karny ma, generalnie rzecz ujmując, pośredni charakter między karą a środkiem zabezpieczającym, gdyż stanowi zarówno represję, jak i metodę zabezpieczenia przed niepożądanymi zachowaniami sprawcy[133].

Wydaje się, że za podstawową cechę wspólną kar i środków zabezpieczających można uznać okoliczność, na którą zwrócił uwagę W. Wróbel, że zarówno kary, jak i środki zabezpieczające cechuje ograniczanie praw i wolności podmiotowych[134].

Środki zabezpieczające, podobnie jak kary, środki karne, przepadek i środki kompensacyjne oraz środki związane z poddaniem sprawcy próbie, stanowią środki reakcji prawnokarnej na czyn zabroniony [135].

I. Andrejew stwierdza, że środek zabezpieczający nie jest karą, co nie oznacza jednak, że nie spełnia pewnych jej funkcji. Do takich funkcji należy m.in. społeczne oddziaływanie orzeczenia sądowego. „Orzeczenie środka zabezpieczającego jest zakończeniem sprawy z oskarżenia o przestępstwo, zakończeniem, w którym sąd niekiedy uniewinnia sprawcę. Przez to, że sąd zarządza umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym, a więc nie przywraca mu bezpośrednio wolności, czyni zadość poczuciu prawnemu osób, które się zetknęły ze sprawą"[136].

Kolejną cechą wspólną środków zabezpieczających i kar jest to, że zastosowanie środków zabezpieczających zawsze wymaga ustalenia, że osoba, wobec której mają być orzeczone, popełniła czyn zabroniony pod groźbą kary[137].

---

[132] J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2007, s. 459.
[133] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo karne*, Warszawa 2016, s. 431.
[134] W. Wróbel, *Zmiana normatywna i zasady intertemporalne w prawie karnym*, Kraków 2003, s. 516.
[135] M. Niewiadomska-Krawczyk, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. Tom L. Warszawa 2018, s. 40.
[136] I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1986, s. 314.
[137] K. Krajewski (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t. 7, Warszawa 2012, s. 7. Podobnie: W. Świda, *Prawo karne*. *Część ogólna*, Warszawa 1970, s. 381 oraz J. Długosz,

Różnica natomiast polega na tym, że środki zabezpieczające stanowią jedyną grupę środków reakcji prawnokarnej, których stosowanie nie wymaga przypisania winy sprawcy czynu zabronionego. W tym, że kara nie może zostać zastosowana bez ustalenia winy sprawcy, zaś do orzeczenia środka zabezpieczającego wina konieczna nie jest, niektórzy przedstawiciele nauki głównie upatrują różnicy pomiędzy karą a środkiem zabezpieczającym[138].

W nauce prawa karnego na ogół zgodnie przyjmuje się, że pojęcie „kara kryminalna" używane jest w języku prawniczym dla określenia społecznie ujemnej reakcji na popełnione przestępstwo, wyrażającej jego potępienie i która ze swej istoty stanowi osobistą dolegliwość dla jego sprawcy, wymierzoną przez organ państwa konstytucyjnie do tego uprawniony[139]. Środki zabezpieczające zaś są stosowane w związku z przestępstwem (ale nie za przestępstwo), nie mają w założeniu być odpłatą, a ich dolegliwość nie jest zamierzona[140].

M. Cieślak środki zabezpieczające nazywa nawet typowym przeciwieństwem kary z uwagi na to, że tkwiąca w nich dolegliwość nie jest zamierzona, lecz tylko nieunikniona, a ich celem jest jedynie zabezpieczenie społeczeństwa przed niebezpiecznym sprawcą oraz w wielu wypadkach również dobro samego sprawcy[141].

Podobnie twierdził, jeszcze na gruncie k.k. z 1932 r., S. Śliwiński, że dolegliwość związana ze środkiem zabezpieczającym nie ma charakteru odwetowego, lecz jest nieodzownym działaniem ubocznym, łączącym się z wykonaniem środka zabezpieczającego oraz, że uzasadnieniem i celem stosowania środków zabezpieczających jest tylko ochrona społeczeństwa przed niebezpiecznym sprawcą, który naruszył porządek prawny, czasem w sposób zawiniony, a czasem niezawiniony. Co więcej, wymieniony stwierdza wręcz, że „stosowanie środków zabezpieczających to właściwie posunięcie natury administracyjnej, przekazane sądowi dlatego, że okazję do stosowania tych środków daje przestępstwo albo przynajmniej czyn zabroniony pod groźbą kary"[142].

W literaturze podnosi się również, że środki zabezpieczające, w odróżnieniu od kar, nie mają na celu wymierzania sprawiedliwości za popełniony czyn, ani nie zawierają elementu potępienia czynu i jego sprawcy[143]. Ich zasadniczy charakter – w przeciwieństwie

---

Lecznicze środki zabezpieczające – czy alternatywa dla odwetu? (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańsk 2019, s. 268.

[138] W. Świda, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 1970, s. 380.

[139] T. Kaczmarek (w:) *System prawa karnego*. Tom 5. *Nauka o karze. Sądowy wymiar kary*, pod red. T. Kaczmarka, Warszawa 2015, s. 12.

[140] L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2001, s. 150.

[141] M. Cieślak, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990, s. 479.

[142] S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946, s. 439-440.

[143] L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2001, s. 195.

do charakteru kar kryminalnych – sprowadza się do tego, że nie stanowią represji za popełniony czyn, lecz zabezpieczenie społeczeństwa przed niepożądanymi zachowaniami sprawcy czynu zabronionego, czyli stwarzanym zagrożeniem dla porządku prawnego[144]. Wskazuje się, że podstawą stosowania środków zabezpieczających jest niebezpieczeństwo sprawcy dla porządku prawnego, wymagające podjęcia środków w celu jego zneutralizowania, niezależnie od ewentualnej kwestii ponoszenia przez tego sprawcę winy[145].

Funkcję ochronną środków zabezpieczających dla porządku prawnego, dla społeczeństwa przed zachowaniami osób, które dla tego porządku prawnego i społeczeństwa mogą być niebezpieczne akcentuje również T. Bojarski, ale jednocześnie wskazuje, że środki te zabezpieczają także osobę sprawcy, do której się odnoszą, np. przed zachowaniami niepoczytalnego przez niego niekontrolowanymi lub kontrolowanymi częściowo, które mogą być niebezpieczne dla niego samego[146]. Prezentuje zatem interesujący pogląd o funkcji ochronnej środków zabezpieczających nie tylko w wymiarze ogólnym, zewnętrznym, dla społeczeństwa, ale również dla samego sprawcy, czyli w wymiarze indywidualnym.

W kwestii relacji kara – środek zabezpieczający zwracano uwagę, że zadania środka zabezpieczającego, czyli ochronę społeczeństwa przed sprawcą, którego stan niebezpieczeństwa grozi popełnieniem w przyszłości czynu zabronionego pod groźną kary, spełnia również długoterminowa kara pozbawienia wolności, gdyż eliminuje sprawcę ze społeczeństwa na dłuższy czas. Jednak różnica pomiędzy karą a środkiem zabezpieczającym polega na tym, że kara ma powstrzymać sprawcę od popełnienia przestępstwa m.in. dzięki elementowi tkwiącej w niej dolegliwości, a środek zabezpieczający ma osiągać ten cel w inny sposób [147].

Podobnie twierdzi A. Gubiński, że w niektórych karach, zwłaszcza izolujących sprawcę na dłuższy czas lub na zawsze ze społeczeństwa, tkwi element zabezpieczenia zbiorowości przed niebezpiecznym przestępcą, który zostaje pozbawiony możliwości atakowania chronionych dóbr prawnych. Jednak w przypadku kary na pierwszy plan wysuwają się jej podstawowe cele (sprawiedliwościowy, prewencji ogólnej i szczególnej), zaś w przypadku środków zabezpieczających podstawowym celem jest realizacja funkcji zabezpieczającej[148].

---

[144] J. Długosz, *Lecznicze środki zabezpieczające – czy alternatywa dla odwetu?* (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańska 2019, s. 268.
[145] K. Krajewski (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t. 7, Warszawa 2012, s. 7-8.
[146] T. Bojarski, *Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 2006, s. 287.
[147] W. Świda, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 1970, s. 373.
[148] A. Gubiński, *Zasady prawa karnego*, Warszawa 1974, s. 142.

W doktrynie prawa karnego nie ma przy tym zgody co do charakteru najsurowszej aktualnie w krajowym porządku prawnym kary dożywotniego pozbawienia wolności. Jedni przypisują jej charakter eliminacyjny, inni – charakter izolacyjny, zabezpieczający, ochronny. Pogląd o eliminacyjnym czy *quasi*-eliminacyjnym charakterze kary dożywotniego pozbawienia wolności dominuje w najnowszym orzecznictwie sądowym, w którym podkreśla się jej złożony, a więc również izolacyjny i zabezpieczający charakter[149].

W piśmiennictwie wyrażany jest pogląd, że środki zabezpieczające stosuje się przede wszystkim w zależności od stopnia zagrożenia, które sprawca stwarza dla porządku prawnego i w konsekwencji stopień społecznej szkodliwości czynu, stanowiący istotny czynnik przy wymiarze kary, przy orzekaniu ich przez sąd ma o wiele mniejsze znaczenie[150].

Nadto, podkreśla się, iż niezmiernie istotną właściwością środków zabezpieczających, odróżniających je od kar, jest okoliczność, że czasu ich stosowania nie określa się z góry[151]. Wymiar kary natomiast zawsze musi być ściśle oznaczony.

Wskazuje się, że kara dotyczy przestępstwa jako faktu powstałego w przeszłości, a środek zabezpieczający dotyczy stanu aktualnego, rzutującego na przyszłość[152]. Jednak zarówno kara, jak i środek zabezpieczający mogą być stosowane tylko wtedy, gdy sprawca dopuścił się czynu zabronionego, a zatem są środkami postdeliktualnymi.

Implikacją relacji pomiędzy karą a środkiem zabezpieczającym są kontrowersje dotyczące stosowania do środków zabezpieczających niektórych instytucji unormowanych w ustawie karnej, jak reguły prawa karnego międzyczasowego określone w art. 4 k.k., czy dyrektywy sądowego wymiaru kary.

Zagadnienie dopuszczalności stosowania w przypadku środków zabezpieczających reguł gwarancyjnych wynikających z ustawy karnej, w tym z art. 4 § 1 k.k., nabrało szczególnego znaczenia po wejściu w życie ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r.

W k.k. z 1932 r. obowiązywała zasada, wyrażona w art. 2 § 4 tego kodeksu, że środki zabezpieczające stosuje się według przepisów nowej ustawy.

Pod rządami k.k. z 1969 r. nie wprowadzono analogicznego przepisu, a w doktrynie i orzecznictwie przyjmowano, że przepisy o obowiązywaniu ustawy karnej w czasie mają pełne zastosowanie do środków zabezpieczających[153]. Można tu przywołać stanowisko Sądu

[149] M. Derlatka, *Kontrowersje wokół kary dożywotnego pozbawienia wolności*, Prok. i Pr. 2017, Nr 12, s. 55-56.
[150] M. Kalitowski (w:) *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa* pod red. T. Dukiet-Nagórskiej, Warszawa 2010, s. 268.
[151] Ł. Pohl, *Prawo karne. Wykład części ogólnej*, Warszawa 2019, s. 508.
[152] A. Flatau-Kowalska, *Środki zabezpieczające w prawie karnym*, Warszawa 1955, s. 229 i S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2013, s. 261.
[153] K. Mioduski (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977, s. 21.

Najwyższego wyrażone w uchwale z dnia 19 sierpnia 1993 r., w sprawie I KZP 20/93, że „w wypadku, gdy postępowanie karne o czyn stanowiący przestępstwo zostało uprzednio prawomocnie warunkowo umorzone a następnie toczy się postępowanie o orzeczenie środka zabezpieczającego, sąd nie może orzec na podstawie art. 104 k.k. przewidzianego w art. 48 k.k. przepadku, jeżeli czyn ten w czasie orzekania o tym środku zabezpieczającym – w wyniku zmiany ustawy karnej – nie jest już przestępstwem, lecz stanowi wykroczenie”[154].

Na gruncie k.k. z 1997 r. pogląd o braku możliwości stosowania zakazu retroaktywności do środków zabezpieczających zaprezentował W. Wróbel wskazując, że pełne respektowanie zakazu retroaktywności oraz zasady *lex mitior* w odniesieniu do środków zabezpieczających może być nawet sprzeczne z racją ich stosowania. Jeśli bowiem doszło do ich zmiany, to nakaz stosowania środka mniej efektywnego (choć łagodniejszego) w sytuacji, gdy system prawa przewiduje bardziej skuteczny, byłby działaniem irracjonalnym[155]. A. Zoll także wyraził opinię, że nie ma możliwości zastosowania zasady *lex mitior retro agit*, wyrażonej w art. 4 § 1 k.k., w stosunku do środków zabezpieczających. Równocześnie zwrócił on jednak uwagę na fakt, że zasada ta znajduje zastosowanie do oceny podstawy stosowania środków zabezpieczających. Jeśli bowiem dawna ustawa z popełnieniem czynu zabronionego danego typu wiązała możliwość stosowania środka zabezpieczającego, a nowa ustawa takiej możliwości nie przewiduje, to zasada *lex mitior retro agit* znajduje pełne zastosowanie[156].

Dopuszczalność stosowania art. 4 § 1 k.k. do środków zabezpieczających przewidują natomiast: B. Nita i A. R. Światłowski[157], B. Kunicka-Michalska[158], A. Barczak-Oplustil[159], P. Kowalski[160] i P. Góralski[161]. Stanowisko, że zasada *lex severior retro non agit* dotyczy środków zabezpieczających zostało wyrażone również przez Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 21 maja 2004 r., w sprawie I KZP 6/04[162]. Na gruncie obowiązującego stanu prawnego stanowisko to potwierdził Sąd Okręgowy w Gdańsku w wyroku z dnia 12 września

[154] Legalis numer: 28208.
[155] W. Wróbel, *Zmiana normatywna i zasady intertemporalne w prawie karnym*, Kraków 2003, s. 523 oraz tegoż *Z zagadnień retroaktywności prawa karnego*, Przegląd Sądowy 1993, Nr 4, s. 12 i nast.
[156] A. Zoll (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 106.
[157] B. Nita, A. R. Światłowski, *Zakaz łącznego stosowania przepisów ustawy nowej oraz ustawy dawnej na tle art. 4 § 1 k.k.*, Prok. i Pr. 2011, Nr 3, s. 49.
[158] B. Kunicka-Michalska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 278.
[159] A. Barczak- Oplustil, *Charakter środków zabezpieczających w nowelizacji kodeksu karnego z 20 lutego 2015 r. Wprowadzenie do dyskusji*, Pal. 2015, Nr 7-8, s. 121.
[160] P. Kowalski, *Zastosowanie art. 4 § 1 kodeksu karnego do środków zabezpieczających*, Pal. 2017, Nr 1-2, s. 115.
[161] P. Góralski, *Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym*, Warszawa 2015, s. 392.
[162] Legalis numer: 62927.

2016 r., w sprawie XIII Ka 77/16 wskazując, że „dolegliwości, jakie niesie stosowanie środków zabezpieczających, jak również brak wyraźnego wyłączenia przez ustawodawcę w stosunku do środków zabezpieczających regulacji wynikającej z art. 4 § 1 KK wskazują, że reguły intertemporalne winny mieć do nich pełne zastosowanie, nawet w sytuacji gdy inne są cele stosowania środków zabezpieczających niż w przypadku kar i środków karnych”[163].

Wydaje się więc, że aktualnie pogląd, iż zasada *lex mitior retro agit* znajduje zastosowanie do środków zabezpieczających jest dominujący, ale po wejściu w życie ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r. stał się częściej weryfikowany w związku z treścią art. 93d § 2 k.k., który pozwala zmienić zastosowany środek zabezpieczający na inny, również w postępowaniu wykonawczym. Na kanwie tego przepisu, tuż po wejściu w życie nowelizacji, wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Katowicach w postanowieniu z dnia 2 lipca 2015 r., w sprawie II AKzw 898/15[164] wskazując, że choć przepis art. 93d § 2 k.k. stanowi normę prawa materialnego, to jednak uregulowanie z art. 4 § 1 k.k. nie ma tu zastosowania ze względu na to, że środki zabezpieczające realizują inne cele, niż w przypadku kar i środków karnych.

Kolejną kwestią wzbudzającą spory jest zakres zastosowania art. 56 k.k. do orzekania środków zabezpieczających. Zgodnie z jego brzmieniem przepisy art. 53, art. 54 § 1 oraz art. 55 stosuje się odpowiednio do orzekania innych środków przewidzianych w tym kodeksie, z wyjątkiem obowiązku naprawienia wyrządzonej przestępstwem szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Przepis został wprowadzony do k.k. z 1997 r. w związku z przekształceniem kar dodatkowych w środki karne i zastrzeżenie, iż kierunki racjonalizacji wymiaru kary dotyczą także środków karnych było zrozumiałe. W oparciu o jego wykładnię literalną można uznać, że dyrektywy wymiaru kary należy stosować nie tylko do środków karnych, ale odpowiednio także do środków zabezpieczających.

W doktrynie nie ma jednomyślności w tej kwestii[165]. Wyrażany jest pogląd, że pojęcie „inne środki” należy rozumieć jak najszerzej, a więc należy do nich zaliczyć także środki zabezpieczające[166]. W. Wróbel wyjaśnia przy tym jednak, iż odpowiednie stosowanie w przypadku środków zabezpieczających oznacza, że nie ma do nich zastosowania zakaz orzekania dolegliwości przekraczającej stopień winy. Podobnie potrzeby związane

[163] Legalis numer: 1629261.
[164] Prok. i Pr. 2016, Nr 3, Legalis numer: 1337884.
[165] P. Góralski, *Zagadnienie odpowiedniego stosowania dyrektyw wymiaru kary do środków zabezpieczających (art. 56 Kodeksu karnego)*, Przegląd Sądowy 2014, Nr 2, s. 58-59.
[166] Tak: J. Wojciechowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 932; W. Wróbel (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 872; P. Hofmański, L. K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 251.

z zaspokojeniem społecznego poczucia sprawiedliwości mogą decydować o ich orzekaniu jedynie w minimalnym stopniu[167]. P. Hofmański i L. K. Paprzycki z kolei zalecają szczególną ostrożność przy stosowaniu zasad i dyrektyw sądowego wymiaru kary w przypadku środków zabezpieczających podkreślając, że ich stosowanie rządzi się własną logiką i jest w ustawie karnej szczegółowo unormowane[168].

W literaturze można spotkać również opinię przeciwną, że dyrektywy wymiaru kary nie mają zastosowania, nawet odpowiedniego, do środków zabezpieczających, gdyż stanowią one typ sankcji karnych w dużym stopniu różniący się od kar i środków karnych. P. Góralski podnosi, że stosowanie dyrektyw wymiaru kary do środków zabezpieczających byłoby zadaniem bardzo trudnym z powodu braku jednolitości poglądów doktryny co do konstrukcji ogólnych dyrektyw sądowego wymiaru kary oraz z powodu zróżnicowania środków zabezpieczających. Tytułem egzemplifikacji podaje internację psychiatryczną osób niepoczytalnych, do której nie sposób odnosić sprawiedliwościowej i ogólnoprewencyjnej racjonalizacji karania[169].

Wydaje się jednak, że słuszność mają komentatorzy stojący na stanowisku, że dyrektywy sądowego wymiaru kary należy odpowiednio stosować do środków zabezpieczających z zastrzeżeniem konieczności uwzględnienia ich specyfiki i różnorodności. Powinno to dotyczyć w szczególności jednej z ogólnych dyrektyw wymiaru kary, a mianowicie dyrektywy prewencji indywidualnej, o której mowa w art. 53 § 1 k.k., a więc uwzględniania przy stosowaniu środka zabezpieczającego celów zapobiegawczych i wychowawczych, które ma osiągnąć w stosunku do sprawcy. Środek zabezpieczający powinien być czynnikiem powstrzymującym przed popełnieniem kolejnego czynu zabronionego, a powstrzymanie to w przypadku środków leczniczych powinno opierać się na poddaniu sprawcy terapii i leczeniu. Pogląd ten zdaje się być jeszcze bardziej zasadny po wprowadzeniu od 1 lipca 2015 r. nowego modelu środków zabezpieczających, które mogą być stosowane wobec szerokiego wachlarza sprawców, w tym w pełni poczytalnych i ponoszących odpowiedzialność karną.

Kolejną kwestią wzbudzającą polemikę jest przedawnienie wykonania środków zabezpieczających.

---

[167] W. Wróbel (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 872.
[168] P. Hofmański, L. K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 251.
[169] P. Góralski, *Zagadnienie odpowiedniego stosowania dyrektyw wymiaru kary do środków zabezpieczających (art. 56 Kodeksu karnego)*, Przegląd Sądowy 2014, Nr 2, s. 71.

W art. 89 § 1 i 2 k.k. z 1932 r. ustawodawca postanowił, że nie można wykonać kary ani zastosować środków zabezpieczających, jeżeli od uprawomocnienia się wyroku skazującego upłynęło lat: trzydzieści, w razie skazania na karę śmierci lub dożywotniego więzienia; dwadzieścia, w razie skazania na karę więzienia; piętnaście, w razie skazania na karę aresztu lub grzywny. Nadto, że przedawnienie kary nie biegnie w okresie odroczenia, przerwy lub warunkowego zawieszenia kary, albo stosowania środka zabezpieczającego.

Niewątpliwie zatem przedawnienie wykonania obejmowało środki zabezpieczające orzeczone „wyrokiem skazującym", a więc wydanym w przypadku skazania za przestępstwo, natomiast przepis nie regulował kwestii przedawnienia wykonania środków zabezpieczających orzeczonych w wyroku uniewinniającym lub umarzającym albo w postanowieniu zwłaszcza, gdy chodziło o czyn zabroniony pod groźbą kary, ale nie przestępny.

S. Śliwiński podnosił, że wprawdzie przepisy wyjątkowe, dotyczące przedawnienia, nie ulegają wykładni rozszerzającej, a wskutek tego trudno mówić o przedawnieniu środka zabezpieczającego orzeczonego wyrokiem uniewinniającym, umarzającym albo postanowieniem, jednak prymat winna mieć wykładnia logiczna, a nielogiczne byłoby, gdyby przedawnieniu miał ulegać jedynie środek zabezpieczający orzeczony wyrokiem skazującym, a pozostawać poza zasięgiem przedawnienia miałaby środki zabezpieczające orzeczone w innej postaci pod względem procesowym. Zaproponował, aby ustawową lukę wypełnić analogią, przyjmując za podstawę, zamiast kary orzeczonej, karę grożącą według ustawy za dany czyn zabroniony. Nadto, należałoby uznać, że zawieszone jest przedawnienie środka zabezpieczającego w czasie jego stosowania, podobnie jak kary w czasie jej wykonywania. S. Śliwiński zauważył też, iż przepis art. 89 § 2 k.k. z 1932 r. dotyczy tylko kary, a nie środków zabezpieczających[170].

W k.k. z 1969 r. ustawodawca nie przewidział przedawnienia wykonania środków zabezpieczających i zabieg ten powtórzył w k.k. z 1997 r.

De lege lata przedawnienie wykonania środków zabezpieczających funkcjonuje jedynie w art. 45 § 1a k.k.s., zgodnie z którym, środków zabezpieczających określonych w art. 22 § 3 (elektroniczna kontrola miejsca pobytu; terapia; terapia uzależnień; pobyt w zakładzie psychiatrycznym; przepadek przedmiotów i zakazy wymienione w § 2 pkt 5 k.k.s.) nie można wykonać, jeżeli od uprawomocnienia się orzeczenia upłynęło 10 lat. Tak więc, początek biegu przedawnienia wyznacza data uprawomocnienia się orzeczenia. Przepis

[170] S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946, s. 545-546.

został dodany do k.k.s. ustawą z dnia 28 lipca 2005 r.[171], która weszła w życie 17 grudnia 2005 r.

W doktrynie, zarówno w okresie obowiązywania k.k. z 1969 r., jak i obecnie, prezentowane są dwa opozycyjne do siebie stanowiska w kwestii przedawnienia wykonania środków zabezpieczających.

Według pierwszego z nich, skoro kara ma na celu powstrzymanie od popełnienia przestępstwa między innymi dzięki elementowi dolegliwości w niej tkwiącym, a środek zabezpieczający ma osiągnąć ten cel w inny sposób, to przedawnienie nie obejmuje tej instytucji[172]. Podkreśla się, że z uwagi na odmienną od kary istotę i cele środków zabezpieczających ustawodawca świadomie pominął przedawnienie wykonania środków zabezpieczających[173].

Zdaniem M. Cieślaka, należącego do grona zwolenników drugiego stanowiska, ze względu na to, że upływ czasu stanowi zarazem negatywną przesłankę zobowiązującą do umorzenia postępowania wykonawczego (art. 15 § 1 k.k.w.), niedopuszczalne jest także wykonanie orzeczonych środków zabezpieczających[174]. E. Bieńkowska rozumie to w ten sposób, że chodzi o umorzenie postępowania wykonawczego w całości, co wyklucza podejmowanie jakichkolwiek dalszych działań, w tym i w zakresie wykonywania środków zabezpieczających[175]. Z kolei A. Wąsek stwierdził, że skoro ustawa karna nie reguluje kwestii przedawnienia wykonania środków zabezpieczających, na zasadzie analogii *in bonam parte* należy stosować odpowiednio unormowania dotyczące przedawnienia wykonania kary i środków karnych. Zaproponował przy tym dwa możliwe rozwiązania. W pierwszym z nich należy uwzględnić podobieństwo poszczególnych środków zabezpieczających do niektórych kar i środków karnych, a w drugim, które uznał za korzystniejsze dla sprawcy, należy przyjąć jednolity dziesięcioletni termin przedawnienia wykonania wszystkich środków zabezpieczających[176].

Wydaje się, że skoro ustawodawca nie przewidział w obowiązującym kodeksie karnym instytucji przedawnienia wykonania środków zabezpieczających, nie ma podstaw do jej stosowania, w tym na zasadzie analogii do kar, co nie oznacza, że nie powinna ona

[171] Dz. U. Nr 178, poz. 1479.
[172] W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 375.
[173] Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 362-363.
[174] M. Cieślak, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990, s. 494.
[175] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1306-1307.
[176] A. Wąsek (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Gdańsk 1999, Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, M. Kalitowski, A. Wąsek, s. 316.

znaleźć zastosowania do środków zabezpieczających, analogicznie jak to przewidziano na gruncie k.k.s.

4. Lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksach karnych z 1932 roku i z 1969 roku.

Omawianie instytucji leczniczych środków zabezpieczających warto rozpocząć od innego niż wcześniej przytoczone, równie trafnego spostrzeżenia J. K. Gierowskiego, iż sposób w jaki traktuje się chorych i zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych jest ważnym i czułym wskaźnikiem świadomości i wrażliwości społecznej[177].

W Kodeksie karnym z 1932 r. materię środków izolacyjno-leczniczych unormowano jedynie w czterech przepisach: od artykułu 79 do artykułu 82.

Zgodnie z art. 79 k.k. z 1932 r., jeżeli sprawcę czynu zabronionego pod groźbą kary uznano za nieodpowiedzialnego, a jego pozostawanie na wolności groziło niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, sąd zarządzał jego umieszczenie w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych albo w innym zakładzie leczniczym.

Do umieszczenia w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych, według J. Makarewicza, konieczne było spełnienie trzech przesłanek: dopuszczenie się przez sprawcę czynu zagrożonego karą w rozumieniu kodeksu (zbrodni lub występku), uznanie go za trwale nieodpowiedzialnego (a nie tylko w chwili czynu) i ustalenie, że jest groźny dla porządku prawnego w przyszłości[178].

Tożsame przesłanki wyartykułował Sąd Najwyższy wskazując, że do zastosowania dyspozycji art. 79 k.k. z 1932 r. należy ustalić, że osoba, wobec której ma być zastosowany ten środek zabezpieczający jest nieodpowiedzialna i że pozostawienie jej na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu oraz, że osoba ta jest sprawcą czynu zabronionego pod groźbą kary[179].

Przesłanka ustalenia sprawstwa osoby, wobec której ma być zastosowany środek zabezpieczający, obecnie już utrwalona na gruncie kolejnych kodeksów karnych i jawiąca się jako oczywista, w k.k. z 1932 r., jest warta podkreślenia. Dla przykładu, w prawie karnym hiszpańskim do czasu reformy przeprowadzonej w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku system środków zabezpieczających opierał się na pojęciu niebezpieczeństwa

[177] J. K. Gierowski, *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, Pal. 2003, Nr 7-8, s. 104.
[178] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 259.
[179] Postanowienie z dnia 9 lutego 1957 r., I KZ 5/57, OSN z 1957 r., poz. 28.

predeliktualnego. Podnoszono, że brak wymogu popełnienia przestępstwa jako warunku zastosowania środków zabezpieczających wynaturzał ich charakter, a pojęcie niebezpieczeństwa kryminalnego zastąpiono szerszym pojęciem niebezpieczeństwa społecznego. W praktyce stosowanie środka zabezpieczającego było faktycznie nakładaniem kary[180].

Za sprawcę nieodpowiedzialnego, zgodnie z art. 17 § 1 k.k. z 1932 r., uznawano takiego, który w chwili czynu z powodu niedorozwoju psychicznego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznej nie mógł rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swym postępowaniem.

Jak widać pojęcie „niepoczytalności" nie weszło do słownika języka prawniczego, którym posługiwał się k.k. z 1932 r., choć posługiwała się nim ówczesna doktryna i praktyka prawa karnego. „Nieodpowiedzialność" nie jest jednak pojęciem równoznacznym z „niepoczytalnością", jak słusznie dostrzegł W. Wolter. Nieodpowiedzialność w sensie nieodpowiedzialności karnej jest koniecznym następstwem niepoczytalności. Semantyczne rozróżnienie tych zwrotów jest tym bardziej wskazane, że niepoczytalność nie jest jedyną podstawą nieodpowiedzialności karnej, gdyż ta ostatnia może być wynikiem stanów zgoła różnych od niepoczytalności[181].

Niepoczytalność (po francusku *non-imputabilité)* wskazuje na niemożność przypisania winy, która jest koniecznym znamieniem przestępstwa. Jest zaprzeczeniem poczytalności, czyli reguły. Nauka i praktyka prawa posługują się trzema metodami analitycznego określenia stanu niepoczytalności, a mianowicie: metodą biologiczną (psychiatryczną), metodą psychologiczną oraz metodą kombinowaną (mieszaną) jako syntezą obu poprzednio wymienionych metod. Różnica pomiędzy nimi polega na tym, że pierwsze wskazuje jedynie źródła niepoczytalności, czyli jej racje, druga jedynie następstwa niepoczytalności w życiu psychiatrycznym, a trzecia eksponuje zarówno racje, jaki i następstwa[182].

J. Makarewicz w komentarzu do k.k. z 1932 r. wskazał, że kodeks określa niepoczytalność metodą mieszaną: psychologicznie analizuje podstawy niepoczytalności (sprawca nie może rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swym postępowaniem), dodaje

[180] I. Berdugo Gomez de la Torre, *Kierunki reformy systemu kar i środków zabezpieczających w Hiszpanii*, P i P 1989, Nr 3, s. 40.
[181] W. Wolter (w:) *Psychiatria w procesie karnym*, M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, Warszawa 1968, s. 19-20.
[182] Tamże, s. 20-21.

jednak dla orientacji sędziego kryteria biologiczne (niedorozwój psychiczny, zakłócenie czynności psychicznej, z przykładowym wyjaśnieniem: choroba psychiczna)[183].

Przyjęciu metody mieszanej towarzyszyły jednak kontrowersje i spory. Stanowiła ona wynik kompromisu, który w Komisji Kodyfikacyjnej pracującej nad k.k. z 1932 r. przyjęty został jednym głosem przewagi. Przyjęte rozwiązanie, główni twórcy kodeksu J. Makarewicz i W. Makowski, oceniali krytycznie i traktowali jako prowizoryczne. W klasycznym podręczniku do prawa karnego J. Makarewicz wykładał, że niepoczytalnym jest sprawca, który znajduje się w stanie niemożności rozpoznania wartości czynu lub pokierowania swoim działaniem zgodnie z tym rozpoznaniem, czyli ujmował niepoczytalność psychologicznie. Spośród trzech metod określenia niepoczytalności: psychologicznej, psychiatrycznej i mieszanej, przyznawał pierwszeństwo tej pierwszej. Widział przewagę tej metody nad innymi w tym, że podkreśla ona w sposób niedwuznaczny rolę sędziego, nakłada na niego obowiązek zastanawiania się, czy stan psychiki sprawcy odpowiada tym wymogom, które stawia nowożytna nauka, by uznać sprawcę za nieodpowiedzialnego. Metoda psychiatryczna (biologiczna) określa anormalność sprawcy, podając jedynie jej objawy i przerzuca obowiązek rozstrzygania o odpowiedzialności na znawcę, a więc biegłego. Ponadto zdarza się, że wskutek rozwoju psychiatrii używa się zwrotów, które nie są już adekwatne i rodzą praktyczne trudności[184].

J. Makarewicz przyjmował, że niebezpieczeństwo groziło porządkowi prawnemu ze strony sprawcy wówczas, gdy był niebezpieczny dla otoczenia (np. groził zabójstwem członkom rodziny), gdy zachodziło niebezpieczeństwo o typie powszechnym (np. popełnienia przestępstwa z rozdziału XXIII zatytułowanego sprowadzenie niebezpieczeństwa powszechnego) lub gdy zachodziło niebezpieczeństwo wewnętrznych zaburzeń (np. gdy sprawca przewodził wzburzonemu tłumowi, prowadząc go do aktów gwałtu)[185].

W piśmiennictwie powzięto wątpliwość, czy wystarczające jest, aby biegli psychiatrzy orzekli jedynie o chorobie psychicznej podsądnego, a kwestia jego zagrożenia dla porządku prawnego ma zostać pozostawiona swobodnemu ustaleniu sądu, czy też biegli powinni się również wypowiedzieć wyraźnie na temat zagrożenia dla porządku prawnego na wypadek pozostawienia sprawcy na wolności, jako że orzecznictwo sądów powszechnych było

[183] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 92.
[184] Szerzej na ten temat: W. Zalewski, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona – garść wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015, s. 472-473.
[185] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 259.

niejednolite w tej materii. J. Turski opowiedział się za ustalaniem przez biegłych, czy sprawca zagraża porządkowi prawnemu w razie pozostawienia go na wolności uznając, że takie wymagania nauka stawia prawidłowej ekspertyzie sądowo-psychiatrycznej[186].

Kolejny środek izolacyjno-leczniczy przewidziano w art. 80 § 1 k.k. z 1932 r., zgodnie z którym, jeżeli przestępcę uznano za mającego zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem (art. 18 § 1 k.k. z 1932 r.), a jego pozostawanie na wolności groziło niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, sąd mógł zarządzić jego umieszczenie w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych albo w innym zakładzie leczniczym.

Mowa w nim o „przestępcy", a nie sprawcy czynu zabronionego, gdyż - jak podkreślał J. Makarewicz - chodziło o osobę odpowiedzialną, która jest podmiotem przestępstwa ze względu na winę subiektywną, jednak należy do grupy osób o zmniejszonej odpowiedzialności, częściowo anormalnych. Przy wymiarze kary należało zatem podkreślić, że taka jednostka nie mogła podlegać temu samemu natężeniu społecznej reakcji, co normalna jednostka, nie ulegająca chorobliwie silnym pobudkom przestępnym, a w wyższym stopniu niż jednostka normalna powinna być poddana zabiegom społecznego wychowania.

Poza tym, przesłanki umieszczenia w zakładzie były takie same jak w art. 79 k.k. z 1932 r., czyli: dokonano przestępstwa, sprawca był stale – częściowo tylko odpowiedzialny i był groźny dla porządku prawnego w przyszłości. J. Makarewicz wskazywał przy tym, że umieszczenie w zakładzie z art. 80 k.k. z 1932 r. zależy wyłącznie od uznania sprawcy przez sąd za częściowo anormalnego, a nie od zastosowania wobec niego nadzwyczajnego złagodzenia kary[187].

W art. 18 § 1 k.k. z 1932 r. wskazano, że częściowo nieodpowiedzialność zachodziła wówczas, gdy w chwili popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona.

W literaturze wskazywano, iż nie ma wątpliwości, że istnieją stany pośrednie między poczytalnością a niepoczytalnością. Wątpliwości natomiast pojawiły się w kwestii, czy wprowadzić do kodeksów karnych przepis dotyczący stanów pośrednich i ich prawnych konsekwencji w związku z tym, że ścisłe sprecyzowanie tych stanów pośrednich jest niemożliwe. Takim stanem pośrednim jest stan ograniczonej (zmniejszonej) poczytalności, polegający na pewnym odchyleniu *in minus* od normy psychiki sprawcy. Jest to zatem stan, który od niepoczytalności różni się jakościowo, skoro niepoczytalność wyłącza

[186] Szerzej na ten temat: J. Turski, *Stosowanie środków zabezpieczających wobec niepoczytalnych i mających poczytalność zmniejszoną*, NP 1965, Nr 7-8, s. 890-893.
[187] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 260-261.

odpowiedzialność, której nie wyłącza poczytalność ograniczona, zaś od poczytalności różni się ilościowo, gdyż jest poczytalnością w mniejszym stopniu. W tym właśnie ilościowym odróżnieniu – zdaniem W. Woltera – tkwi cała słaba strona tego pojęcia. Każde bowiem ilościowe rozgraniczenie bez możliwości wymierzenia za pomocą skali liczbowej prowadzi do dużych trudności przy stanach pogranicznych i jest podstawą sporów. Jednak praktyczna potrzeba i dążenie do tego, aby przepisy odzwierciedlały rzeczywistość spowodowały, że wiele ustaw karnych zinstytucjonalizowało problem ograniczonej poczytalności[188].

Zdaniem S. Śliwińskiego omawiany środek zabezpieczający miał charakter fakultatywny z tego powodu, że sprawca o zmniejszonej poczytalności miał ponieść karę, więc nie było wykluczone, że w pewnych przypadkach sama kara odniesie taki skutek hamujący skłonności przestępne, że można obejść się bez stosowania środka zabezpieczającego bez narażenia na niebezpieczeństwo porządku prawnego[189].

W myśl art. 80 § 2 k.k. z 1932 r., jeżeli takiego przestępcę sąd skazał na karę pozbawienia wolności, to o tym, czy orzeczoną karę wykonać, sąd rozstrzygał po zwolnieniu przestępcy z zakładu leczniczego. Twórca kodeksu karnego z 1932 r. podnosił, że jeśli orzeczona kary jest stosunkowo krótka, np. pół roku, a skazany w zakładzie zabezpieczającym spędził dłuższy czas, np. pięć lat, to sąd może go zwolnić od odbycia kary bezwarunkowo lub warunkowo (stosując warunkowe zawieszenie wykonania kary). Argumentował, że zasadniczo poddawanie karze osoby, której równowaga psychiczna z natury jest dość chwiejna, nie będzie korzystne dla jej stanu psychicznego. Jednak pewne względy mogą wskazywać na konieczność odpłaty, jak np. popełnienie przestępstw, które „(…) pozostawiły wrażenie w umysłach szerokich mas”[190]. Odbycie kary po zwolnieniu z zakładu będzie zasadne, gdy sąd nie zastosował nadzwyczajnego jej złagodzenia, gdyż widocznie sąd przypisał znaczenie wykonaniu kary, skoro nie chciał jej umniejszyć[191].

Czasu pobytu w zakładach, o których mowa w art. 79 i 80 k.k. z 1932 r. nie oznaczano z góry. Zgodnie z art. 81 k.k. z 1932 r. sąd nie mógł zarządzić zwolnienia z zakładu wcześniej, niż po upływie jednego roku. Minimalny okres zamknięcia uzasadniany był koniecznością ochrony społeczeństwa przed zbyt pochopnym stwierdzeniem ze strony lekarzy zakładowych, iż niebezpieczeństwo ze strony sprawcy minęło. Brak oznaczenia maksymalnego czasu zamknięcia wyjaśniony został przez J. Makarewicza jednoznacznie:

[188] W. Wolter (w:) *Psychiatria w procesie karnym*, M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, Warszawa 1968, s. 39.
[189] S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne*. *Część ogólna,* Warszawa 1946, s. 548.
[190] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 262.
[191] Tamże, s. 262.

„osobnik nieodpowiedzialny (w zupełności lub częściowo) podlegać musi leczeniu i oddzieleniu od życia społecznego na tak długo, jak długo trwa niebezpieczeństwo grożące z jego strony”[192]. S. Śliwiński stwierdził, iż sąd zarządzi zwolnienie dopiero wtedy, gdy dojdzie do przekonania, że sprawca czynu zabronionego pod groźbą kary albo został wyleczony, albo przynajmniej jego choroba, względnie stan psychiczny, przestały być groźne dla porządku prawnego[193].

Trzeci ze środków zabezpieczających izolacyjno-leczniczych przewidzianych w k.k. z 1932 r. dotyczył sprawców uzależnionych. W myśl art. 82 § 1 i 2 k.k. z 1932 r., jeżeli czyn pozostawał w związku z nadużywaniem napojów wyskokowych lub innych środków odurzających, sąd mógł zarządzić, by sprawcę, po ewentualnym odbyciu wymierzonej kary, umieszczono w odpowiednim zakładzie leczniczym na przeciąg 2 lat. Możliwe było wcześniejsze zwolnienie przez sąd z zakładu.

Przyjmowano, że czyn pozostawał w związku z nadużywaniem trucizn odurzających, np. morfiny, kokainy, nie tylko wtedy, gdy sprawca działał pod ich bezpośrednim wpływem, ale także wtedy, gdy działał na skutek ich pośredniego oddziaływania, np. na skutek gwałtownego ich pragnienia: morfinista chcąc zaspokoić głód narkotyczny dopuszcza się szeregu kradzieży, by uzyskać gotówkę na zakup morfiny, czy fałszuje receptę na jej zakup itp. Związek z nadużyciem trucizn odurzających tylko wówczas uzasadniał stosowanie tego środka zabezpieczającego, gdy groziło ponowne nadużycie trucizn i ponowne przestępstwo[194].

Jeżeli sprawca został skazany na karę pozbawienia wolności, należało najpierw wykonać karę. Wskazywano, że z tej przyczyny stosowanie tego środka zabezpieczającego było fakultatywne, gdyż nie można wykluczyć, że już przez sam pobyt w zamknięciu sprawca zdołał odzwyczaić się od środka odurzającego[195]. Umieszczenie w zakładzie przewidziano maksymalnie na dwa lata mając na względzie przypadki, w których można myśleć o leczeniu i wyleczeniu sprawcy. Jak wskazywał S. Śliwiński, ustawodawca wychodził z założenia, że w tym okresie albo nastąpi wyleczenie, albo też trzymanie w zakładzie jest bezcelowe[196].

Sąd orzekał ogólnie oddanie do odpowiedniego zakładu, bez wskazania terminu i mógł orzec wcześniejsze zwolnienie sprawcy po upływie pewnego okresu, przy czym było to zwolnienie bezwarunkowe. Dopuszczano oddawanie sprawcy, znajdującego się

[192] Tamże, s. 262.
[193] S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946, s. 549.
[194] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 264.
[195] S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946, s. 549.
[196] Tamże, s. 549.

w zakładzie, pod opiekę rodziny na pewien czas celem obserwacji, jak będzie korzystać z względnej wolności. Te próby o charakterze klinicznym miały na celu stwierdzenie, czy i o ile sprawca potrafi kierować swoim postępowaniem na wolności bez uszczerbku dla swojego zdrowia i bez niebezpieczeństwa dla innych. Mogły odbywać się za wiedzą sądu i miały ułatwić podjęcie decyzji o definitywnym zwolnieniu sprawcy[197].

Jeżeli chodzi o lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w k.k. z 1969 r., pierwszym z nich był środek izolacyjno-leczniczy w postaci umieszczenia sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie. Z art. 99 k.k. z 1969 r. wynikało, że jeżeli uznano, że sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności określonej w art. 25 § 1, a jego pozostawanie na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, sąd orzeka umieszczenie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie. W art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. przewidziano możliwość zastosowania tej instytucji względem skazanego za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 25 § 2.

W porównaniu z unormowaniem przewidzianym w k.k. z 1932 r. doszło do dość zasadniczej zmiany, na którą zwrócił uwagę M. Tarnawski, za Sądem Najwyższym, który w postanowieniu w z dnia 27 października 1970 r., w sprawie V KRN 403/70, wskazał, iż przepisy art. 99 i 100 k.k. tym różnią się od przepisów z art. 79 i 80 k.k. z 1932 r., że uzależniają zastosowanie środków zabezpieczających w postaci umieszczenia sprawcy czynu zabronionego w szpitalu psychiatrycznym od ustalenia nie tylko tego, że pozostawanie sprawcy na wolności grozi niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, ale także tego, że niebezpieczeństwo to ma charakter poważny. Tym samym więc - zdaniem M. Tarnawskiego - przepisy art. 99 i 100 k.k. z 1969 r. będą miały zastosowanie w zakresie węższym niż ich odpowiedniki w k.k. z 1932 r. (art. 79 i 80)[198].

Przesłankami zastosowania środka zabezpieczającego określonego w art. 99 k.k. z 1969 r. było ustalenie, że: osoba, wobec której ma być orzeczony jest sprawcą czynu zabronionego pod groźbą kary, sprawca dopuścił się tego czynu zabronionego w stanie niepoczytalności określonej w art. 25 § 1 k.k. z 1969 r. oraz, że jego pozostawanie na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego.

Zgodnie z art. 25 § 1 k.k. z 1969 r. niepoczytalnym był sprawca, który z powodu niedorozwoju umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności

[197] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 267.
[198] M. Tarnawski, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, Pal. 1973, Nr 5, s. 23.

psychicznych nie mógł w chwili czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swym postępowaniem.

W porównaniu z k.k. z 1932 r. wprowadzono do ustawy karnej pojęcie niepoczytalności w miejsce nieodpowiedzialności oraz zmieniono kolejność wyliczenia kodeksowego, wysuwając na plan pierwszy chorobę psychiczną, co tłumaczono koniecznością redakcyjnego uporządkowania. W. Zalewski ocenił, że zmiana miała charakter drugorzędny, jednak zauważył, iż nastąpiło pewne przewartościowanie gradacji zakłóceń psychicznych[199].

Wśród karnomaterialnych przesłanek stosowania środka zabezpieczającego z art. 99 k.k. z 1969 r., jak również kolejnego, z art. 100 § 1 k.k. z 1969 r., zdaniem K. Zgryzka, najwięcej kontrowersji, w doktrynie i orzecznictwie, wywoływał warunek, by pozostawanie sprawcy na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego. Wątpliwości dotyczyły czynników, od których uzależnione było uznanie, że sprawca grozi takim niebezpieczeństwem, nadto odnosiły się do kwestii, czy to sąd, czy biegły ma decydować o istnieniu rzeczonego niebezpieczeństwa oraz o tym, czy jest ono poważne i wreszcie, dotyczyły rozumienia samego pojęcia porządku prawnego[200].

O groźbie poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego ze strony sprawcy czynu zabronionego, w ocenie M. Tarnawskiego, powinny decydować dwa czynniki: charakter i rodzaj zakłócenia czynności psychicznych oraz charakter i okoliczności popełnionego czynu zabronionego[201]. Również W. Sieracki uważał, że o uznaniu niebezpieczeństwa dla porządku prawnego za poważne powinny decydować dwa czynniki: rodzaj i charakter patologii psychicznej sprawcy czynu oraz charakter i okoliczności popełnionego czynu, przy czym w kontekście drugiego z czynników o groźbie poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego można mówić wówczas, gdy zaistnieje uzasadnione prawdopodobieństwo popełnienia przez sprawcę czynu o dużym ładunku społecznej szkodliwości. Za tego rodzaju czyny uznawał zbrodnie i występki zagrożone karą pozbawienia wolności jako jedyną albo karą surowszą[202].

---

[199] W. Zalewski, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona – garść wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015, s. 474.

[200] K. Zgryzek, *W sprawie poważnego niebezpieczeństwa jako materialnoprawnej przesłanki stosowania środków zabezpieczających* (art. 99 i 100 § 1 k.k.), NP 1986, Nr 11-12, s. 72 i nast. oraz tenże, *Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym*, Katowice 1989, s. 122 i nast.

[201] M. Tarnawski, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, Pal. 1973, Nr 5, s. 23.

[202] W. Sieracki, *Środki zabezpieczające według nowego kodeksu karnego*, P i P 1969, Nr 12, s. 1040.

K. Zgryzek prezentował zbliżony pogląd, że o poważnym niebezpieczeństwie decydować powinna uzasadniona obawa, że sprawca – w razie pozostawienia go na wolności – dopuści się czynów o szczególnie wysokim stopniu społecznego niebezpieczeństwa, przy czym niebezpieczeństwo to powinno być realne, a nie tylko potencjalnie możliwe i grozić porządkowi prawnemu już obecnie[203]. Również zdaniem A. Zolla o poważnym niebezpieczeństwie mogła być mowa tylko wtedy, gdy istniało uzasadnione prawdopodobieństwo popełnienia przez sprawcę czynu o dużym ładunku społecznej szkodliwości[204].

Powyższe poglądy dominowały, aczkolwiek wyrażano i takie, że przymiotnik „poważne" powinien zostać skreślony z treści art. 99 k.k. z 1969 r. i art. 100 § 1 k.k. z 1969 r., gdyż prowadzi do nadmiernego zawężenia, w stosunku do realnej potrzeby ochrony porządku prawnego, stosowania leczniczych środków zabezpieczających[205].

W judykaturze przyjmowano, podobnie jak w doktrynie, że niebezpieczeństwo dla porządku prawnego jest poważne - w rozumieniu art. 99 oraz 100 § 1 k.k. z 1969 r. - jeżeli pozostawanie sprawcy na wolności groziło realnie popełnieniem przez niego czynu zabronionego[206]. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 marca 1973 r., w sprawie I KR 411/72[207], stwierdził, że niebezpieczeństwo dla porządku prawnego w rozumieniu art. 100 k.k. z 1969 r. jest tym poważniejsze i tym bardziej uzasadnia zastosowanie przewidzianego w tym przepisie środka zabezpieczającego, im groźniejsze przestępstwo sprawca już popełnił oraz im większe jest prawdopodobieństwo popełnienia tak samo groźnego przestępstwa w przyszłości w razie pozostawienia sprawcy na wolności. Popełnienie zbrodni i prawdopodobieństwo popełnienia zbrodni w przyszłości ponownie powinno z reguły przemawiać za celowością orzeczenia środka zabezpieczającego.

W orzeczeniu z dnia 22 października 1971 r., w sprawie V KRN 368/71, Sąd Najwyższy zawarł stanowisko, że „szkodliwość społeczna takich czynów, jak fałszywe oskarżenie lub zniesławienie, bywa znaczna, jednakże istnieje wiele środków pozwalających na zneutralizowanie niepożądanych następstw takich czynów. Ewentualna skłonność do ich popełniania jedynie w zupełnie krańcowych wypadkach może stanowić podstawę do uznania, że stwarzają one „poważne" w rozumieniu art. 99 k.k. niebezpieczeństwo dla porządku

[203] K. Zgryzek, *W sprawie poważnego niebezpieczeństwa jako materialnoprawnej przesłanki stosowania środków zabezpieczających (art. 99 i 100 § 1 k.k.)*, NP 1986, Nr 11-12, s. 76.
[204] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 470.
[205] J. Nelken, *W sprawie zmian w unormowaniu stosowania leczniczych środków zabezpieczających*, NP 1985, Nr 4, s. 74.
[206] J. Bafia (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977, s. 281. Zob. też uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 12 października 1972 r., VI KZP 51/72, Legalis numer: 16595.
[207] Legalis numer: 17003.

prawnego i że tym samym uzasadniają umieszczenie niepoczytalnego sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie"[208].

Z orzecznictwa wynikało nadto, iż bez opinii biegłych w przedmiocie niebezpieczeństwa grożącego ze strony sprawcy dla porządku prawnego sąd nie jest władny stosować środków zabezpieczających[209]. Przyjmowano równocześnie, że ustalenie, iż pozostawanie sprawcy na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego winno być poczynione nie tylko na podstawie opinii biegłych psychiatrów, ale także na podstawie innych okoliczności, jak dotychczasowe życie sprawcy, warunki życia na wolności, możliwość sprawowania nad nim opieki przez osoby trzecie itp.[210] Nie było przy tym konieczne, aby biegli stwierdzili *expressis verbis*, że pozostawanie sprawcy na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, a wystarczyło, aby ta okoliczność wynikała z całokształtu opinii biegłych[211].

K. Zgryzek uznawał za porządek prawny w rozumieniu przepisów o stosowaniu środków zabezpieczających unormowania prawa karnego podkreślając, że jeśli chodzi o zachowania naruszające porządek prawny sankcjonowany innymi niż prawa karnego normami, np. cywilnego czy administracyjnego, to wejdą one w grę o tyle, o ile będą równocześnie deliktami w rozumieniu prawa karnego[212]. W literaturze podnoszono również, że do zastosowania instytucji z art. 99 k.k. z 1969 r. nie wystarczyło popełnienie przez sprawcę wykroczenia, choćby pozostałe przesłanki (niepoczytalność i stan niebezpieczeństwa dla porządku prawnego) zostały spełnione[213].

Drugi, wyżej wspomniany już, środek zabezpieczający izolacyjno-leczniczy w k.k. z 1969r., z tym, że o charakterze fakultatywnym, dotyczył sprawcy o poczytalności ograniczonej. Zgodnie z art. 100 § 1 k.k. z 1969 r., jeśli nastąpiło skazanie za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 25 § 2 k.k., a pozostawanie sprawcy na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, sąd mógł orzec jego umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie. W przypadku, gdy takiego sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności albo

[208] Legalis numer: 15759.
[209] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 listopada 1953 r., I K 632/53, Legalis: 666646.
[210] Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 listopada 1991, II AKz 94/91, Legalis numer: 288477.
[211] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 470.
[212] K. Zgryzek, *W sprawie poważnego niebezpieczeństwa jako materialnoprawnej przesłanki stosowania środków zabezpieczających (art. 99 i 100 § 1 k.k.)*, NP 1986, Nr 11-12, s. 80.
[213] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 469 oraz K. Zgryzek, *W sprawie poważnego niebezpieczeństwa jako materialnoprawnej przesłanki stosowania środków zabezpieczających (art. 99 i 100 § 1 k.k.)*, NP 1986, Nr 11-12, s. 80-81.

na karę ograniczenia wolności wykonanie kary następowało po zwolnieniu sprawcy z zakładu; skazanego na karę pozbawienia wolności sąd mógł warunkowo zwolnić na zasadach określonych w art. 90-98 k.k., przy czym zwolnienie mogło nastąpić w każdym czasie bez ograniczeń wynikających z art. 91 § 1 k.k., natomiast oddanie pod dozór było obowiązkowe, co wynikało z art. 100 § 2 k.k. z 1969 r. W § 3 art. 100 k.k. z 1969 r. ustawodawca postanowił, że sąd rozstrzyga przed zwolnieniem z zakładu, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać.

M. Tarnawski skrytykował przyjęte rozwiązanie, polegające na tym, że ten sam – w jego ocenie – środek zabezpieczający miał być orzekany raz obligatoryjnie, a raz fakultatywnie tylko dlatego, że w jednym przypadku mamy do czynienia z osobą niepoczytalną, a w drugim z osobą o ograniczonej poczytalności i postulował zmianę przepisu art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. nakazującą sądowi stosowanie izolacyjno-leczniczego środka zabezpieczającego także wobec sprawców o ograniczonej poczytalności, jeśli z ich strony grozi poważne niebezpieczeństwo porządkowi prawnemu[214].

Krytyki nie można uznać za zasadnej, jako że art. 99 i art. 100 k.k. z 1969 r. przewidywały dwa różne środki zabezpieczające, acz o tym samym charakterze (izolacyjno-leczniczym), co wynikało z tego, że dotyczyły dwóch różnych kategorii sprawców. Słusznie ustanowiono fakultatywność orzekania środka zabezpieczającego pobytu w szpitalu psychiatrycznym albo innym zakładzie wobec sprawców o zmniejszonej poczytalności, gdyż sprawcy ci odpowiadali za swój czyn i zasadniczo podlegali karze, a w przypadku sprawców niepoczytalnych środek zabezpieczający umieszczenia w szpitalu był jedyną dopuszczalną formą reakcji prawno karnej.

W doktrynie wskazywano, że o celowości stosowania środka zabezpieczającego z art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. powinien decydować przede wszystkim charakter i wielość szkód realnie grożących porządkowi prawnemu oraz rodzaj i rozmiar orzeczonej kary. Za niecelowe uznawano stosowanie go wobec sprawców dotkniętych trwałymi anomaliami psychicznymi, skazanych na długoterminową karę pozbawienia wolności, gdyż internacja w tych przypadkach prowadzi do nieuzasadnionego wydłużenia pozbawienia wolności. Jako słuszne oceniono rozwiązanie, że najpierw należy sprawcę leczyć, a dopiero potem stosować represję w postaci wykonania kary, gdyż skuteczną resocjalizację można osiągnąć wobec takiego sprawcy, który jest już wyleczony, a przynajmniej nie zdradza poważnych objawów chorobowych. Zauważono, że podobne unormowanie przyjęto również w k.k. z 1932 r.[215]

[214] M. Tarnawski, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, Pal. 1973, Nr 5, s. 26.
[215] Tamże, s. 29.

Z przepisu art. 100 § 3 k.k. z 1969 r. wynikało, że przed zwolnieniem z zakładu sąd decydował, czy należy wykonać orzeczoną karę pozbawienia wolności. Sąd miał zatem trzy możliwości: przed zwolnieniem z zakładu orzec, że należy wykonać karę pozbawienia wolności; przed zwolnieniem z zakładu orzec o bezwarunkowym zwolnieniu sprawcy z odbycia kary pozbawienia wolności albo po zwolnieniu z zakładu, nawet w czasie odbywania kary zwolnić sprawcę warunkowo i przedterminowo z odbycia reszty kary pozbawienia wolności[216].

W literaturze sporne było jednak, czy decyzja o niewykonaniu kary pozbawienia wolności oznacza bezwarunkowe czy warunkowe zwolnienie z odbywania kary[217]. A. Gimbut zajęła stanowisko, że w k.k. z 1969 r. przewidziano dwa rodzaje zwolnienia z odbywania kary pozbawienia wolności wobec osób, które popełniły przestępstwo w stanie ograniczonej poczytalności i wobec których orzeczono umieszczenie w odpowiednim zakładzie leczniczym tytułem środka zabezpieczającego, czyli zwolnienie bezwarunkowe z art. 100 § 3 k.k. oraz zwolnienie warunkowe z art. 100 § 2 zd. drugie k.k.[218]. Podobnie A. Zoll uznawał, że art. 100 § 3 k.k. z 1969 r. powinien być odczytywany niezależnie od art. 100 § 2 k.k. z 1969 r. i, że przewiduje on możliwość bezwarunkowego zwolnienia[219].

Odmienny pogląd zaprezentował W. Sieracki podkreślając, iż przepis art. 100 § 3 k.k. z 1969 r. powinien być interpretowany w ścisłym powiązaniu z poprzedzającym go przepisem art. 100 § 2 k.k. z 1969 r. i to w takim sensie, że w art. 100 § 3 k.k. wskazuje się jedynie, w jakim stadium sąd ma podjąć decyzję w przedmiocie wykonania względnie niewykonania kary pozbawienia wolności. Argumentował on przede wszystkim, że uznanie, iż art. 100 § 3 k.k. z 1969 r. ma samodzielny byt i że na jego podstawie sąd mógłby w ogóle zwolnić sprawcę od odbycia kary pozbawienia wolności doprowadziłoby do paradoksu wyrażającego się w tym, że sprawcę przestępstwa o mniejszym ładunku społecznej szkodliwości, za które orzeczono karę ograniczenia wolności, po zwolnieniu z zakładu leczniczego, dotknęłaby dalsza dolegliwość w postaci konieczności wykonania kary, a sprawca przestępstwa o wyższym ładunku społecznej szkodliwości, któremu wymierzono karę pozbawienia wolności, mógłby - po zwolnieniu z zakładu leczniczego - uniknąć jakiejkolwiek dolegliwości. Dodatkowo zwracał uwagę, że nie ma przepisu wskazującego prawno-karną instytucję, w ramach której sąd miałby podjąć decyzję o rezygnacji z wykonania kary

[216] Tamże, s. 31.
[217] A. Gimbut, *Zwolnienie od kary pozbawienia wolności po odbyciu środka zabezpieczającego*, P i P 1976, Nr 7, s. 95-99.
[218] Tamże, s. 100.
[219] Tak również A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 473.

pozbawienia wolności[220]. Komentatorzy wskazywali, że rozstrzygając, czy wykonać orzeczoną karę sąd powinien kierować się względami celowości społecznej. Powinien brać pod uwagę rodzaj i wymiar orzeczonej kary oraz czas przebyty przez sprawcę w zakładzie, np. gdyby kara pozbawienia wolności wynosiła kilka miesięcy, a sprawca przebywał w zakładzie kilka lat, to sąd mógłby uznać wykonanie kary za niecelowe i odwrotnie, gdyby kara pozbawienia wolności wynosiła kilkanaście lat, a pobyt w zakładzie rok, to należało karę zarządzić[221].

Grzywna i kary dodatkowe orzeczone wobec sprawcy, o którym mowa w art. 100 § 1 k.k. z 1969 r., podlegały zawsze wykonaniu. Wątpliwości natomiast pojawiły się co do kary ograniczenia wolności wobec milczenia ustawodawcy. Uznano, że w tej sytuacji dopuszczalne jest zastosowanie wykładni *argumentum a maiori ad minus* i uznanie, że przed zwolnieniem z zakładu sąd decyduje również o wykonaniu kary ograniczenia wolności[222]. W przeciwnym bowiem wypadku zaistniałaby paradoksalna sytuacja, na którą wskazywał W. Sieracki.

W orzecznictwie przyjęto, że okresu przebywania skazanego w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie – tytułem środka zabezpieczającego określonego w art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. – nie zalicza się na poczet kary pozbawienia wolności[223].

Komentatorzy krytykowali omawiany środek zabezpieczający wskazując, że wobec tego, sytuacja sprawcy mogła być dwojaka: albo „gorsza", jeśli sąd zdecydował o wykonaniu kary pozbawienia wolności po okresie pobytu w placówce psychiatrycznej, gdyż na okres rzeczywistego pozbawienia wolności składały się wówczas dwa pobyty albo „lepsza", jeśli sąd podjął decyzję o niewykonywaniu kary pozbawienia wolności, co powodowało, że środek zabezpieczający *de facto* zastępował karę[224].

W art. 101 k.k. z 1969 r. przewidziano, że w przypadku obu opisanych wyżej środków zabezpieczających czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry, a sąd orzekał zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie było konieczne. Sąd zatem

[220] W. Sieracki, *Środki zabezpieczające według nowego kodeksu karnego,* P i P 1969, Nr 12, s. 1040-1041.
[221] J. Bafia (w:) *Kodeks karny. Komentarz,* Warszawa 1977, s. 282. Podobnie A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 472.
[222] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 473.
[223] Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 1978 r., VII KZP 12/78, Legalis numer: 21002.
[224] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1265.

zobowiązany był orzec zwolnienie sprawcy, jeśli ustały okoliczności, które w myśl art. 99 lub 100 k.k. z 1969 r. zadecydowały o uznaniu, że umieszczenie w szpitalu jest konieczne[225].

W wyroku z dnia 30 kwietnia 1991 r., w sprawie II AKz 17/91, Sąd Apelacyjny w Białymstoku podniósł, iż art. 101 k.k. z 1969 r. rozstrzygający o czasie trwania pobytu w zakładzie leczniczym i zasadach orzekania o zwolnieniu sprawcy przewiduje jedną przesłankę decyzji o zwolnieniu – brak konieczności dalszego pozostawania sprawcy w zakładzie leczniczym, co jest równoznaczne z ustaleniem, że przebywanie jego na wolności nie będzie stanowiło poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego ze względu na wyleczenie, zmianę postaci schorzenia lub inne przyczyny neutralizujące lub zmniejszające stan niebezpieczeństwa[226].

Zmiana w porównaniu z art. 81 k.k. z 1932 r. była niezwykle istotna, jako że uwzględniając osiągnięcia medycyny, w tym psychiatrii, słusznie pominięto zastrzeżenie, że zwolnienie z zakładu leczniczego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie roku[227].

Kolejny środek zabezpieczający o charakterze izolacyjno-leczniczym w k.k. z 1969 r. dotyczył sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego. Sąd mógł orzec umieszczenie takiego sprawcy przed odbyciem kary w zakładzie leczenia odwykowego (art. 102 § 2 k.k. z 1969 r.). Czasu pobytu w zakładzie nie określano z góry, jednak nie mógł być krótszy niż 6 miesięcy i dłuższy niż 2 lata. Sąd rozstrzygał o zwolnieniu na podstawie wyników leczenia. Zgodnie z art. 100 § 3 k.k. z 1969 r., który miał tu odpowiednie zastosowanie na podstawie art. 102 § 3 k.k. z 1969 r., przed zwolnieniem z zakładu sąd decydował, czy należy wykonać orzeczoną karę pozbawienia wolności.

W porównaniu do analogicznych rozwiązań przewidzianych w art. 82 § 1 k.k. z 1932 r. podkreślano różnicę polegającą na tym, że wcześniej o umieszczeniu nałogowych alkoholików lub narkomanów w zakładzie leczniczym sąd miał orzekać po odbyciu kary, natomiast wedle ar. 102 § 1 k.k. z 1969 r. umieszczenie sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego miało nastąpić przed odbyciem kary. W. Sieracki wyraził jednak wątpliwość co do słuszności przyjętego rozwiązania wskazując, że nie można wykluczyć, iż wyleczenie sprawcy będzie możliwe w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, zwłaszcza długoterminowej i w takim przypadku, sąd nie powinien zarządzać wykonania tego środka zabezpieczającego, którego stosowanie jest fakultatywne.

[225] E. Huzar, *Zwolnienie ze szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 101 k.k.*, NP 1973, Nr 11, s. 1597.
[226] Legalis numer: 32499.
[227] W. Sieracki, *Środki zabezpieczające według nowego kodeksu karnego*, P i P 1969, Nr 12, s. 1042.

Druga różnica dotyczyła czasu stosowania środków zabezpieczających, a mianowicie, zgodnie z art. 82 § 1 k.k. z 1932 r. sprawcę umieszczano w zakładzie leczniczym na okres 2 lat, przy czym sąd mógł zarządzić wcześniejsze zwolnienie, zaś według art. 102 § 2 k.k. z 1969 r. pobyt w zakładzie leczenia odwykowego nie mógł być krótszy niż 6 miesięcy i nie dłuższy niż 2 lata, a zatem uwzględniono aktualne osiągnięcia medycyny w zakresie leczenia tego rodzaju i słusznie wskazano, że czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry[228].

Użyte w art. 102 § 1 k.k. z 1969 r. sformułowanie „przed odbyciem kary" pozwala uznać, iż omawiany środek zabezpieczający mógł mieć zastosowanie nie tylko do skazanych na bezwzględną karę pozbawienia wolności, ale również do sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania oraz skazanych na karę ograniczenia wolności i grzywnę. W wyroku z dnia 5 lutego 1996 r., w sprawie II KRN 185/95, Sąd Najwyższy zaprezentował stanowisko, że treść art. 102 § 1 k.k. z 1969 r. nie daje podstaw do postawienia tezy, że umieszczenie sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego może nastąpić tylko wtedy, gdy sprawca został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. Określenie użyte w art. 102 § 1 k.k. z 1969 r. „przed odbyciem kary" nie oznacza, że chodzi tu zawsze o bezwzględną karę pozbawienia wolności[229].

Przesłankami stosowania tego izolacyjno-leczniczego środka zabezpieczającego było skazanie za przestępstwo i ustalenie, że zostało popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego. Konieczne było zasięgnięcie opinii biegłych psychiatrów[230].

Zasadnie wskazywano w piśmiennictwie, jak zresztą już wcześniej podkreślał J. Makarewicz na gruncie analogicznego środka zabezpieczającego przewidzianego w art. 82 k.k. z 1932 r., iż nie chodzi tu koniecznie o przestępstwa popełnione w stanie odurzenia alkoholowego czy narkotycznego, lecz o pozostające w związku z nałogowym alkoholizmem czy narkomanią. Sprawca może nie być w chwili przestępstwa w stanie odurzenia, ale sąd - biorąc pod uwagę, że przestępstwo zostało popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego - może orzec o umieszczeniu sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego, jeśli uzna to za celowe z uwagi na interes społeczny i interes sprawcy[231].

[228] Tamże, s. 1043-1044.
[229] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1996 r., II KRN 185/95, Legalis numer: 29740.
[230] Tak Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 25 listopada 1971 r., V KZP 47/71, Legalis numer: 15839.
[231] M. Tarnawski, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, Pal. 1973, Nr 5, s. 33.

Pogląd powyższy podzielało orzecznictwo wskazując, że związek popełnionego przestępstwa z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego w rozumieniu art. 102 § 1 k.k. z 1969 r. zachodzi zarówno wtedy, gdy przestępstwo zostało popełnione pod wpływem alkoholu lub innego środka odurzającego przez sprawcę dotkniętego wspomnianym nałogiem, jak i wtedy, gdy nałóg sprawcy przestępstwa jest przyczyną jego popełnienia[232].

Warunkiem stosowania środka zabezpieczającego przewidzianego w art. 102 § 1 k.k. z 1969 r. nie było odrębne ustalenie stanu niebezpieczeństwa dla porządku prawnego ze strony sprawcy[233].

W literaturze zwracano uwagę na fakt, że wiele zakładów leczenia odwykowego stanowią oddziały zakładów karnych i w konsekwencji zgłaszano obawy, że w praktyce może prowadzić to do zatarcia różnicy pomiędzy odbywaniem leczenia odwykowego w ramach kary pozbawienia wolności a odbywaniem takiego leczenia przed wykonaniem kary[234].

Sporną kwestią było, czy sąd decydując przed zwolnieniem w zakładu o tym, czy wykonać orzeczoną karę pozbawienia wolności może orzec o jej wykonaniu, o bezwarunkowej rezygnacji z wykonania kary albo o warunkowym zwolnieniu w trybie art. 100 § 2 zd. 2 k.k. z 1969 r., czy też może jedynie orzec o wykonaniu kary albo o bezwarunkowej z niej rezygnacji. A. Zoll opowiedział się za drugim rozwiązaniem, albowiem art. 102 § 3 k.k. z 1969 r. nie odwołuje się do art. 100 § 2 k.k. z 1969 r., a do art. 100 § 3 k.k. z 1969 r. Jednocześnie nie wykluczył zastosowania wykładni *a maiori ad minus* na korzyść skazanych podnosząc, że w wielu wypadkach możliwość oddania pod dozór i kontrola w okresie warunkowego zwolnienia pozwoli w ogóle odstąpić od decyzji nakazującej wykonanie kary[235].

5. Lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksie karnym z 1997 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku.

5.1. Norma gwarancyjna przewidziana w art. 93 k.k.

W piśmiennictwie słusznie akcentuje się, że w odniesieniu do leczniczych środków zabezpieczających wiążących się z pozbawieniem wolności, poza zasadami ich stosowania

[232] Tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 1978 r., II KR 198/78 Legalis numer: 21090
[233] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 475.
[234] Tamże, s. 476.
[235] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 476.

określonymi w polskiej ustawie karnej, należy odnosić się do regulacji przewidzianych w Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, a zwłaszcza do jej art. 5[236].

W art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r.[237] postanowiono, że każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem następujących przypadków i w trybie ustalonym przez prawo: zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umysłowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi.

Konieczne jest także uwzględnienie unormowań Konstytucji RP[238]. W myśl jej art. 31 ust. 1 wolność człowieka podlega ochronie prawnej, a zatem dopuszczalność stosowania leczniczych środków zabezpieczających o charakterze izolacyjnym ograniczona jest koniecznością spełnienia przesłanek gwarancyjnych określonych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Znamienne jest przy tym brzmienie art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wynika, iż każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie.

Zgodnie z art. 93 k.k. z 1997 r., w jego pierwotnym brzmieniu, sąd mógł orzec przewidziany w tym rozdziale środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym tylko wtedy, gdy było to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego.

W omawianym art. 93 k.k. po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie karnym wprowadzono zasadę *ultima ratio* (ostateczności) środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zakładzie zamkniętym. Regulacja bowiem nie miała swojego odpowiednika ani w k.k. z 1932 r., ani w k.k. z 1969 r., a korespondowała z wyżej przytoczonymi wymogami obowiązującymi w demokratycznym państwie prawa, będąc wyrazem wzmocnienia ochrony wolności człowieka. Stwierdzenie, że zastosowanie środka

[236] J. Postulski, *Gwarancje stosowania środków zabezpieczających w świetle aktualnego orzecznictwa Sądu Najwyższego*, Prok. i Pr. 2008, Nr 11, s. 57.
[237] Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284.
[238] Ustawa z dnia 02 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483).

zabezpieczającego związanego z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym jest niezbędne należy rozumieć w ten sposób, że żadne inne prawnie przewidziane w danej sytuacji środki nie są w stanie zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego[239].

W doktrynie podkreślano, iż przepis ten pełnił rolę deklaracji wstępnej wobec postanowień kolejnych przepisów i stanowił swego rodzaju wyprowadzenie przed nawias zasad ich stosowania. Zasadniczo nie był samoistną podstawą orzeczenia środka zabezpieczającego, za wyjątkiem sytuacji określonej w art. 94 § 3 k.k. Określał jedynie minimalne warunki dopuszczalności orzeczenia umieszczenia w zakładzie zamkniętym[240].

W postanowieniu z dnia 3 lipca 2003 r., wydanym w sprawie II KK 138/03, Sąd Najwyższy stwierdził, że „(…) wymieniony przepis, mający charakter ogólnej normy gwarancyjnej, odnosi się do wszystkich środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, a więc zarówno tych przewidzianych w rozdziale X Kodeksu karnego (chodzi o internowanie osoby niepoczytalnej w zakładzie psychiatrycznym przewidziane w art. 94 k.k. i o umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego osoby skazanej na karę pozbawienia wolności za przestępstwo pozostające w związku z uzależnieniem przewidziane w art. 96 k.k.), jak i - w myśl art. 116 k.k. - środków określonych w innych ustawach przewidujących odpowiedzialność karną. Użyte w art. 93 k.k. sformułowanie "sąd może orzec" oznacza obowiązek umieszczenia sprawcy w zakładzie zamkniętym o charakterze leczniczo - izolacyjnym tylko wówczas, gdy spełnione zostaną wymogi określone w art. 93 - 94 i 96 k.k. Innymi słowy, przepis art. 93 k.k. nie może w żadnym razie stanowić samoistnej podstawy do orzeczenia środka zabezpieczającego”[241]. W postanowieniu z dnia 15 maja 2014 r., III KK 460/13, Sąd Najwyższy wypowiedział się, że przepis art. 93 k.k. stosuje się do leczniczego środka zabezpieczającego orzekanego na podstawie art. 71 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii[242].

Brzmienie art. 93 k.k. uległo zmianie z dniem 8 czerwca 2010 r., na podstawie art. 1 pkt 20 Ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw z dnia 5 listopada 2009 r.[243]. Postanowiono w nim, że sąd może orzec

[239] A. Marek, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna,* Warszawa 1999, s. 260.
[240] Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 1249.
[241] Legalis numer 58200.
[242] Legalis numer 1024760.
[243] Dz. U. z 2009r., Nr 206, poz. 1589.

przewidziany w tym rozdziale środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym lub skierowaniem na leczenie ambulatoryjne tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego. Na skutek tej nowelizacji zasadą *ultima ratio* objęto zatem także sprawców skierowanych na leczenie ambulatoryjne. Uzupełnienie treści art. 93 k.k. o „zaburzenia preferencji seksualnych" wynikało natomiast ze znowelizowania art. 95a § 1 k.k., o czym szerzej w dalszej części pracy.

Zgodnie z pierwotnym brzmieniem art. 93 k.k. *in fine*, przed orzeczeniem środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym sąd wysłuchiwał lekarzy psychiatrów oraz psychologa. Na skutek wspomnianej wyżej nowelizacji dodano, że przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchiwał lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – także lekarza seksuologa.

Z treści art. 202 § 1-3 i § 5 k.p.k.[244] wynika, że w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego powołuje się co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów, którzy mogą wnioskować o powołanie do udziału w wydaniu opinii biegłego lub biegłych innych specjalności, np. psychologa. Do opiniowania w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych powołuje się biegłego lekarza seksuologa. Opinia biegłych psychiatrów powinna zawierać stwierdzenia dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego oraz zdolności do udziału w postępowaniu, a w razie potrzeby co do okoliczności wymienionych w art. 93 k.k.

Porównanie treści art. 93 k.k. i art. 202 k.p.k. nasuwa wniosek o braku spójności tych przepisów. Na płaszczyźnie procesowej przyjmowano bowiem, że udział psychologa w wydawaniu opinii sądowo-psychiatrycznej nie jest obowiązkowy, a na gruncie orzekania o środkach zabezpieczających przewidywano obowiązek jego wysłuchania. Porównanie obecnego brzmienia art. 202 § 1-3 i § 5 k.p.k. oraz nowego art. 354a § 1 k.p.k. pozwala na konstatację, że nadal brak tej spójności, a zatem problem jest aktualny. Na płaszczyźnie procesowej przyjmuje się w dalszym ciągu, że udział psychologa w wydawaniu opinii sądowo-psychiatrycznej nie jest obowiązkowy, a na gruncie orzekania o środkach zabezpieczających przewiduje się każdorazowo obowiązek wysłuchania psychologa.

[244] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm. (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r., poz. 534); dalej zwana k.p.k.

W doktrynie zaproponowano, aby w takiej sytuacji, biegły psycholog był powoływany na ogólnej zasadzie z art. 193 k.p.k., natomiast nie powinno to mieć miejsca – jak wynika z treści art. 202 § 2 k.p.k. – na wniosek biegłych psychiatrów[245]. Warto też wspomnieć, że środowisko psychiatryczne od lat popiera zamysł włączenia psychologa, jako stałego członka, do zespołu biegłych, który orzeka o stanie zdrowia psychicznego, co jest jak najbardziej słuszne. Przyjęta w polskiej ustawie karnej mieszana metoda określenia niepoczytalności nakazuje przyjąć, iż biegli psychiatrzy powinni wypowiadać się o prognozie lekarskiej, natomiast psycholog o jej społeczno-psychologicznym aspekcie[246].

Niezależnie od tego, czy psycholog jest powoływany na zasadzie ogólnej, czy na wniosek biegłych psychiatrów, zgodnie z art. 193 § 3 k.p.k., organ procesowy decyduje, czy powołani biegli z zakresu różnych specjalności, mają przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną wspólną opinię, czy opinie odrębne. Psychiatrzy mogą optować za wydaniem wspólnej i kompleksowej opinii albo zadowolić się odrębną, niezależną opinią psychologiczną, która zostanie wykorzystana do sporządzenia opinii psychiatrycznej, w zależności od okoliczności sprawy. Biegli psychiatrzy mogą bowiem oczekiwać pełnej, klinicznej diagnozy osobowości sprawcy ze szczególnym uwzględnieniem analizy jego procesów motywacyjnych złożonej w formie odrębnej opinii psychologicznej albo - uznając, że u podłoża czynu zabronionego leżały czynniki psychologiczne, np. stres, przeciążenie emocjonalne - wnioskować o wspólne wydanie opinii, której istota wyraża się w dyskusji trudności diagnostycznych, dopełnianiu wiedzy z granicznego obszaru obu specjalności i naświetleniu danego zjawiska z różnych aspektów[247].

Należy stwierdzić, iż orzecznictwo było jednolite w interpretacji art. 93 k.k.[248] Dotyczyło to zarówno kwestii stosowania art. 93 k.k. do wszystkich środków zabezpieczających polegających na umieszczeniu w zakładzie zamkniętym, a zatem przewidzianych w k.k. z 1997 r. i poza nim, co wskazano wyżej, jak i obowiązku wysłuchania biegłych przed zastosowaniem tego rodzaju środka zabezpieczającego.

W postanowieniu z dnia 27 listopada 2014 r., IV KK 337/14, Sąd Najwyższy stwierdził, że w świetle art. 93 k.k. wysłuchanie wskazanych biegłych przed zastosowaniem

[245] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1253.
[246] Gierowski Józef K., Szymusik A., *Reforma prawa karnego z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*, Pal. 1996, Nr 3-4, s. 47 oraz A. Chlebowska, *Leczniczo-izolacyjne środki zabezpieczające a gwarancje ochrony praw i wolności*, P i P 2009, Nr 7, s. 55-56.
[247] E. Habzda-Siwek, *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*, Kraków 2002, s. 40-41.
[248] Por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2012 r., II KK 326/12, Legalis numer 549559, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2015 r., II KK 323/1 i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2016 r., III KK 63/16, Legalis numer 1409849.

środka zabezpieczającego jest obligatoryjne, a nie jest wystarczające złożenie opinii przez biegłych wyłącznie na piśmie. Sąd jest obowiązany wysłuchać również ustnej opinii biegłych[249]. Tożsame stanowisko zaprezentował w wyroku z dnia 22 stycznia 2014 r., III KK 458/13[250], a wcześniej w wyroku z dnia 8 sierpnia 2013 r., III KK 208/13[251] i wyroku z dnia 20 listopada 2013 r., III KK 409/13[252]. Od obligatoryjności wysłuchania biegłych, zdaniem Sądu Najwyższego, nie ma odstępstwa również wtedy, gdy z wnioskiem o umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczniczym, w trybie art. 96 k.k., występuje sam oskarżony w ramach instytucji określonej w art. 387 § 1 k.p.k.[253] Sąd Najwyższy przyjmował, że zastosowanie środka zabezpieczającego określonego w art. 96 § 1 kk wymaga spełnienia proceduralnego obowiązku ujętego w art. 93 *in fine* k.k., to jest uprzedniego wysłuchania lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a to dlatego, iż przepis art. 93 k.k. ma charakter normy gwarancyjnej w odniesieniu do wszystkich środków zabezpieczających[254]. Nie budzi przy tym wątpliwości, że sąd zobowiązany jest dopuścić na rozprawie albo na posiedzeniu dowód z ustnej opinii wszystkich biegłych, a nie jedynie psychiatrów[255]. Konieczność wysłuchania lekarzy wszystkich specjalności wynika z tego, że określenie „prawdopodobieństwo popełnienia czynu" oznacza przede wszystkim prognozę zachowania się sprawcy z punktu widzenia psychiatrii i psychologii[256].

W literaturze wskazywano, że błędem ustawodawcy było pominięcie w art. 93 k.k. „innego zakłócenia czynności psychicznych", o którym mowa w art. 31 § 1 k.k. i co byłoby zgodne z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[257], w której art. 3 pkt 1 za osoby z zaburzeniami psychicznymi uważa się: osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne), upośledzone umysłowo i wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych. Jednocześnie dostrzegano, iż błąd ów nie miał większego znaczenia

[249] Legalis numer 1157517.
[250] Legalis numer 776844.
[251] Legalis 846766.
[252] Legalis numer 742116.
[253] Tak Sąd Najwyższy w wyroku z 7 grudnia 2011 r., V KK 349/11, OSNwSK 2011 nr 1, poz. 2300, Legalis numer 509654 i wyroku z 24 października 2013 r., III KK 352/13, OSNKW 2014 nr 1, poz. 8, Legalis numer 739697.
[254] Tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 stycznia 2015 r., II KK 323/14, Legalis numer 1180567.
[255] Zob. Postanowienie Sądu Najwyższego z 22 września 2003 r., IV KK 288/03, OSNwSK 2003 nr 1, poz. 2012, Legalis numer 63289, postanowienie Sądu Najwyższego z 31 marca 2005 r., IV KK 45/05 OSNwSK 2005 nr 1, poz. 651, Legalis numer 71555 i postanowienie Sądu Najwyższego z 24 sierpnia 2011 r., III KK 224/11, OSNwSK 2011 nr 1, poz. 1478, Legalis numer 503674.
[256] Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 12 kwietnia 2010 r., V KK 38/10, Legalis numer 388567.
[257] Dz. U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535 z późn. zm. dalej zwana u.o.z.p.

w praktyce, gdyż w razie pojawienia się podstawy do zastosowania środka zabezpieczającego, ustawa odsyłała w zakresie jednostek chorobowych do art. 31 k.k.[258].

Pogląd powyższy skrytykowali J. K. Gierowski i L. K. Paprzycki podnosząc, że nie ma mowy o niedopatrzeniu ustawodawcy, czy wręcz błędzie z zakresu techniki legislacyjnej, gdyż pomimo nowelizacji art. 93 k.k. w 2009 r. ustawodawca nie poprawił tego, co więcej, regulację uznali za świadomą i słuszną decyzję ustawodawcy. W okresie przed uchwaleniem kodyfikacji karnej w 1997 r. psychiatrzy i psycholodzy podnosili bowiem, że leczenie psychiatryczne osób z zakłóceniami psychicznymi z medycznego punktu widzenia pozbawione jest sensu, gdyż są to przede wszystkim psychopaci, których leczenie być może w ogóle nie jest możliwe, nie mówiąc już o innych zakłóceniach czynności psychicznych o fizjologicznym podłożu, które mają przemijający charakter po czasie czynu i o zagrożeniu w przyszłości dla porządku prawnego ze strony takiego sprawcy nie może być mowy[259].

Znamienne jest, że ani ustawa karna, ani ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie definiują pojęć: „choroba psychiczna", „upośledzenie umysłowe", „uzależnienie od alkoholu lub innego środka odurzającego" oraz „inne zakłócenie czynności psychicznych". Analiza innych aktów prawnych również nie pozwala doszukać się definicji wskazanych wyżej pojęć. W art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. jest mowa o osobach „chorych umysłowo", ale pojęcie to nie zostało zdefiniowane. Nie wypracowano również jednej, spójnej definicji choroby umysłowej w orzecznictwie ETPC. Pojęcie choroby umysłowej, czy choroby psychicznej, nie występuje na gruncie Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r.[260]. Z kolei na płaszczyźnie prawa polskiego o chorobie psychicznej, niedorozwoju umysłowym albo innego rodzaju zaburzeniach psychicznych, w szczególności pijaństwie lub narkomanii, jest mowa w art. 13 § 1 i art. 16 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny[261], w kontekście przesłanek ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego oraz w art. 82 k.c. dotyczącym wad oświadczenia woli. Również w art. 12 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy[262] ustawodawca posłużył się pojęciem choroby psychicznej w aspekcie tzw. względnego zakazu małżeńskiego. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jak wyżej wskazano, ogranicza pojęcie osoby chorej psychicznie do takiej, która wykazuje zaburzenia psychotyczne.

[258] Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 1253-1254.
[259] J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 333-334.
[260] Dz. U. z 1977r., nr 38, poz. 167.
[261] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 1740; ustawa dalej zwana k.c.
[262] Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 1359; ustawa dalej zwana k.r.o.

Słusznym jest zasadniczo rozwiązanie, aby nie definiować pojęć z zakresu medycyny, które mogą ulegać modyfikacjom w zależności od aktualnego stanu wiedzy medycznej, a zdefiniowanie ich w ustawach implikowałoby konieczność ich zmian i mogłoby zdarzyć się, iż definicje prawne nie nadążałyby za zmianami w nauce. Pojawia się jednak pytanie, w jaki sposób dokonywać wykładni pojęć „choroba psychiczna" i „upośledzenie umysłowe" funkcjonujących w obowiązujących aktach prawnych. Z pomocą przyszedł Trybunał Konstytucyjny, który w wyroku z dnia 22 listopada 2016 r., w sprawie K 13/15[263] ustalił, że „(…) archaiczne i nieprzystające do współczesnej wiedzy medycznej terminy „niedorozwój umysłowy" i „choroba psychiczna", (…) są w doktrynie i orzecznictwie utożsamiane z aktualnymi pojęciami „upośledzenie umysłowe" i „zaburzenia psychotyczne", które z kolei nie budzą co do zasady wątpliwości znaczeniowych. „Upośledzenie umysłowe" jest współczesnym synonimem „niedorozwoju umysłowego", a „zaburzenie psychotyczne (psychozy)" co do zasady obecnie zastąpiło termin „choroba psychiczna".

Patologiczne zmiany psychiki w psychiatrii podzielono na procesy chorobowe i stany anormalne. Do procesów chorobowych zaliczono choroby psychiczne, czyli psychozy, nerwice i psychonerwice, a do stanów anormalnych zaliczono niedorozwój psychiki (niedorozwój umysłu, czyli oligofrenia) i psychopatie. Wskazano, iż w przebiegu procesu chorobowego, niezależnie od przyczyny, można stwierdzić wyraźną dynamikę obejmującą początek, rozwój i zejście (korzystne lub niekorzystne). Z kolei stany anormalne wykazują małą dynamikę. Są przede wszystkim wyrazem konstytucji. Można powiedzieć - sięgając do porównań z medycyny somatycznej - że przypominają wrodzone kalectwa[264].

Do zaburzeń czynności psychicznych dochodzi z reguły na skutek współdziałania wielu czynników etiologicznych. Tradycyjnie w psychiatrii wyodrębnia się: czynniki endogenne (związane z predyspozycją genetyczną, determinującą zaburzenie czynności ośrodkowego układu nerwowego w różnych okresach życia); czynniki somatogenne (znane czynniki patogenne i procesy chorobowe doprowadzające do zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego) oraz czynniki psychogenne (związane z nieprawidłowym rozwojem psychicznym, społecznym uczeniem się oraz sytuacjami i wydarzeniami powodującymi stres psychiczny).

Współczesne zaś koncepcje etiopatogenetyczne zaburzeń psychicznych rozpatrują ich powstanie w aspekcie predyspozycji i sytuacji zewnętrznej. Predyspozycja obejmuje: czynniki genetyczne związane z czynnością mózgu, nabyte zmiany biologiczne ośrodkowego

[263] Legalis numer: 1532469.
[264] K. Spett (w:) M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 162-163.

układu nerwowego i rozwój psychiczny osobowości. Sytuacja zewnętrzna obejmuje stres psychiczny w następstwie wydarzenia życiowego lub konfliktu wewnątrzpsychicznego oraz działanie patogennych czynników fizycznych i biologicznych. Udział poszczególnych czynników etiologicznych w patogenezie zaburzeń psychicznych jest zróżnicowany i zazwyczaj jeden z nich odgrywa w danym zaburzeniu dominującą rolę[265].

W diagnostyce psychiatrycznej funkcjonują niezwykle pomocne klasyfikacje zaburzeń psychicznych. Powszechnie używane są dwie podstawowe: klasyfikacja amerykańska DSM-IV-TR i klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10. W Polsce, jak nieomal na całym świecie, obowiązującą jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ogłoszona przez WHO w 1992 r.

Do głównych kategorii zaburzeń psychicznych według ICD-10 należą: zaburzenia psychiczne organiczne łącznie z zespołami objawowymi, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych, schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe, zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych, upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwoju psychologicznego, zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym oraz nieokreślone zaburzenia psychiczne[266].

Pojęcie choroby psychicznej (psychozy) ma długie historyczne tradycje i jest głęboko utrwalone w psychiatrycznym opisie różnych grup zaburzeń psychicznych. Psychiatrię dzieli się na „dużą" (choroby psychiczne) i „małą" (upośledzenia umysłowe, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia na tle organicznym, reaktywne i inne). Pomimo, że współczesne klasyfikacje psychiatryczne nie używają tego terminu, funkcjonuje on nadal, a współczesne systemy prawa karnego zawierają w swoich kryteriach niepoczytalności pojęcie choroby psychicznej[267].

W pracach poświęconych historii medycyny i psychiatrii powszechnie stosuje się prosty dychotomiczny podział chorób psychicznych na supranaturalistyczne (nadnaturalne) i naturalistyczne. Naturalistyczne i supranaturalistyczne wyjaśnienia przyczyn

[265] J. Rybakowski (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 49.
[266] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 38-39. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf
[267] J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t.7, Warszawa 2012, s. 156.

chorób umysłowych występują najczęściej nie jako dwie odrębne koncepcje, ale jako mieszanina obu typów poglądów i wyobrażeń w różnych proporcjach i wzajemnych powiązaniach, które zależą od opisywanego okresu historycznego, kręgu kulturowego i fazy rozwoju danego społeczeństwa lub społeczności. Reakcje społeczeństwa wobec chorych psychicznie są uzależnione od systemów normatywnych, zawartych w zbiorach zasad etycznych i kodeksach prawnych oraz stopnia i rodzaju ich instytucjonalizacji. W świecie społecznych, moralnych i prawnych nakazów i zakazów chory psychicznie jest przedmiotem i podmiotem relacji i reakcji społecznych. W ten sposób wyróżniono trzy typy koncepcji chorób psychicznych: supranaturalistyczną, naturalistyczną i moralno-prawną[268].

Najpowszechniejsze koncepcje supranaturalistyczne, które funkcjonują w świadomości ludzi z wielu kręgów kulturowych, grup społecznych, historycznie i współcześnie, obejmują zespół wierzeń i przekonań o zaburzeniach psychicznych zawierających elementy spirytystyczno-magiczne, demonologiczno-religijne oraz naturalistyczne i animalistyczno-moralne. Koncepcji naturalistycznych historycznie funkcjonowało wiele, jak np. hipokratejska teoria humoralna, biologiczne teorie dziedziczenia, degeneracji, dysfunkcji i patologii mózgu i systemu nerwowego oraz teorie psychoanalityczne. Z kolei koncepcje moralno-prawne w wersji religijno-magicznej składają się z dwóch modeli choroby psychicznej: demonizującego i sakralizującego i odpowiadających im społecznych sposobów traktowania takich osób, zaś w wersji świeckiej obejmują zbór regulacji prawnych problemu w formie ustaw, aktów i statutów, od prawnych norm w starożytnym Rzymie i Chinach, przez edykty królewskie w XVI i XVII w., aż do ustaw parlamentarnych w wieku XIX i XX oraz deklaracji i aktów organizacji międzynarodowych[269].

Choroba psychiczna, to zbiorczy termin obejmujący wszelkie zaburzenia typu psychotycznego, tzn. takie, w których występują objawy psychotyczne (omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji i in.). W znaczeniu węższym tego terminu choroba psychiczna jest synonimem psychozy, która stanowi zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd, czyli poczucie choroby, zdolność radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością. Obraz kliniczny psychozy cechują jakościowe zmiany chorobliwe w zakresie myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu psychoruchowego i innych funkcji psychicznych,

[268] W. A. Brodniak, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa 2000, s. 53-54.
[269] Tamże, s. 129-130.

prowadzące niekiedy do znacznych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym[270]. Psychozy w przeciwieństwie do niedorozwoju umysłowego i psychopatii, stanowią procesy chorobowe, czyli mają określony początek w czasie, określony przebieg (rozwój) i zejście[271].

W przypadku, gdy etiologię chorób psychicznych możemy odnieść do przyczyn zewnątrzpochodnych, a tylko w niewielkim stopniu do konstytucji organizmu, mówimy o chorobach egzogennych, a w przypadku chorób o nieznanej genezie mówimy o chorobach endogennych, z których najczęstszą jest schizofrenia[272].

Do typowych chorób psychicznych zalicza się: schizofrenię, zaburzenie schizotypowe, uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, indukowane zaburzenie urojeniowe, zaburzenia schizoafektywne, inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne i nieokreśloną psychozę nieorganiczną, jak również zaburzenia nastroju (afektywne), wśród których wyróżnia się: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne), inne zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone[273].

Praktyka sądowa pokazuje[274], że częstym rozpoznaniem u sprawców czynów zabronionych, wobec których stosuje się środki zabezpieczające, jest schizofrenia (z greckiego *„schizo”* – rozszczepienie i *„fren”* – przepona, którą starożytni Grecy uznawali za siedlisko funkcji psychicznych[275]), w tym schizofrenia paranoidalna (z greckiego *„para”* – obok, wbrew i *„noos”* – sens, rozum[276]). Wynika to zapewne z faktu, że ta postać schizofrenii występuje najczęściej w naszym kręgu kulturowym[277]. W Polsce jest najczęściej rozpoznawaną postacią schizofrenii (około 65% ogółu rozpoznań)[278].

Schizofrenia, to choroba mózgu związana z jego zmianami czynnościowymi i strukturalnymi. Zaburzenia schizofreniczne charakteryzują się zakłóceniami myślenia i postrzegania, jak również niedostosowanym i spłyconym afektem. Jasna świadomość i sprawność intelektu są zazwyczaj zachowanie, aczkolwiek z czasem mogą pojawiać się

[270] *Wielki słownik medyczny*, pod. red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 187.
[271] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, Warszawa 1986, s. 452.
[272] K. Spett (w:) M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 162.
[273] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 38-39. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf
[274] Badanie własne akt spraw sądowych.
[275] J. Przybysz, *Psychiatria sądowa cz. I. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2007, s. 101.
[276] Tamże, s. 103.
[277] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 82.
[278] J. Wciórka (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 293.

deficyty poznawcze. Najważniejsze objawy psychopatologiczne schizofrenii obejmują: echo myśli, nasyłanie oraz zbieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli, postrzeganie urojeniowe oraz urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia, głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie, zaburzenia myślenia i objawy negatywne. Przebieg zaburzeń schizofrenicznych może być ciągły lub epizodyczny, bądź może wystąpić jeden lub więcej epizodów z pełną lub częściową remisją.

Do stwierdzenia, że choroba diagnozowana na podstawie powyższych objawów to schizofrenia, należy stwierdzić, iż objawy te nie są wyłącznie skutkiem zaburzeń nastroju czy też uwarunkowane czynnikami somatycznymi. Objawy schizofrenii dzieli się często na pozytywne, negatywne i wynikające z dezorganizacji. Objawy pozytywne (określane również wytwórczymi bądź produktywnymi) są wyrazem nieprawidłowej aktywności umysłu, przyczyniającej się do powstawania zjawisk psychopatologicznych i zaliczamy do nich: urojenia, omamy, dziwaczne, przesadnie zmienione, zniekształcone zachowanie, podniecenie, pobudzenie, wrogie lub agresywne zachowanie, podejrzliwość, myślenie odnoszące. Objawy negatywne zwane są ubytkowymi i wynikają z obniżenia, zmniejszenia lub utraty normalnych funkcji psychicznych i behawioralnych. Zalicza się do nich: anergię (brak energii), anhedonię (zmniejszenie odczuwania przyjemności), apatię, wycofanie emocjonalne i społeczne, unikanie kontaktu, w tym wzrokowego, stępiony bądź spłycony afekt, awolicję (pasywność, brak siły woli), obniżenie zdolności abstrakcyjnego myślenia, alogię (brak spontaniczności w rozmowie, unikanie jej, zubożenie słownictwa). Do objawów wynikających z dezorganizacji należą: zaburzenia poznawcze, niespójne lub zdezorganizowane wypowiedzi, stereotypowe, bezcelowe, powtarzalne zachowania i gesty, zaburzenia uwagi. Powyższe objawy wynikają z osłabienia integralności i harmonii zjawisk psychicznych[279].

Nie wyróżnia się jednego czynnika sprawczego dla grupy schizofrenii ani nawet dla żadnej jej postaci. W etiologii ważną rolę wydają się odgrywać zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne czy społeczne. Najczęściej przyjmuje się, że choroba zostaje wyzwolona na podłożu biologicznym, pod wpływem czynników środowiskowych. Istotne znaczenie dla tego procesu mają cechy psychologiczne jednostki[280].

Wyróżnia się następujące postacie schizofrenii: paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, niezróżnicowaną, rezydualną, prostą, schizofrenię innego rodzaju (schizofrenię cenestopatyczną, zaburzenie podobne do schizofrenii BNO i psychozę podobną

[279] M. Furgał (w:) Psychiatria. *Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 80-82.
[280] Tamże, s. 88.

do schizofrenii BNO), schizofrenię nieokreśloną oraz depresję poschizofreniczną. W schizofrenii paranoidalnej dominują stosunkowo trwałe urojenia, często paranoidalne, którym zwykle towarzyszą omamy, w szczególności słuchowe, jak również inne zaburzenia postrzegania. Zaburzenia afektu, woli i mowy, a także objawy katatoniczne albo nie występują, albo mają stosunkowo niewielkie nasilenie[281]. Ta postać schizofrenii stosunkowo najlepiej rokuje. Spośród wszystkich postaci schizofrenii dla schizofrenii paranoidalnej rozwinięto najbardziej adekwatne metody leczenia[282].

Stosunkowo powszechną jest grupa chorób afektywnych (zaburzeń afektywnych nawracających), jednakowoż często są one nierozpoznawane i nieleczone. Przyjmuje się, że krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne mogą stanowić podstawowy, utrzymujący się przez wiele lat typ przebiegu zaburzeń afektywnych. Choroby afektywne 2-3 razy częściej występują u kobiet niż u mężczyzn i częściej u osób po 45 rż. Są to zaburzenia psychiczne o etiologii endogennej, w przebiegu których występują okresowo (niekiedy regularnie i cyklicznie) zaburzenia nastroju, emocji i aktywności w postaci zespołów depresyjnych, u części osób zaś pojawiają się również zespoły maniakalne.

Na podstawie badań klinicznych i genetycznych wyróżniono dwie grupy chorób afektywnych: chorobę afektywną dwubiegunową, w przebiegu której obserwuje się zespoły depresyjne i maniakalne oraz chorobę afektywną jednobiegunową, wyłącznie z zespołami depresyjnymi[283]. W kategorii zaburzeń nastroju (afektywnych) wyróżnia się: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne), inne zaburzenia nastroju (afektywne) oraz zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone[284].

Upośledzenie dawniej nazywane było z języka greckiego oligofrenią („*oligoz”* – mały, *„phren”* – umysł, dusza), niedorozwojem umysłowym, globalną dysfunkcją intelektualną czy opóźnieniem rozwoju umysłowego. Archaiczne określenia, takie jak debilizm, imbecylizm i idiotyzm ze względu na pejoratywny wydźwięk zostały wyeliminowane z fachowego nazewnictwa[285].

---

[281] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 216-217. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf

[282] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 83. Szerzej na ten temat: A. T. Beck i inni, *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Kraków 2010.

[283] S. Pużyński (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 323.

[284] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 38-39. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf

[285] P. Radziwiłłowicz (w:) *Psychiatria. Repetytorium*, A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, Warszawa 2008, s. 206.

Upośledzenie umysłowe, to globalne zaburzenie rozwoju diagnozowane na podstawie trzech łącznie występujących kryteriów: 1) funkcjonowanie intelektualne na poziomie istotnie niższym niż średni: iloraz inteligencji uzyskany w indywidualnie stosowanym teście wynosi mniej niż 70 punktów; 2) wyraźnie obniżona zdolność przystosowania się społecznego w takich obszarach jak: porozumiewanie się, samoobsługa, umiejętności interpersonalne, samodzielne mieszkanie, samokierowanie, korzystanie z dóbr społeczno–kulturalnych, umiejętności szkolne, praca zawodowa, organizacja czasu wolnego, troska o zdrowie i własne bezpieczeństwo – opóźnienie jest znaczące, jeśli deficyty występują w zakresie co najmniej dwóch wyróżnionych dziedzin; 3) wystąpienie zaburzenia przed 18 rokiem życia[286].

W wydanym przez Amerykańskie Towarzystwo d/s Upośledzenia Umysłowego (AAMR) w 1992 r. podręczniku Upośledzenie umysłowe – definicja, klasyfikacja i systemy wsparcia została podana najnowsza definicja upośledzenia umysłowego. Definicja ta została przyjęta także przez Światową Organizację Zdrowia (ICD-10,1992) oraz przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV, 1994) i ma brzmienie: Upośledzenie umysłowe to istotne ograniczenie w aktualnym funkcjonowaniu. Charakteryzuje się znaczącym obniżeniem funkcjonowania intelektualnego i współwystępującym z nim ograniczeniem zachowania adaptacyjnego w co najmniej dwóch z następujących obszarów: komunikowanie się, samoobsługa, życie domowe, uspołecznienie, użytkowanie dóbr społecznych, samodzielność, zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, czas wolny i praca. Upośledzenie umysłowe pojawia się przed 18. rokiem życia[287].

Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) przedstawia się następująco:

- upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia. Przybliżona wartość IQ od 50 do 69 (u osób dorosłych wiek umysłowy odpowiednio od 9 do mniej niż 12 lat). Może powodować pewne trudności w nauce szkolnej. Wiele osób dorosłych jest w stanie pracować i utrzymywać dobre relacje społeczne oraz wnosić swój wkład w rozwój społeczeństwa. Obejmuje: ociężałość umysłową i lekki niedorozwój umysłowy;

[286] J . Siuta (red.) *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2006, definicja przytoczona za E. Żywucką-Kozłowską, *Upośledzenie umysłowe w perspektywie prawa karnego*, Kortowski Przegląd Prawniczy Monografie, Olsztyn 2018, s. 3 (dostęp na 1.08.2021 r.: http://uwm.edu.pl/kpp/files/numery_kpp/kpp_monografie_uposledzenie_umyslowe.pdf).

[287] S. Tucholska, *Kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego* (w:) Roczniki Psychologiczne, tom I, Lublin 1998, s. 182 (materiały); dostęp na 1.08.2021 r.: https://www.kul.pl/files/1024/Roczniki_Psychologiczne/1998/RPsych_1998_vol01_181-187_Tucholska.pdf

- upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia. Przybliżona wartość IQ od 35 do 49 (u osób dorosłych wiek umysłowy odpowiednio od 6 do mniej niż 9 lat). Może być przyczyną znacznych opóźnień w rozwoju w dzieciństwie, ale większość tych osób może osiągnąć pewien stopień niezależności w zakresie samoobsługi, jak również rozwinąć umiejętności adekwatnego komunikowania oraz uczenia się. Wiele osób dorosłych wymaga wsparcia, aby móc żyć i pracować w społeczeństwie. Obejmuje: umiarkowany niedorozwój umysłowy;

- upośledzenie umysłowe znacznego stopnia. Przybliżona wartość IQ od 20 do 34 (u osób dorosłych wiek umysłowy odpowiednio od 3 do mniej niż 6 lat). Może stwarzać konieczność stałej opieki. Obejmuje: znaczny niedorozwój umysłowy;

-upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia. Wartość IQ poniżej 20 (u osób dorosłych wiek umysłowy odpowiednio poniżej 3 lat). Powoduje poważne ograniczenia w zakresie samoobsługi, kontrolowania zwieraczy, komunikowania się i poruszania się. Obejmuje: głęboki niedorozwój umysłowy.

Dodatkowo wyróżniono inne upośledzenie umysłowe i nieokreślone upośledzenie umysłowe. Obejmuje: niedorozwój umysłowy BNO oligofrenia BNO[288].

Uzależnienie w odniesieniu do alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (wpływających po przyjęciu na procesy umysłowe, np. procesy poznawcze lub nastrój) oznacza potrzebę powtarzania dawki danego środka dla wprawienia się w dobre samopoczucie lub dla uniknięcia złego samopoczucia. Termin uzależnienie wprowadzony został w 1964 r. przez WHO Expert Committee w miejsce terminów nałóg i nawyk[289].

Zespół uzależnienia (z jęz. ang. *dependence syndrome*), to termin stosowany do określenia stanu psychicznego i fizycznego osób, u których wystąpiło uzależnienie od substancji chemicznej (alkoholu, leków i in.).

Kryteria zespołu uzależnienia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób w wersji dziesiątej (ICD-10) opracowanej przez WHO obejmują: silną potrzebę (przymus) używania środka (lub środków); utratę samokontroli w używaniu środka (trudność w powstrzymaniu się od spożycia substancji lub przerwania jej konsumpcji, trudności w kontrolowaniu ilości spożywanego środka); używanie środka w celu uniknięcia (zapobiegania) objawów abstynencyjnych; występowanie zespołu abstynencyjnego po przerwaniu używania środka; wzrost tolerancji środka, potrzeba zwiększania jego dawek w celu uzyskania pożądanego

[288] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 244-245. Dostęp na 1.08.2021 r.: https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf
[289] Leksykon terminów alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia w tłum. A. Bidzińskiego, Warszawa 1997, s. 44 i 80.

efektu (niekiedy są to dawki toksyczne lub śmiertelne u osób nie używających długotrwale danej substancji); charakterystyczny indywidualny sposób używania środka; narastającą utratę zainteresowania sytuacjami alternatywnymi (wobec środka); używanie środka mimo ewidentnych dowodów, że pociąga to niebezpieczne konsekwencje (szkody dla zdrowia, ujemne skutki społeczne, zagrożenie karą i in.)[290].

Zespół uzależnienia może dotyczyć przyjmowania określonego środka (np. alkoholu), klasy środków określonego typu (np. opiatów) lub szerokiego zakresu różnych farmakologicznie środków[291].

5.2. Umieszczenie niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego w zakładzie psychiatrycznym (art. 94 k.k.)

Wśród środków zabezpieczających o charakterze izolacyjno-leczniczym przewidzianych w pierwotnej wersji k.k. z 1997 r., który funkcjonował w niezmienionej postaci do 1 lipca 2015 r., należy wskazać umieszczenie sprawcy czynu zabronionego w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, który J. K. Gierowski i L. K. Paprzycki nazwali najbardziej klasycznym, w systemie polskiego prawa karnego, leczniczym środkiem zabezpieczającym[292].

W myśl art. 94 § 1 k.k., jeżeli sprawca, w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzekał umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym.

Do umieszczenia sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym konieczne było spełnienie trzech przesłanek: ustalenie, przy udziale biegłych psychiatrów i psychologa, że w czasie popełnionego czynu oskarżony był w stanie niepoczytalności; ustalenie, że popełniony czyn zawierał znaczny ładunek społecznej szkodliwości (nie mógł być wykroczeniem, ale nie musiał być zbrodnią) i ustalenie, że zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie.

W porównaniu z unormowaniem zawartym w art. 99 k.k. z 1969 r., gdzie wystarczającymi przesłankami do umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym było uznanie,

---

[290] *Wielki słownik medyczny* pod red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 1576; Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 213. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf

[291] *Wielki słownik medyczny* pod red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 1576.

[292] J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 329.

że sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności oraz, że jego pozostawanie na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, regulacja z art. 94 § 1 k.k. wymagająca do zastosowania wobec niepoczytalnego sprawcy detencji znacznej społecznej szkodliwości czynu oraz wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia takiego czynu ponownie, została oceniona pozytywnie i prognozowano, że w oparciu o tak określone podstawy, środek ów będzie stosowany rzadziej niż dotychczas, zgodnie z postulatami prawników i psychiatrów[293]. Na płaszczyźnie k.k. z 1997 r. bowiem, ani „drobne", ani „średnie" przestępstwo, ani prawdopodobieństwo popełnienia nawet poważnego czynu zabronionego, które nie było wysokie, nie uzasadniały już umieszczenia sprawcy w zakładzie zamkniętym, a dla tych przypadków leczenie sprawców określała ustawa o ochronie zdrowia psychicznego[294].

Pojawiły się jednak i głosy krytyczne wobec nowego rozwiązania, że wobec niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego o nieznacznej społecznej szkodliwości, a nawet serii takich czynów, nie będzie podstaw do umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, nawet gdyby stwarzał poważne niebezpieczeństwo[295].

Z uwagi na to, że w art. 94 § 1 k.k. była mowa o sprawcy, podstawową przesłanką do zastosowania określonego w nim środka zabezpieczającego było ustalenie, że osoba, której dotyczy postępowanie dopuściła się danego czynu i dopiero po stwierdzeniu sprawstwa danej osoby badaniu podlegało zaistnienie trzech przesłanek, które wskazano wyżej.

Pogląd, że do zastosowania środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu osoby niepoczytalnej w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym konieczne jest ustalenie, że osoba ta jest sprawcą czynu zabronionego pod groźbą kary, był wyrażany już na gruncie art. 79 k.k. z 1932 r.[296]. Obowiązywał także w czasie stosowania k.k. z 1969 r. W postanowieniu z dnia 25 czerwca 1997 r., wydanym w sprawie II KKN 216/96, Sąd Najwyższy stwierdził, że stosowanie środka zabezpieczającego na podstawie art. 99 k.k. w postaci umieszczenia oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym winno być poprzedzone ustaleniem, że jest on rzeczywiście sprawcą zarzuconego mu przestępstwa[297].

Środek zabezpieczający określony w art. 94 § 1 k.k. dotyczył wyłącznie sprawców niepoczytalnych. Stan niepoczytalności został zdefiniowany w art. 31 § 1 k.k. za pomocą tzw. metody mieszanej, czyli psychiatryczno-psychologicznej. Jest to stan, w którym sprawca

[293] L. K. Paprzycki, *Problematyka psychiatryczna w nowej kodyfikacji karnej*, Prok. i Pr. 1997, Nr 11, s. 129.
[294] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1257.
[295] A. Marek, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 262.
[296] M. Siewierski, *Kodeks karny i prawo wykroczeń. Komentarz*, Wyd. VIII, Warszawa 1958, s. 128.
[297] Prok. i Pr. 1998, Nr 2, poz. 1, Legalis numer 43291. Zob. też postanowienie SN z dnia 15 grudnia 1989 r., I KZP 13/89, Legalis numer: 26842.

z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Dla przyjęcia niepoczytalności konieczne jest ustalenie, czy z powodu jednej z wymienionych przyczyn psychiatrycznych wystąpił połączony z nią więzią przyczynową skutek psychologiczny w opisanej postaci. W grę może wchodzić zarówno niemożność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem, jak i niemożność pokierowania postępowaniem przy zachowanej zdolności rozpoznania znaczenia czynu[298]. Osobom niepoczytalnym nie można przypisać winy w rozumieniu art. 9 k.k., a to stanowi okoliczność wyłączającą odpowiedzialność karną.

W porównaniu z art. 99 k.k. z 1969 r. w k.k. z 1997 r. nastąpiła zmiana polegająca na tym, że zastąpiono zwrot: „niedorozwój umysłowy" terminem „upośledzenie umysłowe". Psychiatrzy wskazywali bowiem, że niedorozwój umysłowy nie obejmuje takich stanów, w których np. na skutek urazu doszło do zaniku niektórych funkcji mózgu. Te sytuacje, wyłączające możliwość rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swym postępowaniem, są objęte pojęciem upośledzenia umysłowego[299].

Pojęcie „inne zakłócenia czynności psychicznych" w definicji niepoczytalności funkcjonowało już na płaszczyźnie obowiązywania k.k. z 1932 r., gdzie wskazywano, że ich źródłem mogą być przyczyny nie mające nic wspólnego z chorobą psychiczną i zaliczano do nich: intoksykację, okres dojrzewania płciowego, menstruację, brzemienność i wzruszenia, jak gniew, przerażenie itp., ale pod warunkiem, że były tak silne, że powodowały zupełny zanik działania intelektu lub woli, tj. możność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem[300].

Na gruncie obowiązywania k.k. z 1969 r. twierdzono analogicznie, że poza chorobą psychiczną i niedorozwojem umysłowym, zakłócenia czynności psychicznych mogą mieć inne źródła, zwłaszcza niepatologiczne. Jako przykładowe źródła zakłóceń czynności psychicznych o charakterze niepatologicznym wskazywano: zatrucie organizmu alkoholem, narkotykami, lekami, innymi truciznami, z chorobami organicznymi, przełomami biologicznymi (pokwitaniem, przekwitaniem, ciążą, porodem, menstruacją), bardzo silnym

[298] M. Filar (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 126-127.
[299] W. Zalewski, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona – garść wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015, s. 474.
[300] J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Lublin 2012, s. 93.

afektem. Jako źródło innych zakłóceń psychicznych traktowano również zaburzenia osobowości[301].

Jak zauważa W. Zalewski pod rządem k.k. z 1969 r. wśród psychiatrów początkowo panowało stanowisko że przy innym zakłóceniu czynności psychicznych chodzi jedynie o zakłócenia patologiczne, natomiast prawnicy wywodzili, że kodeks nie podkreśla patologiczności tych zakłóceń[302]. W konsekwencji, w obowiązującym stanie prawnym za źródła zakłócenia czynności psychicznych prowadzących do niepoczytalności albo poczytalności ograniczonej uznaje się zarówno te o charakterze patologicznym, w tym upojenie patologiczne i afekt patologiczny, jak i niepatologiczne: odurzenie senne, hipnoza, stan posthipnotyczny, zaburzenia rozwojowe, okres dojrzewania płciowego, okres klimakteryjny, menstruacyjny, skrajne przemęczenie, zaburzenia wywołane nadużyciem alkoholu lub innych środków odurzających, osobowość dyssocjalną, choroby wieku podeszłego, choroby mózgu oraz inne choroby somatyczne, jak cukrzyca, zatrucia, przebieg ciąży, stan wzburzenia, silnego wzburzenia – afektu fizjologicznego, strach[303].

Zdaniem W. Zalewskiego, któremu nie sposób odmówić słuszności, przyjęcie „metody psychologicznej" definiowania niepoczytalności pozwoliłoby uniknąć podobnych problemów. „Etiologia niepoczytalności pozostałaby poza ustawą, a tym samym byłaby immunizowana na zmiany wynikłe z rozwoju medycyny i psychiatrii"[304].

Drugą przesłanką zastosowania środka zabezpieczającego z art. 94 § 1 k.k. było ustalenie, że czyn zabroniony popełniony przez sprawcę niepoczytalnego cechował się znaczną społeczną szkodliwością.

Zgodnie z art. 115 § 2 k.k., przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Podkreślić przy tym trzeba, że ustalając stopień społecznej szkodliwości czynu należy uwzględniać wyłącznie okoliczności wymienione

[301] K. Buchała (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 203-204.
[302] W. Zalewski, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona – garść wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015, s. 475.
[303] P. Hofmański, L. Paprzycki, *Środki zabezpieczające* (w:) *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks karny. Krótkie komentarze*, Warszawa 1999, s. 162.
[304] W. Zalewski, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona – garść wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015, s. 475.

w art. 115 § 2 k.k. W orzecznictwie wskazano, że okoliczności te stanowią zamknięty katalog, który nie podlega rozszerzeniu[305]. Dla oceny stopnia społecznej szkodliwości popełnionego czynu nie mają znaczenia takie okoliczności, jak fakt nasilenia choroby psychicznej *tempore criminis,* oraz okoliczności dotyczące zachowania sprawcy przed czynem (m.in. odmowa realizowania recept, czy nadużywanie alkoholu)[306].

W ustawie karnej, również w innych przypadkach niż art. 94 § 1 k.k., jest mowa o konkretnych pułapach stopniowalności społecznej szkodliwości czynu, np. o wyższym niż znikomy (art. 1 § 2 k.k.), o stopniu społecznej szkodliwości czynu, który nie jest znaczny (art. 66 § 1 k.k.) oraz o znacznym na gruncie art. 94 § 1 k.k. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 04 listopada 2002 r., w sprawie III KKN 269/01 „precyzyjne, zgodne z okolicznościami, o których mowa w art. 115 § 2 k.k., ustalenie stopnia społecznej szkodliwości czynu niezbędne jest w każdym przypadku, w tym również w przypadku stosowania środków zabezpieczających"[307].

Pojęcie znaczny w języku polskim rozumie się jako dość duży pod względem liczby, ilości, natężenia, pokaźny, niemały[308], a zatem czyn stanowiący przedmiot oceny na gruncie art. 94 § 1 k.k. powinien odznaczać się dość dużym stopniem społecznej szkodliwości. W literaturze podnoszono, iż wymóg ten miał stanowić tamę dla stosowania umieszczenia w zamkniętym zakładzie sprawców drobnych lub nawet średnich przestępstw, choćby uciążliwych dla otoczenia[309].

Trzecią przesłankę konieczną do umieszczenia sprawcy niepoczytalnego w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym stanowiło ustalenie, iż zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że sprawa popełni taki czyn ponownie. Podnoszono bowiem w literaturze, że nie można wykluczyć sytuacji, w których fakt dopuszczenia się czynu zabronionego, nawet o znacznej społecznej szkodliwości, miał charakter „incydentalny"[310]. Dla przypadków, gdzie nie było wysokiego prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu o znacznej społecznej szkodliwości, a było wskazane leczenie i rehabilitacja sprawcy

[305] Zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 11 grudnia 2014r., IV KK 67/14, Legalis numer 1185785 i z dnia 19 stycznia 2012 r., WA 45/11, Legalis numer 478672.
[306] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2019 r., V KK 237/18, Legalis numer 194249.
[307] Legalis numer: 356432.
[308] Słownik języka polskiego pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1981, s. 1044.
[309] A. Wilkowska-Płóciennik, *Stosowanie leczniczych środków zabezpieczających – art. 94 k.k.,* Prok. i Pr. 2008, Nr 6, s. 68.
[310] Tamże, s. 66.

z uwagi na wiedzę psychiatryczną lub interes społeczny pozostawały do dyspozycji zakłady określone ustawą o ochronie zdrowia psychicznego[311].

W kontekście ustalenia wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia przez sprawcę ponownie takiego czynu nasuwa się pytanie, czy o wysokim prawdopodobieństwie decydują biegli i wystarczy, że stosowny wniosek zamieszczą w opinii sądowo-psychiatrycznej, czy decyzję podejmuje sąd, na podstawie opinii biegłych oraz w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy i inne okoliczności warunkujące popełnienia danego czynu?

Pytanie nie straciło na aktualności, gdyż w myśl art. 93g § 1 k.k. środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym jest orzekany, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

Wydaje się, że nie można poprzestać na opinii biegłych. Sąd powinien samodzielnie ocenić, czy prawdopodobieństwo popełnienia przez sprawcę ponownie takiego czynu jest wysokie, w oparciu o specjalistyczną opinię biegłych lekarzy psychiatrów oraz – jak trafnie wskazał SA w Katowicach w postanowieniu z dnia 18 kwietnia 2001 r., w sprawie o sygn. II AKz 180/01[312] – w oparciu o analizę tego prawdopodobieństwa z uwzględnieniem dotychczasowej linii życia sprawcy, jego uprzedniej karalności oraz obecnej sytuacji życiowej, połączoną z prognozowaniem możliwości zaistnienia okoliczności i warunków sprzyjających zaprzestaniu leczenia i ewentualnością popełnienia przestępstwa.

Również Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 16 listopada 2015 r. , w sprawie o sygn. akt II KK 320/15[313], stwierdził, że wywiad środowiskowy sporządzony przez kuratora, a także liczne pisma składane przez podejrzanego w toku postępowania mogą niewątpliwie stanowić dowód w zakresie ustalenia dotychczasowej linii życiowej podejrzanego, podejścia do leczenia i krytycyzmu w stosunku do pojawiających się u niego zaburzeń, które doprowadziły do ustalenia, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia ponownie czynu zabronionego. Na potrzebę zarządzenia przeprowadzenia wywiadu środowiskowego przez zawodowego kuratora sądowego, który winien ustalić okoliczności umożliwiające poznanie osobowości sprawcy niepoczytalnego oraz warunków jego życia, wśród których kształtowała się jego osobowość, w kontekście ustalenia

[311] K. Buchała (w:), K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k.* t. 1, Kraków 1998, s. 577-578.
[312] Legalis numer 51600. Podobnie: SA w Łodzi w postanowieniu z 11 stycznia 2012 r., sygn. II AKzw 1107/11 Legalis numer 541787.
[313] Legalis numer 1364666.

prawdopodobieństwa popełnienia ponownie takiego czynu, wskazywał Sąd Najwyższy w judykacie z dnia 11 grudnia 1998 r., w sprawie III KKN 219/97[314].

W orzecznictwie przyjęto, że określenie „popełnienie takiego czynu ponownie", o którym była mowa w art. 94 § 1 k.k., należy rozumieć w ten sposób, że chodzi o prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego o podobnej wadze społecznej, czyli o znacznym stopniu społecznej szkodliwości, a nie popełnienia takiego samego lub podobnego co do rodzaju czynu zabronionego[315].

W doktrynie natomiast zdania były podzielone. Analogicznie jak Sąd Najwyższy wypowiedział się m.in. B. Kolasiński w aprobującej glosie do wskazanego wyżej orzeczenia słusznie podnosząc, że gdyby chodziło o taki sam czyn jak popełniony, w sensie podobieństwa przestępstw z art. 115 § 3 k.k., to ustawodawca po słowie „czyn" zamieściłby słowo „podobny"[316]. P. Hofmański i L. Paprzycki wyrazili pogląd, że określenie „popełnienie takiego czynu ponownie" z całą pewnością oznacza prawdopodobieństwo dopuszczenia się przez sprawcę takiego samego czynu, jaki popełnił, ale nie tylko. Warunek ten będzie spełniony także wówczas, gdy prawdopodobieństwo będzie dotyczyło czynu przeciwko takiemu samemu albo zbliżonemu dobru chronionemu prawem, czyli podobnego czynu zabronionego, o którym mowa w art. 115 § 3 k.k.[317].

W orzecznictwie wypracowano wskazania dla sądów rozpoznających wnioski o umorzenie postępowania karnego i zastosowanie wobec sprawcy internacji. Podnoszono, że „z uwagi na określoną w art. 94 § 1 k.k. zasadę proporcjonalności pozbawienia wolności do wagi czynu, sąd przed podjęciem decyzji o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, powinien przeprowadzić swego rodzaju test przez rozważenie, jaką, gdyby nie stan niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego, karę należałoby wymierzyć sprawcy, za popełnienie takiego czynu zabronionego. Tylko w przypadku, gdy nie ma wątpliwości, że właściwą karą dla takiego sprawcy, za popełnienie zarzucanego mu czynu (gdyby mógł ponosić odpowiedzialność karną) byłaby bezwzględna kara pozbawienia wolności, sąd powinien podjąć decyzję o umieszczeniu takiej osoby w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Natomiast w sytuacji gdyby sąd uznał, że karą adekwatną do wagi popełnionego czynu byłaby kara o charakterze

[314] Legalis numer: 49397.
[315] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z 11 grudnia 1998 r., III KKN 219/97, Legalis numer 49397.
[316] B. Kolasiński, Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 11 grudnia 1998 r., sygn. III KKN 219/97, Prok. i Pr. 2000, Nr 11, s. 107. Podobnie: Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. *Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 1273 i K. Eichstaedt (w:) *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych*, Warszawa 2012, s. 145.
[317] P. Hofmański, L. Paprzycki, *Środki zabezpieczające* (w:) *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks karny. Krótkie komentarze*, Warszawa 1999, s. 142.

wolnościowym, stosowanie tego środka zabezpieczającego mogą uzasadniać wyłącznie szczególne okoliczności tego czyn"[318].

W art. 94 § 2 k.k. ustawodawca wyraził zasadę nieoznaczoności środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym wskazując, iż czasu pobytu w zakładzie nie określało się z góry; sąd orzekał zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Taką regulację uzasadniała specyfika tego środka zabezpieczającego, którego stosowanie zależne było tylko od stanu zdrowia sprawcy, a przede wszystkim od oceny, czy nadal zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony.

Konsekwencją nieokreślenia z góry czasu pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym był obowiązek systematycznego kontrolowania postępów w leczeniu sprawcy, a zwłaszcza sprawdzanie, czy istnieje konieczność dalszego pozostawania w zakładzie[319]. W postępowaniu wykonawczym, w art. 203 § 1 k.k.w.[320], wprowadzono obowiązek kierownika zakładu zamkniętego, w którym wykonywany był środek zabezpieczający, zawiadamiania sądu w postaci opinii, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, o stanie zdrowia sprawcy i postępach w leczeniu lub terapii, przy czym opinia powinna być przesłana bezzwłocznie, jeśli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy kierownik zakładu uznał, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie było konieczne. Zgodnie z art. 203 § 2 k.k.w. sąd był uprawniony do żądania opinii o stanie zdrowia sprawcy i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyniki w każdym czasie. Wyleczenia sprawcy nie traktowano jako warunku koniecznego do zwolnienia go z zakładu, o ile tylko postępy leczenia są tego typu, że usunięte zostało prawdopodobieństwo ponownego popełnienia czynu zabronionego. Prawdopodobieństwo to musiało być wysokie, tzn. graniczące z pewnością[321].

W doktrynie prezentowano pogląd, że było to zwolnienie na próbę[322], jako że sąd mógł zarządzić ponowne umieszczenie sprawcy określonego w art. 94 § 1 k.k. w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli przemawiały za tym okoliczności wymienione w § 1 lub w art. 93 k.k., przy czym zarządzenie nie mogło być wydane po

[318] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z 21 stycznia 2015 r., IV KK 320/14, Legalis numer 1180614. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego z 5 lutego 2009 r., II KK 252/08, Legalis numer 226280 i postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2017 r., IV KK 376/16, Legalis numer 1581152.

[319] Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 374.

[320] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz. U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557, dalej zwana k.k.w.

[321] Tak Sąd Apelacyjny w Lublinie w postanowieniu z dnia 7 lipca 2010 II AKzw 535/10, Legalis numer 306413.

[322] K. Buchała, *System kar, środków karnych i zabezpieczających w projekcie kodeksu karnego z 1990,* P i P 1991, Nr 6, s. 29 i Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 374.

upływie 5 lat od zwolnienia z zakładu (art. 94 § 3 k.k.). Krytykowano jednak, że była to próba bez środka probacyjnego wskazując, że chodzi o szczególną grupę osób, które mogą być groźne dla siebie i otoczenia i w związku z tym powinny pozostawać pod stałą obserwacją i opieką[323].

Ponowne umieszczenie sprawcy w zakładzie psychiatrycznym było nową instytucją, nieznaną ani k.k. z 1932 r., ani k.k. z 1969 r. W piśmiennictwie podnoszono, że z uwagi na to, iż okoliczności wymienione w art. 94 § 1 k.k. oraz w art. 93 k.k. zdecydowanie różnią się, to możliwość ponownego umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dotyczy dwóch kategorii sprawców: tych, którzy w ciągu 5 lat od zwolnienia z zakładu ponownie dopuścili się w stanie niepoczytalności czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości i istnieje wysokie prawdopodobieństwo, iż popełnią ponownie taki czyn zabroniony, czyli o znacznym stopniu społecznej szkodliwości, jak również tych sprawców, którzy w ciągu 5 lat od zwolnienia z zakładu popełnili w związku ze swoim stanem zdrowia ponownie czyn zabroniony, który nie musi cechować się znacznym stopniem społecznej szkodliwości, ale należy względem nich podjąć kroki przeciwdziałające powtórzeniu się takiej sytuacji. Wobec pierwszej kategorii sprawców orzeczenie internacji pierwotnie było obligatoryjne, zaś druga kategoria mogła obejmować osoby, które wymogów do obligatoryjnej internacji nie spełniały. Postawiono zatem pytanie, czy właściwe jest jednakowe ich potraktowanie w kontekście możliwości ponownego umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym? Sprawcy należący do pierwszej z opisanych kategorii, jeśli ponawiali swoje zachowanie, byli bowiem traktowani łagodniej, gdyż sąd mógł zarządzić ich umieszczenie w zakładzie zamkniętym, niż wtedy, gdy dopuszczali się go po raz pierwszy, gdy zastosowanie internacji wobec nich było obowiązkowe[324].

Wydaje się, że podnoszone wątpliwości tracą na znaczeniu, jeśli weźmie się pod uwagę, że w uchwale z dnia 22 listopada 2002 r., I KZP 38/02, Sąd Najwyższy orzekł, że podstawę ponownego umieszczenia sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, stosownie do uregulowania wynikającego z treści przepisu art. 94 § 3 k.k., stanowi ten sam czyn zabroniony, który był podstawą pierwotnego orzeczenia tego środka[325]. Tak więc, punktem wyjścia każdego postępowania wszczętego na podstawie art. 94 § 3 k.k. jest przyjęcie, że wobec sprawcy pierwotnie obligatoryjne było umieszczenie w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Po zwolnieniu i dopuszczeniu się kolejnego czynu, niezależnie

[323] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1263.
[324] Tamże, s. 1262-1263.
[325] OSNKW 2003 nr 1-2, poz. 3, Biul. SN 2002 nr 11, str. 17, Prok. i Pr. 2003, Nr 1, poz. 3, Legalis numer 55323.

od stopnia jego społecznej szkodliwości, sąd miał obowiązek ustalić, czy zachodzą podstawy do ponownego umieszczenia sprawcy na internacji. I tu występowały dwa rodzaje przesłanek do zbadania, a mianowicie określone w art. 94 § 1 k.k. lub w art. 93 k.k. i z tego też powodu decyzja sądu miała charakter fakultatywny. Inaczej bowiem należało potraktować sprawcę, który ponownie dopuścił się czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości i zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, a inaczej takiego zwolnionego z internacji, który dopuścił się czynu o nieznacznym stopniu społecznej szkodliwości w związku z jego zaburzeniami psychicznymi i należało jedynie podjąć działania zabezpieczające przed powtórzeniem się tej sytuacji. W jego przypadku sąd mógł uznać, że wystarczające będzie zastosowanie środków przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, a nie jest konieczna ponowna detencja.

Należy podkreślić, że w ocenie Sądu Najwyższego, wyrażonej w postanowieniu z dnia 2 czerwca 2015 r., IV KK 153/15[326], ponowne umieszczenie na podstawie art. 94 § 3 k.k. sprawcy czynu zabronionego w zakładzie psychiatrycznym było w istocie orzekaniem o stosowaniu środka zabezpieczającego, zatem stosowało się do niego wszystkie rygory wynikające z generalnej klauzuli określonej w art. 93 k.k. – w tym dotyczące konieczności wysłuchania przez sąd biegłych psychiatrów i psychologa wydających opinię.

Po upływie 5 lat od zwolnienia z zakładu psychiatrycznego umieszczenie w nim sprawcy mogło nastąpić wyłącznie na zasadach ogólnych, czyli jeśli sprawca ponownie dopuścił się czynu zabronionego i zostały spełnione przesłanki do zastosowania tego środka zabezpieczającego.

Wobec sprawcy niepoczytalnego, zgodnie z art. 99 § 1 i 2 k.k., sąd mógł orzec tytułem środka zabezpieczającego zakazy wymienione w art. 39 pkt 2 lub 3 (zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zakaz prowadzenia pojazdów), jeżeli było to konieczne ze względu na ochronę porządku prawnego oraz przepadek wymieniony w art. 39 pkt 4. Zakazy były orzekane bez określenia terminu i uchylane, jeżeli ustały przyczyny ich orzeczenia.

Na marginesie można wskazać, iż na podstawie art. 100 k.k. istniała możliwość orzeczenia przepadku rzeczy tytułem środka zabezpieczającego również w innych przypadkach, aniżeli niepoczytalność sprawcy. Sąd mógł bowiem zastosować ten środek, jeśli zaistniała jedna z trzech okoliczności wskazanych w tym przepisie: społeczna szkodliwość

[326] Legalis numer 1245653.

czynu była znikoma, w razie warunkowego umorzenia postępowania albo stwierdzenia, że zachodzi okoliczność wyłączająca ukaranie sprawcy czynu zabronionego. Największe kontrowersje budziła wykładnia pojęcia „okoliczność wyłączająca ukaranie sprawcy czynu zabronionego". Najczęściej wskazywano, że pojęcie to obejmuje przypadki przedawnienia karalności. Za taką okoliczność w orzecznictwie uznawano nadto ujemną przesłankę procesową określoną w art. 17 § 1 pkt 5 k.p.k. Dyskusyjne było uznawanie za dopuszczalne orzekania przepadku jako środka zabezpieczającego na podstawie art. 100 k.k. w przypadku kontratypu. Słusznie bowiem wskazywano, że to nie okoliczność wyłączająca ukaranie sprawcy czynu zabronionego, a okoliczność wyłączająca bezprawność kryminalną, a brak karalności jest jedynie konsekwencją braku przestępności[327].

5.3. Środek zabezpieczający stosowany wobec skazanego za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności (art. 95 k.k.)

Kolejnym środkiem zabezpieczającym o charakterze izolacyjno-leczniczym w k.k. z 1997 r., który również bez zmian funkcjonował do 1 lipca 2015 r., było umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze i rehabilitacyjne.

Zgodnie z art. 95 § 1 k.k. skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., sąd mógł orzec umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne.

Należy przypomnieć, że zgodnie z art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności, których pozostawanie na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, sąd mógł umieścić w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie. Zwrócono uwagę, że na gruncie art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. nie miało większego znaczenia, jaką karę orzeczono wobec sprawcy skazanego w warunkach tego przepisu, jako że ewentualne jej wykonanie było zupełnie niezależne od wykonania środka zabezpieczającego. Z kolei z istoty środka, o którym mowa w art. 95 § 1 k.k. wynikało, że mógł dotyczyć jedynie skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania[328].

[327] J. Warylewski, *Orzeczenie przepadku rzeczy tytułem środka zabezpieczającego wobec sprawcy czynu zabronionego*, Prok. i Pr. 2000, Nr 6, s. 123-127.
[328] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1267.

W porównaniu do rozwiązania z k.k. z 1969 r., unormowanie z art. 95 § 1 k.k., zostało przyjęte pozytywnie, gdyż zakłady psychiatryczne nie były przygotowane do postępowania z takimi skazanymi, którzy przenosili na ich teren zwyczaje podkultury więziennej, stwarzali napięcia i dokonywali ucieczek z uwagi na słabszy system zabezpieczeń niż w zakładach karnych[329]. Szpitale psychiatryczne niechętnie przyjmowały takich skazanych, gdyż nie były przygotowane do prowadzenia odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego, połączonego z izolacją, a nowe rozwiązanie, polegające na tworzeniu specjalnych oddziałów w zakładach karnych, w których stosowano szczególne środki rehabilitacyjne i lecznicze było wzorowane na innych krajach europejskich[330].

Dodatkowo, nowe rozwiązanie przerwało wieloletni spór, jaki powstał na tle k.k. z 1969 r., czy po zwolnieniu sprawcy z zakładu psychiatrycznego należy wykonać orzeczoną karę. W świetle art. 95 § 1 k.k. bowiem sprawca jednocześnie odbywał karę pozbawienia wolności i był poddawany działaniom leczniczym lub rehabilitacyjnym[331].

Nie zabrakło jednak krytyki nowego rozwiązania. Wskazywano, że wystarczyło przeprowadzić reorganizację placówek o charakterze leczniczo-rehabilitacyjnym w kierunku zwiększającym bezpieczeństwo oraz, że rozwiązaniem problemów z omawianą kategorią skazanych byłoby stworzenie dla nich specjalnych zakładów leczniczych, gdyż jednostki penitencjarne nie stanowią właściwego środowiska terapeutycznego dla osób z ograniczoną poczytalnością[332]. Dostrzegano krytycznie, iż instytucja określona w art. 95 § 1 k.k. nie była spójna z przepisami k.k.w., który nie przewidywał tego rodzaju zakładów. Wobec tego, na skutek nowelizacji k.k.w. w 2003 r., wprowadzono art. 96 § 2 k.k.w., w myśl którego, osoby skazane w warunkach art. 95 § 1 k.k. odbywały karę w systemie terapeutycznym wykonywania kary pozbawienia wolności[333].

W literaturze podnoszono, że podstawową przesłanką orzeczenia tego środka zabezpieczającego było ustalenie, że sprawca dopuścił się przestępstwa w stanie zakłócenia czynności psychicznych, spowodowanym wystąpieniem w tym czasie u niego choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego, prowadzących do ograniczenia poczytalności w stopniu znacznym. Nie uzasadniało stosowania tego środka wystąpienie stanu ograniczonej

[329] A. Marek, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 264.
[330] K. Buchała (w:), K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k.* t. 1, Kraków 1998, s. 579-580.
[331] Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 375.
[332] Szerzej na ten temat: A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 90.
[333] Ustawa z dnia 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw, Dz. U., Nr 142, poz. 1380.

poczytalności w stopniu mniejszym niż znaczny ani stan znacznego ograniczenia poczytalności spowodowany innym zakłóceniem czynności psychicznych niż wynikający z choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego. Posłużenie się w art. 95 § 1 k.k. zwrotem „przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k." oznaczało tylko, że chodzi o poczytalność w znacznym stopniu ograniczoną, jako że źródła zakłócenia czynności psychicznych istotne z punktu widzenia stosowania leczniczych środków zabezpieczających przewidzianych w k.k. z 1997 r. do 1 lipca 2015 r. określono w art. 93 k.k.[334]

Stan poczytalności ograniczonej został określony w art. 31 § 2 k.k. Odróżnia go od niepoczytalności jedynie to, że sprawca działający w tym stanie zachowuje zdolność rozpoznania własnego czynu i pokierowania swoim postępowaniem, ale są one jedynie w znacznym stopniu ograniczone, lub ograniczona jest tylko jedna z nich[335]. Podkreślano, że inne niż choroba psychiczna czy upośledzenie umysłowe zakłócenia czynności psychicznych mają charakter samoczynnie przemijający i nie wymagają stosowania szczególnych środków leczniczych lub rehabilitacyjnych, o których mowa w art. 95 § 1 k.k.[336].

W doktrynie wskazywano, że przesłanka dopuszczenia się przestępstwa w stanie ograniczonej w znacznym stopniu poczytalności była spełniona również wtedy, gdy wymierzono karę łączną za kilka przestępstw, a tylko jedno z nich zostało popełnione w warunkach ograniczonej poczytalności, gdyż okoliczność wymierzenia kar również za inne przestępstwa, niepopełnione w stanie poczytalności ograniczonej określonej w art. 31 § 2 k.k., nie wyklucza zasadności odbywania kary w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środku lecznicze lub rehabilitacyjne[337].

Konieczne jest podkreślenie, że pojawiły się wątpliwości co do charakteru instytucji przewidzianej w art. 95 § 1 k.k. Wyrażono pogląd, że umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne stanowiło w zasadzie nie środek zabezpieczający, lecz szczególny sposób wykonywania kary, jednak uregulowanie z art. 95 § 2 k.k., poprzez swoją elastyczność w zakresie warunkowego przedterminowego zwolnienia, nadawało karze pewną domieszkę cech środka

[334] J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 349.
[335] M. Filar (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 129.
[336] J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 349.
[337] J. Lachowski, *Warunkowe zwolnienie z reszty kary pozbawienia wolności*, Warszawa 2010, s. 283.

zabezpieczającego[338]. Również E. Bieńkowska wyrażała wątpliwość, czy jest to środek zabezpieczający w tradycyjnym rozumieniu tego pojęcia zwracając uwagę, że skoro tak, to w istocie każdy zakład karny jest środkiem zabezpieczającym w tym sensie, że izoluje od społeczeństwa tych, którzy okazali się i mogą okazać się w przyszłości groźni dla panującego w nim porządku i ostatecznie uznała, że w tej instytucji pierwszoplanową rolę odgrywa sposób wykonywania kary pozbawieni wolności[339].

W art. 95 § 2 k.k. ustawodawca postanowił, że jeżeli wyniki leczenia lub rehabilitacji za tym przemawiają, sąd mógł sprawcę określonego w § 1, skazanego na karę nie przekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, warunkowo zwolnić na zasadach określonych w art. 77-82 k.k., bez ograniczeń wynikających z art. 78 § 1 lub 2 k.k., a dozór był obowiązkowy.

Regulacja ta stanowiła istotne odstępstwo od zasad warunkowego przedterminowego zwolnienia. Przede wszystkim nie obowiązywał minimalny okres odbywania kary, czyli co najmniej połowa orzeczonej kary pozbawienia wolności (od momentu wejścia w życie k.k. z 1997 r. do dnia 08 czerwca 2010 r., tj. do czasu wejścia w życie nowelizacji wprowadzonej ustawą z dnia 5 listopada 2009 r., była to co najmniej połowa kary, jednak nie mniej 6 miesięcy). Nie obowiązywały ograniczenia minimalnego okresu kary odbytej dotyczące recydywy specjalnej zwykłej i wielokrotnej (od momentu wejścia w życie k.k. z 1997 r. do dnia 8 czerwca 2010 r. dla sprawcy określonego w art. 64 § 1 k.k. były to dwie trzecie kary, a określonego w art. 64 § 2 k.k. trzy czwarte kary, przy czym warunkowe zwolnienie nie mogło nastąpić wcześniej niż po roku, zaś po wspomnianej wyżej nowelizacji zniesiono wymóg odbycia roku kary pozbawienia wolności, pozostawiając dwie trzecie i trzy czwarte kary).

Przesłanka, że wyniki leczenia lub rehabilitacji przemawiają za warunkowym przedterminowym zwolnieniem mogła być interpretowana różnie. Pierwszy możliwy sposób był taki, że leczenie lub rehabilitacja nie powiodły się, doszło do pogorszenia stanu zdrowia skazanego, a wykonanie kary pozbawienia wolności nie jest celowe. Drugi zaś sposób interpretacji był taki, że wyniki są na tyle pozytywne, że nie jest konieczne wykonanie kary pozbawienia wolności i ten kierunek interpretacji przyjmowano z uwagi na treść art. 77 § 1 k.k.[340]

[338] L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2001, s. 196.
[339] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1265.
[340] Szerzej na ten temat: A. Jaworska-Wieloch, *Szczególne przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia przy środkach zabezpieczających*, Probacja 2013, Nr II, s. 119.

Kwestią sporną było, czy do uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia sprawca musiał odbyć całą karę w systemie terapeutycznym i czy w czasie ubiegania się o zastosowanie wobec niego dobrodziejstwa tej instytucji musiał odbywać karę w systemie terapeutycznym. Należy zaaprobować pogląd, zgodnie z którym, nie było konieczności odbywania całej kary w systemie terapeutycznym, gdyż art. 95 § 1 k.k. wspomina jedynie o umieszczeniu sprawcy w odpowiednim zakładzie karnym, a nie o systemie odbywania kary. Słusznie przyjmowano również, że nie było konieczności odbywania kary w systemie terapeutycznym w momencie wnioskowania o warunkowe przedterminowe zwolnienie, jako że skazany mógł już zakończyć proces terapeutyczny i irracjonalnym byłoby odmawianie mu warunkowego przedterminowego zwolnienia tylko dlatego, że nie odbywa już kary w systemie terapeutycznym, skoro okoliczność taka wynikła z pozytywnego zakończenia procesu leczenia, a tym samym została spełniona przesłanka zastosowania warunkowego przedterminowego zwolnienia[341].

Sytuacja, że sprawcy przestępstw popełnionych w stanie ograniczonej poczytalności, wobec których zastosowano umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze i rehabilitacyjne byli w zdecydowanie lepszej sytuacji, w zakresie warunkowego przedterminowego zwolnienia, aniżeli sprawcy dopuszczający się przestępstw w stanie ograniczonej poczytalności, wobec których nie zastosowano tej instytucji, budziła zastrzeżenia w doktrynie[342]. E. Bieńkowska proponowała znalezienie dodatkowego kryterium, które mogłoby odegrać rolę czynnika wiodącego przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu instytucji z art. 95 k.k., aby zniwelować tę nierówność wobec prawa sprawców należących do tej samej kategorii i zaproponowała, że takim kryterium mógłby być stopień ograniczenia poczytalności w ramach „stopnia znacznego", o którym mowa w art. 31 § 2 k.k. Zasugerowała, aby art. 95 k.k. stosować głównie wobec sprawców o „najbardziej znacznym" stopniu ograniczenia poczytalności, który wszak może odznaczać się różnym nasileniem i przejawiać pod różnymi postaciami[343]. Pomysł wydaje się chybiony, gdy przypomnieć, że w kontekście wątpliwości co do zasadności wprowadzenia do prawa karnego stanu ograniczonej poczytalności wskazywano, iż ścisłe sprecyzowanie stanów pośrednich pomiędzy poczytalnością a niepoczytalnością jest niemożliwe[344].

[341] Tamże, s. 117-118.
[342] Szerzej na ten temat: Z. Sienkiewicz (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 375.
[343] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1270.
[344] W. Wolter (w:) *Psychiatria w procesie karnym*, M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, Warszawa 1968, s. 39.

5.4. Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego skazanego za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem (art. 96 – 98 k.k.).

W art. 96 § 1 k.k. z 1997 r. przewidywano, iż skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, sąd mógł orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, jeżeli zachodziło wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem.

Ten środek zabezpieczający, podobnie jak wyżej opisane, funkcjonował w niezmienionym kształcie do nowelizacji, która zaczęła obowiązywać z dniem 1 lipca 2015 r. W literaturze uznawano go za *novum* w porównaniu z art. 102 k.k. z 1969 r., albowiem pomimo tego, że realizował te same cele, to w znacznie większym stopniu precyzował warunki orzeczenia umieszczenia sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego oraz dawał większe gwarancje praw sprawcy[345].

Do zastosowania fakultatywnego środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego konieczne było spełnienie czterech następujących przesłanek: skazanie sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania; popełnienie przestępstwa w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; wymierzenie sprawcy kary pozbawienia wolności nie przekraczającej dwóch lat (w art. 96 § 2 k.k. wskazano, że środka określonego w § 1 nie orzekało się, jeżeli sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata) i ustalenie, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przez sprawcę przestępstwa związanego z tym uzależnieniem.

Tak więc, skazanie na inną karę, aniżeli pozbawienie wolności, wyłączało możliwość orzeczenia tego środka, w przeciwieństwie do art. 102 k.k. z 1969 r., w którym była ogólnie mowa o skazaniu. Rozwiązanie to zostało skrytykowane przez A. Marka, który stwierdził, że nie jest tak, że skazanie na karę ograniczenia wolności, czy grzywnę przesądza o tym, że nie zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z uzależnieniem[346]. Krytyki tej nie podzielono podnosząc, że umieszczenie

[345] M. Kalitowski (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Gdańsk 1999, M. Kalitowski Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, , s. 289.
[346] A. Marek, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 266.

w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego sprawcy skazanego na kary wolnościowe prowadziłoby wprost do rzeczywistego pozbawienia wolności bez orzeczenia takiej kary, stwarzając problem z zaliczeniem pobytu w zakładzie zamkniętym leczenia odwykowego na poczet orzeczonej kary oraz, że sąd ma możliwość wyboru kary, zgodnie z art. 58 § 1 k.k., ze względu na jej cele, w tym cel leczniczy, a skazując sprawcę na ograniczenie wolności, czy grzywnę, musiał uznać, że nie zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z uzależnieniem[347].

Na gruncie omawianego środka zabezpieczającego aktualne pozostają uwagi poczynione w kontekście analogicznych środków zabezpieczających z art. 82 k.k. z 1932 r. oraz z art. 102 § 1 k.k. z 1969 r., a mianowicie, że nie chodzi tylko o przestępstwa popełnione w stanie odurzenia alkoholowego czy innego środka odurzającego, lecz o pozostające w związku z nałogiem. Ten pogląd można uznać już za utrwalony w judykaturze i literaturze.

Do zastosowania instytucji z art. 96 § 1 k.k. niezbędne było ustalenie powiązania pomiędzy uzależnieniem sprawcy a jego społecznie destrukcyjnym zachowaniem, czyli musiało zostać wykazane prawdopodobieństwo, że to uzależnienie może się stać ponownie jedną z przyczyn popełnienia przestępstwa[348].

W doktrynie wskazywano jeszcze jedną przesłankę, która wprawdzie nie została wyraźnie sformułowana w k.k. z 1997 r., ale powinna być uwzględniania na podstawie ogólnych dyrektyw wymiaru kary, a mianowicie ustalenie, że leczenie odwykowe rokuje powodzenie[349].

Zgodnie z art. 96 § 3 k.k. czasu pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego nie określało się z góry, przy czym nie mógł on trwać krócej niż 3 miesiące (taki okres przyjmowano jako wymagany do przeprowadzenia odtrucia organizmu) i dłużej niż 2 lata. Tak więc, w przeciwieństwie do środka zabezpieczającego z art. 94 k.k., czas jego stosowania był względnie oznaczony, gdyż określono minimalny i maksymalny okres pobytu w zakładzie[350]. O zwolnieniu z zakładu rozstrzygał sąd na podstawie wyników leczenia, po zapoznaniu się z opinią prowadzącego leczenie.

Z art. 96 § 3 k.k. nie wynikało wprost, czy okres pobytu w zakładzie odwykowym mógł być dłuższy od orzeczonej kary, jednak w myśl § 4 na poczet kary sąd zaliczał okres

[347] M. Kalitowski (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Gdańsk 1999, Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, A Wąsek, M. Kalitowski, s. 291-292.
[348] K. Buchała (w:), K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k.* t. 1, Kraków 1998, s. 581.
[349] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 115 oraz A. Chlebowska, *Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego w polskim i niemieckim prawie karnym*, Prok. i Pr. 2011, Nr 1, s. 48.
[350] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1274.

pobytu skazanego w zakładzie, o którym mowa w § 1. Na tym tle w literaturze pojawiło się pytanie, czy okres pobytu w zakładzie leczenia odwykowego może przekraczać czas, na jaki orzeczono karę pozbawienia wolności? K. Krajewski odpowiedział przecząco podnosząc, że sprawca, wobec którego orzeczono środek z art. 96 k.k., przebywając w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, odbywa jednak karę pozbawienia wolności[351]. Podobnie uznali: A. Marek[352], A. Chlebowska[353] oraz A. Kwieciński[354].

Odmiennie natomiast przyjmowali: W. Wróbel[355] i P. Góralski[356]. Ten ostatni powoływał się na opinię Sądu Najwyższego zawartą w wyroku z dnia 22 czerwca 2005 r., w sprawie III KK 283/04, gdzie wskazano, że „(…) przepis art. 96 § 3 k.k. stanowi podstawę do zamkniętego leczenia odwykowego przez okres do 2 lat, czyli czas znacznie przekraczający górną granicę wymierzonej skazanemu kary pozbawienia wolności”[357], potwierdzoną następnie w postanowieniu z dnia 21 lipca 2011 r., w sprawie I KZP 9/11, w którym to Sąd Najwyższy jednoznacznie stwierdził, że „okres wykonywania środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 96 § 1 k.k., jest niezależny od wymierzonej sprawcy kary pozbawienia wolności, a jego ramy czasowe wyznacza art. 96 § 3 k.k.”[358].

Ten ostatni pogląd wydaje się zatem przyjęty w orzecznictwie i akceptowany przez część doktryny. W szczególności należy podkreślić, że rację ma Sąd Najwyższy podnosząc w uzasadnieniu ostatniego z przywołanych judykatów, iż wykładnia funkcjonalna art. 96 k.k. wskazuje, że względy lecznicze związane z koniecznością poddania sprawcy skutecznemu leczeniu odwykowemu są wiodące, co przemawia przeciwko limitowaniu czasu trwania tego środka zabezpieczającego wysokością wymierzonej kary pozbawienia wolności.

Umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego mogło być zastąpione swoistym „przedterminowym zwolnieniem”, polegającym na skierowaniu na okres próby na leczenie w warunkach wolnościowych[359], czyli instytucją o charakterze probacyjnym[360]. Zgodnie bowiem z art. 97 § 1 k.k., w zależności od postępów leczenia sprawcy określonego w art. 96 § 1, sąd mógł go skierować, na okres próby od 6 miesięcy

[351] K. Krajewski (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t. 7, Warszawa 2012, s. 273-274.
[352] A. Marek, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 266-267.
[353] A. Chlebowska, *Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego w polskim i niemieckim prawie karnym*, Prok. i Pr. 2011, Nr 1, s. 60.
[354] A. Kwieciński, Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania, Wrocław 2009, s. 121-122.
[355] W. Wróbel (w:) Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 555.
[356] P. Góralski, Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym, Warszawa 2015, s. 485.
[357] Legalis numer:74843.
[358] Legalis numer: 342691.
[359] L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2001, s. 196.
[360] Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 1253-1288.

do lat 2, na leczenie ambulatoryjne lub rehabilitację w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej, oddając go równocześnie pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym. Decyzja sądu miała charakter fakultatywny, a dozór był obowiązkowy. Podkreślano, że poddawanie skazanego zabiegom rehabilitacyjnym przy udziale kuratora lub innego podmiotu wyspecjalizowanego w przeprowadzaniu tego rodzaju rehabilitacji i świadczeniu w tym zakresie skazanym fachowej pomocy, stwarza dużą szansę pozbycia się uzależnienia i tym samym zagrożenia popełnienia przestępstwa[361].

Negatywna postawa sprawcy w trakcie próby mogła doprowadzić do ponownego umieszczenia go przez sąd w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo w zakładzie karnym. Sąd mógł bowiem zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo w zakładzie karnym, jeżeli skazany w okresie próby uchylał się od poddania się leczeniu lub rehabilitacji albo popełnił przestępstwo lub rażąco naruszał porządek prawny albo regulamin placówki leczniczo-rehabilitacyjnej (art. 97 § 2 k.k.). Podstawą do zmiany decyzji sądu mogło być popełnienie każdego przestępstwa. Naruszenie porządku prawnego musiało być rażące. W przypadku popełnienia przez skazanego wykroczenia należało zatem ocenić, czy to naruszenie porządku prawnego miało rażący charakter, np. gdy sprawca popełnił szereg wykroczeń, w krótkich odstępach czasu. Również rażące musiało być naruszenie regulaminu placówki leczniczo-rehabilitacyjnej.

Nie bez słuszności zauważono w literaturze, iż ustawodawca winien był zróżnicować skutki niepomyślnego przebiegu okresu próby w zależności od charakteru przewinienia, czyli nakazać ponowne umieszczenie skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego w przypadku uchylania się od leczenia lub rehabilitacji albo naruszenia regulaminu placówki, zaś w przypadku dopuszczenia się przestępstwa lub rażącego naruszenia porządku prawnego nakazać umieszczenie w zakładzie karnym. Co więcej, podniesiono, że skoro skazany zostaje warunkowo zwolniony z zamkniętego zakładu leczenia odwykowego, to niepomyślny przebieg okresu próby zasadniczo powinien pociągać za sobą możliwość ponownego umieszczenia w zakładzie leczniczym, jeśli uznano by to za celowe. Umieszczenie takiego skazanego w zakładzie karnym powoduje utratę przez środek zabezpieczający jego leczniczego charakteru[362].

---

[361] K. Buchała (w:), K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k.* t. 1, Kraków 1998, s. 584.
[362] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1277.

Zgodnie z art. 97 § 3 k.k., jeżeli w okresie próby i w ciągu dalszych 6 miesięcy nie zarządzono ponownego umieszczenia skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo w zakładzie karnym, karę należało uznać za odbytą z upływem okresu próby.

Omawiany środek zabezpieczający mógł być stosowany jedynie w toku postępowania rozpoznawczego, stąd też słusznie w uchwale z dnia 15 kwietnia 1999 r., I KZP 9/99, Sąd Najwyższy stwierdził, że „zarządzenie wykonania kary pozbawienia wolności orzeczonej za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego nie uprawnia sądu orzekającego w postępowaniu wykonawczym do orzeczenia na podstawie art. 96 par. 1 k.k. środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego”[363].

W art. 98 k.k. ustawodawca przewidział łagodniejsze warunki przedterminowego zwolnienia takiego sprawcy z odbywania kary pozbawienia wolności. Wskazano tam, że jeżeli wyniki leczenia, o których mowa w art. 96 § 3 k.k., za tym przemawiają, sąd warunkowo zwalnia skazanego z pozostałej do odbycia reszty kary na zasadach określonych w art. 77-82 k.k., bez ograniczeń wynikających z art. 78 § 1 lub 2 k.k., a dozór był obowiązkowy. Skazany mógł więc zostać warunkowo zwolniony z odbycia reszty kary bez wymaganego minimum odbycia połowy kary, a co do recydywistów, bez ograniczeń odbycia dwóch trzecich kary przez recydywistę określonego w art. 64 § 1 k.k. oraz trzech czwartych kary przez recydywistę określonego w art. 64 § 2 k.k. Dla zaktualizowania się przesłanki materialnej ujętej w art. 98 k.k. konieczne było, aby wyniki leczenia w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego były pozytywne, przy czym nawiązanie w art. 98 k.k. do art. 77 k.k. przesądzało, że nie była to jedyna przesłanka warunkowego przedterminowego zwolnienia. Konieczne było nadto uzasadnione przekonanie, że po zwolnieniu skazany będzie przestrzegał porządku prawnego, a w szczególności nie popełni nowego przestępstwa[364].

W piśmiennictwie podnoszono, że skoro leczenie przebiegało pomyślnie, rokowania były korzystne i były znaczne szanse na wyleczenie sprawcy z nałogu, skierowanie go w tej sytuacji do zakładu karnego, celem odbycia kary, mogłoby unicestwić pozytywne efekty leczenia[365]. Sporne było w doktrynie, czy zwolnienie z pozostałej do odbycia reszty kary, w razie wcześniejszego zwolnienia sprawcy z zakładu leczenia odwykowego, było

[363] OSNKW 1999 nr 5-6, poz. 26, Legalis numer 43868.
[364] A. Jaworska-Wieloch, *Szczególne przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia przy środkach zabezpieczających*, Probacja 2013, Nr II, s. 124.
[365] Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 1253-1293.

obligatoryjne[366], czy fakultatywne, uzależnione od tego, czy wyniki leczenia, które były podstawą zwolnienia skazanego z zamkniętego zakładu leczenia odwykowego, jednocześnie przemawiały za warunkowym zwolnieniem skazanego z pozostałej do odbycia części kary[367].

W literaturze podjęto próbę rozstrzygnięcia kwestii wzajemnej relacji przepisów art. 95 § 1 k.k. i art. 96 § 1 k.k. Mogło bowiem zdarzyć się, że sprawca został uznany za osobę o ograniczonej poczytalności, a jego skazanie wiązało się z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego i dodatkowo zachodziło wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przezeń przestępstwa związanego z uzależnieniem, czyli doszło do zrealizowania zarówno przesłanek instytucji z art. 95 § 1 k.k., jak i z art. 96 § 1 k.k. A. Muszyńska wyraziła słuszny – jak się wydaje – pogląd, że w takiej sytuacji należy kierować się względami celowościowymi i uznać, że zastosowanie znajdzie art. 96 § 1 k.k., w myśl którego uwzględnia się przyczynę przestępstwa i podejmuje działania zmierzające do jej usunięcia, a taką przyczyną jest stan uzależnienia, którego konsekwencją dopiero może być zmniejszona poczytalność sprawcy[368].

5.5. Środek zabezpieczający stosowany względem sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych (art. 95a k.k.).

Kolejny środek, nieznany poprzednim kodeksom, to umieszczenie w zakładzie zamkniętym sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, popełnionych w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym innym niż choroba psychiczna. Środek ten wprowadzono do polskiego prawa karnego nowelizacją kodeksu karnego z dnia 27 lipca 2005 r.[369] jako reakcję na zaniepokojenie opinii społecznej dużą liczbą przestępstw na tle seksualnym skierowanych przeciwko małoletnim[370].

Zgodnie z art. 95a § 1 k.k., który wszedł w życie z dniem 26 września 2005 r., skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione

[366] Tak A. Marek, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 269.
[367] Tak M. Kalitowski (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Gdańsk 1999, Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, M. Kalitowski, s. 298-299.
[368] A. Muszyńska, *Zróżnicowanie leczniczych środków zabezpieczających stosowanych wobec sprawców przestępstw popełnionych w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innych środków odurzających*, Pal. 2007, Nr 9-10, s. 90.
[369] Ustawa o zmianie ustawy – Kodeks karny, Ustawy – Kodeks postępowania karnego, Ustawy – Kodeks karny wykonawczy z dnia 27 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2005r., Nr 163, poz. 1363).
[370] J. K. Gierowski, L. *Paprzycki, Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 351.

w związku z zakłóceniem jego czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna, sąd mógł orzec umieszczenie sprawcy, po odbyciu tej kary w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne. Sąd Najwyższy wyraził przy tym pogląd, że odbycie „tej kary" następowało zarówno wtedy, gdy była orzeczona i wykonana tylko za przestępstwo wymienione w art. 95a § 1 k.k., jak i wtedy, gdy taka kara została orzeczona i wykonana za takie przestępstwo w ramach kary łącznej obejmującej także skazania za przestępstwa innego rodzaju[371].

Omawiany środek zabezpieczający miał charakter fakultatywny i przewidywał po odbyciu kary alternatywnie: umieszczenie w zakładzie zamkniętym albo skierowanie na leczenie ambulatoryjne w warunkach wolnościowych. J. K. Gierowski i L. K. Paprzycki wskazują, że w art. 95a k.k. z 1997 r. w zasadzie przewidziano dwa środki zabezpieczające: umieszczenie w zakładzie zamkniętym i skierowanie na leczenie ambulatoryjne[372].

Według art. 95a § 2 k.k. potrzebę wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1, sąd ustalał w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary. Przepisy art. 94 § 2 i 3 stosowało się odpowiednio (art. 95a § 3 k.k.). O potrzebie wykonania tego środka sąd orzekał np. wówczas, gdy sprawcy nie udało się odbyć terapii w warunkach penitencjarnych z uwagi na zbliżający się koniec kary, gdy sprawca nie chciał poddać się terapii w trakcie odbywania kary albo gdy istniała potrzeba utrwalenia, czy tez sprawdzenia jej rezultatów w środowisku poza zakładem karnym (np. w złagodzonej formie leczenia ambulatoryjnego). Poza tym, pewne formy leczenia (farmakoterapia), stanowiące ważny element postępowania terapeutycznego w ramach środka zabezpieczającego, były niedostępne w jednostkach penitencjarnych[373].

Opisaną wyżej instytucję znowelizowano ustawą z dnia 5 listopada 2009 r.[374], która weszła w życie z dniem 8 czerwca 2010 r. W znowelizowanym art. 95a § 1 k.k. przesłankę istnienia związku przyczynowego pomiędzy przestępstwem przeciwko wolności seksualnej a zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna zastąpiono przesłanką ustalenia związku przyczynowego pomiędzy tego rodzaju przestępstwem a zaburzeniami preferencji seksualnych sprawcy.

---

[371] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2017 r., V KK 170/16, Legalis numer: 1549989.

[372] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 355.

[373] A. Kwieciński, *Karać czy leczyć? Budowa polskiego systemu postępowania ze skazanymi wykazującymi zaburzenia preferencji seksualnych. Raport z badań* (w:) *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, pod red. A. Kwiecińskiego, Warszawa 2013, s. 175.

[374] Ustawa o zmianie ustawy – Kodeks karny, Ustawy – Kodeks postępowania karnego, Ustawy – Kodeks karny wykonawczy, Ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw z dnia 5 listopada 2009 r. (Dz. U. z 2009r., Nr 206, poz. 1589).

Z uwagi na to, że pojęcie zaburzenie preferencji seksualnych jest węższe aniżeli zakłócenie czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna, na skutek nowelizacji ograniczono grupę sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, którzy mogli zostać poddani terapii. W praktyce oznaczało to zawężenie stosowania tego środka zabezpieczającego do pedofilów, a już nie np. gwałcicieli, co uznawano za rozwiązanie dyskusyjne, jako że większość światowych programów terapeutycznych obejmuje również takich sprawców[375].

Z brzmienia art. 95a § 1 k.k. przed nowelizacją oraz po nowelizacji wynikało, że instytucja dotyczyła sprawców skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, podczas gdy tytuł Rozdziału XXV k.k. nosi nazwę „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności", w związku z czym, w doktrynie wyrażono wątpliwość, które z opisanych tam przestępstw wyczerpują zakres tego określenia[376].

Termin zaburzenie preferencji seksualnych obejmuje parafilie. Pojęcie to używane jest obecnie zamiast pojęć „dewiacja seksualna" i „perwersja". Podstawowym kryterium rozpoznania parafilii są powtarzające się, nasilone impulsy, wyobrażenia i pragnienia seksualne dotyczące niecodziennych przedmiotów, działań lub warunków, przy czym w kategoriach diagnostycznych mieszczą się tylko te zrealizowane zachowania, które bez względu na ich charakter stanowią źródło cierpienia dla danej osoby. Definicja ta może być uzupełniona o przypadki, w których dochodzi do przysparzania cierpienia innym i łamania podstawowych zasad współżycia społecznego[377].

Etiologia zaburzeń w zachowaniu seksualnym jest nieznana i w tej mierze istnieją różnorodne teorie.

Pierwsza grupa, to teorie biologiczne, a wśród nich: teoria, zgodnie z którą, za zaburzenia te odpowiadają uszkodzenia struktur mózgu, wynikające często z nieprawidłowości rozwojowych w okresie ciąży lub występujących w dorosłym życiu; teoria endokrynna (u osób z parafilią występują zaburzenia neurotransmiterów, np. dopaminy i serotoniny) powodujące nieprawidłowości systemu motywacyjnego i emocjonalnego, wyboru sposobu działania i samokontroli i/lub funkcji poznawczych oraz zapamiętywania i teoria chromosomalna, która wiąże powstawanie zaburzeń rozwojowych ze zmianami

[375] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 357.
[376] M. Kalitowski (w:) *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa* pod red. T. Dukiet-Nagórskiej, Warszawa 2010, s. 271.
[377] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 181.

w liczbie i jakości autosomów, w szczególności dotyczy to mężczyzn z dodatkowym chromosomem Y (kariotyp 47XYY)[378].

Drugą grupę stanowią teorie środowiskowe, a wśród nich: teorie psychodynamiczne kładące nacisk na doświadczenia z dzieciństwa (np. przemoc w rodzinie, w tym seksualną); teorie psychoanalityczne, według których u podstaw parafilii leży lęk mężczyzny przed kastracją i wynikające z niego formy kontaktów seksualnych nie generujące tej obawy oraz teoria społecznego uczenia się, zgodnie z którą, kluczową rolę w postrzeganiu własnej seksualności i normatywnych zachowań z nią związanych odgrywa kontekst socjalny i uwarunkowania socjalno-kulturowe[379].

Trzecią grupę tworzą teorie społeczne, w tym: teorie feministyczne, wedle których, zaburzenia preferencji seksualnych są efektem zachwiania równości płci na niekorzyść kobiet oraz teorie chaosu społecznego, które upatrują przyczyny parafilii w chaosie stanowiącym rezultat zaniku dotychczasowych reguł postępowania w świecie wojen, migracji, epidemii itd.[380]

Jak zauważa Z. Lew-Starowicz „przyczyną zaburzeń seksualnych mogą być czynniki biologiczne (organiczne), psychogenne, społeczno-kulturowe lub mieszane. W wielu przypadkach mamy do czynienia z etiologią wieloczynnikową”[381].

Według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 parafilie obejmują:

- fetyszyzm, czyli uzależnienie się od martwych przedmiotów jako bodźców wywołujących podniecenie i satysfakcję seksualną. Wiele tych przedmiotów (fetyszy) stanowi jakby uzupełnienie ludzkiego ciała, tak jak odzież czy obuwie. Niektóre popularne fetysze wyróżnia rodzaj materiału, z którego są wykonane, jak guma, plastik czy skóra. Przedmioty będące fetyszami mogą mieć różne znaczenie dla pacjentów. Niektórzy potrzebują ich dla wzmożenia naturalnego podniecenia seksualnego, np. proszą partnera o włożenie określonej części garderoby;

- transwestytyzm fetyszystyczny, który polega na potrzebie noszenia ubrań płci przeciwnej głównie po to, by osiągnąć podniecenie seksualne i mieć wygląd osoby płci przeciwnej. Transwestytyzm fetyszystyczny odróżnia się od transwestytyzmu transseksualnego poprzez wyraźny związek z seksualnym pobudzeniem i silną potrzebą

[378] M. Szwejkowska, *Skazani za zaburzeniami preferencji seksualnych*, Olsztyn 2013, s. 33-34.
[379] Tamże, s. 34.
[380] Tamże, 34-35.
[381] Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000, s. 23.

zdjęcia ubrania, kiedy pojawia się orgazm, a pobudzenie zanika. Zaburzenie to może być wyrazem wczesnej fazy w rozwoju transseksualizmu;

- ekshibicjonizm, który polega na okresowo nawracającej lub stałej tendencji do eksponowania narządów płciowych obcym osobom (zwykle przeciwnej płci) lub osobom przebywającym w miejscach publicznych, bez dążenia do bliższego kontaktu. W czasie odsłaniania występuje zwykle, ale nie zawsze, podniecenie seksualne, a potem często następuje masturbacja;

- oglądactwo, czyli powtarzająca się lub stała tendencja do podglądania ludzi – bez ich wiedzy – w czasie seksualnych zbliżeń czy w intymnych sytuacjach, np. rozbierania się. Prowadzi to zwykle do podniecenia seksualnego oraz masturbacji;

- pedofilię, czyli kontakty seksualne osoby dorosłej z dziećmi, najczęściej w wieku przed pokwitaniem lub pokwitania. Niektórzy preferują kontakty z dziewczynkami, inni z chłopcami, albo są zainteresowani jedną i drugą płcią;

- sadomasochizm, czyli kontakty seksualne, związane z zadawaniem bólu, upokarzaniem, czy zniewalaniem. Jeśli partner woli być odbiorcą takiej stymulacji seksualnej – określa się to masochizmem, jeśli zaś woli ją wywoływać – sadyzmem. Do pobudzenia seksualnego dochodzi często przy zastosowaniu sadystycznych i masochistycznych metod;

- złożone zaburzenia preferencji seksualnej, gdy u jednej osoby występuje więcej niż jedno zaburzenie w zakresie preferencji seksualnej i żadne z nich nie przeważa. Do najczęstszych należy powiązanie fetyszyzmu, transwestytyzmu i sadomasochizmu;

- inne zaburzenia preferencji seksualnych, do których należy: prowadzenie obscenicznych rozmów telefonicznych, ocieranie się o ludzi w zatłoczonych miejscach publicznych jako forma stymulacji seksualnej, kontakty seksualne ze zwierzętami czy też wykorzystanie podduszania lub niedotlenienia w celu zintensyfikowania doznań seksualnych;

- zaburzenia preferencji seksualnych, nieokreślone. Dewiacje seksualne BNO[382].

Ustalenia, że przestępstwo zostało popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, należało dokonać w oparciu o opinię biegłego seksuologa[383]. Sąd miał obowiązek wysłuchać psychiatrów, psychologa i seksuologa, co wynikało ze zmiany art. 93 k.k. dokonanej nowelizacją, która weszła w życie z dniem 8 czerwca 2010 r.

Na skutek wyżej wskazanej nowelizacji dodano, że celem umieszczenia sprawcy po odbyciu kary w zakładzie zamkniętym albo skierowania go na leczenie ambulatoryjne jest

[382] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 242-243. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf
[383] Tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 czerwca 2013 r., III KK 167/13, Legalis numer: 680154.

przeprowadzenie terapii farmakologicznej lub psychoterapii, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy.

Zmiana ta wywołała ożywioną dyskusję, a w środkach masowego przekazu została określona mianem „kastracji chemicznej”[384]. Pojęcie „kastracji chemicznej” (farmakologicznej) jest określeniem umownym, gdyż nie oznacza nieodwracalnego pozbawienia człowieka narządów płciowych i zdolności płodzenia, lecz zmierza do zredukowania, za pomocą środków farmakologicznych, produkcji testosteronu w jądrach i nadnerczach, co w konsekwencji powoduje obniżenie poziomu tego hormonu we krwi i osłabienie popędu płciowego. Ustawodawca zaznaczył, iż terapii farmakologicznej nie stosuje się, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia skazanego. Terapia obniżająca popęd bowiem nie jest obojętna dla zdrowia. W jej wyniku dochodzi do zmian somatycznych i psychicznych w organizmie, takich jak: obniżenie napędu psychoruchowego, obniżenie poczucia własnej wartości, depresja, chwiejność emocjonalna, otyłość, zmiany w układzie kostnym oraz mięśniowym, zwiększona męczliwość[385].

W literaturze podnoszono, że farmakoterapia, o której mowa w omawianym przepisie jest niezgodna z art. 40 Konstytucji RP oraz art. 3 EKPC, wyrażającymi zakaz tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania oraz zakaz kar cielesnych, gdyż obniżenie popędu seksualnego sprawcy będącego pedofilem zastępczym będzie eliminowało jego możliwości prokreacyjne i oddziaływało na tę sferę jego seksualności, która z prawnokarnego aspektu jest obojętna i takie oddziaływanie na popęd seksualny może stanowić karę cielesną, choć sama farmakoterapia nie ma charakteru mutylacyjnego[386].

Podnoszono wątpliwości w zakresie zgodności art. 95a § 1 i 1a k.k. z art. 5 ust. 1 lit. e EKPC, jako że przewidziano tam możliwość pozbawienia wolności osoby chorej umysłowo, alkoholika, narkomana lub włóczęgi, a w przypadku sprawców, o jakich mowa w art. 95a k.k.

---

[384] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 352. Zobacz również: Siedlecka Ewa. 2008a. *Przymus kastracji nie ma sensu*. Wywiad z dr. Andrzejem Drepką. „Gazeta Wyborcza” 26 września 2008; Siedlecka, Ewa. 2008b. Tusk: *Kastrować pedofilów*. „Gazeta Wyborcza” 10 września 2008; https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/269403,1,kastracja-farmakologiczna-budzi-kontrowersje.read; https://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/37168,cwiakalski-o-kastracji-chemicznej-zgodna-z-konstytucja.html; https://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/374413,prezydent-podpisal-ustawe-o-chemicznej-kastracji-pedofilow.html

[385] M. Mozgawa (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Mozgawy, Warszawa 2012, s. 230.

[386] C. Kulesza, P. Starzyński, *Kastracja chemiczna - opinia do projektu o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji z 9 października 2008 r*., Pal. 2009, Nr 11-12, s. 132-133.

nie mamy do czynienia z chorobą psychiczną. Wskazywano, że z uwagi na fakt, iż środek zabezpieczający z art. 95a k.k. w znacznym stopniu ogranicza prawo do założenia rodziny, postaje w sprzeczności do art. 12 EKPC, zgodnie z którym mężczyźni i kobiety w wieku małżeńskim mają prawo do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa.

Nadto, zwracano uwagę na niezgodność art. 95a § 1a k.k. z art. 47 Konstytucji stanowiącym o prawie do życia prywatnego i rodzinnego oraz swobodnego kształtowania swojego życia osobistego i rodzinnego oraz z art. 41 Konstytucji wyrażającym prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym z uwagi na znaczne ograniczenie przez art. 95a k.k. prawa do kształtowania przez sprawcę swojego życia osobistego i rodzinnego[387].

Z brzmienia art. 95a § 1a k.k. wynikało, że możliwe było stosowanie farmakoterapii lub psychoterapii, bądź obu metod jednocześnie. W doktrynie podkreśla się, że z psychiatryczno-psychologicznego punktu widzenia trudno znaleźć w przestępczej populacji grupę, w której silniejsze będą związki ujawnianych zaburzeń z utrwalonymi skłonnościami do naruszania porządku prawnego. Stąd też, grupa przestępców seksualnych wymaga wnikliwej oceny psychiatrów, psychologów i seksuologów i wypowiedzenia się co do potrzeby zastosowania wobec tych sprawców odpowiednich działań leczniczych[388].

W art. 95a § 1a k.k. wprowadzono obligatoryjność orzeczenia omawianego środka zabezpieczającego wobec sprawcy zgwałcenia małoletniego poniżej 15 lat oraz kazirodczego (art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 k.k.). Jak zauważył K. Postulski, w tym przypadku o zastosowaniu środka zabezpieczającego nie decyduje stan zdrowia sprawcy i wynikająca z niego potrzeba leczenia, mająca na celu zapobieżenie ponownemu popełnieniu przestępstwa, ale rodzaj popełnionego przestępstwa. Środek ten ma więc wyraźnie cel represyjny i ogólno – prewencyjny, a nie leczniczy, bowiem nie każdy sprawca skazany na mocy tego przepisu wymaga leczenia, jako warunku zapobieżenia ponownemu popełnieniu przestępstwa[389]. W literaturze wyrażono krytykę tego rozwiązania podkreślając, że w przypadku każdej terapii zawsze pożądana jest zgoda i akceptacja, a w przypadku tej kategorii sprawców leczenia bez zgody nie można uzasadniać tymi samymi argumentami, co przymusowego leczenia osób

[387] K. Liżyńska, *W sprawie środka zabezpieczającego z art. 95a k.k.*, P i P 2012, Nr 4, s. 84-86.
[388] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 353.
[389] K. Postulski, *Nowe zasady wykonywania przez sąd środka zabezpieczającego określonego w art. 95a kodeksu karnego*, Prok. i Pr. 2010, Nr 10, s. 86.

chorych psychicznie, albowiem zaburzenia preferencji seksualnej nie osiągają głębokości i poziomu psychozy[390].

Na skutek nowelizacji, która weszła w życie z dniem 8 czerwca 2010 r. zmieniono także brzmienie art. 95a § 2 k.k., w myśl którego, w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary sąd ustalał: potrzebę i sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1 oraz sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1a. Rozwiązanie należy uznać za trafne, skoro środek zabezpieczający miał być wykonywany po odbyciu kary pozbawienia wolności. W sytuacji jego obligatoryjnego zastosowania, co oczywiste, sąd decydował jedynie o sposobie wykonania środka, a nie o potrzebie. Zgodnie z art. 95a § 2a k.k. sąd mógł zarządzić zmianę sposobu wykonywania środka zabezpieczającego określonego w § 1 lub 1a.

W art. 95a § 2b k.k. przewidziano, że sąd zarządzał umieszczenie w zakładzie zamkniętym, jeżeli sprawca uchylał się od leczenia ambulatoryjnego określonego w § 1 lub 1a. Omawiany środek miał *de facto* charakter postpenalny, gdyż stosowany był po odbyciu kary pozbawienia wolności[391].

W art. 95 a § 3 k.k. wskazano, że przepisy art. 94 § 2 i 3 stosuje się odpowiednio, co oznaczało, że zwolnienie z skazanego z odbywania tego środka zabezpieczającego miało charakter warunkowy i w ciągu 5 lat od zwolnienia z zakładu zamkniętego albo leczenia ambulatoryjnego istniała możliwość ponownego umieszczania sprawcy w zakładzie zamkniętym albo skierowania na leczenie ambulatoryjne, jeśli zaistniały przesłanki określone w art. 95a § 1 k.k.

6. Lecznicze środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksie karnym z 1997 roku od dnia 1 lipca 2015 roku.

6.1. Ocena przyczyn zmiany modelu orzekania środków zabezpieczających.

Przed przystąpieniem do omawiania środków zabezpieczających funkcjonujących w polskiej ustawie karnej od dnia 1 lipca 2015 r. należy poczynić kilka uwag natury ogólnej, podejmując próbę nakreślenia tła, na jakim dokonano tak głębokiego przeformowania tej instytucji.

[390] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 366.
[391] M. Niewiadomska-Krawczyk, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego.* Tom L. Warszawa 2018, s. 54.

W dyskursie o środkach zabezpieczających przede wszystkim należy mieć świadomość, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na świecie i dlatego - jak się wydaje - należy dbać o rozwój i poziom funkcjonowania instytucji stosowanych w postępowaniu z osobami zaburzonymi psychicznie, zwłaszcza na gruncie ustaw karnych, które znacznie ingerują w sferę praw i wolności jednostki.

W 2011 r. European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) i European Brain Council (EBC) opublikowały raport[392] pt. „Zakres i częstotliwość występowania chorób i zaburzeń psychicznych w Europie w 2010 r.", który aktualizował i rozszerzał raport z 2005 r. Badanie wykazało, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców Unii Europejskiej (38,2%) cierpiało z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego były: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), ADHD u dzieci i młodzieży (5%), demencja (1-30% w zależności od wieku). Raport postawiał diagnozę, że zaburzenia psychiczne stały się największym wyzwaniem zdrowotnym w Europie w XXI wieku.

Najnowszy raport[393] Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Komisji Europejskiej pt. „Health at Glance: Europe 2018" wskazuje, że ponad jedna na sześć osób w krajach UE (17,3%) miała problem ze zdrowiem psychicznym w 2016 r., czyli około 84 mln mieszkańców Unii Europejskiej zmagało się z zaburzeniami psychicznymi takimi jak depresja, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia związane z używaniem alkoholu i narkotyków. Systematycznie wzrasta liczba osób, u których stawiane jest tzw. „podwójne rozpoznanie". U coraz większej liczby osób, u których rozpoznano zaburzenia psychotyczne lub depresyjne stwierdza się również nadużywanie alkoholu w wywiadzie bądź przyjmowanie nielegalnych substancji psychoaktywnych. Te ostatnie mogą wpływać na pojawienie się objawów zaburzeń psychotycznych lub też ich przyjmowanie może wynikać z chęci znalezienia ulgi w prezentowanych objawach[394].

Z kolei z raportu[395] z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska" przygotowanego przez pracowników

[392] Dane przytoczone za opracowaniem tematycznym Kancelarii Senatu, Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej dostępnym pod adresem: https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf. Źródło: „Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010"

[393] Tamże. Źródło: OECD/EU, Health at a Glance: Europe 2018, State Of Health In The EU Cycle, 2018. Badania, których wyniki zestawia raport zostały przeprowadzone w 28 państwach członkowskich UE, 5 państwach kandydujących i 3 krajach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA).

[394] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 74.

[395] http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/5Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf.

Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, iż w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18–64 r.ż.) u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD–10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM–IV. Wśród nich co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta - trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób[396].

Aktualnie na zdrowie psychicznie niewątpliwie wpływ ma pandemia Covid-19. Już od wieków pojawianie się chorób zakaźnych przenoszonych z człowieka na człowieka wywoływało określone reakcje psychologiczne całych zbiorowości, zmieniało dotychczasowe zachowanie, zwyczaje i wprowadzało różne, mniej lub bardziej skuteczne sposoby walki ze skutkami zarazy. Opisywano powszechne skutki zdrowotne epidemii, w tym lęk, bezsenność, zwiększone spożycie alkoholu i zanik energii. Psychologiczne i psychiatryczne konsekwencje epidemii w czasach współczesnych, przy niespotykanym przyspieszeniu transmisji wirusa na cały świat w wyniku globalizacji, zmian klimatycznych i szybkości przemieszczania się ludności, to dominujące, subiektywnie odczuwane, rzeczywiste lub domniemane poczucie zagrożenia ze strony innych ludzi, strach, niepewność i niepokój, a także objawy, jakie się pojawiają w reakcji na traumatyczny stres. Dodatkowo mogą występować stany fobii społecznej jako efekt stygmatyzacji, społecznego napiętnowania i ksenofobii. Dotyczy to osób, które się podejrzewa o większą możliwość przenoszenia zakażenia, np. pracowników służby zdrowia, pozostających w kwarantannie, powracających z zagranicy, chorujących na alergie, kaszlących. Pandemiczne zaburzenia psychiczne można przyporządkować do kategorii zaburzeń lękowych i związanych ze stresem[397].

Z badań międzynarodowego zespołu[398], które objęły swoim zasięgiem m.in. Polskę wynika, że ponad połowa osób, u których wcześniej odnotowano zaburzenia depresyjne czy lękowe, odczuła pogorszenie stanu zdrowia psychicznego na skutek pandemii. W badaniach wzięło udział ponad 13 tys. osób z 12 krajów świata. Poza polskimi respondentami byli to dorośli mieszkańcy m.in. Stanów Zjednoczonych i Kanady, Niemiec, Francji, Hiszpanii,

[396] Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, Dz. U. 2017, poz. 458.

[397] J. Heitzman, *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne, Psychiatria Polska 2020*; 54(2), s. 187-188;dostęp: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2020/187Heitzman_PsychiatrPol2020v54i2.pdf

[398] Wyniki badań, którymi kierował dr Ali Jawaid z Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie, ukazały się w czasopiśmie "Frontiers of Psychiatry". Dostęp pod adresem: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.581426/full

Iranu czy Pakistanu. Na postawie drobiazgowych ankiet z tej grupy wyodrębniono mniejszą, liczącą ponad 2,7 tysięcy osób, które już przed pandemią koronawirusa wykazywały oznaki depresji, zaburzeń lękowych czy zespołu stresu pourazowego. Najbardziej negatywnie wpływające na psychikę okazało się poczucie braku kontroli. Zwiększało ono szanse na pogorszenie stanu zdrowia o 90% Innymi czynnikami zwiększającymi to prawdopodobieństwo była płeć żeńska (70%), brak interakcji z innymi (56%) oraz niezadowolenie z odpowiedzi państwa na epidemię (31%). Wszyscy badani najczęściej skarżyli się na zaburzenia snu.

Wskazuje się nadto, że pandemia w istotny sposób zwiększy obciążenie zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniami[399].

Następnie, należy przywołać fakt, że od połowy XX wieku rozpowszechniła się psychiatria społeczna, którą definiowano jako naukę mającą na celu uzupełnienie psychiatrii klinicznej najniezbędniejszymi wiadomościami socjologicznymi, mającymi znaczenie w ustalaniu przyczyny i skutków różnych chorób, a także metod leczenia wzbogaconych o doświadczenia socjoterapii oraz zajmującą się chorobami stanowiącymi najważniejszy problem społeczny i grupami ludzi najbardziej podatnych na zachorowania[400].

Jako istotne zadania psychiatrii społecznej wskazywano utworzenie, rozwój i ocenę psychiatrycznej opieki środowiskowej (opieka środowiskowo-psychiatryczna), charakteryzującej się próbami leczenia zaburzeń psychicznych tam, gdzie one powstają i ujawniają się, czyli w otoczeniu pacjenta i w jego środowisku społecznym, a nie w wyspecjalizowanych instytucjach, również zamkniętych[401].

Z kolei do rozwoju opieki środowiskowej przyczyniła się psychiatria środowiskowa (z ang. *community psychiatry*), która w przeciwieństwie do psychiatrii społecznej początkowo nie stanowiła nauki; gałęzi psychiatrii, a ruch społeczny zapoczątkowany przez ruch higieny psychicznej powstały w Stanach Zjednoczonych, którego okres maksymalnego rozwoju przypadał na lata sześćdziesiąte XX wieku.

Psychiatria środowiskowa dążyła do zorganizowania systemu pomocy psychiatrycznej dla społeczności w danym regionie, dostosowanego do jego potrzeb i obejmującego całość zagadnień związanych z leczeniem i rehabilitacją chorych z zaburzeniami psychicznymi. Jej zasięg rozciągał się nie tylko na instytucje lecznicze, ale również administrację,

[399] E. Grzela, Puls medycyny, artykuł *Pandemia Covid-19 zwiększy liczbę osób uzależnionych* dostępny pod adresem: https://pulsmedycyny.pl/pandemia-covid-19-zwiekszy-liczbe-osob-uzaleznionych-1007628.
[400] Z. Falicki, *Psychiatria społeczna*, Warszawa 1985, s. 17.
[401] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 3.

organizacje polityczne, społeczne i religijne. Wynikało to z założeń programowych i organizacyjnych psychiatrii środowiskowej, która w swojej działalności opiera się na instytucjach niemedycznych i społecznej działalności osób różnych zawodów[402]. Z czasem psychiatria środowiskowa przestała być tylko modnym ruchem społecznym, a stała się preferowanym na całym świecie kierunkiem psychiatrii[403].

Postulaty psychiatrii społecznej i opieki środowiskowej znajdowały odzwierciedlenie w regulacji leczniczych środków zabezpieczających różnych państw zachodnich, np. Holandii. Kodeks karny tego kraju nie wyodrębnia środków zabezpieczających jako osobnej kategorii, a występuje ona w ramach szerszej kategorii tzw. środków (Maatregelen). Wachlarz środków zabezpieczających jest wąski, przy czym ukształtowane są dość łagodnie, z dbałością o zrealizowanie gwarancyjnej funkcji prawa karnego. Do środków zabezpieczających w prawie holenderskim należą: przepadek, umieszczenie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym, umieszczenie sprawcy w ośrodku dla recydywistów i dozór. Ten ostatni polega na zleceniu przez sąd odpowiedniej instytucji państwowej objęcia sprawcy opieką wolnościową, która może polegać na terapii w warunkach wolnościowych połączonej z dozorem, jeśli to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa innym osobom lub ogólnego bezpieczeństwa osób i mienia. Opieka wolnościowa może trwać maksymalnie 2 lata od uprawomocnienia się orzeczenia, z możliwością przedłużenia jej o rok lub 2 lata, gdy wymaga tego bezpieczeństwo innych osób lub bezpieczeństwo ogólne osób i mienia. W trakcie trwania dozoru możliwe jest modyfikowanie jego warunków. Istnieje możliwość warunkowego zakończenia dozoru przy ustaleniu okresu próby od jednego roku do 2 lat[404].

W Holandii więc wykorzystuje się metody psychiatrii społecznej, środowiskowej, sprawców obejmuje się opieką postpenitencjarną oraz ambulatoryjnymi formami opieki. Co warto podkreślić, w systemie holenderskim standardem opiniodawczym jest wielokierunkowa diagnoza stanu zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego, uwzględniająca również jego funkcjonowanie społeczne, prognozę psychologiczno-kryminologiczną, motywację oraz gotowość do zaakceptowania określonych oddziaływań leczniczo-terapeutycznych. Opinię sporządza interdyscyplinarny zespół diagnostyczny, stworzony przez psychiatrów, psychologów, socjologów i prawników. Zespół dysponuje wiedzą na temat możliwości terapeutycznych i programów terapeutycznych wszystkich

[402] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, Warszawa 1986, s. 425.
[403] L. K. Paprzycki, *Psychiatria środowiskowa – wyzwania i zagrożenia. IV Konferencja szkoleniowo-naukowa w Szpitalu Psychiatrycznym w Tworkach – 22-23 września 1995 r.*, Pal. 1995, Nr 11-12, s. 137.
[404] M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich, Prawo w działaniu*, tom 13, Warszawa 2013, s. 89-91.

holenderskich klinik sądowych uwzględniających specyfikę zaburzeń sprawcy oraz jego przestępczej aktywności[405].

W szwajcarskim prawie karnym przewidziano trzy rodzaje środków zabezpieczających: środki terapeutyczne stacjonarne (leczenie zaburzeń psychicznych, leczenie uzależnień i szczególne środki stosowane wobec sprawców młodocianych), leczenie ambulatoryjne i dozór.

W prawie karnym Włoch wyróżnia się środki zabezpieczające osobiste i majątkowe. Obok środków zabezpieczających osobistych izolacyjnych (umieszczenie w kolonii rolnej lub domu pracy, umieszczenie w domu leczenia i opieki, umieszczenie w sądowym szpitalu psychiatrycznym, umieszczenie nieletniego w reformatorium sądowym) przewidziano środki osobiste nieizolacyjne w postaci: dozoru, zakazu pobytu w określonej miejscowości lub regionie, zakazu uczęszczania do miejsc publicznego wyszynku i wydalenia cudzoziemca z terytorium państwa.

W prawie karnym niemieckim poza trzema środkami zabezpieczającymi o charakterze izolacyjnym, do których zalicza się: umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, umieszczenie w zakładzie leczenia odwykowego i umieszczenie w specjalnym zakładzie izolowanym, funkcjonuje nadzór, odebranie prawa do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz zakaz wykonywania zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej.[406].

We współczesnej psychiatrii zwraca się uwagę, że struktura organizacyjna dużego szpitala nie sprzyja indywidualnemu i podmiotowemu podejściu do pacjenta. Dłuższy pobyt w dużej instytucji opiekuńczo-leczniczej przyczynia się do przewlekłego przebiegu choroby psychicznej i pogłębiającej się niesprawności (tzw. przewlekły hospitalizm). Za zasadne uważa się odchodzenie od modelu opieki stacjonarnej na rzecz modelu leczenia środowiskowego. Rekomenduje się reformę polegającą na likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych i tworzeniu małych placówek, zlokalizowanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Jako podstawowe miejsce leczenia i opieki psychiatrycznej wskazuje się placówki pozaszpitalne – poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, których personel zapewnia tzw. opiekę czynną, odwiedzając pacjentów w miejscu zamieszkania i hostele (mieszkania terapeutyczne), w ramach opieki społecznej, pomagające pacjentom odnaleźć się w społeczeństwie, w których zamieszkuje kilku pacjentów,

[405] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 255-256.
[406] M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich, Prawo w działaniu*, tom 13, Warszawa 2013, s. 68, 75, 92-94.

pozostających pod opieką terapeuty[407]. Jako inne ważne uwarunkowania procesu przechodzenia od szpitali do środowiskowych form leczenia wskazywano wprowadzenie do lecznictwa nowoczesnych środków psychotropowych oraz dążenie do zmniejszenia kosztów leczenia[408].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. uwzględniła postulaty psychiatrii środowiskowej, stanowiące docelowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Funkcjonuje bowiem sieć poradni zdrowia psychicznego, oddziały dzienne, gdzie pacjenci przychodzą na kilka godzin, przez kilka dni w tygodniu i biorą udział w programie zajęć terapeutycznych. Działają zespoły (oddziały) leczenia środowiskowego usytuowane przy szpitalach lub poradniach zdrowia psychicznego, składające się z wieloprofesjonalnych zespołów (psychiatry, psychologa, pielęgniarki, pracownika socjalnego), gdzie podstawową zasadą jest praca z pacjentem w jego naturalnym środowisku (wizyty domowe). Funkcjonują hostele, kluby pacjenta, warsztaty terapii zajęciowej, stanowiska pracy chronionej w zakładach pracy, jak również działają oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych[409]. Sprawców czynów zabronionych, wobec których stosuje się środki zabezpieczające, te uwagi również dotyczą. Wszak tam, gdzie ustawy karne nie stanowią inaczej, są pacjentami, jak wszyscy inni pacjenci psychiatryczni.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, bez wątpienia należało dokonać zmiany modelu środków zabezpieczających obowiązującego na gruncie polskiej ustawy karnej na wzór rozwiązań funkcjonujących w innych państwach. Na marginesie wypada zauważyć, iż nie jest korzystną sytuacja, w której dwie istotne z punktu widzenia zdrowia psychicznego regulacje prawne, jakimi są ustawa karna w zakresie, w jakim normuje zagadnienie środków zabezpieczających oraz „cywilna" ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, abstrahując od tego, że pełnią różne funkcje i zasadniczo mają zastosowanie do różnych kategorii osób, nie są komplementarne.

Tytułem wstępu do oceny reformy w zakresie leczniczych środków zabezpieczających, a zwłaszcza terapii i terapii uzależnień, która szerzej zostanie dokonana w dalszej części rozprawy, w tym miejscu wypada jedynie zaznaczyć, że w ramach prawa i procesu karnego podstawę jakichkolwiek działań z zakresu psychiatrii sądowej stanowią obowiązujące regulacje prawne. Znamienne jest przy tym, zdaniem J. K. Gierowskiego i o tym należy pamiętać, że „prawne definicje i procedury z trudem „przekładają" się

[407] P. Gałecki, A. Szulc, *Psychiatria*, Wrocław 2018, s. 74.
[408] B. Pietrzykowska (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 605.
[409] Tamże, s. 609.

na pojęcia, którymi posługuje się współczesna psychiatria. Dogmatyczny, statyczny i konserwatywny charakter prawa jest często czynnikiem, który utrudnia czy też uniemożliwia wykorzystanie, dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości, bardziej współczesnej wiedzy psychiatrycznej, zwłaszcza w obszarze oddziaływań terapeutycznych czy rehabilitacyjnych (…). Definicje prawne, formułowane zgodnie z zasadami logiki formalnej, z trudem przystają do aparatury pojęciowej współczesnej psychiatrii czy psychologii (…). Stwierdzenie, iż prawo nie nadąża za potrzebami życia społecznego, mimo swej banalności i oczywistości, jest zjawiskiem szczególnie niewygodnym dla tych, którzy usiłują realizować w praktyce podstawowe zasady psychiatrii sądowej. Fakt, iż na przykład, w ramach realizowania środków zabezpieczających prawo stara się przede wszystkim realizować zasadę izolacji i zabezpieczenia, a leczenie i poprawa stanowią raczej cel drugoplanowy, stanowi i w przyszłości stanowić będzie źródło wielu konfliktów pomiędzy prawnikami a psychiatrami sądowymi. Prawnicy oczekują, iż podejmowane działania terapeutyczno-rehabilitacyjne odbywać się mogą jedynie w warunkach absolutnego bezpieczeństwa, psychiatrzy natomiast mają pełną świadomość, iż nie da się nigdy wykluczyć pewnego marginesu ryzyka. Sytuacja o której mowa może nie sprzyjać stosowaniu w psychiatrii sądowej najnowszych metod terapeutycznych. Dzieje się tak najczęściej gdy przepisy prawa nie dają podstaw do wykorzystania większości metod stosowanych przez psychiatrię społeczną i środowiskową, usiłując ograniczyć postępowanie terapeutyczne do działań w zakładach zamkniętych"[410].

Na skutek omawianej nowelizacji niewątpliwie w pewnym zakresie „wyprowadzono" postępowanie terapeutyczne z zakładu zamkniętego, choć można mieć wątpliwości, czy dokonano tego umiejętnie.

Problematyka środków zabezpieczających na nowo została uregulowana ustawą nowelizującą k.k. z dnia 20 lutego 2015 r., którą określono mianem najpoważniejszej nowelizacji prawa karnego od czasu wejścia w życie kodeksu karnego z 1997 r.[411] Jak napisano w uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw zmiany polegają zarówno na odmiennym niż dotychczas sposobie unormowania środków zabezpieczających, jak i na modyfikacji ich katalogu. Próżno jednak szukać w uzasadnieniu przywołania konkretnych przesłanek takiego, a nie innego, ukształtowania kwestii środków zabezpieczających. W literaturze prawniczej natomiast

[410] J. K. Gierowski, *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, Pal. 2003, Nr 7-8, s. 106-107.
[411] R. Zawłocki, *Reforma prawa karnego materialnego od 1.7.2015r. Uwagi ogólne dotyczące najważniejszych zmian w Kodeksie karnym*. Monitor Prawniczy 2015, Nr 11, Legalis.

czyniono rozważania nad zagadnieniami dotyczącymi filozofii karania, która stała za tak poważną zmianą regulacji orzekania środków zabezpieczających. Zwracano uwagę na ciągłą ewolucję filozofii karania znajdującą odzwierciedlenie w reformach prawa karnego, a polegającą na zwiększaniu się liczby innych niż kary środków reakcji na przestępstwo. Wskazywano, iż kolejni ustawodawcy nie tylko chcieli karać za czyn, ale także w coraz większym stopniu przeciwdziałać popełnianiu czynów zabronionych, w szczególności chronić społeczeństwo przed sprawcami niepoprawnymi[412].

Wprowadzono nowe wolnościowe środki zabezpieczające, takie jak elektroniczna kontrola miejsca pobytu. Część z dotychczas istniejących środków wolnościowych została uporządkowana, odpowiednio opisana. Wprowadzono pojęcie terapii, obejmującej zarówno psychoedukację poznawczo-behawioralną, realizowaną głównie w zakładach karnych, oraz różne formy psychoterapii, realizowane w warunkach wolnościowych, czy farmakoterapię. Osobnym środkiem jest terapia uzależnień, która podobnie jak terapia może być realizowana w izolacji, jak i w warunkach wolnościowych[413].

Należy zgodzić się z M. Pietrakiem, iż ustawodawca rozszerzył zakres stosowania środków zabezpieczających poprzez rozszerzenie ich katalogu, jak również rozszerzenie kategorii sprawców, wobec których mogą być stosowane[414]. Do tej konstatacji wypada dodać, że rozszerzono możliwość stosowania środków zabezpieczających również na etap postępowania wykonawczego, przy czym nie dotyczy ona umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym.

Wprowadzone zmiany były na tyle rozległe i istotne, że w doktrynie wskazuje się, że w zasadzie można mówić o dwóch modelach środków zabezpieczających: modelu obowiązującym od momentu wejścia w życie kodeksu karnego z 1997 r. do dnia 1 lipca 2015 r. (z drobnymi zmianami) oraz modelu obowiązującym po 1 lipca 2015 r.[415]. Pojawiło się wręcz pytanie, czy w dalszym ciągu uzasadnione jest traktowanie środków zabezpieczających jako jednej z dopuszczalnych reakcji na popełniony przez sprawcę czyn zabroniony, czy można już mówić o powstawaniu nowej gałęzi prawa – prawa zabezpieczającego, której główną funkcją będzie zabezpieczenie społeczeństwa przed naruszeniem dóbr prawnych przez osoby z szeroko rozumianym zaburzeniem osobowości,

[412] P. Kładoczny, *Reforma czy rewolucja? Nowy kształt środków zabezpieczających*, Studia Iuridica, 2016, t. 65, s. 175-176.
[413] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk sejmowy Nr 2393, s. 31.
[414] M. Pietrak, *Środki zabezpieczające w świetle nowelizacji prawa karnego z 20.2.2015 r.*, Monitor Prawniczy 2015, Nr 13, Legalis.
[415] M. Niewiadomska-Krawczyk, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. Tom L. Warszawa 2018, s. 51.

której regulacje, przynajmniej w zasadniczej części, powinny zostać zawarte w odrębnej ustawie[416]. Z kolei T. Kalisz i A. Kwieciński zmiany w zakresie środków zabezpieczających, na tle dotychczasowych tendencji rozwoju tej instytucji na gruncie krajowym, określili mianem rewolucyjnych podkreślając, że są bardzo głębokie[417]. Również P. Kładoczny zastanawia się, czy nowy kształt środków zabezpieczających nazwać reformą czy rewolucją?[418].

W tym miejscu twierdząco należy odpowiedzieć na stawiane w doktrynie inne pytanie, a mianowicie, czy lecznicze środki zabezpieczające powinny być orzekane w procesie karnym? Czy orzeczenie przymusowego leczenia powinno być reakcją na popełniony czyn zabroniony, czy też przymusowe leczenie psychiatryczne powinno być orzekane wyłącznie w postępowaniu cywilnym przez sąd opiekuńczy, a postępowanie karne wobec sprawcy powinno kończyć się na jego umorzeniu?[419].

Środki zabezpieczające bez wątpienia powinny funkcjonować na gruncie prawa karnego, jako reakcja państwa na popełniony przez sprawcę czyn zabroniony. Nie sposób pozostawić postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie, dopuszczającymi się czynów zabronionych, niekiedy poważnych, wyłącznie ustawie o ochronie zdrowia psychicznego tym bardziej, że nie chodzi tylko o sprawców niepoczytalnych, ale również o skazanych, do których stosuje się przepisy karne. Nadto, usytuowanie środków ochronnych, jak nazywano środki zabezpieczające w dawnej nomenklaturze, w kodeksie karnym wymaga dążenie do niezwłocznej reakcji na stan zagrożenia, czyli dopuszczenie się czynu zabronionego przez sprawcę. Sprawne działanie jest możliwe dzięki procedurze karnej, zaś postępowania prowadzone w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nawet przy założeniu wprowadzenia zmian, z całą pewnością nie będą toczyły się tak sprawnie, jak karne.

Założeniem ustawodawcy było wprowadzenie w rozdziale X rozwiązania systemowego, polegającego na określeniu:

- katalogu środków zabezpieczających (art. 93a),
- zasad stosowania środków (art. 93b),
- sprawców, wobec których można zastosować środki (art. 93c),

[416] A. Barczak- Oplustil, *Charakter środków zabezpieczających w nowelizacji kodeksu karnego z 20 lutego 2015 r. Wprowadzenie do dyskusji*, Pal. 2015, Nr 7-8, s. 114.
[417] T. Kalisz, A. Kwieciński, *Projektowane zmiany w zakresie stosowania i wykonywania leczniczych środków zabezpieczających (uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw w wersji z 17 kwietnia 2014 r.)*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014, Nr 83, s. 24.
[418] P. Kładoczny, *Reforma czy rewolucja? Nowy kształt środków zabezpieczających*, Studia Iuridica, 2016, t. 65, s. 175.
[419] S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2013, s. 263 i nast.

– czasu stosowania środków (art. 93d),

– obowiązków związanych z poszczególnymi środkami (art. 93e–93g),

– podstawy stosowania środków karnych tytułem środka zabezpieczającego (art. 99).

W uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej wskazano, że przepisy art. 93a–93c k.k. będą ściśle wzajemnie powiązane, zaś ich zakresy będą się krzyżować. Oznacza to, że każdy ze środków określonych w art. 93a k.k., przy zastosowaniu zasad określonych w art. 93b k.k., będzie można zastosować do każdego sprawcy określonego w art. 93c k.k., na czas określony w art. 93c k.k. Wyjątek wprowadzono jedynie w odniesieniu do najsurowszego ze środków, czyli orzeczenia pobytu w zakładzie psychiatrycznym lub innym zakładzie zamkniętym, który będzie można orzec jedynie w konkretnych wypadkach[420].

W art. 93a k.k. ustawodawca ustanowił zamknięty katalog środków zabezpieczających wskazując w § 1, że są nimi: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień i pobyt w zakładzie psychiatrycznym. W § 2 wskazano, że jeżeli ustawa tak stanowi, tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2-3. Wprowadzono zatem nowe środki zabezpieczające, nieznane wcześniej polskiemu ustawodawstwu, w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu, terapii i terapii uzależnień. Katalog jest ułożony według systematyki rosnącej, od środków najłagodniejszych do najbardziej ingerujących w sferę wolności jednostki[421].

6.2. Ogólne zasady oraz czas stosowania środków zabezpieczających.

Ogólne przesłanki stosowania środków zabezpieczających określają przepisy art. 93b § 1-5 k.k. Do zastosowania konkretnego środka zabezpieczającego konieczne jest zaistnienie zarówno przesłanek ogólnych, jak i szczególnych dotyczących tego środka.

Zgodnie z art. 93b § 1 k.k. sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4, można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

[420] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk sejmowy nr 2393 s. 31-32.
[421] Tamże, s. 32.

W omawianym przepisie sformułowanie „konieczne” zastąpiło określenie „niezbędne” z art. 93 k.k. przed nowelizacją. Jak zauważa M. Pietrak, ponieważ są to określenia synonimiczne, zabieg wydaje się zbędny, jednak należy przypuszczać, że jest konsekwencją przyjętej przez ustawodawcę zasady konieczności wyrażonej w Konstytucji RP.[422]

Z uwagi na to, że w art. 93b § 1 k.k., podobnie jak w art. 94 § 1 k.k. obowiązującym do dnia 30 czerwca 2015 r., jest mowa o sprawcy, należy uznać, że podstawową przesłanką do zastosowania każdego środka zabezpieczającego jest ustalenie, że osoba, której dotyczy postępowanie dopuściła się zarzuconego jej czynu.

W doktrynie wskazuje się, że z uwagi na użycie przez ustawodawcę wyrażenia „sprawca czynu zabronionego” wątpliwości budzi możliwość zastosowania środków zabezpieczających względem podżegacza oraz pomocnika i wyrażane jest stanowisko, że środki zabezpieczające mogą być stosowane tylko wobec sprawców w rozumieniu art. 18 § 1 k.k.[423], co jest słusznym poglądem, nie tylko z uwagi na brzmienie art. 93b § 1 k.k. i art. 18 § 1 k.k., ale również ze względu na to, że generalnie możliwość stosowania środków reakcji karnej, w tym środków zabezpieczających, nie powinna być interpretowana rozszerzająco. Podobne wątpliwości wyrażano jeszcze na gruncie obowiązywania art. 94 § 1 k.k. i także uznawano, że chodzi wyłącznie o sprawcę w rozumieniu art. 18 § 1 k.k., czyli sprawcę pojedynczego, współsprawcę, sprawcę kierowniczego i polecającego[424]. Odmienne stanowisko zaprezentowała A. Barczak-Oplustil przytaczając na jego uzasadnienie trzy argumenty: w k.k. wielokrotnie używany jest termin sprawca w kontekście obejmującym także podżeganie i pomocnictwo (tzw. szerokie rozumienie sprawstwa, np. art. 1 § 3 k.k.); podżegacz i pomocnik realizuje własny typ czynu zabronionego, co oznacza, że jest także sprawcą pojedynczym w rozumieniu art. 18 § 1 k.k.; z uwagi na rozbudowany katalog środków zabezpieczających, w tym nieizolacyjnych i przesłanki ich stosowania, nie ma podstaw do ograniczania środków zabezpieczających tylko do sprawców w rozumieniu art. 18 § 1 k.k.[425]. Nie wdając się w dyskurs na temat tego, czy zasadna jest teoria wąskiego, czy też

[422] M. Pietrak, *Środki zabezpieczające w świetle nowelizacji prawa karnego z 20.2.2015 r.,* Monitor Prawniczy 2015, Nr 13, dostęp Legalis.
[423] A. Wilkowska-Płóciennik, *Kodeks karny. Komentarz 2021*, wyd. 26, pod red. R. A. Stefańskiego, Legalis, komentarz do art. 93b k.k., teza 8. Podobnie: I. Zduński, *Środki zabezpieczające w projekcie nowelizacji k.k.,* Prok. i Pr. 2015, Nr 3, s. 53 oraz J. Długosz (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Tom II, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2015, s. 567.
[424] Z. Ćwiąkalski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, s. 1253-1263. Podobnie A. Wilkowska-Płóciennik, *Stosowanie leczniczych środków zabezpieczających – art. 94 k.k.*, Prok. i Pr. 2008, Nr 6, s. 66.
[425] A. Barczak-Oplustil (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 688. Tożsame stanowisko zaprezentowali: P. Hofmański, Lech K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* (red. M. Filar), Warszawa 2016, s. 703-704.

szerokiego rozumienia sprawstwa, podkreślić raz jeszcze należy, iż w przypadku wątpliwości wszelkie kwestie związane ze stosowaniem środków zabezpieczających winny być wykładane zawężająco.

W przytoczonym wyżej art. 93b § 1 *in principio* k.k. wyrażono zasadę konieczności (niezbędności) zastosowania środka zabezpieczającego, która stanowi, że sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Dookreślenie zasady konieczności nastąpiło przez dodatkową gwarancję, że pobyt w zakładzie psychiatrycznym może zostać orzeczony tylko przy szczególnym uzasadnieniu prewencyjnym[426], a mianowicie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Zasada ta zwana jest również zasadą minimalizacji[427].

W doktrynie podnosi się, że celem zasady konieczności jest ochrona osób z dysfunkcjami psychicznymi przed nadużyciami w zakresie pozbawiania wolności wówczas, gdy popadły w kolizję z normami prawa karnego[428]. Z kolei zwiększony wymóg dotyczący najsurowszego środka zabezpieczającego uzasadniony jest najwyższą intensywnością ingerencji w sferę wolności jednostki w przypadku jego stosowania[429].

Zasada konieczności oznacza, że stan sprawcy w chwili orzekania ma przedstawiać realne, aktualne zagrożenie dla porządku prawnego, a zastosowanie środka zabezpieczającego musi stanowić niezbędny sposób zapobiegnięcia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego. Stanowi ona kolejną przesłankę ogólną warunkująca stosowanie środków zabezpieczających. Słusznie podnosi F. Ciepły, że pomimo, iż nie wynika to wprost z przepisu, stosowane środki zabezpieczające mają na celu zniwelowanie niebezpieczeństwa dla dóbr prawnych wynikającego z istnienia u sprawcy pewnej kategorii zaburzeń, które leżały u podstaw popełnionego czynu, a nie wynikają z jakichkolwiek stwierdzonych u niego zaburzeń[430].

Przepis art. 93b § 1 k.k. równocześnie statuuje zasadę subsydiarności, czyli *ultima ratio* środków zabezpieczających Oznacza ona, że od 1 lipca 2015 r. każdy środek

[426] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk Sejmowy nr 2393 s. 33.
[427] K. Eichstaedt, *Środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, wątpliwości związane z orzekaniem,* Prok. i Pr. 2016, Nr 12, s. 79.
[428] A. Wilkowska-Płóciennik, *Kodeks karny. Komentarz 2021*, wyd. 26, pod red. R. A. Stefańskiego, Legalis, komentarz do art. 93b k.k., teza 1.
[429] J. Długosz (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Tom II, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2015, s. 567.
[430] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 729.

zabezpieczający, z katalogu przewidzianego w art. 93a k.k., może zostać orzeczony tylko wtedy, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw, nie są wystarczające. Do zastosowania najsurowszego środka zabezpieczającego, czyli pobytu w zakładzie psychiatrycznym konieczne jest nadto, aby zapobieżenie ponownemu popełnieniu czynu zabronionego dotyczyło czynu o znacznej społecznej szkodliwości. Sąd powinien rozważyć, czy prawdopodobieństwo popełnienia przez sprawcę nowego czynu zabronionego może zostać zredukowane w drodze leczenia bez stosowania środka zabezpieczającego. Istnieje bowiem możliwość stosowania środków izolacyjnych przewidzianych w innych ustawach (ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego), które wymagają, w przeciwieństwie do środków zabezpieczających, zgody pacjenta lub zastępczej zgody sądu rodzinnego. Istnieją również inne nieizolacyjne metody leczenia, jak psychoterapia, działalność wychowawcza, edukacyjna, grupy wsparcia[431].

W obowiązującym stanie prawnym aktualne pozostają rozważania dotyczące tego, że to sąd, a nie biegli, ostatecznie decyduje o zasadności zastosowania środka zabezpieczającego, a opinia sądowo – psychiatryczna i psychologiczna stanowi jeden z dowodów, podlegających ocenie. Biegli powinni ustalić stan zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego i sformułować medyczną prognozę prawdopodobieństwa popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego w przyszłości, zaś sąd powinien ocenić prawne przesłanki zastosowania środka zabezpieczającego, w tym stopień społecznej szkodliwości czynu zabronionego popełnionego przez sprawcę, który ma kardynalne znaczenie, jako że do zastosowania najsurowszego środka zabezpieczającego musi zostać uznany za znaczny. Gdy zaś nie jest znaczny, to dopuszczalne jest zastosowanie wyłącznie wolnościowych środków zabezpieczających. Proponuje się w piśmiennictwie, aby biegli w opiniach formułowali wnioski wariantowo, np. jeżeli sąd uzna, że czyn popełniony przez podejrzanego cechował się znacznym stopniem społecznej szkodliwości, to…, a jeżeli sąd uzna, że czyn popełniony przez podejrzanego nie cechował się znacznym stopniem społecznej szkodliwości, to…”[432].

Trzeba wspomnieć, że w literaturze wyrażany bywa pogląd, iż wymóg sformułowania przez sąd trafnej prognozy kryminologicznej, czyli określenia stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić w przyszłości oraz

[431] I. Zduński, *Środki zabezpieczające w projekcie nowelizacji k.k.,* Prok. i Pr. 2015, Nr 3, s. 54.
[432] M. Pyrcak-Górowska, *Wybrane problemy związane z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym w sprawach o zastosowania środka zabezpieczającego po 1.07.2015r.*, Pal. 2021, Nr 3, s. 13-14.

prawdopodobieństwa jego popełnienia, jest nierealistyczny, a racjonalnie można ustalić jedynie aktualne zagrożenie ze strony sprawcy, a nie przyszłe zachowania kryminalne na podstawie przeczuć, czy statystycznego szacowania potencjału społeczeństwa[433].

Konsekwencją zasady konieczności jest wyrażony w art. 93b § 2 k.k. obowiązek uchylenia przez sąd środka zabezpieczającego, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne, a więc w razie ustania jednej z ogólnych lub szczególnych przesłanek orzekania środków zabezpieczających oraz zmiany orzeczonego wobec sprawcy środka zabezpieczającego lub sposobu jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe, co wskazano w art. 93b § 3 zd. 2 k.k.[434].

Dalsze stosowanie środka zabezpieczającego nie jest konieczne, gdy nie zachodzi już prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego, a w przypadku pobytu w zakładzie psychiatrycznym brak konieczności dalszego jego stosowania musi wynikać z wyeliminowania przesłanki ponownego popełnienia czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości[435]. O „nieodpowiedniości" zastosowanego wobec sprawcy środka zabezpieczającego decyduje opinia biegłych, natomiast brak możliwości wykonywania środka zabezpieczającego należy wiązać z przeszkodami obiektywnymi, głównie natury technicznej lub logistycznej[436].

Poza działaniem przez sąd z urzędu, czy na wniosek sprawcy, możliwe jest uchylenie środka zabezpieczającego na wniosek dyrektora zakładu karnego, kierownika zakładu psychiatrycznego lub kierownika podmiotu leczniczego, w którym sprawca odbywa terapię lub terapię uzależnień, o czyn stanowi art. 199b § 1 k.k.w.

Z przepisu art. 93b § 3 zd. 2 k.k., który P. Hofmański i Lech K. Paprzycki traktują jako konsekwencję zasady konieczności, wynika, że sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe. Z tego unormowania w doktrynie wywodzi się przesłanki wyboru środków zabezpieczających i wskazuje, że środek zabezpieczający albo środki zabezpieczające orzekane wobec sprawcy muszą być:

---

[433] F. Ciepły, *Środki zabezpieczające – do zmiany czy likwidacji?,* P i P 2015, Nr 7, s. 87-88 oraz szerzej na ten temat: A. Wilkowska-Płóciennik, *Stosowanie leczniczych środków zabezpieczających – art. 94 k.k.,* Prok. i Pr. 2008, Nr 6, s. 69-70.
[434] P. Hofmański, Lech K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* (red. M. Filar), Warszawa 2016, s. 699-700.
[435] J. Długosz (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Tom II, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2015, s. 568.
[436] I. Zgoliński, (w:) *Kodeks karny. Komentarz,* red. V. Konarska-Wrzosek, Warszawa 2018, s. 542.

po pierwsze możliwe do wykonania, po drugie potrzebne, a po trzecie odpowiednie[437]. J. Lachowski i A. Marek unormowanie to nazywają zasadą indywidualizacji, zgodnie z którą, stosowany środek zabezpieczający musi być dostosowany do potrzeb sprawcy[438]. Z kolei P. Góralski określa ją mianem zasady wymienności[439].

W art. 93b § 3 zd. 1 k.k. wyrażono zasadę proporcjonalności[440]. Przepis ten stanowi, że środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględniać potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Zasada ta pełni funkcję limitującą, gdyż wyznacza górną granicę interwencji w prawa i wolności wynikającą ze stosowania środka zabezpieczającego. Elementami wyznaczającymi odpowiedniość środka zabezpieczającego są: stopień społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, prawdopodobieństwo jego popełnienia oraz ewentualne postępy w terapii lub terapii uzależnień[441].

Nie tracą zatem na znaczeniu rozważania przeprowadzone na tle art. 94 § 1 k.k. przed nowelizacją co do tego, że przed zastosowaniem izolacyjnego środka zabezpieczającego sąd winien przeprowadzić swego rodzaju test proporcjonalności przez rozważenie, jaką karę należałoby wymierzyć sprawcy, gdyby ponosił odpowiedzialność karną. I tylko w przypadku uznania, że właściwą karą byłaby kara pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, powinien zadecydować o umieszczeniu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym. Gdyby zaś sąd uznał, że należałoby wymierzyć karę wolnościową, to zastosowanie najsurowszego środka zabezpieczającego mogą uzasadniać jedynie szczególne okoliczności czynu. Jak jednak zasadnie zauważa J. Długosz, aktualnie ten postulat – poza orzekaniem pobytu w zakładzie psychiatrycznym sprawcy niepoczytalnego – traci na istotności, gdyż obecna konstrukcja środków zabezpieczających nakazuje orzekać je obok kary, a nie zamiast niej, tak jako to było w poprzednio obowiązującym stanie prawnym[442].

---

[437] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 711.
[438] J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2021, s. 294.
[439] P. Góralski, *Ogólne zasady stosowania środków zabezpieczających przed i po nowelizacji k.k. z dnia 20 lutego 2015 r.* (w:) *Wybrane problemy ustawowej regulacji środków karnych oraz środków zabezpieczających* pod red. P. Góralskiego, Wrocław 2017, s. 46.
[440] A. Wilkowska-Płóciennik, *Kodeks karny. Komentarz 2021*, wyd. 26, pod red. R. A. Stefańskiego, Legalis, komentarz do art. 93b k.k., teza 4.
[441] P. Hofmański, Lech K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, Warszawa 2016, s. 700.
[442] J. Długosz (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Tom II, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2015, s. 569.

Jednocześnie, w postanowieniu pełnego składu Izby Karnej Sądu Najwyższego z dnia 6 marca 2019 r., w sprawie V KK 61/18[443] wskazano, że nieprzeprowadzenie „testu proporcjonalności" polegającego na rozważeniu, jaką karę należałoby wymierzyć sprawcy za popełnienie czynu zabronionego, gdyby nie jego stan niepoczytalności w sytuacji, gdy sąd wykazał istnienie wszystkich ustawowych przesłanek orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, nie stanowi naruszenia art. 93b § 3 k.k., jako że w przepisie tym ustawodawca nie zawarł wymogu przeprowadzania „testu" w postaci hipotetycznego prognozowania wymiaru możliwej do wymierzenia bezwzględnej kary wolności wobec sprawcy, co do którego rozstrzygana jest kwestia umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym.

Podobnie jak w przypadku orzekania o zastosowaniu środka zabezpieczającego po raz pierwszy, zasadnie podnosi się w orzecznictwie, że podstawą decyzji sądu w zakresie zmiany środka zabezpieczającego, względnie utrzymania środka stosowanego wcześniej, nie może być wyłącznie opinia psychiatryczno – psychologiczna, a sąd winien dodatkowo dokonać wszechstronnej oceny sytuacji internowanego, z uwzględnieniem jego dotychczasowej linii życia, stosunku do otoczenia, sposobu codziennego funkcjonowania, zachowań wobec osób najbliższych itp.[444].

Może zdarzyć się, że pomiędzy sporządzeniem opinii przez biegłych a orzekaniem o środku zabezpieczającym upływa dłuższy czas. W tym kontekście pojawiło się pytanie, czy sąd musi opierać się na aktualnej opinii? Uznać należy, że opinia musi być aktualna, skoro przesłanki do zastosowania środka zabezpieczającego muszą istnieć na datę orzekania. Poza tym, środek zabezpieczający nie ma charakteru represyjnego i nie może być stosowany, gdy nie zachodzi już prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego.

Przepisy nie normują kwestii aktualności opinii, jednak M. Pyrcak-Górowska proponuje, aby posiłkować się przepisami art. 93 d § 3 i 4 k.k. oraz 204 § 1 k.k.w., w których mowa jest o czasokresie 6 miesięcy i przyjmować jako punkt graniczny aktualności opinii biegłych pół roku od czasu jej sporządzenia. Wymieniona słusznie również dostrzega, że decyzję, czy zasięgnąć uzupełniającej opinii biegłych, sąd powinien podejmować każdorazowo w odniesieniu do okoliczności konkretnej sprawy. Nie można wykluczyć, że opinia zdezaktualizuje się wcześniej niż po upływie 6 miesięcy, gdyż sprawca podejmie

[443] Legalis numer 1888880.
[444] Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 11 września 2018 r., II AKzw 1216/18, Legalis numer 1900494.

leczenie i będzie je kontynuował. Może być także odwrotnie, że mimo upływu półrocznego okresu opinia nie zdezaktualizuje się, gdyż sprawca nie podejmie leczenia, a zdaniem biegłych prawdopodobieństwo samoistnego ustąpienia objawów chorobowych w zasadzie nie występuje[445].

Przed orzeczeniem środków zabezpieczających w postaci: elektronicznej kontroli miejsca pobytu, terapii, terapii uzależnień, pobytu w zakładzie psychiatrycznym oraz nakazów i zakazów, o których mowa w art. 39 pkt 2-3 k.k., sąd obowiązkowo wysłuchuje biegłych, co wynika z art. 354a § 1 k.p.k. W przypadku wszystkich środków zabezpieczających należy wysłuchać psychologa. Dodatkowo należy wysłuchać lekarzy psychiatrów w sprawach osób niepoczytalnych, o poczytalności ograniczonej lub z zaburzeniami osobowości albo wówczas, gdy sąd uzna to za wskazane. Natomiast w przypadku osób z zaburzeniami preferencji seksualnych należy – poza psychologiem i psychiatrami – wysłuchać lekarza seksuologa lub psychologa seksuologa. W sprawach osób uzależnionych można również wysłuchać biegłego w przedmiocie uzależnienia.

Z uwagi na to, że w obecnym stanie prawnym treść art. 202 k.p.k. nie uległa zmianie, za wyjątkiem tego, że biegli mają ewentualnie zaopiniować odnośnie do okoliczności wymienionych w art. 93b k.k., zamiast w art. 93 k.k., nie straciły znaczenia uwagi dotyczące braku spójności pomiędzy art. 202 k.p.k., a przepisami normującymi środki zabezpieczające, tj. obecnie art. 354a k.p.k.

Aktualne pozostaje także stanowisko, że nie wystarcza zapoznanie się przez sąd z opinią pisemną, a konieczne jest przeprowadzenie dowodu z ustnej opinii biegłych poszczególnych specjalności. Należy zaznaczyć, że wysłuchanie biegłych nie będzie wystarczające, jeśli dojdzie do zdezaktualizowania się opinii pisemnej, gdyż pomimo, że biegli będą opiniować ustnie w toku rozprawy czy posiedzenia, czyli bezpośrednio przed orzeczeniem o zastosowaniu środka zabezpieczającego, to jednak opinia ta nie będzie poprzedzona badaniem sprawcy. Jak trafnie zauważa M. Pyrcak-Górowska – powtórzenie przed sądem, że biegli podtrzymują opinię wydaną na piśmie nie sprawi, że stanie się ona aktualna, jeśli biegli w oparciu o osobiste badanie sprawcy nie ustalą jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego i czy wymaga on w związku z tym zastosowania środka zabezpieczającego[446].

[445] M. Pyrcak-Górowska, *Wybrane problemy związane z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym w sprawach o zastosowania środka zabezpieczającego po 1.07.2015r.*, Pal. 2021, Nr 3, s. 7-8.
[446] Tamże, s. 8.

W art. 93b § 4 k.k. przewidziano, że wobec tego samego sprawcy można orzec więcej niż jeden środek zabezpieczający, przy czym przepisy § 1 i 3 stosuje się, biorąc pod uwagę wszystkie orzekane środki zabezpieczające. Unormowanie to w doktrynie określa się mianem zasady kumulacji środków zabezpieczających[447], czy też zasadą dopuszczalności kumulatywnego stosowania środków ochronnych[448]. Oznacza ona, że zarówno przy stosowaniu więcej niż jednego środka zabezpieczającego, jaki i przy jego zmianie, konieczne jest ustalenie istnienia przesłanek stosowania środków zabezpieczających, w tym uwzględnienie zasad: konieczności, subsydiarności i proporcjonalności[449]. Celowości takiego rozwiązania upatruje się w potrzebie wielopłaszczyznowego oddziaływania na sprawcę dla poprawy jego stanu zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób nie stwarzający zagrożenia dla porządku prawnego[450].

W piśmiennictwie wyrażany jest zasługujący na aprobatę pogląd, iż choć nie wynika to wprost z przepisów, niedopuszczalne jest jednoczesne orzeczenie środków zabezpieczających o charakterze wolnościowym z art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k. oraz środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym z art. 93a § 1 pkt 4 k.k. Orzeczenie takie nie spełniałoby bowiem przesłanki subsydiarności, gdyż nie ma potrzeby elektronicznej kontroli miejsca pobytu osoby przebywającej w zakładzie psychiatrycznym, a oba rodzaje terapii mogą być realizowane w ramach środka zabezpieczającego z art. 93a § 1 pkt 4 k.k.[451]. P. Góralski dopuszcza jednak możliwość orzeczenia wobec sprawcy niepoczytalnego elektronicznej kontroli miejsca pobytu w postanowieniu, na mocy którego sąd zastosuje środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym[452].

W art. 93b § 5 k.k. przewidziano zasadę gwarancyjną dotyczącą najsurowszego środka zabezpieczającego, zgodnie z którą, sąd orzeka pobyt w zakładzie psychiatrycznym tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi. Jest to wyjątek od reguły pozwalającej stosować każdy środek zabezpieczający z katalogu wobec każdego sprawcy określonego w art. 93c k.k. Ustawowe wypadki zastosowania pobytu w zakładzie psychiatrycznym wskazano w art. 93g k.k.,

[447] J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2021, s. 294.
[448] P. Góralski, *Ogólne zasady stosowania środków zabezpieczających przed i po nowelizacji k.k. z dnia 20 lutego 2015 r.* (w:) *Wybrane problemy ustawowej regulacji środków karnych oraz środków zabezpieczających* pod red. P. Góralskiego, Wrocław 2017, s. 47.
[449] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 731.
[450] I. Zgoliński (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzosek, Warszawa 2018, s. 542.
[451] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 712-713.
[452] P. Góralski, *Środek zabezpieczający w formie elektronicznej kontroli miejsca pobytu sprawcy czynu karalnego (cz. 1)*, Prok. i Pr. 2017, Nr 9, s. 49.

a szczegółową zasadę dotyczącą uchylania tego środka zabezpieczającego wprowadzono w art. 93d § 2 k.k.[453].

Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27 marca 2019 r., w sprawie II KK 46/19, środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym stanowi jedyny przewidziany w ustawie karnej środek o charakterze izolacyjnym. Środek ten najsilniej wkracza w konstytucyjne prawa podmiotowe osoby i dlatego przy procedowaniu w tym przedmiocie powinna mieć zastosowanie zasada *ultima ratio*. Zarówno czyn popełniony przez niepoczytalnego sprawcę, jak i czyn prognozowany muszą odznaczać się znacznym stopniem społecznej szkodliwości[454].

W art. 93d § 1 k.k. ustawodawca określi czas stosowania środka zabezpieczającego wskazując, iż nie określa się go z góry, czyli jest on bezterminowy. Jest to powtórzenie wcześniejszej regulacji i wynika z istoty środków zabezpieczających, określone przez P. Góralskiego jako zasada nieoznaczoności czasu stosowania środków zabezpieczających[455].

Długość stosowania środka zabezpieczającego uzależniona jest od stanu zdrowia sprawcy, a w szczególności od oceny, czy ustała podstawowa przyczyna, dla której zastosowano środek zabezpieczający. W przypadku pobytu w zakładzie psychiatrycznym podstawą do zwolnienia sprawcy będzie ustalenie, że nie zachodzi już wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Nie chodzi przy tym o osiągnięcie takiej poprawy stanu zdrowia sprawcy, która czyni niecelowym dalsze leczenie szpitalne. Możliwe jest bowiem zwolnienie z internacji sprawcy, który nie spełnia już jej prawnych warunków, a który będzie kontynuował leczenie w warunkach terapii. W stanie prawnym do dnia 1 lipca 2015 r. leczenie takiego sprawcy mogło być kontynuowane w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a obecnie może być kontynuowane w warunkach ambulatoryjnego środka zabezpieczającego w postaci terapii.

Gdyby ustawodawca ustalił dolną granicę czasową stosowania środka zabezpieczającego mogłoby się zdarzyć, że wobec sprawcy, którego stan zdrowia psychicznego poprawiłby się na tyle, że nie stwarzałby już zagrożenia, w dalszym ciągu byłby stosowany środek zabezpieczający tylko z tego powodu, że nie upłynął jeszcze

[453] A. Wilkowska-Płóciennik, *Kodeks karny. Komentarz 2021*, wyd. 26, pod red. R. A. Stefańskiego, Legalis, komentarz do art. 93b k.k., teza 9.
[454] Legalis numer 1899943.
[455] P. Góralski, *Ogólne zasady stosowania środków zabezpieczających przed i po nowelizacji k.k. z dnia 20 lutego 2015 r.* (w:) *Wybrane problemy ustawowej regulacji środków karnych oraz środków zabezpieczających* pod red. P. Góralskiego, Wrocław 2017, s. 48-50; A. Kwieciński, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku,* Wrocław 2021, s. 45-49.

minimalny okres jego stosowania. W literaturze podnosi się, że takie ryzyko nie zachodzi natomiast w przypadku określenia maksymalnej długości pobytu w zakładzie psychiatrycznym, gdyż osoba taka nie powinna ponosić w związku z popełnionym czynem cięższych dolegliwości niż sprawca takiego samego czynu, któremu można przypisać winę. Jako argument podaje się, że detencja może trwać nawet dożywotnio, podczas gdy osoba poczytalna, które dopuściła się podobnego czynu, mogłaby opuścić jednostkę penitencjarną po kilku latach[456].

Wydaje się jednak, że określanie w ustawie karnej sztywnej, maksymalnej granicy stosowania środków zabezpieczających, w tym internacji, nie byłoby zasadne w kontekście celu ich stosowania. W szczególności, gdy obecnie, zgodnie z art. 93d § 2 k.k., uchylając środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, sąd może orzec jeden lub więcej ze środków zabezpieczających, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3. Rozwiązanie aktualne jest obarczone ryzykiem, jednak jego zniwelowaniu służy sądowa kontrola detencji, polegająca na zasięganiu opinii o stanie zdrowia sprawcy nie rzadziej niż co 6 miesięcy oraz możliwości dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych. Podobnie sądowej kontroli podlegają wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień, jako że ustawodawca nakazał orzekanie o dalszym ich stosowaniu nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy, co oznacza, że sąd ma możliwość skontrolowania zasadności dalszego stosowania środka w każdym czasie, a jest do tego zobligowany raz na 12 miesięcy.

Gdy środek zabezpieczający orzeczono w wyroku skazującym na karę pozbawienia wolności, potrzebę i możliwość wykonania środka, w myśl art. 93d § 3 k.k., sąd ustala nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności. Wypada wspomnieć, iż to rozwiązanie wprowadzono już w art. 95a § 2 k.k. Wymóg ten wynika z trudności ustalenia ze znacznym wyprzedzeniem stanu niebezpieczeństwa sprawcy na moment zakończenia odbywania kary. W piśmiennictwie wskazuje się, że unormowanie to stanowi wzmocnienie zasady konieczności, a dodatkowo wpisuje się w szersze założenia prawa penitencjarnego, w tym regulację art. 164 § 1 k.k.w., który przewiduje, że w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym zwolnieniem skazanego powinno zostać przeprowadzone przygotowanie go do życia po zwolnieniu[457].

[456] Szerzej na ten temat: M. Szwed, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020, s. 264-265.
[457] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 738.

Rozwiązaniem nowym[458] jest z kolei możliwość orzeczenia środków zabezpieczających, poza pobytem w zakładzie psychiatrycznym, po raz pierwszy na etapie postępowania wykonawczego. W art. 93d § 4 k.k. przewidziano bowiem, że jeżeli wobec sprawcy wykonywana jest kara pozbawienia wolności, środki zabezpieczające, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3, można orzec również do czasu wykonania tej kary, jednak nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności. *A contrario*, wolnościowych środków zabezpieczających nie można orzec po raz pierwszy w postępowaniu wykonawczym w przypadku skazania na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, na karę ograniczenia wolności albo grzywny. W literaturze zasadnie przyjmuje się, że nie jest dopuszczalne zastosowanie po raz pierwszy środków zabezpieczających również w postanowieniu o zarządzeniu wykonania kary pozbawienia wolności oraz w postanowieniu w przedmiocie zamiany kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na karę ograniczenia wolności albo na grzywnę, ani w przypadku odbywania przez sprawcę zastępczej kary pozbawienia wolności[459].

W uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r. wskazano, że „często w przypadku osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, kończących odbywanie kary, w opinii psychologów konieczne jest wprowadzenie dodatkowego czynnika umacniającego prawidłowe postępowanie danej osoby”[460]. W tym kontekście należy przytoczyć treść art. 199b § 1 k.k.w., który przyznaje dyrektorowi zakładu karnego uprawnienie do złożenia wniosku o orzeczenie, zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego. W piśmiennictwie wyrażana jest jednak wątpliwość co do zgodności tej regulacji z obowiązującą w prawie karnym zasadą oznaczoności kar i wszelkich środków, w tym zabezpieczających, zadekretowanych wobec sprawcy w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie[461].

W art. 93d § 5 k.k. ustawodawca przewidział, że jeżeli sprawca został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, orzeczony środek zabezpieczający stosuje się po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu, chyba że ustawa stanowi inaczej.

[458] A. Kwieciński podkreśla, że przepis ten nie miał swojego odpowiednika w kilkudziesięcioletniej tradycji instytucji środków zabezpieczających, *Środki zabezpieczające po zmianach w 2015 roku*, Wrocław 2021, s. 54.
[459] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 714 oraz P. Hofmański, Lech K. Paprzycki, *Kodeks karny. Komentarz,* (red. M. Filar), Warszawa 2016, s. 710].
[460] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393, s. 36.
[461] I. Zgoliński, (w:) *Kodeks karny. Komentarz,* red. V. Konarska-Wrzosek, Warszawa 2018, s. 551.

Regulacja ta została nazwana zasadą postpenalnego realizowania środków zabezpieczających obok kary[462].

Wyjątkiem są więc środki zabezpieczające wykonywanie w trakcie odbywania kary lub przed jej wykonaniem. Wyjątek taki został przewidziany w art. 202a § 1 i 2 k.k.w., który stanowi, że pobyt w zakładzie psychiatrycznym orzeczony wobec sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności, następuje przed wykonaniem kary pozbawienia wolności, podczas przerwy w wykonywaniu tej kary lub po jej wykonaniu. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia. Sąd zalicza na poczet kary okres pobytu skazanego w zakładzie. Skazanego można warunkowo zwolnić z odbycia reszty kary, a dozór jest obowiązkowy. Należy mieć na uwadze, że w art. 62 k.k. ustawodawca przewidział możliwość orzeczenia przez sąd systemu terapeutycznego wykonania kary pozbawienia wolności. Zgodnie z art. 96 § 1 k.k.w. w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 k.k., 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. W praktyce zdarza się jednak[463], że pomimo orzeczenia systemu terapeutycznego wykonania kary nie jest możliwe przeprowadzenie np. terapii uzależnienia od alkoholu z powodu krótkiego wymiaru kary i jednocześnie długiego okresu oczekiwania na miejsce na oddziale terapeutycznym i wówczas dyrektor zakładu karnego może wnioskować o zastosowanie wobec takiego skazanego terapii uzależnień po odbyciu kary.

Reasumując zatem, obecnie zasadą jest stosowanie środków zabezpieczających po odbyciu kary pozbawienia wolności w przeciwieństwie do wcześniejszych regulacji, że środki zabezpieczające wykonywane były w ramach kary pozbawienia wolności albo zamiast niej. Wyjątek wówczas stanowiła postpenalna detencja lecznicza sprawców przestępstw na tle seksualnych na podstawie uchylonego art. 95a k.k.

Zgodnie z art. 93d § 6 k.k., jeżeli zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi konieczność stosowania środków

[462] P. Góralski, *Ogólne zasady stosowania środków zabezpieczających przed i po nowelizacji k.k. z dnia 20 lutego 2015 r.* (w:) *Wybrane problemy ustawowej regulacji środków karnych oraz środków zabezpieczających* pod red. P. Góralskiego, Wrocław 2017, s. 52-53.
[463] Badania własne akt sądowych.

zabezpieczających, sąd, nie później niż w ciągu 3 lat od uchylenia środka, może ponownie orzec ten sam środek zabezpieczający lub inny środek, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3.

W literaturze wskazuje się, że uchylenie środka zabezpieczającego ma warunkowy charakter, a trzyletni termin po uchyleniu stanowi swoisty okres próby[464]. Konieczność ponownego zastosowania środka zabezpieczającego może zaistnieć wówczas, gdy prognoza będąca podstawą uchylenia środka okazała się błędna lub pogorszeniu uległ stan zdrowia sprawcy[465], co może doprowadzić do ponownego popełnienia przezeń czynu zabronionego lub czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

W porównaniu ze stanem prawnym przed nowelizacją skrócono okres, w którym można ponownie orzec środek zabezpieczający, gdyż w art. 94 § 3 k.k. przewidywano 5 lat. Polski ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie rozwiązań funkcjonujących np. w prawie niemieckim, gdzie istnieje możliwość zawieszenia wykonania środka zabezpieczającego oraz możliwość warunkowego przedterminowego zwolnienia z dalszego wykonywania izolacyjnego środka zabezpieczającego, jeśli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że sprawca poza zakładem zamkniętym nie popełni kolejnych czynów zabronionych i obligatoryjne poddanie dozorowi[466]. Możliwość warunkowego zwolnienia przewidziano także w odniesieniu do stacjonarnych środków zabezpieczających funkcjonujących w prawie karnym szwajcarskim[467]. Nadto, przed nowelizacją możliwość ponownego orzeczenia środka zabezpieczającego dotyczyła wyłącznie sprawców niepoczytalnych, a obecnie obejmuje wszystkich sprawców z art. 93c pkt 1-4 k.k.

Należy zauważyć, że w uzasadnieniu do projektu ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r. zaznaczono, że omawiany przepis umożliwia orzeczenie wyłącznie środka wolnościowego[468]. W literaturze takie stanowisko zaprezentowała J. Długosz[469]. Nie wynika to jednak w sposób jednoznaczny z brzmienia samego przepisu. Jak trafnie zauważa F. Ciepły, zdanie „o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k." może być rozumiane zarówno

[464] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 740.
[465] D. Hajdukiewicz, *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*, Warszawa 2007, s. 277.
[466] J. Długosz, A. Chlebowska, *Zasady stosowania środków zabezpieczających o charakterze leczniczo-izolacyjnym w Polsce i w Niemczech*, Pal. 2010, Nr 9-10, s. 223 oraz szerzej na ten temat M. Szwejkowska, *Model postępowania wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych w Republice Federalnej Niemiec*, s. 451-453 (w:) *Doprawdy litość to zbrodnia, Księga jubileuszowa z okazji 70.urodzin Profesora Bogusława Sygita* pod red. B. Hołysta i innych, Łódź 2018.
[467] Szerzej na ten temat M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich*, Prawo w działaniu, tom 13, Warszawa 2013, s. 70.
[468] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393 s. 37.
[469] J. Długosz (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Tom II, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2015, s. 586.

jako dookreślenie całej części zdania stanowiącej alternatywę („ten sam środek zabezpieczający lub inny środek"), jak również wyłącznie drugiego członu alternatywy („inny środek"). Dokonując interpretacji według pierwszej możliwości, sąd mógłby orzec ponownie jedynie ten sam środek wolnościowy, który został uchylony lub inny wolnościowy. Dokonując natomiast interpretacji wedle drugiej możliwości, w przypadku uchylenia np. terapii, sąd mógłby orzec ten sam środek zabezpieczający, który został uchylony, czyli terapię lub inny wolnościowy, a więc elektroniczną kontrolę miejsca pobytu albo terapię uzależnień. Jeśli zaś wobec sprawcy uchylono pobyt w zakładzie psychiatrycznym, to sąd mógłby orzec ponownie ten sam środek, czyli internację lub inny wolnościowy[470]. I. Zgoliński wyraził opinię, iż nie wydaje się trafne, także ze względów praktycznych, zawężanie stosowania tego przepisu do jedynie do środków zabezpieczających o wolnościowym charakterze[471].

Wydaje się, że wobec istniejących rozbieżności co do interpretacji przepisu art. 93d § 6 k.k., z uwagi na zasadę gwarancyjną, należy uznać, iż sąd może orzec na jego podstawie ponownie jedynie ten sam środek zabezpieczający o charakterze wolnościowym lub inny wolnościowy oraz postulować o zmianę jego brzmienia, aby jednoznacznie przewidywał możliwość ponownego umieszczenia sprawcy w zakładzie psychiatrycznym, tak jak przed nowelizacją, co było słusznym rozwiązaniem.

6.3. Kategorie sprawców, wobec których można orzekać środki zabezpieczające.

Zgodnie z kolejnym przepisem wyrażonym w art. 93c k.k. środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy:

1) co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1;

2) w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2;

3) w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148 (zabójstwo), art. 156 spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu), art. 197 (zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej), art. 198 (seksualne wykorzystanie niepoczytalności lub bezradności), art. 199 § 2 (seksualne wykorzystanie zależności, gdzie pokrzywdzonym jest małoletni) lub

[470] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 740.
[471] I. Zgoliński, (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzosek, Warszawa 2018, s. 552.

art. 200 § 1 (obcowanie płciowe z małoletnim poniżej 15 lat lub wymuszenie na takiej osobie czynności seksualnej), popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

4) w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu), XXIII (przestępstwa przeciwko wolności), XXV (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) lub XXVI (przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece), popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia.

5) w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Grupa sprawców z art. 93c pkt 1 k.k. obejmuje wszystkich sprawców, u których *tempore criminis* stwierdzono niepoczytalność, przy czym niepoczytalność ta mogła wystąpić z każdego z powodów wskazanych w art. 31 § 1 k.k. Wobec takich sprawców sąd, umarzając postępowanie, będzie mógł zastosować wolnościowe środki zabezpieczające, zaś w wypadkach wskazanych w art. 93g § 1 k.k. także izolacyjny środek zabezpieczający. Tak więc, pobyt w zakładzie psychiatrycznym może zostać orzeczony, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym. Oznacza to, że nie ma możliwości orzekania najsurowszego środka zabezpieczającego wobec sprawców, których niepoczytalność w chwili popełnienia czynu wynikała z innego zakłócenia czynności psychicznych, co ustawodawca uzasadnił tym, że „(…) inne zakłócenie czynności psychicznych, o którym mowa w art. 31 § 1 k.k., ma nieraz charakter fizjologiczny albo jest skutkiem takich zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, które nie są zaburzeniami psychicznymi. Pod tym pojęciem rozumie się zatem nie tylko zaburzenia psychiczne *sensu stricto*, ale też silne emocje, toksemię, skrajne zmęczenie organizmu, zaburzenia neurohormonalne, patologiczne upojenie alkoholowe, odurzenie, także środkami psychotropowymi i narkotycznymi, hipnozę, stany halucynacji, stany pośpiączkowe i po zapaleniu opon mózgowych, zamroczenie wywołane wysoką gorączką albo na tle padaczki czy odurzenie senne, a także zakłócenia będące skutkiem chorób organicznych. Nie ma zatem racjonalnych podstaw, aby stosować najsurowszy środek zabezpieczający

wobec osób, których niepoczytalność wynikała z takich przyczyn, tym bardziej że przyczyny te nie będą się poddawać leczeniu psychiatrycznemu”[472].

Grupa sprawców, do których odnosi się art. 93c pkt 2, 3 i 5 k.k. do pewnego stopnia pokrywa się z grupą wskazaną w dotychczas obowiązujących przepisach (odpowiednio w art. 95 § 1, art. 95a § 1 k.k. oraz art. 96 § 1 k.k.), jednak jest grupą szerszą, albowiem obejmuje sprawców niezależnie od tego, na jaką karę zostali skazani, a zatem również wtedy, gdy nie skazano ich na karę pozbawienia wolności, co wiąże się z wprowadzeniem katalogu wolnościowych środków zabezpieczających[473].

Należy zauważyć, że w odniesieniu do sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności orzeczenie internacji możliwe jest jedynie wówczas, gdy zostali skazani za przestępstwo o znacznej społecznej szkodliwości na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, co wynika z art. 93g § 2 k.k. Wówczas, zgodnie z art. 202a § 1 i 2 k.k.w., pobyt w zakładzie psychiatrycznym następuje przed wykonaniem kary pozbawienia wolności, podczas przerwy w wykonywaniu tej kary lub po jej wykonaniu. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia. Sąd zalicza na poczet kary okres pobytu skazanego w zakładzie. Skazanego można warunkowo zwolnić z odbycia reszty kary, jeżeli zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 77-79 Kodeksu karnego, a wyniki leczenia za tym przemawiają, a dozór jest obowiązkowy. W konsekwencji, w przypadku skazania takiego sprawcy na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, karę ograniczenia wolności, czy grzywnę, dopuszczalne jest wyłącznie stosowanie wobec niego środków zabezpieczających nieizolacyjnych[474].

Analiza katalogu sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 3 k.k. pozwala wnioskować, że nie obejmuje wszystkich przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej, a zawiera najcięższe przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. W literaturze dostrzeżono, że o ile kategoria sprawców niektórych przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych występuje od pewnego czasu w polskim ustawodawstwie karnym (art. 95a k.k. i art. 96 k.k.w.), to *novum* stanowi wprowadzenie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu

[472] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk Sejmowy nr 2393 s. 38.
[473] Tamże, s. 34.
[474] J. Długosz (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Tom II, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2015, s. 578.

popełnionych w związku z tymi zaburzeniami, niemniej jednak jest to rozwiązanie zrozumiałe[475].

Grupa, o której mowa w art. 93c pkt 4 k.k. stanowi zupełne *novum*. Obejmuje sprawców wykazujących zaburzenia osobowości. Zdaniem autorów projektu rządowego ustawy nowelizującej k.k. niektóre zaburzenia osobowości, wiążące się z brakiem empatii i wyrzutów sumienia czy też skłonnością do niekontrolowanych wybuchów agresji, stanowią czynnik kryminogenny i od lat są wiązane ze skłonnościami do zachowań przestępczych, gdyż powodują reakcje drastycznie odbiegające od norm przyjętych w danej kulturze. Chodzi zwłaszcza o zaburzenia osobowości typu antysocjalnego, sadystycznego czy *borderline*. Z uwagi na potencjalnie szeroką grupę sprawców, u których takie zaburzenia mogą zostać rozpoznane, przyjęto dodatkowe kryteria, czyli skazanie na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za jedno z przestępstw określonych w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI. Przyjęto również kwantyfikator dotyczący samego zaburzenia, które musi posiadać bądź taki charakter, bądź takie nasilenie, że sprzyja popełnianiu czynów łączących się z przemocą lub groźbą jej użycia[476].

Wydaje się, że sformułowanie „z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia" należy rozumieć tak jak na gruncie art. 115 § 3 k.k., definiującego pojęcie podobieństwa przestępstw. Chodzi zatem o wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego połączonego z użyciem przez sprawcę siły (środków fizycznych) po to, aby przełamać opór drugiej osoby lub uniemożliwić jej stawienie oporu albo też oddziałać aktualnie wyrządzaną dolegliwością na kształtowanie jej woli lub procesów motywacyjnych w określonym kierunku. Przemoc obejmuje tu zarówno bezpośrednie oddziaływanie na osobę, przeciwko której jest zwrócona, jak i oddziaływanie na jej środowisko, np. związane z nią osoby czy rzeczy (tzw. przemoc pośrednia)[477].

Z kolei groźba ma powodować naruszenia w stanie psychicznym osoby. Groźba w rozumieniu art. 115 § 3 k.k., a więc i art. 93 c pkt 4 k.k., powinna być utożsamiana z groźbą bezprawną zdefiniowaną w art. 115 § 12 k.k. Należy przy tym wskazać, iż Sąd Najwyższy[478] oraz niektórzy reprezentanci doktryny[479] przyjmują, że w przeciwieństwie do groźby karalnej nie powinno mieć tu znaczenia, że groźba wzbudziła (bądź nie) u adresata uzasadnioną

[475] M. Pietrak, *Środki zabezpieczające w świetle nowelizacji prawa karnego z 20.2.2015 r*., Monitor Prawniczy 2015, Nr 13, Legalis.
[476] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk Sejmowy nr 2393 s. 34-35.
[477] J. Majewski (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Kraków 2004, s. 1405.
[478] Postanowienie SN z 4 marca 2015r., I KZP 2/14, Legalis numer: 793515.
[479] J. Jurewicz, *Kryteria podobieństwa przestępstw w ujęciu kodeksu karnego*, P i P 2008, Nr 11, s. 81.

obawę, że zostanie spełniona. Nie sposób jednak odmówić słuszności poglądowi tych przedstawicieli doktryny, którzy uważają, że w przypadku każdego rodzaju groźby warunkiem jej bezprawności jest, aby była to groźba poważna, która wzbudziła w zagrożonym uzasadnioną obawę, że zostanie spełniona. Należy do nich A. Michalska-Warias, która podkreśliła, że taka interpretacja wynika z dokonywania wykładni zawężającej na korzyść sprawcy, jak również daje się uzasadnić wykładnią logiczną. Z trzech rodzajów groźby bezprawnej w polskim prawie karnym tylko wypowiadanie gróźb karalnych stanowi samodzielne przestępstwo, co pozwala przyjąć, iż ten rodzaj groźby ustawodawca uznał za najbardziej społecznie szkodliwy. Skoro więc wywołanie obawy spełnienia groźby karalnej jest warunkiem wypełnienia znamion tego przestępstwa, jak również przestępstw, w przypadku których taka groźba wskazana została jako *modus operandi* sprawcy dążącego do innego celu, to tym bardziej wywołanie takiej obawy wydaje się konieczne w przypadku dwóch rodzajów groźby bezprawnej, które nie mają samoistnego bytu[480].

Zaburzenia osobowości są traktowane w medycynie jako jedna z głównych kategorii zaburzeń psychicznych charakteryzująca się specyficznymi układami cech osobowości, które prowadzą do nieprzystosowawczych sposobów zachowania, odbiegających od typowych dla danej kultury i społeczności. Zaburzenia osobowości przejawiają się przede wszystkim w niedojrzałości w sferze motywacji i kontroli emocji; nadmiernej zależności i niedostatecznym stopniu uspołecznienia. Przewaga poszczególnych cech determinuje typ zaburzenia osobowości[481]. Jednocześnie, zaburzenia osobowości są jednym z najbardziej złożonych i spornych zagadnień we współczesnej psychiatrii i psychologii klinicznej.

W badaniach nad zaburzeniami osobowości wyróżnia się cztery podstawowe kierunki teoretyczne. Pierwszy z nich, to konstytucjonalne teorie typologiczne, zakładające biologiczne, czyli dziedziczne i (lub) wrodzone uwarunkowania osobowości. Teorie te dominowały od starożytności do lat czterdziestych XX wieku. Pierwotnym źródłem inspiracja badawczej były koncepcje temperamentu znane od czasów Hipokratesa. Drugim kierunkiem w badaniach nad zaburzeniami osobowości są teorie dynamiczne, wyodrębniające różne mechanizmy osobowości o charakterze sił psychodynamicznych (np. potrzeby, popędy) i podkreślające duże znaczenie procesu wychowania i socjalizacji w formowaniu się zaburzeń osobowości. Inspiracją dla nich była koncepcja charakteru Freuda. Kolejnym kierunkiem jest ujęcie systemowe, próbujące łączyć czynniki biologiczne i społeczno-kulturowe, determinujące zarówno prawidłowy, jak i zaburzony rozwój osobowości.

[480] A. Michalska-Warias (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. T. Bojarskiego, Warszawa 2016, s. 310-311.
[481] *Wielki słownik medyczny* pod red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 1515-1516.

Ostatnim, pierwszoplanowym kierunkiem badań nad zaburzeniami osobowości są tzw. teorie cech osobowości, czyli koncepcje opisowe, pozwalające porozumieć się psychiatrom i psychologom o różnych poglądach teoretycznych. Teorie opisowe klasyfikują ludzi z perspektywy ich stałych właściwości psychofizycznych, czyli cech (hipotetycznych komponentów osobowości definiowanych przez przypisywanie ogólnej nazwy zbiorowi współwystępujących zachowań). Temu celowi służą dwa wspomniane już wcześniej systemy klasyfikacyjne: Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) oraz Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia[482].

W dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dokonano następującej klasyfikacji zaburzeń osobowości:

1. Specyficzne zaburzenia osobowości, czyli głębokie zaburzenia osobowości i behawioralnych tendencji jednostki, które nie są bezpośrednim następstwem choroby, urazu czy innego uszkodzenia mózgu ani innego zaburzenia psychicznego. Zazwyczaj obejmują kilka wymiarów osobowości, prawie zawsze skojarzonych z odczuwaniem znacznej przykrości osobistej i zerwaniem więzi społecznych. Zaburzenia te pojawiają się już w okresie dzieciństwa lub pokwitania i utrzymują się w wieku dojrzałym. Do tej kategorii zaburzeń zalicza się:

- osobowość paranoiczną, czyli zaburzenia osobowości, które charakteryzuje nadmierna wrażliwość na niepowodzenia, niezdolność do wybaczania zniewag, podejrzliwość i tendencja do zniekształcania doświadczeń przez opaczną interpretację obojętnych a nawet przyjaznych zachowań innych ludzi jako wrogich czy pogardliwych, nawracająca podejrzliwość bez uzasadnienia, dotycząca seksualnej wierności współmałżonka czy partnera i nieustępliwość w obronie własnych praw. Może też występować tendencja do nadmiernego poczucia własnej wartości oraz często przesadne odnoszenie wydarzeń do siebie;

- osobowość schizoidalną, czyli zaburzenie osobowości polegające na wycofaniu z kontaktów emocjonalnych, społecznych i innych, tendencji do fantazjowania, działania w samotności i introspekcji; ograniczenia zdolności do wyrażania uczuć i odczuwania przyjemności;

- osobowość dyssocjalną, charakteryzującą się lekceważeniem zobowiązań społecznych, nieliczeniem się z uczuciami innych, znaczącą niewspółmiernością pomiędzy zachowaniami a obowiązującymi normami społecznymi. Zachowanie to niełatwo ulega

[482] A. Jakubik (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 414-415.

zmianie po różnych negatywnych doświadczeniach, włącznie z karaniem. Tolerancja na frustrację jest niska, podobnie jak próg zachowań agresywnych, w tym także czynów gwałtownych. Występuje również tendencja do obwiniania innych lub uciekanie się do pozornie prawdopodobnych racjonalizacji zachowań, które powodują konflikty z otoczeniem. Osobowość chwiejna emocjonalnie cechuje się wyraźną tendencją do działań impulsywnych bez przewidywania konsekwencji tych działań. Nastrój zmienny i nie dający się przewidzieć. Występuje też skłonność do wybuchów emocjonalnych, niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych, tendencja do zachowań zaczepnych i konfliktów z innymi, szczególnie wtedy, gdy te zachowania są potępiane lub kończą się niepowodzeniem. Wyodrębniono dwa rodzaje tych zaburzeń: typ impulsywny, którego cechą dominującą jest niestabilność emocjonalna i brak kontroli działań impulsywnych oraz typ „borderline", w którym dodatkowo zaburzony jest obraz samego siebie, swoich celów i preferencji, stałe uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i nietrwałe związki z innymi oraz tendencja do działań samouszkadzających, w tym do gróźb i prób samobójczych;

- osobowość histrioniczną, czyli zaburzenie osobowości charakteryzujące się płytką i chwiejną uczuciowością, tendencją do dramatyzowania, teatralności, przesadną ekspresją emocjonalną, sugestywnością, egocentryzmem, pobłażliwością wobec siebie, nieuwzględnianiem potrzeb innych, nadmierną uraźliwością oraz pragnieniem admiracji, uznania i potrzebą podniet;

- osobowość anankastyczną, charakteryzującą się tendencją do niepewności, wątpliwości, perfekcjonizmu, nadmierną skrupulatnością, potrzebą sprawdzania i zajmowania się drobiazgami, sztywnością, uporem i ostrożnością. Mogą pojawiać się uporczywe, niepożądane myśli czy popędy, które nie osiągają nasilenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych;

- osobowość lękliwą (unikającą), czyli zaburzenie osobowości charakteryzujące się uczuciem napięcia, lęku, niepewności i poczucia niższości, pragnieniem akceptacji i uznania, nadmierną wrażliwością na odrzucenie i krytykę, zawężeniem osobistych więzi społecznych oraz tendencją do unikania niektórych działań przez stałe wyolbrzymianie potencjalnego zagrożenia lub ryzyka w codziennych sytuacjach;

- osobowość zależną, czyli zaburzenie osobowości charakteryzujące się biernym opieraniem się na innych w podejmowaniu mniej lub bardziej ważnych decyzji życiowych, nadmierną obawą przed porzuceniem, poczuciem bezradności i niekompetencji, bierną uległością wobec życzeń starszych od siebie i innych oraz niedostatecznym wypełnianiem

codziennych zadań. Brak napędu może przejawiać się zarówno w sferze intelektualnej, jak i emocjonalnej. Często występuje skłonność do przenoszenia odpowiedzialności na innych;

- inne określone zaburzenia osobowości, tj. osobowość ekscentryczna, osobowość uległa, osobowość niedojrzała, osobowość narcystyczna, osobowość bierno-agresywna i osobowość psychoneurotyczna;

- zaburzenia osobowości, nieokreślone (nerwica charakteru BNO, osobowość patologiczna BNO);

2. Zaburzenia osobowości mieszane i inne. Ta kategoria odnosi się do zaburzeń osobowości, które często sprawiają trudności z klasyfikacją, ale nie wyrażają się w określonych wzorcach zachowań czy objawach wyżej opisanych i dlatego stwarzają one większe trudności diagnostyczne;

3. Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu. To zaburzenia zachowania i osobowości dorosłych, które powstają po przeżyciach związanych z katastrofą czy długotrwałej sytuacji stresowej lub po ciężkiej chorobie psychicznej u osób, które przedtem nie wykazywały zaburzeń osobowości. Rozpoznanie można postawić jedynie wtedy, gdy dochodzi do wyraźnej i trwałej zmiany w dotychczasowym sposobie postrzegania, odnoszenia się do innych czy myślenia o sobie i otoczeniu. Zmiany osobowości powinny być znaczne i związane z niedostosowanymi i sztywnymi zachowaniami, które nie występowały przed patogennym przeżyciem. Zmiana ta nie może być bezpośrednim wyrazem innego zaburzenia psychicznego czy objawem rezydualnym wcześniej przebytej choroby psychicznej. W ramach tej grupy zaburzeń osobowości wyróżnia się: trwałą zmianę osobowości po katastrofie, trwałą zmianę osobowości po chorobie psychicznej, inne trwałe zmiany osobowości oraz trwałe zmiany osobowości, nieokreślone[483].

Współczesne badania nad zaburzeniami osobowości nie stanowiącymi bezpośredniego następstwa choroby, urazu czy innego uszkodzenia mózgu ani innego zaburzenia psychicznego, dzielą je na trzy grupy na podstawie podobieństwa w obrazie klinicznym. Do pierwszej grupy zalicza się: osobowość paranoidalną, schizoidalną i schizotypową. Do drugiej grupy zaliczono: osobowość z pogranicza (borderline), narcystyczną, antysocjalną i histrioniczną, zaś do trzeciej grupy: osobowość obsesyjno-kompulsywną, unikającą i zależną[484].

[483] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 238-241. Dostęp na 1.08.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf
[484] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 159.

Opisane powyżej kliniczne postacie patologii osobowościowej należy odróżniać od zaburzeń osobowości i zachowania spowodowanych chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, co w dobie rozwiniętych technik diagnostycznych (encefalografia, tomografia komputerowa, jądrowy rezonans magnetyczny itp.), jest zdecydowanie łatwiejsze niż w ubiegłych latach.

W dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyodrębnia się następujące zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, należące do kategorii zaburzeń psychicznych organicznych (organicznych zaburzeń osobowości):

- organiczne zaburzenie osobowości, charakteryzujące się znaczną zmianą stałych wzorców zachowań pacjenta występujących przed chorobą, szczególnie w zakresie wyrażania emocji, potrzeb i popędów. Zaburzenia funkcji poznawczych i myślenia oraz zmienione potrzeby seksualne mogą także stanowić element obrazu klinicznego. Organiczne zaburzenie osobowości obejmuje: osobowość pseudopsychopatyczną, osobowość pseudoupośledzoną, zespół płata czołowego, zespół zaburzeń osobowości w padaczce skroniowej, zespół po lobotomii i zespół po leukotomii;

- zespół po zapaleniu mózgu, który obejmuje nieswoiste, rezydualne i zmienne zaburzenia zachowania po ustąpieniu wirusowego lub bakteryjnego zapalenia mózgu. Główna różnica pomiędzy tym zespołem i organicznymi zaburzeniami osobowości polega na tym, że zespół ten ma charakter odwracalny;

- zespół po wstrząśnieniu mózgu, który pojawia się po urazie głowy (zwykle na tyle ciężkim, że związanym z utratą przytomności) i obejmuje wiele różnych objawów, takich jak: bóle głowy, zawroty głowy, męczliwość, drażliwość, trudności w koncentracji uwagi i wykonywaniu zadań umysłowych, osłabienie pamięci, bezsenność oraz zmniejszona tolerancja na stres, pobudzenie emocjonalne i w reakcji na alkohol. Obejmuje: zespół po stłuczeniu mózgu (encefalopatia) oraz pourazowy zespół mózgowy, niepsychotyczny;

- inne organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu. Zalicza się tu organiczne zaburzenia afektywne spowodowane zmianami w prawej półkuli;

- nieokreślone organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, do których zalicza się zespół psychoorganiczny[485].

[485] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 212. Dostęp na 1.08.2021 r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf

M. Pilecki wskazuje, że w konflikty z prawem często wchodzą osoby z osobowością dyssocjalną (nazywaną wcześniej psychopatią czy osobowością nieprawidłową). W ich przypadku zaburzenie struktury osobowości realizuje się bowiem przede wszystkim w drastycznym przekraczaniu norm i zasad współżycia społecznego czemu towarzyszy niska tolerancja na frustrację i łatwość reagowania gwałtowną agresją[486]. Szacuje się, że osobowość dyssocjalna występuje u około 3% populacji i 3-10 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, z kolei wśród więźniów ten odsetek wynosi 20-70%. Pomimo tego, że w odniesieniu do zaburzeń osobowości większość badań przeprowadzono nad osobowością dyssocjalną, to nie jest znana geneza tej formy zaburzeń osobowości[487].

Relacja pomiędzy pojęciami osobowość dyssocjalna a psychopatia nie jest jednak tak oczywista, jak by się wydawało. Osobowość dyssocjalna została wyodrębniona w ICD-10, natomiast pojęcie psychopatii nie występuje w aktualnych klasyfikacjach (ICD-1 i DSM-IV), co nie oznacza, że zostało zastąpione terminem osobowość dyssocjalna z uwagi na to, że są to pojęcia tożsame. Można bowiem spotkać się z poglądem, iż psychopatia stanowi odrębną formę zaburzenia i jest pojęciem o szerszym kontekście, aniżeli osobowość dyssocjalna, m.in. z uwagi na fakt równoczesnego akcentowania zarówno emocjonalnej warstwy funkcjonowania osobowości, jak i antyspołecznych przejawów zaburzenia. Osobę dyssocjalną charakteryzuje głęboko utrwalony i długotrwały wzorzec zachowania polegający na całkowitej lub co najmniej znacznie ograniczonej niezdolności do dbania o uczucia innych ludzi. Dyssocjalność ma związek z brakiem poszanowania dla obowiązujących norm prawnych, moralnych czy obyczajowych, a zachowania są podporządkowane realizacji celów jednostki. Występuje niska tolerancja na frustrację, impulsywność, nieprzyjmowanie odpowiedzialności za swoje czyny czy tendencje do agresji i reagowania złością. Psychopatia jest specyficznym rodzajem zaburzenia osobowości charakteryzującym się co najmniej trzema wymiarami: aroganckim i kłamliwym stylem funkcjonowania interpersonalnego, swoistymi deficytami w przeżywaniu, rozumieniu i ekspresji emocji oraz wysoce impulsywnym zachowaniem[488].

Wypada zwrócić uwagę na okoliczność, iż łudząco podobne do osobowości dyssocjalnej objawy kliniczne mogą wystąpić w przypadku zaburzeń osobowości wynikających z choroby, uszkodzenia lub dysfunkcji mózgu, określonych przez nestora

[486] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych,* red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 163-164.
[487] A. Jakubik (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 416-417.
[488] Ł. Barwiński, *Aktualne kierunki zmian w diagnozowaniu zaburzeń osobowości o rysie antyspołecznym* (w:) *Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką*, red. E. Habzda-Siwek i J. Kabzińska, Sopot 2014, s. 388-390.

polskiej psychiatrii Tadeusza Bilikiewicza mianem charakteropatii, pod którym to pojęciem rozumiał zmiany charakteru i temperamentu[489]. Inne określenia synonimiczne, to zespół psychoorganiczny charakteropatyczny lub organiczna osobowość pseudopsychopatyczna[490]. W psychiatrii można również spotkać się z określeniem tych zaburzeń mianem encefalopatii[491].

W psychiatrii zwraca się uwagę na trudności diagnostyczne w opiniowaniu osób z zaburzeniami osobowości. Jako pierwszą przyczynę wskazuje się niedostatek metod diagnostycznych uniemożliwiający precyzyjne różnicowanie pomiędzy objawami dezadaptacji społecznej pochodzenia środowiskowego a cechami osobowości zaburzonej uwarunkowanymi biologicznie. Jako drugą przyczynę podaje się przyjęcie założenia, że niezmienność dotyczy wpływów genetycznych, a zmienność wpływów środowiskowych, co w świetle badań zdaje się być problematyczne. Niezaprzeczalne jest dziedziczenie cech charakteru, jednak czynnik ten decyduje tylko o zasadniczych zarysach struktury osobowości, która swój kształt ostateczny uzyskuje pod nieustającym wpływem czynników zewnętrznych. Zbieg tych przyczyn powoduje, że niemożliwe jest ustalenie, w jakim stopniu osobowość zaburzona jest produktem społecznych, a w jakim biologicznych przyczyn[492].

6.4. Przesłanki stosowania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

W art. 93g § 1 k.k. postanowiono, iż sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy określonego w art. 93c pkt 1 k.k., czyli niepoczytalnego, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

Zgodnie z art. 93g § 2 k.k. skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 2 k.k., czyli o ograniczonej poczytalności w stopniu znacznym, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie

[489] K. Spett (w:) M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 213.
[490] D. Krakowiak, *Psychopatia, socjopatia i charakteropatia a odpowiedzialność karna*, Prok. i Pr. 2019, Nr 3, s. 13.
[491] A. Jakubik (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 425.
[492] J. Przybysz, *Psychiatria sądowa cz. I. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2007, s. 176-177.

psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

Z kolei w 93g § 3 k.k. przewidziano, że skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 3 na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

Jak wynika z powyższego, w aktualnym stanie prawnym istnieje możliwość stosowania najsurowszego środka zabezpieczającego nie tylko zamiast kary, ale również obok kary pozbawienia wolności. Co więcej, jeśli spełnione zostały przesłanki do jego zastosowania, sąd jest zobligowany orzec izolacyjny środek zabezpieczający obok bezwzględnej kary pozbawienia wolności, w tym również długoterminowej.

Zdaniem F. Ciepłego do orzeczenia najsurowszego środka zabezpieczającego niezbędne jest stwierdzenie zaistnienia nie tylko przesłanek szczegółowych określonych w art. 93g § 1-3 k.k. dla poszczególnych kategorii sprawców, a zatem niepoczytalnych, o poczytalności ograniczonej w znacznym stopniu oraz skazanych za przestępstwa wymienione w art. 93c pkt 3 k.k. popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, ale jednocześnie przesłanek ogólnych wskazanych w art. 93b k.k., czyli warunku konieczności orzeczenia środka dla zapobieżenia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, subsydiarności wobec innych środków prawnych przewidzianych w ustawie oraz proporcjonalności wymagającej, aby środek zabezpieczający i sposób jego wykonania był odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić oraz ryzyka jego popełnienia, z uwzględnieniem potrzeb i postępów w terapii lub terapii uzależnień[493].

K. Eichstaedt wskazuje, że do zastosowania pobytu w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy niepoczytalnego konieczne jest wystąpienie dwóch kategorii przesłanek: przesłanki o charakterze dowodowym oraz przesłanek szczególnych. Pierwsza z nich zostaje zrealizowana, gdy zgromadzony materiał dowodowy pozwala stwierdzić, że sprawca wyczerpał swoim zachowaniem znamiona czynu zabronionego przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełniania. Do przesłanek szczególnych z kolei zalicza się: umorzenie wobec

[493] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 746.

sprawcy postępowania karnego prowadzonego o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności oraz istnienie wysokiego prawdopodobieństwa, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym[494]. Jak słusznie zauważa K. Szczechowicz, sąd przed rozstrzygnięciem wniosku o umorzenie postępowania i zastosowanie środka zabezpieczającego wobec niepoczytalnego sprawcy winien ustalić, czy czyn został popełniony, czy dopuścił się go sprawca objęty wnioskiem prokuratora, czy w chwili popełnienia czynu działał on w warunkach art. 31 § 1 k.k. oraz, czy zachodzą podstawy do zastosowania środka zabezpieczającego[495].

Do zastosowania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy o ograniczonej poczytalności konieczne jest spełnienie dwóch przesłanek: skazanie takiego sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz ustalenie istnienia wysokiego prawdopodobieństwa, że popełni on czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

Do zastosowania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy skazanego za jedno z przestępstw określonych w art. 93c pkt 3 k.k., popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnej, niezbędne jest natomiast istnienie dwóch przesłanek: skazanie takiego sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz ustalenie istnienia wysokiego prawdopodobieństwa, że popełni on przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

De lege lata aktualne pozostają rozważania poczynione przy okazji omawiania instytucji z art. 94 § 1 k.k. w zakresie przesłanki ustalenia wysokiego prawdopodobieństwa, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości.

W art. 93 k.k., czyli do dnia 30 czerwca 2015 r., obowiązywało unormowanie, zgodnie z którym, sąd mógł orzec umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub skierować na leczenie ambulatoryjne tylko wtedy, gdy było to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu

[494] K. Eichstaedt, *Środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, wątpliwości związane z orzekaniem*, Prok. i Pr. 2016, Nr 12, s. 77-78.

[495] K. Szczechowicz, *Postępowanie w przedmiocie umorzenia postępowania i orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy w zakładzie psychiatrycznym* (w:) *Doprawdy litość to zbrodnia, Księga jubileuszowa z okazji 70. urodzin Profesora Bogusława Sygita,* Łódź 2018, s. 435.

przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego.

Na gruncie art. 93g § 1 i 2 k.k., a więc w odniesieniu do sprawcy niepoczytalnego i o ograniczonej poczytalności, wobec których można obecnie stosować detencję, jest mowa o tym, że prognozowany czyn o znacznej społecznej szkodliwości ma pozostawać w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym sprawcy. Nie wskazano zaburzenia preferencji seksualnych, ani uzależnienia jako źródła niepoczytalności albo ograniczonej poczytalności sprawcy. Tak więc, w przypadku sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności oraz poczytalności ograniczonej związek czynu z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym niezbędny jest dla zastosowania jedynie umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, a pozostałe środki zabezpieczające można stosować wobec tych sprawców bez wykazywania tego związku.

Natomiast ani w art. 93 k.k. przed nowelizacją, ani w art. 93g § 1 i 2 k.k., nie wskazano innego zakłócenia czynności psychicznych. Oznacza to, że gdy niepoczytalność sprawcy jest wywołana takim zakłóceniem, nie można wobec niego stosować izolacyjnego środka zabezpieczającego, a jedynie środki o charakterze wolnościowym. Zakłócenia czynności psychicznych mają bowiem taki charakter, np. patologiczne upojenie alkoholowe czy silne emocje, że brak jest racjonalnych podstaw, aby wobec osób, których niepoczytalność wynikała z tych zakłóceń stosować najsurowszy środek zabezpieczający tym bardziej, że przyczyny te nie będą poddawać się leczeniu psychiatrycznemu[496].

Do wszystkich kategorii sprawców, o jakich mowa w art. 93g § 1-3 k.k., znajduje zastosowanie unormowanie przewidziane w art. 93b § 1 zd. 2 k.k., że środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Mowa o znacznej społecznej szkodliwości czynu prognozowanego jest w art. 93g § 1 i 2 k.k., natomiast ustawodawca nie wspomniał o znacznej społecznej szkodliwości w art. 93g § 3 k.k. Pozostaje to jednak bez znaczenia, skoro również wobec sprawców z art. 93g § 3 k.k. znajduje zastosowanie ogólna przesłanka z art. 93b § 1 zd. 2 k.k.

W przeciwieństwie jednak do analogicznej instytucji określonej poprzednio w art. 94 § 1 k.k., w żadnym z przepisów nie wskazano wyraźnie, że izolacyjny środek zabezpieczający może być zastosowany wobec sprawcy czy przestępcy, który już dopuścił się czynu

[496] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 7 maja 2019 r., V KK 74/19, Legalis numer 1951561.

zabronionego, czy przestępstwa, o znacznej społecznej szkodliwości. W art. 94 § 1 k.k. jednoznacznie określono, że jeżeli sprawca, w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzekał umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym. Nie oznacza to jednak, że obecnie czyn, czy przestępstwo, które stanowi przedmiot postępowania nie musi cechować znaczny stopień społecznej szkodliwości. Skoro w art. 93b § 1 zd. 2 k.k. jest mowa o zapobieżeniu ponownemu popełnieniu czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości, to logiczne jest, że czyn, który sprawca już popełnił musi być oceniony jako społecznie szkodliwy w stopniu znacznym.

Ta różnica w zredagowaniu przepisu zdążyła już, jak się wydaje, wywołać pewne wątpliwości w orzecznictwie, albowiem w tej kwestii wypowiadał się Sąd Najwyższy. W postanowieniu z dnia 24 lutego 2021 r., wydanym w sprawie IVKK 33/21[497], stwierdził, że użyte w art. 93b § 1 zd. 2 k.k. określenie „ponownie" oznacza, że znacznym stopniem społecznej szkodliwości powinny charakteryzować się zarówno czyn zabroniony prognozowany, jak i czyn zabroniony już popełniony. Sąd Najwyższy zwrócił przy tym uwagę, iż jest to stanowisko zgodnie przyjmowane w orzecznictwie i piśmiennictwie. Podobnie Sąd Najwyższy wypowiedział we wcześniejszych postanowieniach, z dnia 27 marca 2019 r., wydanym w sprawie II KK 46/19[498] i z dnia 12 czerwca 2019 r., wydanym w sprawie o sygn. V KK 237/18[499].

Sytuacja, gdy najsurowszy środek zabezpieczający jest orzekany jako jedyna reakcja na popełnienie przez sprawcę czynu zabronionego nie budzi zasadniczo zastrzeżeń. Instytucja ta funkcjonowała w poprzednich ustawach karnych z tym, że różnie kształtowano przesłanki jej orzekania. Analizując regulacje tej instytucji w k.k. z 1932 r., w k.k. z 1969 r. i w k.k. z 1997 r. dostrzega się ewolucję polegającą na ustanawianiu coraz bardziej rygorystycznych przesłanek jej stosowania, a tym samym coraz większych gwarancji dla sprawców.

Wobec zaistniałej od dnia 1 lipca 2015 r. możliwości stosowania pobytu w zakładzie psychiatrycznym również obok kary pozbawienia wolności pojawiły się wątpliwości co do zgodności przyjętego rozwiązania z ustawą zasadniczą oraz Konwencją o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950r.[500], które to akty prawne nie przewidują tego

[497] Legalis numer 2568728.
[498] Legalis numer 1899943.
[499] Legalis numer 1942449.
[500] Dz. U. z 1993r., Nr 61, poz. 284.

rodzaju izolacji sprawców, którzy już odbyli karę[501]. Do pomysłu wprowadzenia nowych postpenalnych środków zabezpieczających związanych z bezterminowym pozbawieniem wolności uwagi krytyczne zgłosiła Komisja Kodyfikacyjna Prawa Karnego[502].

W związku z tymi wątpliwościami, Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o orzeczenie niekonstytucyjności między innymi:

- art. 93b § 3 k.k. w zakresie, w jakim nakłada na sąd obowiązek określenia stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia w przyszłości;

- art. 93g k.k. zakresie, w jakim nakłada na sąd obowiązek określenia stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia w przyszłości;

- art. 93d § 5 k.k. w zakresie, w jakim przewiduje, że orzeczony środek zabezpieczający stosuje się po odbyciu kary;

- art. 202a § 1 k.k.w. w zakresie, w jakim przewiduje, że orzeczony środek zabezpieczający pobytu w zakładzie psychiatrycznym stosuje się po odbyciu kary.

Uzasadniając niezgodność regulacji art. 93d § 5 k.k. i art. 202a § 1 k.k.w. z art. 42 ust. 1 Konstytucji, RPO podnosił, że środki zabezpieczające, zwłaszcza gdy są wykonywane po odbyciu przez sprawcę kary pozbawienia wolności, mają charakter kary dodatkowej i dlatego należy do nich odnosić standardy właściwe dla orzekania kar. W związku z powyższym, naruszają zasadę *nullum crimen sine lege*, czyli funkcję gwarancyjną prawa karnego, która pozwala sprawcy czynu ocenić zakres ryzyka w postaci odpowiedzialności karnej, jaką może ponieść za czyn, który zamierza popełnić.

Uzasadniając zarzut naruszenia art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji, RPO stwierdził, że nie można odnaleźć argumentów usprawiedliwiających wprowadzenie zasady polegającej na stosowaniu środków zabezpieczających po odbyciu kary pozbawienia wolności. Ustawodawca przyznał priorytet zasadzie bezpieczeństwa publicznego, jednocześnie pozbawiając ochrony zasadę nietykalności i wolności osobistej. Zdaniem RPO, pogodzenie tych dwóch zasad powinno polegać na podjęciu środków zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa publicznego, ale przy możliwie najszerszej ochronie

[501] Zob. T. Szymanowski, *Nowelizacja kodeksu karnego w 2015r.*, Przegląd Więziennictwa Polskiego z 2015, Nr 87, s. 27.

[502] Oświadczenie Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z 20.05.2014r.
https://www.gov.pl/attachment/3b3ff1d6-1c74-4229-9d9c-03aa8302cc23 (dostęp na dzień 25.09.2021r.)

nietykalności i wolności osobistej. Spełnieniem tego postulatu byłaby realizacja środków zabezpieczających w okresie pozbawienia wolności. Nadto, RPO rozważył niekonstytucyjność kwestionowanych przepisów również w kontekście naruszenia godności. Jego zdaniem, stosowanie środków zabezpieczających faktycznie wydłuży karę. Oprócz tego, w wypadku środków o charakterze izolacyjnym, może prowadzić do nieakceptowalnego naruszenia autonomii, podmiotowości i prawa decydowania o sobie, a w konsekwencji uniemożliwia sprawcy pełnego powrotu do życia społecznego. W opinii RPO, system prawa przewiduje inne instrumenty reakcji na niebezpieczeństwo powodowane przez osoby z różnego rodzaju zaburzeniami, niemające charakteru tak stygmatyzującego, jak środki zabezpieczające.

Nadto, RPO uznał, zaskarżone przepisy za niezgodne z zasadą zaufania obywatela do państwa, zasadą dostatecznej określoności prawa i zasadą poprawnej legislacji. Jak stwierdził, konstrukcja środka zabezpieczającego w zaskarżonym brzmieniu umożliwia władzy publicznej przedłużanie faktycznego pozbawienia lub ograniczenia wolności bez określenia górnej granicy tego przedłużenia, co powoduje, że fikcją staje się określoność kary. Zdaniem RPO, jedynie regulacja umożliwiająca stosowanie środków zabezpieczających zamiast kary pozbawiania wolności lub w trakcie jej wykonywania pozwalałaby na realizację zasady demokratycznego państwa prawa.

W wyroku z dnia 19 sierpnia 2020 r., wydanym w sprawie K 46/15, Trybunał Konstytucyjny umorzył postępowanie w zakresie zarzutu niezgodności art. 93d § 5 k.k. oraz art. 202a § 1 k.k.w. z Konstytucją RP podnosząc, iż powodem rozstrzygnięcia były uchybienia formalne, jakich dopuścił się Rzecznik Praw Obywatelskich[503].

W literaturze wyrażane jest stanowisko, że „wydaje się jednak, iż pierwszeństwo jako dobru nadrzędnemu należy przyznać ochronie społeczeństwa przed sprawcami niebezpiecznych przestępstw skazanych na kary pozbawienia wolności, w sytuacji, gdy po opuszczeniu zakładu karnego istnieje realne niebezpieczeństwo popełnienia przez nich czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości (…)”[504].

Z drugiej jednak strony pojawiają się wątpliwości co do zasadności opierania systemu detencji na prognozowaniu popełnienia przez osobę przestępstwa w przyszłości. Wskazuje się, że tego rodzaju przewidywania odgrywają istotną rolę w przypadku izolacji sprawców niepoczytalnych oraz prewencyjnej hospitalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi

[503] Legalis numer 2430206
[504] K. Eichstaedt, *Środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, wątpliwości związane z orzekaniem*, Prok. i Pr. 2016, Nr 12, s. 93.

zagrażających innym ludziom, jednak między tymi kategoriami jednostek a osobami poczytalnymi zachodzą istotne różnice. O ile bowiem w przypadku pierwszej kategorii osób, detencja prewencyjna może być usprawiedliwiona tym, że postrzeganie przez nie rzeczywistości może być na tyle wypaczone, że nie będą zachowywały się racjonalnie i zgodnie z normami prawnymi i społecznymi wzorcami zachowań, stwarzając zagrożenie dla otoczenia, to sytuacja jednostek poczytalnych jest zupełnie inna. Jeżeli osoba jest zdolna do kierowania swoim postępowaniem, to na podstawie jakich niearbitralnych czynników można byłoby ustalić „zagrożenie" przez nią stwarzane? Taki proces musiałby polegać na precyzyjnym oszacowaniu ryzyka popełnienia przez taką osobę przestępstwa w przyszłości, co – jak wskazuje się w nauce – jest praktycznie niemożliwe. Pojawiają się w związku z tym obawy o ryzyko błędu, o powierzenie biegłym zbyt dużej władzy z jednoczesnym zredukowaniem roli sądu do zatwierdzania ich ustaleń oraz o możliwość wykorzystania takiego instrumentu do celów politycznych[505].

W art. 93a § 1 pkt 4 k.k. ustawodawca wprowadził środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, zaś w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jest mowa o „zakładzie leczniczym". Porównanie przepisów ustawy karnej z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego wydaje się więc wskazywać na niespójność terminologiczną.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego posługuje się także pojęciem szpitala psychiatrycznego, pod którym – zgodnie z jej art. 3 ust. 2 – należy rozumieć również oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinikę psychiatryczną, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz inny zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

Definicja pojęcia zakład psychiatryczny pojawia się natomiast w art. 200 § 1 k.k.w. Wynika z niej, że przez zakład psychiatryczny, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4 k.k., rozumie się podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej. Pojęcie zakład psychiatryczny funkcjonuje również w aktach wykonawczych do przepisów k.k.w. regulujących środki zabezpieczające.

Analiza powyższych przepisów prowadzi do wniosku, że niespójność terminologiczna ma w istocie pozorny charakter, jako że pojęcie zakład psychiatryczny jest pojęciem węższym od pojęcia szpital psychiatryczny.

[505] M. Szwed, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020, s. 250.

Do wykonywania najsurowszego środka zabezpieczającego przeznaczono specjalne zakłady psychiatryczne, o odpowiednich warunkach zabezpieczenia, które stanowią oddziały w szpitalach psychiatrycznych, ustawowo traktowane jako zamknięte. Wymagają stosowania specjalnego, egzekwowanego i kontrolowanego przez sądy zabezpieczenia i pozostają często w jawnej sprzeczności z głównymi kierunkami przemian w psychiatrii, czyli odchodzenia od izolacyjnego modelu psychiatrii i rozwijania form wypracowanych przez psychiatrię środowiskową i społeczną[506].

Zakłady psychiatryczne mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami: podstawowego zabezpieczenia, wzmocnionego zabezpieczenia i maksymalnego zabezpieczenia. Zakłady psychiatryczne wykonujące środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 3 k.k. organizowane są jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia (art. 200 § 1-3a k.k.w.[507]). Sprawcy mogą być przenoszeni na inny poziom zabezpieczenia w zależności od zmieniającego się zagrożenia i postępu leczenia.

Przed skierowaniem do wykonania orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym sąd jest zobligowany do zasięgnięcia opinii Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, do zadań której należy m.in. wydawanie opinii dla właściwych sądów w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych. Zgodnie z § 420 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych[508] zasięgając opinii, sąd przesyła do komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających odpis orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wraz z opinią biegłych o stanie zdrowia psychicznego sprawcy. Dopiero po uzyskaniu opinii komisji, sąd postanowieniem określa rodzaj tego zakładu, po czym przesyła jego kierownikowi dokumentację (art. 201 § 1, §1a pkt 1 i § 2 k.k.w.). W myśl § 422 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych sąd poucza kierownika zakładu psychiatrycznego, w którym wykonywana jest internacja o obowiązku przesyłania opinii o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii oraz o skutkach niewykonania tego obowiązku.

Wykonywanie pobytu w zakładzie psychiatrycznym podlega kontroli sądu, który nie rzadziej niż co 6 miesięcy, orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka,

[506] J. Heitzman i B. Gierat (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 321.
[507] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. kodeks karny wykonawczy, Dz. U. z 1997r., Nr 90, poz. 557 z późn. zm.
[508] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 czerwca 2019 r., Dz. U. z 2019 r., poz. 1141.

a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne – bezzwłocznie (art. 204 § 1 k.k.w.). Z tym związany jest obowiązek kierownik zakładu psychiatrycznego przesyłania do sądu, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, opinii o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie oraz o postępach w leczeniu lub terapii. Opinię taką kierownik zakładu psychiatrycznego obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Niezależnie od tego, sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyników wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie (art. 203 § 1 i 2 k.k.w.).

Poza kontrolą sądu wykonującego izolacyjny środek zabezpieczający, którym zgodnie z art. 199a § 2 k.k.w. jest sąd, w którego okręgu sprawca przebywa, będący sądem tego samego rzędu co sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji, w k.k.w. ustawodawca ustanowił mechanizm kontroli wykonywania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym w postaci sędziowskiego nadzoru penitencjarnego oraz przewidział mechanizmy usytuowane poza k.k.w., w aktach prawnych z zakresu opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia psychicznego[509].

Jeszcze przed zmianą modelu środków zabezpieczających, jaka nastąpiła z dniem 1 lipca 2015 r., zwracano uwagę, że status sprawców przebywających na internacji różni się od statusu skazanych, na niekorzyść tych pierwszych, co pozostaje w sprzeczności z Konstytucją RP i zasadą humanitaryzmu określoną w art. 4 § 1 k.k.w.

Postulowano o możliwość wprowadzenia instytucji przerwy w wykonywaniu internacji oraz przepustki dla internowanych sprawców czynów zabronionych, na wzór regulacji z art. 153 § 1 k.k.w. i art. 141a § 1 k.k.w., dotyczących osób odbywających karę pozbawionych wolności. Możliwość skorzystania z przepustki ogólnopsychiatrycznej, przewidzianej w art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wobec osób internowanych była bowiem wyłączona na mocy art. 37 tej ustawy. Udzielenie przepustki osobie internowanej leżało w gestii kierownika zakładu zamkniętego, jako że w zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia znajdowały zastosowanie przepisy regulaminu organizacyjno-porządkowego tego zakładu, który mógł przewidywać możliwość udzielania przepustek osobom internowanym. Odnośnie zaś do osób umieszczonych w zakładach dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia nie przewidywano w ogóle instytucji czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu.

[509] Szerzej na ten temat: T. Kalisz, A. Kwieciński, *Kontrola i nadzór nad wykonywaniem leczniczych środków zabezpieczających*, Prok. i Pr. 2011, Nr 7-8, s. 121 i nast.

Wskazywano, iż brak ustawowej regulacji instytucji przepustki w odniesieniu do osób internowanych stanowił w szczególności naruszenie wynikającego z art. 47 Konstytucji RP prawa do ochrony życia prywatnego, rodzinnego oraz do decydowania o swoim życiu osobistym, jest naruszeniem ustanowionej w przytoczonym art. 30 Konstytucji RP zasady poszanowania przez władze publiczne godności człowieka. *Eo ipso* był naruszeniem zasady wyrażonej w art. 4 § 1 k.k.w. Podnoszono, iż ujęcie zezwolenia na czasowe opuszczenie szpitala psychiatrycznego w Kodeksie karnym wykonawczym gwarantowałoby jednolitość w stosowaniu tej instytucji, niezależnie od miejsca internowania sprawcy[510].

Zadość tym postulatom ustawodawca częściowo uczynił wprowadzając z dniem 1 lipca 2015 r. art. 204d k.k.w., w którym przewidziano możliwość udzielenia sprawcy przebywającemu w zakładzie psychiatrycznym o warunkach podstawowego zabezpieczenia zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania, jeżeli jest to uzasadnione względami terapeutycznymi lub ważnymi względami rodzinnymi, zaś niebezpieczeństwo, że sprawca przebywający poza zakładem dopuści się czynu zabronionego lub zagrozi własnemu życiu lub zdrowiu, jest nieznaczne. Zezwolenia udziela się na okres nieprzekraczający 3 dni. W wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach można udzielić zezwolenia na okres nieprzekraczający 7 dni. Zezwolenia udziela kierownik zakładu po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego. O udzieleniu zezwolenia kierownik zakładu niezwłocznie informuje sąd. Jeżeli sprawca nie powróci do zakładu psychiatrycznego, z upływem okresu, na który udzielono zezwolenia, sąd niezwłocznie zarządza jego poszukiwanie i zatrzymanie przez Policję oraz doprowadzenie do zakładu. Sprawcę doprowadza Policja w asyście lekarza. Takiemu sprawcy można udzielić ponownego zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem nie wcześniej niż po upływie roku od dnia powrotu sprawcy do zakładu. Jeżeli sprawca podczas pobytu poza zakładem psychiatrycznym dopuścił się czynu zabronionego lub zagroził własnemu życiu lub zdrowiu, nie może uzyskać ponownego zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem.

Należy jednak rekomendować objęcie instytucją przepustki również internowanych umieszczonych w zakładach zamkniętych o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu, za czym przemawiają elementarne względy humanitarne. Dla osiągnięcia celów prewencyjnych wystarczyłoby, jak się zdaje, zastrzec, że osoby tej kategorii mogą czasowo opuścić miejsce internowania, np. wyłącznie w asyście funkcjonariusza Policji, skoro

[510] M. Banaś-Grabek, *Przerwa w wykonywaniu środka zabezpieczającego umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym*, Prok. i Pr. 2015, Nr 5, s. 61 i nast.

w przypadku osób odbywających karę pozbawienia wolności przewidziano przepustkę pod konwojem funkcjonariusza Służby Więziennej.

Odnośnie natomiast do przerwy w wykonywaniu izolacyjnego środka zabezpieczającego należy wskazać, iż w praktyce zdarzają się sytuacje, w których dochodzi do faktycznej przerwy w internacji, gdy np. sprawca zapada na chorobę somatyczną wymagającą hospitalizacji poza zakładem psychiatrycznym. Pojawia się pytanie, jaki organ i w jakim trybie ma zadecydować o faktycznej przerwie w detencji? Problem nieuregulowany, mógłby zostać rozwiązany wprowadzeniem obligatoryjnej przerwy w wykonywaniu tego środka zabezpieczającego, na wypadek zaistnienia sytuacji uniemożliwiającej jego wykonywanie, do czasu ustania przeszkody[511]. Instytucja przerwy mogłaby dotyczyć również wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających z art. 93f k.k.

Wydaje się bowiem, że nie zawsze zasadne będzie zawieszenie postępowania wykonawczego w zakresie wykonywania leczniczych środków zabezpieczających w przypadkach, gdy środki te nie mogą być wykonywane. Zawieszenie postępowania jest uzasadnione w sytuacjach objętych dyspozycją art. 15 § 2 k.k.w., gdy np. sprawca został pozbawiony wolności, czy zapadł na przewlekłą, ciężką chorobę inną niż choroba psychiczna. Natomiast w sytuacji, gdy zachorował somatycznie i wymaga leczenia, a nie jest to choroba, o której mowa w art. 15 § 2 k.k.w., czy uległ wypadkowi i nie może się poruszać, trafniej byłoby udzielić mu czasowej przerwy w internacji, w wykonywaniu terapii czy terapii uzależnień, na wzór instytucji przerwy w karze funkcjonującej w k.k.w. Analiza treści przepisów art. 43q § 1 k.k.w., art. 63 § 1 k.k.w., czy art. 150 § 1 k.k.w. w zw. z art. 153 § 1 k.k.w., prowadzi do wniosku, że w przypadkach, gdy kara nie może być wykonywana z powodu stanu zdrowia skazanego, udziela się przerwy. Analogicznie mogłoby zostać to uregulowane w przypadku środków zabezpieczających.

W przypadku środków zabezpieczających natomiast podstawą przerwy nie powinna być sytuacja, w której ich wykonanie miałoby pociągnąć dla sprawcy lub jego rodziny zbyt ciężkie skutki, o czym mowa w art. 62 § 1 k.k.w., czy też jeżeli przemawiają za tym ważne względy rodzinne lub osobiste, o czym z kolei mowa w art. 153 § 2 k.k.w. Istota leczniczych środków zabezpieczających polega bowiem na tym, aby je rozpocząć i systematycznie kontynuować, a zatem przerwa powinna mieć miejsce wyjątkowo, tj. jedynie z powodu stanu zdrowia sprawcy uniemożliwiającego lub znacznie utrudniającego terapię.

[511] Tamże, s. 65.

Podsumowując należy stwierdzić, iż analiza przepisów kolejnych ustaw karnych (k.k. z 1932 r., k.k. z 1969 r. i k.k. z 1997 r.) w zakresie regulacji zagadnienia środków zabezpieczających pozwala na wnioskowanie, że każdy następny kodeks karny, w porównaniu z poprzednim, wprowadzał pozytywne zmiany, których celem była większa gwarancja praw osób z zaburzeniami psychicznymi, dopuszczających się czynów zabronionych.

7. Środki o charakterze leczniczym stosowane na podstawie innych ustaw.

7.1. Lecznicze środki zabezpieczające na gruncie kodeksu karnego skarbowego.

Środki o charakterze leczniczym uregulowane są nie tylko w Kodeksie karnym, ale i w innych ustawach, a mianowicie: w ustawie z dnia 10 września 1999 r. Kodeks karny skarbowy[512], w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii[513], która przewiduje obligatoryjne środki zabezpieczające orzekane w przypadku skazania sprawcy za wskazane w niej czyny zabronione, w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich[514]. Poza tym, przymus leczenia przewiduje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z art. 22 § 3 k.k.s. do katalogu środków zabezpieczających na gruncie prawa karnego skarbowego należą: elektroniczna kontrola miejsca pobytu; terapia; terapia uzależnień; pobyt w zakładzie psychiatrycznym; przepadek przedmiotów oraz zakazy wymienione w art. 22 § 2 pkt 5 k.k.s., czyli zakaz prowadzenia określonej działalności gospodarczej, wykonywania określonego zawodu lub zajmowania określonego stanowiska.

Pomimo taksatywnego wyliczenia środków zabezpieczających w k.k.s. nie zostały one szczegółowo opisane w tej ustawie, tylko na podstawie art. 20 § 2 k.k.s. ich opis należy recypować z k.k. W piśmiennictwie zwrócono uwagę, że zważywszy na materię regulowaną w k.k.s., środek zabezpieczający na gruncie tej ustawy może zostać orzeczony wobec sprawcy, który dopuścił się czynu zabronionego na gruncie k.k.s. i który: uznany został za niepoczytalnego, zgodnie z art. 11 § 1 k.k.s., miał ograniczoną poczytalność w myśl art. 11

[512] Dz. U. z 1999 r., Nr 83, poz. 930; ustawa dalej zwana k.k.s.
[513] Dz. U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.; dalej zwana u.p.nark.
[514] Dz. U. z 1982 r. Nr 35, poz. 228 z późn. zm.; ustawa dalej zwana u.p.n.

§ 2 k.k.s. albo poniósł odpowiedzialność za popełnienie przestępstwa w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Na gruncie k.k.s. nie będą natomiast występowały kategorie sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 3 i 4 k.k. [515]

Wypada wspomnieć, że k.k.s. w art. 11 § 2 nieco odmiennie, aniżeli k.k., kształtuje konsekwencje ograniczonej poczytalności, gdyż limituje górną granicę kary na poziomie dwóch trzecich ustawowego zagrożenia, a nadto pozostawia sądowi do wyboru nadzwyczajne złagodzenie kary i odstąpienie od wymierzenia kary lub środka karnego[516].

7.2. Postpenalne środki zabezpieczające przewidziane w ustawie z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

W ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób przewidziano możliwość orzekania postpenalnych środków zabezpieczających w postaci nadzoru prewencyjnego oraz umieszczenia w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (art. 3 ustawy).

Ustawa stanowiła odpowiedź na wspomnianą wcześniej już problematyczną kwestię odbywających karę dwudziestu pięciu lat pozbawienia wolności skazanych za przestępstwa jeszcze w okresie PRL-u. Chodziło o szczególnie niebezpiecznych sprawców, wobec których orzeczono wówczas karę śmierci, z uwagi na wprowadzenie moratorium w zakresie jej wykonywania, zamienioną następnie na karę dwudziestu pięciu lat pozbawienia wolności. Skazani ci mieli opuszczać jednostki penitencjarne od 2015 roku.

Wątpliwości budziła jednak dopuszczalność wprowadzenia tego rodzaju regulacji. Wskazywano, że kierowanie do placówek psychiatrycznych byłych sprawców, u których nie wykryto chorób psychicznych, to wyraźne naruszenie standardów medycznych oraz prawnych. Z kolei przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości utrzymywali, że podstawą procedury izolacyjnej nie będzie popełnione przed laty przestępstwo, a stan zdrowia psychicznego sprawcy w chwili opuszczania zakładu karnego oraz, że ustawa bazować będzie

[515] K. Małecka-Kowalczyk, *Katalog środków zabezpieczających w Kodeksie karnym skarbowym*, Probacja 2015, nr IV, s. 99-100.
[516] P. Kardas, G. Łabuda i T. Razowski, *Kodeks karny skarbowy. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 244.

na procedurze cywilnej, a nie karnej. W doktrynie wskazano, że rzeczywiście mamy do czynienia z cywilną, postpenalną izolacją, podjętą na podstawie określonych medycznych przesłanek, a zatem chybione są zarzuty o działaniu prawa wstecz. Problemem polega jednak na tym, że nie ma narzędzi umożliwiających ocenę poziomu niebezpieczeństwa, jakie stanowić może były przestępca[517].

Wypada wspomnieć, iż wcześniej, niż ustawodawca polski, ustawodawca niemiecki wprowadził do Kodeksu karnego (SStGB) przepisy umożliwiające dłuższą izolację w ramach zastosowanego środka zabezpieczającego sprawcy po odbyciu kary, niż dopuszczalna w czasie orzekania. Regulacja została uznana przez Federalny Trybunał Konstytucyjny za naruszającą zakaz retroaktywności i podwójnego karania. Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał przepisy za niezgodne z EKPC. To spowodowało, że w dniu 22 grudnia 2010 r. w Niemczech uchwalono ustawę o stosowaniu terapii i umieszczaniu w zakładach terapeutycznych cierpiących na zaburzenia psychiczne sprawców czynów popełnionych z użyciem przemocy, uwzględniającą zastrzeżenia organów sądowych[518]. Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z dnia 19 stycznia 2012 r. w sprawie 21906/09 Kronfeldner przeciwko Niemcom[519] uznał, że regulacja krajowa powinna być względnie elastyczna i umożliwiać państwu stosowanie izolacji wobec sprawców zaburzonych na podstawie oceny konkretnego przypadku. W wyroku z dnia 7 stycznia 2016 r. w sprawie 23279/14 Bergmann przeciwko Niemcom[520] ETPC stwierdził, iż detencja prewencyjna jest „legalna" i „zgodna z prawem" w rozumieniu art. 5 § 1 Konwencji w przypadku ustalenia przez sądy krajowe, że istnieje wysokie ryzyko, że skarżący podejmie się próby popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy lub na tle seksualnym, gdyby został zwolniony.

Również polski Trybunał Konstytucyjny wypowiadał się o zgodności z Konstytucją przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób w wyroku z dnia 23 listopada 2016r., w sprawie K 6/14. TK nie dopatrzył się w rozwiązaniach ustawowych naruszenia Konstytucji RP. Dostrzegł wadliwość przepisów w zakresie zasad oceny stanu zdrowia osoby kierowanej do podobnej placówki, a mianowicie orzekł, iż „art. 46 ust. 1 ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim przewiduje

[517] B. Kmieciak, *„Ustawa o bestiach" czy też bestialska ustawa? Człowiek między więzieniem a szpitalem psychiatrycznym* (w:) *Oddziaływania wobec skazanych na karę pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym. Rozważania w 100-lecie więziennictwa polskiego* pod red. A. Nawój-Śleszyński i M. Niewiadomskiej-Krawczyk, Łódź 2020, s. 197-202.
[518] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo karne*, Warszawa 2016, s. 438-439.
[519] Legalis numer: 462454.
[520] Legalis numer: 1441786.

sporządzanie opinii w sprawie niezbędności dalszego pobytu w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym tylko przez jednego lekarza psychiatrę, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji”[521]. Zdaniem TK tego rodzaju działania izolacyjne są uprawnione oraz uzasadnione z racji konieczności ochrony szeroko rozumianego bezpieczeństwa publicznego.

Nadzór prewencyjny oraz umieszczenie w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym mogą być stosowane wobec osób stwarzających zagrożenie, czyli takich, które łącznie spełniają następujące przesłanki: odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności, wykonywaną w systemie terapeutycznym, u których w trakcie postępowania wykonawczego występowały zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych (wskazane w ustawie rodzaje zaburzeń psychicznych są przy tym wyczerpujące, a tym samym trzeba uznać, że pominięto chorobę psychiczną[522]) oraz stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub takie nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat (art. 1 u.p.o.z.p.). Nadzór prewencyjny i umieszczenie w Ośrodku orzeka się bez określenia terminu.

Z wnioskiem do sądu o uznanie osoby, której dotyczy wniosek, za osobę stwarzającą zagrożenie występuje dyrektor zakładu karnego. W celu ustalenia, czy osoba, której dotyczy wniosek, wykazuje zaburzenia w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych, sąd powołuje dwóch biegłych lekarzy psychiatrów, a w sprawach osób z zaburzeniami osobowości ponadto biegłego psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych nadto biegłego lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa. Badanie psychiatryczne może być połączone z obserwacją w zakładzie psychiatrycznym, jeśli biegli zgłoszą taką konieczność.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 u.p.o.z.p., sąd dokonując oceny, czy jest konieczne zastosowanie wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego albo umieszczenie jej w Ośrodku, bierze pod uwagę całokształt okoliczności ustalonych w sprawie, a w szczególności uzyskane opinie biegłych, a także wyniki prowadzonego

[521] Legalis numer: 1532497.
[522] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 16 kwietnia 2015 r., I CSK 825/14, Legalis numer: 1231460.

dotychczas postępowania terapeutycznego oraz możliwość efektywnego poddania się przez tę osobę postępowaniu terapeutycznemu na wolności.

Sąd orzeka o zastosowaniu wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez tę osobę czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat (art. 14 ust. 3 u.p.o.z.p.). Celem nadzoru prewencyjnego jest ograniczenie zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób ze strony osoby stwarzającej zagrożenie, która nie została umieszczona w Ośrodku. Orzekając nadzór prewencyjny sąd może nałożyć na osobę obowiązek poddania się odpowiedniemu postępowaniu terapeutycznemu. Nadzór prewencyjny sprawuje komendant powiatowy (miejski, rejonowy) Policji, na obszarze właściwości którego osoba stwarzająca zagrożenie ma miejsce stałego pobytu. Osoba ta ma obowiązek każdorazowego informowania komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny o zmianie miejsca stałego pobytu, miejsca zatrudnienia, imienia lub nazwiska, a jeżeli komendant Policji tego zażąda, również udzielania informacji o miejscu aktualnego i zamierzonego pobytu oraz o terminach i miejscach wyjazdów. Sąd uchyla nadzór prewencyjny, jeżeli nie zachodzą już okoliczności, dla których został zastosowany, albo jeżeli osoba stwarzająca zagrożenie została umieszczona w Ośrodku. Wniosek o uchylenie nadzoru może złożyć Komendant Policji sprawujący nadzór prewencyjny, osoba wobec której zastosowano nadzór prewencyjny lub jej pełnomocnik. Przed uchyleniem środka sąd wysłuchuje biegłych.

Z kolei o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie sąd orzeka, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że jest to niezbędne ze względu na bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat (art. 14 ust. 3 u.p.o.z.p.). W orzecznictwie przyjęto, że bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego należy rozumieć jako bliskie pewności prawdopodobieństwo, że określona osoba popełni czyn zabroniony wskazany w art. 1 ust. 3 u.p.o.z.p. Chodzi zatem nie o pewność popełnienia w przyszłości czynu, o jakim mowa, ale

o prawdopodobieństwo graniczące z pewnością[523]. Stwierdzenie, że istnieje bardzo wysoki stopień prawdopodobieństwa popełnienia w przyszłości przestępstwa powinno opierać się na podstawie oceny rodzaju i natężenia zaburzeń psychicznych osoby, jej dotychczasowego postępowania, rodzaju popełnionych przestępstw i jej stosunku do ich popełnienia oraz faktu odmowy poddania się terapii i uczestniczenia w programach i zajęciach terapeutycznych, braku krytycyzmu i akceptacji własnych agresywnych zachowań[524].

Osoba umieszczona w Ośrodku zostaje objęta odpowiednim postępowaniem terapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Kierownik Ośrodka sporządza indywidualny plan terapii dla każdej osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku. Sąd ustala, czy dalszy pobyt w Ośrodku jest niezbędny nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego. Sąd wydaje postanowienie o wypisaniu osoby z Ośrodka, jeżeli wyniki postępowania terapeutycznego i jej zachowanie uzasadniają przypuszczenie, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny. Przed wydaniem postanowienia sąd wysłuchuje biegłych. Sąd orzeka z urzędu, na wniosek osoby stwarzającej zagrożenie albo na wniosek kierownika Ośrodka. Orzekając o wypisaniu osoby z Ośrodka, sąd obligatoryjnie orzeka o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego, jeżeli zachodzą przesłanki do jego zastosowania z art. 14 ust. 1 u.p.o.z.p.

Istnieje możliwość fakultatywnego orzeczenia o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeśli uchyla się ona od obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu lub od obowiązków wynikających z nadzoru. Zmiana środka jest możliwa z urzędu albo na wniosek komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny. Obligatoryjnie natomiast sąd orzeka o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeżeli zachodzą okoliczności umieszczenia w Ośrodku, o których mowa w art. 14 ust. 3 u.p.o.z.p.

Zgodnie z art. 3a u.p.o.z.p. ma ona zastosowanie wyłącznie do osób skazanych za czyn popełniony przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, co oznacza, że wobec sprawców czynów popełnionych po wejściu w życie ustawy nowelizującej kodeks karny, czyli od

[523] Postanowienia: Sądu Najwyższego z dnia 09.08.2018 r., V CSK 188/18, Legalis numer: 1814056 i Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 września 2010 r., V ACa 251/18, Legalis numer: 1846329 oraz z dnia 26 lutego 2016 r., V ACa 13/16, Legalis numer: 1460497.
[524] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 23 marca 2017r., V CSK 477/16, Legalis numer: 1618119

1 lipca 2015 r. możliwe jest orzekanie jedynie środków zabezpieczających przewidzianych w k.k. z 1997 r.

7.3. Środki lecznicze stosowane wobec nieletnich.

W kontekście stosowania środków o charakterze leczniczym, przewidzianych w innych ustawach aniżeli ustawa karna, należy również wspomnieć o art. 12 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, w myśl którego, w razie stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Jeżeli zachodzi potrzeba zapewnienia nieletniemu jedynie opieki wychowawczej, sąd może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, a w przypadku gdy nieletni jest upośledzony umysłowo w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki - w domu pomocy społecznej. Przepis ów obowiązuje w brzmieniu nadanym mu ustawą z dnia 15 września 2000 r. o zmianie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich[525], która weszła w życie z dniem 29 stycznia 2001 r. Przed zmianą umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym było możliwe wówczas, gdy popełnił czyn karalny.

Zgodnie z art. 25a § 1 u.p.n. stan zdrowia psychicznego nieletniego powinien być obligatoryjnie stwierdzony przez co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów, przy czym na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii sąd powołuje biegłych innych specjalności.

W doktrynie rozważano, czy przepis art. 12 u.p.n. jest przepisem podobnym do art. 31 k.k., czy też stanowi tylko rozszerzenie katalogu środków stosowanych wobec nieletnich? K. Eichstaedt zajął stanowisko, że jest to rozszerzenie wachlarza środków możliwych do zastosowania względem nieletniego, gdyż ustawodawca nie podkreślił w tym przepisie faktu dokonania czynu karalnego w stanie niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej w znacznym stopniu, która to okoliczność wyłączałaby orzeczenie „zwykłych" środków wychowawczych lub środka poprawczego[526].

[525] Dz. U. Nr 91, poz. 1010.
[526] K. Eichstaedt, *Postępowanie przed sądem w sprawach nieletnich*, Warszawa 2008, s. 58.

Szczegółowo kwestie związane z zastosowaniem instytucji określonej w art. 12 u.p.n. zostały uregulowane w przepisach wykonawczych do tej ustawy[527]. Unormowania przypominają przepisy k.k.w. w zakresie wykonywania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym. Budzi jednak wątpliwości, że nie zostało to unormowane w samej ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich, a w akcie prawnym niższej rangi. Wszak chodzi o orzekanie środków leczniczych o charakterze izolacyjnym, zbliżonych swoim charakterem do izolacyjnego środka zabezpieczającego funkcjonującego na gruncie ustawy karnej.

W myśl wspomnianych przepisów wykonawczych, organem odpowiedzialnym za kierowanie nieletnich do podmiotów leczniczych jest sąd rejonowy, wydział rodzinny i nieletnich wydający orzeczenie o umieszczeniu w zakładzie. Sąd kieruje nieletnich do: publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponujących warunkami: maksymalnego zabezpieczenia lub wzmocnionego zabezpieczenia; publicznych zakładów lecznictwa odwykowego dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia; innych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami sprawujących opiekę medyczną nad osobami z upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną bądź z innymi zakłóceniami czynności psychicznych, w tym uzależnionych od alkoholu albo substancji psychoaktywnych albo do innych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami dla chorych przewlekle, zakaźnie albo na chorobę wymagającą specjalistycznych zabiegów lub procedur. Nieletniego umieszcza się w zakładzie właściwym ze względu na jego miejsce zamieszkania lub pobytu, a jeśli to jest niemożliwe, w zakładzie położonym najbliżej miejsca jego zamieszkania lub pobytu.

Do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia kieruje się nieletniego z zaburzeniami psychicznymi, natomiast do zakładu leczenia odwykowego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia kieruje się nieletniego uzależnionego od alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się nieletniego z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli: powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie mienia nie będą mogły być opanowane w zakładzie dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia albo niemożliwe jest zapobieżenie samowolnemu oddaleniu

[527]Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 kwietnia 2005 r., tj. z dnia 17 września 2018 r. Dz. U. z 2018 r., poz. 1928.

nieletniego z zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a nieletni może stwarzać znaczne zagrożenie poza zakładem.

Przed umieszczeniem nieletniego w zakładzie sąd może zwrócić się do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie o wskazanie właściwego zakładu. W literaturze wskazano, że z uwagi na dobro nieletniego nie ma przeszkód, aby sąd już w orzeczeniu kończącym postępowanie wskazał rodzaj odpowiedniego zakładu, czy szpitala, co będzie możliwe w razie dysponowania opinią biegłych psychiatrów, którzy we wnioskach opinii wskazali konkretny zakład, w którym nieletni powinien zostać umieszczony[528].

Pobyt nieletniego w zakładzie dysponującym warunkami maksymalnego i wzmocnionego zabezpieczenia nie powinien trwać dłużej, niż jest to konieczne dla bezpieczeństwa nieletniego i jego otoczenia. Nieletni przebywający w zakładzie jest objęty zaplanowanym i zindywidualizowanym postępowaniem leczniczym, rehabilitacyjnym, mającym na celu poprawę stanu zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza takim zakładem. Zakład powiadamia sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, o stanie zdrowia nieletniego i postępach w leczeniu, rehabilitacji oraz jest obowiązany do niezwłocznego powiadomienia sądu o ustaniu przyczyny pobytu nieletniego w zakładzie.

Formę pozbawienia wolności sprawców na podstawie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej na podstawie art. 12 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich w doktrynie określono jako „hybrydową", albowiem nie związaną ani z klasycznie pojmowanym trybem cywilnym, przewidzianym przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, ani z trybem karnym *sensu stricto*[529].

7.4. Leczenie sprawców czynów karalnych na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

Leczenie sprawców czynów karalnych w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii przewidziano w art. 71 ust. 1, zgodnie z którym, w razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego, substancji

[528] P. Górecki, S. Stachowiak, *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 59.
[529] M. Szwed, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020, s. 79-80.

psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia.

Orzeczenie zobowiązujące skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w trybie art. 71 ust. 1 u.p.nark. może być zawarte tylko w wyroku skazującym, a więc nie jest możliwe jego wydanie po uprawomocnieniu się wyroku, czyli w postępowaniu wykonawczym[530]. Wynika to z brzmienia przepisu i oznacza, że w stosunku do sprawców określonych w art. 93c pkt 5 k.k., w postępowaniu wykonawczym, możliwe jest orzekanie wyłącznie terapii lub terapii uzależnień w oparciu o przepisy k.k.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na brak jedności terminologicznej pomiędzy ustawą karną a ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii. W art. 93c pkt 5 k.k. mowa jest o uzależnieniu od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, natomiast w u.p.nark. jest mowa o uzależnieniu od środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej. Pojawia się zatem pytanie, czy ustawodawca w art. 93c pkt 5 k.k. miał na myśli wszystkie trzy rodzaje środków, o jakich mowa w u.p.nark., czy jedynie środki odurzające? Wydaje się, że racjonalnie byłoby uznać, iż chodziło o wszystkie środki stanowiące źródło uzależnienia, a zatem również o substancje psychotropowe i nowe substancje psychoaktywne. Taką opinię wyrażano jeszcze pod rządzami k.k. z 1997 r. w brzmieniu przed nowelizacją z 1 lipca 2015 r.[531]

W art. 71 ust. 2 u.p.nark. przewidziano, że sąd może zarządzić wykonanie zawieszonej kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchyla się od obowiązku, o którym mowa w ust. 1, albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany. Wymieniony przepis zawiera dwie alternatywne przesłanki fakultatywnego zarządzenia wykonania kary warunkowo zawieszonej. Pierwszą z nich jest uchylanie się od obowiązku leczenia lub rehabilitacji. Nie wystarczy zatem stwierdzenie faktu, że skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji, ale że od tego obowiązku uchyla się. W pojęciu „uchylanie się" mieści się negatywny stosunek psychiczny skazanego do nałożonego obowiązku, będący wyrazem jego złej woli i sprawiający, że mimo obiektywnej możliwości poddania się leczeniu lub rehabilitacji, nie czyni tego, gdyż nie chce, a więc z powodów przez siebie zawinionych. Druga przesłanka, to rażące naruszenie przez

[530] K. Postulski, *Wykonywanie środków zabezpieczających przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii*, Prok. i Pr. 2008, Nr 1, s. 54.
[531] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1256.

skazanego regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, do którego został skierowany. Sformułowanie tej przesłanki przy użyciu liczby pojedynczej wskazuje, że wystarczające jest jednokrotne nawet naruszenie tego regulaminu, jeżeli miało charakter rażący. Przypisanie naruszeniu regulaminu znamienia „rażący" wymaga ustalenia istnienia znacznego ładunku jego pejoratywności. Chodzi zatem o takie naruszenie, które cechuje jaskrawość, uporczywość, oczywistość, duże nasilenie złej woli[532]. Nie wystarczy więc naruszenie regulaminu czysto formalnej natury[533]. Należy zgodzić się z K. Postulskim, że zarządzając wykonanie kary warunkowo zawieszonej, sąd nie może orzec o umieszczeniu skazanego, przed odbyciem kary, w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, tytułem środka zabezpieczającego, na podstawie art. 71 ust. 3 ustawy, jako że również ta instytucja powinna być określona wyłącznie w wyroku[534]. Chodzi przy tym o wyrok skazujący i dlatego nie jest możliwe zastosowanie jej w wyroku łącznym[535].

Z kolei w razie skazania osoby uzależnionej, z uwzględnieniem warunków określonych w ust. 1, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim podmiocie leczniczym (art. 71 ust. 3 u.p.nark.). Ustawodawca postanowił, że czasu pobytu w podmiocie leczniczym nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata. O zwolnieniu z podmiotu leczniczego rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu podmiotu leczniczego, zwolnienie może nastąpić także na wniosek podmiotu leczniczego (art. 71 ust. 4 u.p.nark.). Sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać (art. 71 ust. 5 u.p.nark.).

Pojęcie środka odurzającego zostało zdefiniowane w art. 4 pkt 26 u.p.nark. Jakie substancje należy rozumieć pod pojęciem substancji psychotropowej wskazano w art. 4 pkt 25 u.p.nark. Z kolei pojęcie nowej substancji psychoaktywnej wyjaśniono w art. 4 pkt 11a u.p.nark.

W art. 4 pkt 15 u.p.nark. zawarto również legalną definicję osoby uzależnionej, czyli osoby, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych,

[532] K. Postulski, *Wykonywanie środków zabezpieczających przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii*, Prok. i Pr. 2008, Nr 1, s. 60.
[533] B. Kurzępa (w:) *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, pod red. A. Ważnego, Warszawa 2019, s. 488.
[534] K. Postulski, *Wykonywanie środków zabezpieczających przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii*, Prok. i Pr. 2008, Nr 1, s. 61-62.
[535] B. Kurzępa (w:) *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, pod red. A. Ważnego, Warszawa 2019, s. 491.

środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji.

Leczenie na gruncie u.p.nark. należy rozumieć jako leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (art. 4 pkt 6 u.p.nark.). Rehabilitacja, to proces dążący do zapewnienia osobie z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania psychicznego i społecznego (art. 4 pkt 22 u.p.nark.).

Przestępstwo pozostaje w związku z używaniem środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej, jeżeli pomiędzy używaniem tych środków lub substancji a popełnionym przestępstwem zachodzi związek przyczynowo – skutkowy. Można wyróżnić trzy rodzaje tego typu związków: bezpośredni związek między potrzebą zdobycia środka odurzającego a przestępstwem (np. kradzież środka, sfałszowanie recepty, w celu zdobycia środka); polegający na wzmacniającym motywację działaniu środka narkotycznego (osoba mająca już motywację czynu zabronionego używa środka psychoaktywnego w celu pobudzenia się do działania; rozluźnienia i rozproszenia obaw) oraz polegający na wspomagającej roli narkotyku w działaniu przestępczym (chodzi o czyny, które osoba znajdująca się pod wpływem substancji psychoaktywnej popełnia świadomie lub nieświadomie, np. spowodowanie wypadku komunikacyjnego, zabójstwo)[536]. Rozróżnia się nadto bezpośredni oraz pośredni związek pomiędzy używaniem środków psychoaktywnych a przestępczością. Bezpośredni wpływ występuje wówczas, gdy substancja farmakologicznie oddziałuje na konkretne zachowanie sprawcy w chwili czynu. Pośredni związek polega na długofalowym wpływie ciągłego używania narkotyków na sytuację społeczną oraz zachowanie człowieka[537].

Szczegółowe warunki i tryb postępowania w przedmiocie leczenia i rehabilitacji skazanych, o których mowa w art. 71 ust. 1 i 3 u.p.nark., określone zostały w rozporządzeniu Ministra zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r.[538]. Wskazano tam, iż leczenie lub rehabilitacja osoby uzależnionej prowadzone są metodami i środkami ogólnie stosowanymi; w szczególności zakład zapewnia: diagnostykę zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania

[536] B. Hołyst, *Narkomania. Problemy prawa i kryminologii*, Warszawa 1996, s. 54-55.
[537] Tak B. Kurzępa (w:) *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, pod red. A. Ważnego, Warszawa 2019, s. 486 za: A. Gaberle, K. Krajeńskim, *Kryminologia*, Gdańsk 1999.
[538] Dz. U. z 2006 r. nr 239, poz. 1738.

i szkód zdrowotnych związanych z używaniem środków odurzających i substancji psychotropowych; leczenie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych; indywidualną i grupową psychoterapię osób uzależnionych i działania konsultacyjno-edukacyjne dla osób uzależnionych i ich rodzin. Osoba uzależniona może być leczona w ramach programu przewidującego stosowanie leczenia substytucyjnego (§ 5 rozporządzenia), czyli polegającego na stosowaniu, w ramach programu leczenia uzależnienia, produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy (art. 4 pkt 7 u.p.nark.). Zgodnie ze wskazanym rozporządzeniem, leczenie lub rehabilitacja osób, o których mowa w art. 71 ust. 1 u.p.nark., mogą być prowadzone w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym (§ 6 ust. 1 rozporządzenia). Leczenie lub rehabilitacja osób, o których mowa w art. 71 ust. 3 u.p.nark., prowadzone są w zakładzie, wskazanym w orzeczeniu sądu (§ 8 ust. 1 rozporządzenia).

Omawiana instytucja realizuje zasadę pierwszeństwa leczenia przed represją[539]. Nie nazwano jej jednak środkiem zabezpieczającym, ani na gruncie kodeksowym, ani w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. K. Postulski zaprezentował stanowisko, że zarówno instytucja przewidziana w art. 71 ust. 1 u.p.nark., jak i unormowana w art. 71 ust. 3 u.p.nark., stanowią środki zabezpieczając. Powołał się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2005 r., w sprawie II KK 494/04[540], w uzasadnieniu którego instytucję z art. 71 u.p.nark. określono mianem środka zabezpieczającego oraz na treść art. 74 u.p.nark., który dotyczył wyłączenia stosowania wskazanych w nim przepisów k.k. z 1997r. dotyczących środków zabezpieczających w zakresie uregulowanym w rozdziale 7 u.p.nark. Zdaniem K. Postulskiego o tym, że są to środki zabezpieczające świadczy też jednoznacznie treść art. 71 ust. 1 i 3 ustawy. „Intencją tych przepisów jest oddziaływanie na sprawcę uzależnionego – poprzez stosowanie leczenia lub rehabilitacji – mające na celu zapobieżenie ponownemu popełnieniu przez niego przestępstwa pozostającego w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej”[541].

W piśmiennictwie zaaprobowano uznanie za środek zabezpieczający instytucji określonej w art. 71 ust. 3 u.p.nark., natomiast wyrażono wątpliwość co do słuszności zaliczenia do tej grupy środków reakcji prawnokarnej instytucji z art. 71 ust. 1 u.p.nark., wskazując na jej probacyjny charakter, pomimo różnic pomiędzy tą instytucją a kodeksowym

[539] J. Konikowska-Kuczyńska, *Procesowe aspekty postępowania wobec uzależnionych sprawców przestępstw*, Prok. i Pr. 2013, Nr 3, s. 131.
[540] Legalis numer 70500.
[541] K. Postulski, *Wykonywanie środków zabezpieczających przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii*, Prok. i Pr. 2008, Nr 1, s. 52.

warunkowym zawieszeniem wykonania kary[542]. W przytoczonym już wcześniej postanowieniu z dnia 15 maja 2014 r., III KK 460/13, Sąd Najwyższy wypowiedział się, że przepis art. 93 k.k. stosuje się do leczniczego środka zabezpieczającego orzekanego na podstawie art. 71 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii[543]. Również Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 18 grudnia 2014 r., w sprawie II AKa 293/14, wyraził stanowisko, że w art. 71 ust. 3 u.p.n. przewidziano środek zabezpieczający[544]. Tak więc, należy przyjąć, iż skłaniano się do traktowania jako środka zabezpieczającego jedynie instytucji polegającej na umieszczeniu osoby uzależnionej skazanej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, przed wykonaniem kary w odpowiednim podmiocie leczniczym (art. 71 ust. 3 u.p.nark.). Przepis art. 71 ust. 1 u.p.nark. traktowano jako *lex specialis* do art. 72 k.k., według którego nakładanie obowiązków towarzyszących warunkowemu zawieszeniu wykonania kary (w tym obowiązku poddania się leczeniu) jest zawsze fakultatywne[545]. W judykatach z dnia 31 października 2008 r. i z dnia 7 maja 2012 r. Sąd Najwyższy stwierdził nawet, że w art. 71 ust. 1 u.p.nark. przewidziano środek karny[546]. Pogląd ten powtórzył Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 23 stycznia 2015 r., w sprawie II Aka 259/14[547].

Wydaje się, że w aktualnym stanie prawnym, obie instytucje, a zatem i z art. 71 ust. 1 i z art. 71 ust. 3 u.p.nark., należy uznać za środki zabezpieczające, zgodnie z propozycją K. Postulskiego. Jeżeli chodzi o instytucję z art. 71 ust. 1 u.p.nark., przemawia za tym przede wszystkim podobieństwo zobowiązania uzależnionego skazanego na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym do wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień, wyrażające się w szczególności w braku wymogu uzyskania zgody sprawcy uzależnionego na poddanie się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym, jak również obecna treść art. 74 u.p.nark., z którego wynika, że w zakresie uregulowanym w rozdziale 7 u.p.nark. nie stosuje się środków

[542] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 128-129.
[543] Legalis numer 1024760.
[544] Legalis numer: 1249595.
[545] B. Kurzępa (w:) *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, pod red. A. Ważnego, Warszawa 2019, s. 493.
[546] Tak Sąd Najwyższy w wyrokach: z dnia 31 października 2008 r., II KK 113/08, Legalis numer: 135721 i z dnia 7 maja 2012 r., III KK 384/11, Legalis numer: 492106.
[547] Legalis numer: 1213198.

zabezpieczających określonych w art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k. w odniesieniu do sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 5 k.k. Na poparcie powyższego poglądu można także przywołać stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 24 stycznia 2019 r., V KK 459/17, w którym kategorycznie stwierdzono, że „środek orzekany w trybie art. 71 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest środkiem zabezpieczającym”[548].

7.5. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu na gruncie ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Odnośnie do leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu, zasadą jest jego dobrowolność, a wyjątki od niej określa ustawa, jak przewidziano w art. 21 ust. 2 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Taka regulacja uzasadniona jest tezą, że tylko leczenie będące przejawem swobodnie podjętej decyzji może przynieść realne efekty[549].

Zgodnie z art. 24 u.w.t.p.a. osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego.

Sąd Najwyższy wyjaśnił, że przez rozkład życia rodzinnego należy rozumieć sytuację, w której więzi łączące normalnie funkcjonującą rodzinę ulegają rozluźnieniu w stopniu utrudniającym jej spełnianie podstawowych funkcji[550]. Na badanie kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy (art. 25 u.w.t.p.a.). Proces dobrowolnego leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu rozpoczyna się więc od skierowania osoby uzależnionej na badanie przez biegłego, który wydaje opinię w przedmiocie uzależnienia i wskazuje rodzaj zakładu, aby – zależnie od stopnia uzależnienia – leczenie odwykowe dało najlepsze rezultaty. Przyjmuje się, że osoba uzależniona od alkoholu ma możliwość skorzystania z bezpłatnych świadczeń

[548] Legalis numer: 1866683.
[549] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 25 marca 2015 r., w sprawie II CSK 828/14, Legalis numer: 1231755.
[550] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2015 r., w sprawie II CSK 828/14, Legalis numer: 1231755.

w zakresie leczenia odwykowego nie tylko w przypadkach wskazanych w art. 24 u.w.t.p.a., ale zawsze, gdy tylko wyrazi gotowość podjęcia takiego leczenia[551].

Wyjątek od przyjętej przez ustawodawcę zasady dobrowolności poddania się leczeniu odwykowemu od alkoholu statuuje art. 26 ust. 1 u.w.t.p.a., w myśl którego, osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego.

W orzecznictwie utrwalony jest pogląd, iż zobowiązanie, o którym mowa w art. 26 ust. 1 w związku z art. 24 u.w.t.p.a. ma charakter wyjątku od zasady dobrowolności leczenia, co nakazuje dokonywanie ścisłej wykładni tych przepisów, mając również na uwadze ochronę wolności i godności osobistej osób uzależnionych[552]. W orzecznictwie przyjęto przy tym, że poddanie obowiązkowemu leczeniu uzależnione jest od spełnienia dwóch przesłanek; pierwsza, o charakterze medycznym, obejmuje stan nadużywania alkoholu, a druga, określana jako społeczna, zdefiniowana została jako jeden ze wskazanych w art. 24 u.w.t.p.a. nagannych sposobów zachowań. Dla wskazanych przesłanek przyjęto w piśmiennictwie określenie "społeczne" w celu zaznaczenia, że odnoszą się one nie do samego uzależnionego, lecz do mniejszej (rodzina) lub większej (sąsiedzi) społeczności. Należy dodać, że określone hipotezą art. 24 u.w.t.p.a. zachowania muszą pozostawać w związku z nadużywaniem alkoholu[553].

Istotne jest, aby obie przesłanki (medyczna i społeczna) wymagane do zastosowania przymusowego leczenia odwykowego występowały w chwili orzekania, co do istoty sprawy przez sądy meriti. Nie oznacza to jednak, że zaniechanie przez osobę uzależnioną od alkoholu na pewien czas przed wydaniem rozstrzygnięcia, negatywnych zachowań podpadających pod normę zawartą w przepisie art. 24 u.w.t.p.a. niweczy merytoryczną zasadność żądania orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Sąd powinien ocenić, czy tego rodzaju zmiana w zachowaniu ma charakter trwały, czy jedynie tymczasowy, powodowany możliwością uwzględnienia żądania. Przy tej ocenie znaczenie mają okres, przez jaki osoba nadużywająca alkoholu nie narusza porządku publicznego, względnie praw i wolności innych osób, oraz przyczyny zmiany jej postępowania[554]. Skoro przesłanka powodowania rozkładu

---

[551] I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz. Doktryna. Orzecznictwo*, Kraków 2002, s. 381-382.

[552] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 stycznia 2018 r., w sprawie I CSK 538/17, Legalis numer: 1728697. Zob. też: postanowienie SN z dnia 25 marca 2015 r., w sprawie II CSK 828/14, Legalis numer: 1231755.

[553] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 9 listopada 2007 r., w sprawie V CSK 241/07, Legalis numer: 95721.

[554] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 5 grudnia 2019 r., w sprawie IV CSK 523/19, Legalis numer: 2277336. Podobnie: Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 28 listopada 2012 r., w sprawie III CSK 17/12, Legalis numer: 637535 i Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 27 czerwca 2014 r., w sprawie II Ca 411/14, Legalis numer: 1003044.

życia rodzinnego musi istnieć w dacie orzekania, to nie można orzec przymusowego leczenia odwykowego, jeżeli rozkład życia rodzinnego spowodowany przez nadużywanie alkoholu już nastąpił[555].

O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym (art. 26 ust. 2 u.w.t.p.a.). Sąd po przeprowadzeniu postępowania wydaje decyzję procesową w formie postanowienia, od którego przysługuje apelacja. Sąd orzekający o obowiązku leczenia określa jedynie rodzaj zastosowanego leczenia, a mianowicie czy ma się ono odbywać w stacjonarnym czy niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, natomiast nie określa okresu leczenia. Stosownie bowiem do przepisu art. 34 ust. 1 u.w.t.p.a. obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż dwa lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Z przepisu powyższego wynika więc, że obowiązek poddania się leczeniu wygasa w każdym wypadku z upływem dwóch lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądowego, a więc również w wypadku, gdy cel leczenia w tym czasie nie został osiągnięty. Osiągnięcie celów leczenia, polegające na uzyskaniu pozytywnych wyników tego leczenia, będzie uzasadniać orzeczenie przez sąd o ustaniu obowiązku leczenia przed upływem okresu dwuletniego, o którym mowa w art. 34 ust. 1 u.w.t.p.a. (art. 34 ust. 4 u.w.t.p.a.)[556].

W art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a. wskazano, że jedynymi podmiotami uprawnionymi do złożenia wniosku o wszczęcie postępowania sądowego są: gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych oraz prokurator. Wniosek złożony przez inne podmioty zostanie przez sąd oddalony z uwagi na brak legitymacji procesowej do jego złożenia. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. Zgodnie z art. 27 ust. 1 u.w.t.p.a., w razie gdy w stosunku do osoby, której postępowanie dotyczy, brak jest opinii biegłego w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, sąd zarządza poddanie tej osoby odpowiednim badaniom. Sąd może, jeżeli na podstawie opinii biegłego uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie badanej osoby pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż 2 tygodnie. W wyjątkowych wypadkach, na wniosek zakładu, sąd może termin ten przedłużyć do 6 tygodni (art. 27 ust. 2 u.w.t.p.a.). Przed wydaniem postanowienia sąd wysłuchuje osobę, której postępowanie

[555] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 9 listopada 2007 r., w sprawie V CSK 241/07, Legalis numer: 95721.
[556] Tak Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 22 czerwca 1984 r., w sprawie III CZP 17/84, Legalis numer: 24268.

dotyczy (art. 27 ust. 3 u.w.t.p.a.). W art. 29 u.w.t.p.a. ustawodawca określił, iż orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku. Termin ten ma charakter instrukcyjny. Zgodnie z art. 30 ust. 1 u.w.t.p.a., w razie nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzonego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji.

W myśl art. 31 ust. 1 i 2 u.w.t.p.a., orzekając o obowiązku poddania się leczeniu sąd może ustanowić na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora sądowego. Zdaniem Sądu Najwyższego, sądy powinny korzystać szeroko z tej możliwości, jako że osiągnięcie pozytywnych rezultatów z reguły wymaga współdziałania osoby poddanej leczeniu[557]. Osoba, wobec której ustanowiony został nadzór, ma obowiązek stawiania się na wezwanie sądu lub kuratora sądowego i wykonywania ich poleceń, dotyczących takiego postępowania w okresie nadzoru, które może się przyczynić do skrócenia czasu trwania obowiązku poddania się leczeniu. Nadzór sprawuje kurator sądowy wykonujący orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich (art. 31 ust. 2a u.w.t.p.a.). Obowiązki kuratora zostały unormowane w art. 31 ust. 5-7 u.w.t.p.a. Należy do nich m.in. podejmowanie działań niezbędnych do tego, aby osoba zobowiązana do poddania się leczeniu odwykowemu zastosowała się do orzeczenia sądu, utrzymywanie systematycznego kontaktu z osobą zobowiązaną do poddania się leczeniu odwykowemu oraz udzielanie jej niezbędnej pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych, a zwłaszcza w rozpoczęciu i kontynuowaniu leczenia odwykowego, zaznajamianie się z wynikami leczenia odwykowego oraz współdziałanie z zakładem lecznictwa odwykowego w celu osiągnięcia celów leczenia odwykowego, motywowanie osoby poddanej leczeniu odwykowemu do nawiązania kontaktów z odpowiednimi zakładami leczniczymi oraz organizacjami lub grupami samopomocy osób uzależnionych od alkoholu, utrzymywanie kontaktu z członkami rodziny osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu, pozostającymi z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, oddziaływanie na środowisko, w którym osoba zobowiązana do poddania się leczeniu odwykowemu przebywa lub do którego ma powrócić, zwłaszcza kształtowanie właściwego stosunku do tej osoby oraz składanie wniosków do sądu w sprawie zmiany postanowienia co do rodzaju zakładu leczenia odwykowego oraz w sprawie orzeczenia ustania obowiązku poddania się leczeniu

[557] Tak Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 22 czerwca 1984 r., w sprawie III CZP 17/84, Legalis numer: 24268.

odwykowemu, a także zawiadamianie sądu o potrzebie podjęcia innych niezbędnych czynności.

Zgodnie z art. 32 ust. 1-3 u.w.t.p.a., sąd wzywa osobę, w stosunku do której orzeczony został prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do stawienia się dobrowolnie w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu poddania się leczeniu, z zagrożeniem zastosowania przymusu w wypadku uchylania się od wykonania tego obowiązku. Osoba, w stosunku do której orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, związanemu z pobytem w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, nie może opuszczać terenu tego zakładu bez zezwolenia kierownika zakładu. Sąd zarządza przymusowe doprowadzenie do zakładu leczniczego osoby uchylającej się od wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 1 i 2, przez organ Policji.

Jak wyżej wskazano, obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Należy uznać, iż po tym czasie obowiązek poddania się leczeniu ustaje z mocy prawa i nie ma konieczności wydawania przez sąd orzeczenia w tej kwestii. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu sąd może na wniosek osoby, w stosunku do której został orzeczony prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu lub kuratora sądowego, po zasięgnięciu opinii kierownika podmiotu leczniczego albo na jego wniosek, zmieniać postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu stacjonarny zakład leczący może ze względów leczniczych skierować osobę zobowiązaną do innego zakładu w celu kontynuowania leczenia odwykowego, powiadamiając o tym sąd. O ustaniu obowiązku poddania się leczeniu przed upływem dwuletniego okresu decyduje sąd na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora sądowego, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa. W wypadku ustania obowiązku poddania się leczeniu ponowne zastosowanie tego obowiązku wobec tej samej osoby nie może nastąpić przed upływem 3 miesięcy od jego ustania (art. 31 ust. 1-5 u.w.t.p.a.). W piśmiennictwie wskazuje się, że dla ponownego zastosowania obowiązku poddania się leczeniu obojętne jest, czy o jego ustaniu orzekł sąd w drodze postanowienia, czy obowiązek wygasł wskutek upływu dwuletniego terminu od daty uprawomocnienia się postanowienia zobowiązującego do poddania się leczeniu odwykowemu. Ponowne orzeczenie o tym obowiązku wymaga przeprowadzenia postępowania w tym przedmiocie[558].

[558] I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz. Doktryna. Orzecznictwo*, Kraków 2002, s. 403.

7.6. Postępowanie z osobami wykazującymi zaburzenia psychiczne przewidziane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego.

W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, które stwarzają potencjalne zagrożenie dla siebie lub swojego otoczenia, ale nie dopuściły się czynu zabronionego o znamionach określonych w ustawie, w grę wchodzą instytucje przewidziane w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i tryb podlegający kontroli nie sądu karnego, a sądu opiekuńczego.

Podstawowy akt prawny dotyczący zdrowia psychicznego, jakim jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jako zasadę przewiduje zgodę na leczenie. W art. 3 pkt 4 tej ustawy wskazano, że zgoda oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

Zgodnie z art. 22 ust. 1 u.o.z.p. przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.

Pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi na płaszczyźnie omawianej ustawy, w myśl jej art. 3 pkt 1 obejmuje osobę: chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychotyczne), upośledzoną umysłowo oraz wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

W psychiatrii wskazuje się, że pacjent może zostać uznany za zdolnego do wyrażenia zgody, jeśli: wykazuje zdolność do wyboru tej lub innej decyzji dotyczącej przyjęcia lub leczenia (zgadza się albo odmawia); wybór ten jest trafny, zgodnie z decyzją, która podjęłaby rozsądna osoba w podobnej sytuacji; umie racjonalnie uzasadnić wybór; ma ogólną zdolność do rozumienia informacji dotyczącej przyjęcia lub leczenia z uwzględnieniem kontaktu, orientacji, ogólnej sprawności poznawczej i zachowania; rozumie aktualną informację dotyczącą przyjęcia lub leczenia z uwzględnieniem kontaktu, orientacji, ogólnej sprawności

poznawczej i zachowania. Do określenia zdolności pacjenta do wyrażenia zgody w praktyce korzysta się z co najmniej dwóch z powyższych sposobów[559].

Zgody pacjenta wymaga także badanie psychiatryczne. Jednak – zgodnie z art. 21 ust. 1 u.o.z.p. – osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.

W przypadku, gdy zachodzi potrzeba podjęcia działań medycznych, a nie ma zgody pacjenta, u.o.z.p. przewiduje dwa tryby postępowania: przyjęcie w trybie nagłym (art. 23 ustawy) i tryb wnioskowy (art. 29 ustawy)[560]. Wypada nadmienić, iż do czasu wejścia w życie w 1995 r. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego problematyka przymusowej hospitalizacji w trybie cywilnym osób z zaburzeniami psychicznymi nie była w Polsce prawnie unormowana. Umieszczanie w szpitalach psychiatrycznych odbywało się więc wyłącznie w oparciu o opinię lekarza, nie poddawaną żadnej kontroli. Wskutek tego dochodziło do naruszeń nietykalności i wolności osobistej osób z zaburzeniami psychicznymi[561].

Zgodnie z art. 23 ust. 1-4 u.o.z.p., osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala takiej osoby postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. Przyjęcie do szpitala bez zgody pacjenta wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody konieczne jest zaistnienie dwóch przesłanek: medyczna i behawioralna. Przesłanka medyczna wskazuje na to, że przyjęcie w trybie nagłym dotyczy tylko osoby chorej psychicznie. Jak wskazał Sąd Najwyższy

[559] S. Dąbrowski i J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 69.
[560] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 11-12.
[561] M. Szwed, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020, s. 71-72.

w postanowieniu z dnia 20 lutego 2020 r., w sprawie V CSK 506/19, przepis ten obejmuje jedynie osoby chore psychicznie, co odnosi się do osób uprzednio zdiagnozowanych lub osób, u których obraz kliniczny choroby jest ewidentny i został stwierdzony w badaniu przy przyjęciu do szpitala[562]. W innym judykacie Sąd Najwyższy wypowiedział się, że zastosowanie w stosunku do pacjenta, który nie cierpi na chorobę psychiczną, przewidzianego w art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego trybu przyjęcia do szpitala i bezpodstawne leczenie bez zgody przesądza o bezprawności takiego postępowania[563].

Przesłanka behawioralna jest spełniona wówczas, gdy zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Przesłanka ta jest oceniana na podstawie całego zebranego materiału dowodowego, czyli relacji lekarza przeprowadzającego przymusowe badanie i wydającego skierowanie do szpitala, relacji służb porządkowych (policji, straży pożarnej), członków rodziny, osób z najbliższego otoczenia.

Przyjmuje się, że stwierdzenie występowania przesłanki behawioralnej powinno opierać się na następujących kryteriach:

- istotną cechą takiego zachowania jest rzeczywiste i bezpośrednie zagrożenie wymienionych dóbr, przy czym chodzi o następujące rodzaje bezpośredniego zagrożenia: dokonane akty agresji wobec siebie lub innych, np. uszkodzenie ciała; usiłowane, lecz powstrzymane akty agresji wobec siebie lub innych; akty agresji przygotowywane w ten sposób, że same czynności zawierają w sobie poważny i rzeczywisty stopnień zagrożenia, np. gromadzenie materiałów wybuchowych; werbalne groźby dokonania zamachu samobójczego lub zamachu na inne osoby, jeśli groźba wywołuje obawę spełnienia; ostre stany psychotyczne, wiążące się z „biernym" ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, rzadziej innych osób;

- inną cechą bezpośredniego zagrożenia są jego poważne aktualne lub potencjalne skutki (śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała);

- bezpośredniość zagrażającego zachowania ocenia się według relacji czasowych miedzy agresywną czynnością, usiłowaniem, próbą czy groźbą a momentem przyjęcia do szpitala; im krótszy czas tym mniejsze prawdopodobieństwo możliwości kontrolowania zachowania i odwrotnie;

[562] Legalis numer: 2571649.
[563] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2019 r., V CZ 29/19, Legalis numer: 1901148.

- prawdopodobieństwo powtórzenia zagrażającego zachowania wobec innych zależy od częstotliwości takiego zachowania; im częściej pojawiało się zachowanie zagrażające sobie lub innym, tym większe prawdopodobieństwo jego wytępiania w przyszłości[564].

Charakterystyczną dla sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym, bez zgody pacjenta, jest okoliczność, że wobec takiej osoby można stosować jedynie niezbędne czynności lecznicze mające na celu usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody, natomiast świadczenia zdrowotne o podwyższonym ryzyku wymagają oddzielnej zgody pacjenta, co wynika z treści art. 33 ust. 1 u.o.z.p.[565].

Przyjęcie osoby psychicznej do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym podlega kontroli sądu, który na podstawie art. 25 u.o.z.p. wszczyna postępowanie opiekuńcze, kończące się orzeczeniem wydanym w oparciu o art. 27 u.o.z.p. i ma na celu kontrolę legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu osoby z zaburzeniami psychicznymi, która nie wyraziła na to zgody. Kontrola ta dotyczy zarówno sposobu postępowania, jak i przesłanek materialnoprawnych sprecyzowanych w ust. 1 art. 23 u.o.z.p.[566].

W sytuacji, gdy chodzi o osobę, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, to może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości na obserwację trwającą nie dłużej niż 10 dni (art. 24 u.o.z.p.).

Tryb wnioskowy przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, o której mowa w art. 22 ustawy, dotyczy dwóch kategorii osób: osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź osoby chorej psychicznie, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego takiej osoby orzeka sąd opiekuńczy miejsca jej zamieszkania – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym wniosek może zgłosić również organ do

[564] S. Dąbrowski (w:) S. Dąbrowski i J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 137-139.
[565] P. Gałecki, K. Bobińska (w:) *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, Warszawa 2016, s. 152.
[566] Tak Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 18 lutego 2015 r., I ACa 1681/14, Legalis numer: 1241969 i Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 25 listopada 2020 r., V CSK 287/20, Legalis numer: 2556062.

spraw pomocy społecznej (art. 29 ust. 1-3 u.o.z.p.). Wniosek o umieszczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym może być złożony także przez prokuratora[567]. Do wniosku o przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania. W przypadku niezałączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Jeżeli jednak treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodabniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu. Jeżeli osoba odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody (art. 30 ustawy).

Przesłanka medyczna wskazuje na to, że przyjęcie w trybie wnioskowym dotyczy tylko osoby chorej psychicznie Przesłanki behawioralne dla przyjęcia w tym trybie są znacznie szersze, aniżeli w trybie nagłym. Chodzi bowiem o takie przejawy zachowania, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta albo życia lub zdrowia innych, lecz wskazują, że po pierwsze – niepodjęcie leczenia spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, po drugie – stan osoby niezdolnej do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych może ulec poprawie w wyniku leczenia w szpitalu. Przez znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego należy rozumieć doprowadzenie się bez leczenia do takiego stanu, który uniemożliwiać będzie osobie chorej psychicznie funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub pracy. Nie należy więc hospitalizować przymusowo osób chorych, które zachowują się w sposób nawet rażąco odbiegający od norm społecznych, ale mogą funkcjonować bez większych trudności w rodzinie, w miejscu zamieszkania i w pracy. Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego ma być znaczne, a więc nie wystarczy samo tylko jego pogorszenie. Perspektywa „zwykłego" pogorszenia stanu zdrowia nie jest bowiem wystarczająca do wydania orzeczenia na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p.[568].

Problematyczna może być ocena niezdolności osoby chorej psychicznie do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, w szczególności wówczas, gdy niezdolność ta bardziej zależy od warunków zewnętrznych uniemożliwiających

[567] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 5 września 2008 r., III CSK 178/08, Legalis numer: 112055.
[568] K. Eichstaedt (w:) *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, Warszawa 2016, s. 172.

samodzielne funkcjonowanie (wypadek, zachwianie w układzie oparcia społecznego) niż od samej choroby psychicznej. W takich sytuacjach trudno oczekiwać poprawy stanu psychicznego w wyniku leczenia[569]. Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, że przesłanki przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jako wyjątki od zasady dobrowolności udzielania świadczeń zdrowotnych i stanowiące głęboką ingerencję w konstytucyjnie chronione wartości, takie jak godność i wolność człowieka, powinny być ściśle i rygorystycznie ujmowane. Okoliczności te powodują, że badanie podstaw przymusowej hospitalizacji musi być każdorazowo szczególnie wnikliwe, a sąd powinien w tym zakresie szerzej korzystać z własnej inicjatywy w poszukiwaniu faktów i dowodów, odstępując od rygorów zasady kontradyktoryjności. W świetle brzmienia i celów art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.z.p. uzasadnione przewidywanie nawet znacznej poprawy stanu zdrowia w związku z przymusową hospitalizacją może stanowić jej podstawę tylko wtedy, gdy osoba chora psychicznie jest jednocześnie niezdolna do samodzielnej egzystencji. W żadnym przypadku powodem przymusowego przyjęcia do szpitala w świetle art. 29 ust. 1 u.o.z.p. nie mogą być uciążliwości, które osoba chora psychicznie wywołuje swoim zachowaniem względem osób trzecich. Aspekt ochrony osób trzecich nie został w ogóle objęty zakresem przesłanek określonych w art. 29 ust. 1 u.o.z.p.[570].

Należy podkreślić, iż w doktrynie przyjmuje się, że we wszystkich sytuacjach, gdy wobec sprawcy czynu zabronionego nie stosuje się przepisów regulujących środki zabezpieczające, znajduje względem nich zastosowanie Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, która określa najogólniejsze zasady zabezpieczania wartości społecznej w postaci zdrowia psychicznego. J. K. Gierowski pisze, że brak jest uzasadnionych merytorycznie argumentów do przyjęcia, aby unormowania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie miały obowiązywać także wobec tych, którzy w związku ujawnianymi zaburzeniami naruszyli obowiązujące prawo. Oczywiście w tych sytuacjach, kiedy inne, bardziej szczegółowe rozwiązania ustawowe tego nie wykluczają[571]. Takie stanowisko potwierdza np. unormowanie zawarte w art. 204a k.k.w., że wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego.

[569] S. Dąbrowski i J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 158-160.
[570] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2018r., II CSK 22/18, Legalis numer: 1828067.
[571] J. K. Gierowski, *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, Pal. 2003, Nr 7-8, s. 108.

8. Cel stosowania i wykonywania leczniczych środków zabezpieczających.

Nie ulega wątpliwości, że sposoby postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie popełniającymi czyny zabronione przewidziane w ustawach karnych w porównaniu ze sposobami postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie uregulowanymi w innych aktach prawnych, np. w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, czy Ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, są najsurowsze. W przypadku detencji ich dolegliwość niekiedy może trwać do końca życia sprawcy. Podobnie, do końca życia sprawcy może być stosowany środek zabezpieczający w postaci terapii, jeśli np. zdiagnozowano u niego zaburzenia organiczne, w tym zespół otępienny, czyli zaburzenia specyficzne dla osób w podeszłym wieku. Otępienie bowiem to przewlekły i zwykle postępujący zespół spowodowany dysfunkcją mózgu (zanikami kory mózgowej, w miejsce której powstaje tkanka glejowa i zwyrodnienia)[572]. Stąd też, ważne jest, aby instytucje najbardziej ograniczające prawa i wolności osób z problemami psychicznymi spełniały wysokie standardy, uwzględniające coraz to nowsze zdobycze medycyny, w tym psychiatrii, jak również psychologii.

Po przeprowadzeniu analizy przepisów regulujących zagadnienie środków zabezpieczających na gruncie Kodeksu karnego z 1932 r., Kodeksu karnego z 1969 r. oraz kodeksu karnego z 1997 r. do dnia 1 lipca 2015 r. można wnioskować, iż w zakresie celów stosowania środków zabezpieczających prymat nad leczeniem nadawano aspektowi ochronnemu. Pomimo tego, że od 1 lipca 2015 r. z czterech środków zabezpieczających (nie wliczając środków o charakterze administracyjnym z art. 93a § 2 k.k., które dotyczą jedynie sprawców niepoczytalnych), aż trzy mają charakter leczniczy, przy orzekaniu środków zabezpieczających nadal jednak prymat wiedzie ochrona społeczeństwa, przed leczeniem sprawcy.

Wydaje się, że jest to rezultat przyznawania przez wielu przedstawicieli doktryny nadrzędnej roli w prawie karnym jego ochronnej funkcji. A. Marek wskazuje, że „prawo karne pełni przede wszystkim funkcję ochronną, tzn. chroni stosunki społeczne i dobra podmiotów tych stosunków (dobra prawne) przed zamachami na nie”[573]. Na pierwszym

[572] J. Heitzman (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 225.
[573] A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2000, s. 14-15.

miejscu funkcję ochronną prawa karnego wymieniają również: M. Bojarski[574]oraz B. Namysłowska-Gabrysiak i J. Berg[575].

W k.k. z 1932 r. mówiono o zabezpieczeniu porządku prawnego przed niebezpieczeństwem ze strony sprawcy. W k.k. z 1969 r. ustawodawca podkreślał zabezpieczenie porządku prawnego przed poważnym niebezpieczeństwem ze strony sprawy niepoczytalnego lub o poczytalności znacznie ograniczonej. W k.k. z 1997 r. do 1 lipca 2015 r. była mowa o zapobieżeniu ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego. Aktualnie zaś ustawodawca w art. 93b § 1 k.k. wskazuje, że środek zabezpieczający może być orzeczony, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w k.k. lub innych ustawach nie są wystarczające.

W doktrynie również akcentowano aspekt ochronny stosowania środków zabezpieczających. Lektura komentarza do k.k. z 1932 r. autorstwa M. Siewierskiego pozwalała dowiedzieć się, że „środki zabezpieczające nie mają charakteru kary, lecz mają na celu jedynie zabezpieczenie społeczeństwa przed przestępczością. Dlatego można je orzec nie tylko w stosunku do sprawcy skazanego wyrokiem na odcierpienie kary, ale także w stosunku do sprawcy, którego uznano za nieodpowiedzialnego”[576].

Na gruncie obowiązywania k.k. z 1969 r. zaczęto wprawdzie dostrzegać, że sprawców umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych i innych zakładach leczy się, jednak nadal prym wiodła ochrona przed nimi społeczeństwa. K. Zgryzek stwierdził, że zadaniem środków zabezpieczających jest nie tylko leczenie, ale nadto – a chyba nawet przede wszystkim - zapobieżenie grożącemu z ich strony poważnemu niebezpieczeństwu dla porządku prawnego w razie pozostawienia ich na wolności, a nadto leczenie[577]. W komentarzu do k.k. z 1969 r. J. Bafia powtarza za cytowanym wyżej M. Siewierskim, że środki zabezpieczające nie mając charakteru kary mają na celu ochronę społeczeństwa przed przestępczością, ale jednocześnie zauważa, iż istotną cechą środka zabezpieczającego typu leczniczego jest to, że w toku jego wykonywania, w warunkach zabezpieczających przed możliwością ucieczki, podejmuje się specjalistyczne leczenie zmierzające do usunięcia przyczyn stanowiących podstawę konfliktu z prawem[578]. Interesujące jest jednak, że dwanaście lat później, w takim samym stanie

[574] M. Bojarski (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. M. Bojarskiego, Warszawa 2004, s. 24-25.
[575] B. Namysłowska-Gabrysiak, J. Berg, *Prawo karne – cześć ogólna*, Warszawa 2019, s. 17.
[576] M. Siewierski, *Kodeks karny i prawo wykroczeń. Komentarz*, Wyd. VIII, Warszawa 1958, s. 128.
[577] K. Zgryzek, *Właściwość sądu do orzekania środków zabezpieczających na wniosek prokuratora – de lege lata i de lege ferenda*, NP 1988, Nr 2-3, s. 105.
[578] J. Bafia (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977, s. 280.

prawnym, ten sam autor jednoznacznie stwierdza, że funkcja środków zabezpieczających „(…) sprowadza się przede wszystkim do leczenia zdrowia psychicznego osób, które z powodu anormalności naruszyły porządek prawny i w związku z tym zagrażają poważnym niebezpieczeństwem temu porządkowi”[579]. M. Tarnawski podkreślał, że nazwa „lecznicze” w kontekście środków zabezpieczających wzięła się stąd, że celem przy ich stosowaniu jest m.in. leczenie sprawców czynów zabronionych. „Jednakże cel ten jest podrzędny. Podobnie podrzędnym celem jest izolacja sprawców na pewien okres z góry nie oznaczony. Natomiast celem nadrzędnym jest ochrona społeczeństwa przed sprawcami, którzy stanowią niebezpieczeństwo dla porządku prawnego czy to z powodu „anormalnego” stanu psychicznego, czy też z powodu nałogowego alkoholizmu lub narkomanii”[580]. Wskazany autor posługuje się pojęciem środków zabezpieczających izolacyjno-leczniczych i jednocześnie stwierdza, że z tych dwóch podrzędnych celów, jakimi są izolacja i leczenie, ta pierwsza jest celem w mniejszym stopniu podrzędnym od leczenia stosowanego w czasie tej izolacji[581]. Tożsamą opinię, że nadrzędnym celem stosowania środków zabezpieczających jest ochrona społeczeństwa przed niebezpiecznymi dla porządku prawnego sprawcami, „(…) natomiast celami podrzędnymi jest: izolowanie sprawcy i, w ostatniej kolejności, leczenie” zaprezentowali J. K. Gierowski, J. Heitzman i T. Zyss[582]. Stanowisko, że podstawowym zadaniem środków zabezpieczających jest ochrona społeczeństwa przed jednostkami niebezpiecznymi dla porządku prawnego zostało zawarte także w komentarzu do kodeksu karnego z 1969 r. przez A. Zolla[583]. Również A. Gubiński jako podstawowe zadanie środków zabezpieczających wskazywał realizację funkcji zabezpieczającej[584]. Można odnotować nieliczne wypowiedzi, których autorzy nie przyznawali pierwszeństwa żadnemu z celów stosowania leczniczych środków zabezpieczających, wskazując, że jest nim z jednej strony ochrona społeczeństwa i porządku prawnego, a z drugiej – poddanie sprawcy leczeniu zmierzającemu do usunięcia lub zminimalizowania przyczyny wejścia w kolizję z prawem[585].

W doktrynie przed nowelizacją k.k. z 1997 r. z dnia 1 lipca 2015 r. spotyka się wręcz twierdzenia, że jedyną funkcją środków zabezpieczających ma być zabezpieczenie społeczeństwa przed niebezpieczeństwem ze strony osób naruszających prawo karne.

[579] J. Bafia, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1989, s. 299.
[580] M. Tarnawski, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, Pal. 1973, Nr 5, s. 21.
[581] Tamże, s. 21.
[582] J. K. Gierowski, J. Heitzman, T. Tyss, *Porównanie zasad stosowania środków zabezpieczających w Polsce i Republice Federalnej Niemiec*, Pal. 1992, Nr 11-12, s. 59.
[583] A. Zoll (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. K. Buchały, Warszawa 1994, s. 468.
[584] A. Gubiński, *Zasady prawa karnego*, Warszawa 1974, s. 142.
[585] M. Uleniecki, *Orzekanie internowania w szpitalu psychiatrycznym oraz ocena skuteczności stosowania tego środka*, NP 1990, Nr 7-9, s. 143.

Pomimo tego autor powyższego poglądu dzieli środki zabezpieczające przewidziane w k.k. na izolacyjno-lecznicze i o charakterze administracyjnym[586], a zatem - jak widać - dostrzega również leczniczy aspekt środków zabezpieczających. K. Krajewski stwierdza, że celem środków zabezpieczających jest w zasadzie wyłącznie, lub przede wszystkim, izolacja sprawcy, która ma na celu zabezpieczenie przed nim społeczeństwa. Izolacja jest w tym wypadku celem samym w sobie, nawet jeśli zawsze oznacza dla sprawcy dolegliwość, a może być wykorzystywana do realizacji innych jeszcze celów o terapeutyczno-leczniczym charakterze[587]. Podobne stanowisko zaprezentował P. Gałecki stwierdzając, iż celem zastosowania leczniczych środków zabezpieczających w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym lub skierowania na leczenie ambulatoryjne nie jest karanie sprawcy, lecz przede wszystkim zabezpieczenie społeczeństwa przed możliwością ponownego dokonania czynu zabronionego wynikającego z choroby psychicznej, zaburzenia preferencji seksualnych, upośledzenia umysłowego albo uzależnienia od alkoholu lub innego środka odurzającego. Jednocześnie podjęcie środka zabezpieczającego nie tylko odseparowuje lub ogranicza sprawcę od społeczeństwa, ale i stwarza możliwości leczenia przyczyny, które doprowadziły do popełniania czynu zabronionego[588]. J. K. Gierowski i L. Paprzycki uznawali za nadrzędny cel stosowania środków zabezpieczających ochronę społeczeństwa przed sprawcami, którzy stanowią niebezpieczeństwo czy zagrożenie dla porządku prawnego, natomiast za dalszy cel uznawali izolację sprawcy ujawniającego zaburzenia psychiczne i – może w ostatniej kolejności – jego leczenie[589]. Tożsamy pogląd zaprezentowały J. Długosz i A. Chlebowska wskazując, że nadrzędnym celem stosowania środków zabezpieczających jest ochrona społeczeństwa przed sprawcami stanowiącymi poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego, zaś w dalszej kolejności celami są: odizolowanie sprawcy od społeczeństwa, w przypadku umieszczenia w zakładzie zamkniętym oraz podjęcie wobec niego działań terapeutycznych[590].

Rekapitulując, przed nowelizacją, która zaczęła obowiązywać z dniem 1 lipca 2015 r., podobnie jak na gruncie k.k. z 1969 r., występowały zarówno poglądy, w których zwracano uwagę wyłącznie na cel ochronny środków zabezpieczających, jak i takie, w których

[586] L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2001, s. 195.
[587] K. Krajewski (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t.7, Warszawa 2012, s. 8.
[588] P. Gałecki w: *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych*, Warszawa 2012, s. 336.
[589] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 7.
[590] J. Długosz, A. Chlebowska, *Zasady stosowania środków zabezpieczających o charakterze leczniczo-izolacyjnym w Polsce oraz w Niemczech*, Pal. 2010, Nr 9-10, s. 215.

dostrzegano ich aspekt leczniczy, ale cały czas nadawano mu znaczenie drugoplanowe, a nawet dalsze.

Nawet po 1 lipca 2015 r., pomimo że aktualnie istnieją trzy środki zabezpieczające o charakterze leczniczym z czterech funkcjonujących w ustawie karnej, J. Długosz opowiada się za poglądem eksponującym znaczenie funkcji ochronnej środków zabezpieczających, a izolację oraz podejmowane w trakcie jej trwania leczenie uznaje za środki służące osiągnięciu celu, jakim jest zabezpieczenie społeczeństwa przed niebezpiecznym zachowaniem sprawcy[591]. J. Lachowski i A. Marek wyrażają jednoznaczny pogląd, iż zasadniczym celem środków zabezpieczających jest zapobieganie ponownemu naruszeniu przez sprawcę porządku prawnego[592]. A. Wilkowska-Płóciennik również twierdzi, że środki zabezpieczające służą przede wszystkim zabezpieczeniu społeczeństwa przed negatywnymi skutkami niebezpiecznych zachowań osób wynikających z istnienia po ich stronie dysfunkcji psychicznych. Co więcej, wypowiada kategoryczny pogląd, iż wszelkie oddziaływania terapeutyczne czy lecznicze są jedynie środkiem do osiągnięcia celu o charakterze prewencyjnym[593].

Trudno się jednak temu dziwić, skoro sam ustawodawca w uzasadnieniu rządowego projektu ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. pisze na wstępie o środkach zabezpieczających, że „służą one zabezpieczeniu społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego, powodowanym przez sprawcę"[594], a nie wspomina o leczeniu sprawcy, o którym mowa jest dopiero przy opisywaniu konkretnych projektowanych rozwiązań.

Inni przedstawiciele piśmiennictwa na gruncie obowiązującego stanu prawnego wyrażają opinię, że główną funkcją środków zabezpieczających, zgodnie z ich nazwą, jest przede wszystkim zabezpieczenie społeczeństwa przed sprawcą. Jednocześnie dostrzegają jednak, co należy odnotować z ulgą, iż rola środków zabezpieczających o charakterze leczniczym nie ogranicza się do zabezpieczenia społeczeństwa przed niebezpiecznym sprawcą, ale równie ważną – o ile nie ważniejszą – ich funkcją jest próba poprawienia stanu zdrowia sprawcy[595]. A. Kwieciński jeszcze przed 1 lipca 2015 r. wskazywał, że na gruncie obowiązującego kodeksu karnego silniej niż poprzednio zarysowuje się tendencja do przyznania leczeniu jeśli nie równorzędnego miejsca z ochroną społeczeństwa,

[591] J. Długosz, *Lecznicze środki zabezpieczające – czy alternatywa dla odwetu?* (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańsk 2019, s. 272.
[592] J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2021, s. 293.
[593] A. Wilkowska-Płóciennik (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, pod red. Ryszarda A. Stefańskiego, Warszawa 2017, s. 627.
[594] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk sejmowy Nr 2393, s. 30.
[595] Ł. Pohl, *Prawo karne. Wykład części ogólnej*, Warszawa 2019, s. 506.

to przynajmniej uznania go za cel niewiele mniej istotny[596]. Analogicznie E. Bieńkowska zwracała uwagę, że pod panowaniem k.k. z 1997 r. nastąpiło przesunięcie akcentów z zabezpieczenia jako głównej funkcji środków zabezpieczających na leczenie sprawcy przytaczając jako argument treść art. 202 k.k.w. w jego pierwotnym brzmieniu, że sprawcę, wobec którego zastosowano środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 201 § 1 k.k.w., poddaje się właściwemu leczeniu lub terapii oraz fakt, że zgodnie z art. 200 k.k.w. w jego pierwotnym brzmieniu przewidziano, iż środki zabezpieczające przewidziane w przepisach Kodeksu karnego wykonuje się w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego podległych Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej, co stanowiło *novum*[597].

Przegląd orzecznictwa także uprawnia do wnioskowania, że jako pierwszoplanową funkcję środków zabezpieczających postrzegano ochronę społeczeństwa, a jako dalszą, stanowiącą niejako wymuszoną konsekwencję izolacji sprawcy, jego leczenie. W postanowieniu z 8 listopada 2012 r., III KK 324/12 Sąd Najwyższy stwierdził, że „zastosowany środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym nie tylko ma chronić pokrzywdzoną bądź inne osoby przed chorobową agresją oskarżonego, ale leży też w interesie samego oskarżonego, umożliwiając mu właściwe leczenie”[598]. Natomiast w uzasadnieniu uchwały z dnia 22 listopada 2002 r., w sprawie I KZP 38/02, Sąd Najwyższy wskazał wprost, iż nadrzędnym celem stosowania środków zabezpieczających o charakterze izolacyjno-leczniczym jest ochrona społeczeństwa i zapobieganie popełnieniu przez sprawcę dotkniętego różnymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniami umysłowymi czynów o znacznej społecznej szkodliwości, poprzez jego czasowe, aczkolwiek nieokreślone z góry, odosobnienie i leczenie[599].

Wydaje się, że aktualnie w kontekście leczniczych środków zabezpieczających najistotniejsze pytanie brzmi: jaki powinien być podstawowy cel ich stosowania? Otóż, czy w dalszym ciągu na pierwszym miejscu winna być stawiana ochrona społeczeństwa przed niebezpiecznym sprawcą, w tym poprzez najbardziej dolegliwy ze środków zabezpieczających, polegający na izolacji, a leczenie powinno mieć charakter podrzędny, czy też na pierwszy plan winno wkroczyć leczenie i terapia oraz rehabilitacja sprawcy, których rolę akcentuje się w doktrynie coraz silniej?

[596] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 59.
[597] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*. Komentarz pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1261.
[598] Legalis numer 549618.
[599] Legalis numer 55323.

De lega lata pierwszorzędnym celem stosowania leczniczych środków zabezpieczających jest ochrona społeczeństwa przed sprawcą, co już wyartykułowano, a co wynika z treści art. 93b § 1 k.k. Zważywszy jednak na podniesioną już okoliczność, że w obowiązującej ustawie karnej funkcjonują cztery środki zabezpieczające, z których trzy mają charakter leczniczy, a tylko jeden z nich jest izolacyjny, wydaje się, że leczenie należałoby uznać za podstawowy cel stosowania środków zabezpieczających o charakterze leczniczym.

W konsekwencji, w ramach postulatu *de lege ferenda*, można zaproponować nadanie art. 93b § 1 k.k. następującej treści: sąd może orzec środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1 k.k., gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające; środki zabezpieczające, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 2-4, sąd może orzec, gdy jest to konieczne, aby poddać sprawcę leczeniu, terapii i rehabilitacji w celu zapobieżenia ponownemu popełnieniu czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4, można orzec jedynie, aby poddać sprawcę leczeniu, terapii i rehabilitacji w celu zapobieżenia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

Proponowana zmiana doprowadziłaby do powstania zgodności celu stosowania leczniczych środków zabezpieczających z celem ich wykonywania, którym – zgodnie z art. 202 k.k.w. – jest objęcie sprawcy postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym - również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem.

Rozdział II. Podstawy prawne stosowania terapii i terapii uzależnień w Kodeksie karnym z 1997 roku.

1. Ogólne zasady stosowania oraz wykonywania terapii i terapii uzależnień.

Przez lata przyjmowano, że lecznicze środki zabezpieczające wykonuje się w warunkach zakładu zamkniętego, mimo że psychiatrzy przekonywali, iż w pewnych przypadkach nie sposób leczyć czy rehabilitować w innych warunkach niż wolność. Wiązało się to w psychiatrii z opisanym wcześniej odchodzeniem od izolacyjnego modelu terapeutycznego i rozwijaniem form wypracowanych przez psychiatrię środowiskową[600].

W Czechach, funkcjonuje środek zabezpieczający w postaci leczenia ochronnego, obejmujący leczenie psychiatryczne, terapię psychologiczną i terapię uzależnień, przy czym może być wykonywany w zakładzie zamkniętym albo w trybie ambulatoryjnym, w zależności od rodzaju zaburzenia. Leczenie ochronne trwa tak długo, jak wymagają tego jego cele, jednak nie dłużej niż dwa lata. Możliwe jest przedłużenie tego terminu, nawet kilkakrotnie, ale jednorazowo nie dłużej niż na dwa 2 lata. Leczenie może być zakończone wcześniej, jeśli okaże się, że jego cel nie może być osiągnięty. Jeśli w czasie wydawania decyzji o zakończeniu leczenia istnieje niebezpieczeństwo, że sprawca popełni kolejny czyn zabroniony, sąd oddaje go pod dozór kuratora w decyzji o zakończeniu leczenia na okres do 5 lat[601].

W ustawie karnej Czarnogóry, obok przymusowego leczenia psychiatrycznego w szpitalu, przewidziano leczenie psychiatryczne na wolności. Dotyczy ono niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych oraz sprawców, którzy dopuścili się przestępstwa w stanie ograniczonej w znacznym stopniu poczytalności. Może być orzeczone, jeśli ze względu na stan sprawcy i wagę czynu istnieje niebezpieczeństwo ponownego popełnienia przezeń czynu zabronionego, ale wystarczające jest leczenie na wolności. Środek ten może być stosowany także wobec sprawcy leczonego w szpitalu psychiatrycznym, gdy z uwagi na jego stan nie jest to już konieczne. Terapia w warunkach wolnościowych trwa tak długo, jak to jest konieczne, jednak nie dłużej niż 3 lata. Jeśli jest to niezbędne dla powodzenia terapii, środek

[600] J. K. Gierowski, A. Szymusik, *Reforma prawa karnego z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*, Pal. 1996, Nr 3-4, s. 39- 40.
[601] M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich, Prawo w działaniu*, tom 13, Warszawa 2013, s. 86-87.

może być okresowo wykonywany w placówce zamkniętej, jednak każdorazowo maksymalnie przez 15 dni, a łącznie 2 miesiące[602].

Przymusowe leczenie psychiatryczne w warunkach wolnościowych przewiduje również serbski kodeks karny. Może być ono stosowane wobec sprawców niepoczytalnych lub dopuszczających się przestępstwa w stanie poczytalności ograniczonej, jeśli istnieje niebezpieczeństwo, że sprawca popełni taki czyn ponownie, a dla zapobieżenia temu wystarczy leczenie w warunkach wolnościowych. Leczenia może trwać maksymalnie 3 lata. Analogicznie jak w prawie karnym Czarnogóry środek ten okresowo może być wykonywany w placówce zamkniętej[603].

Krajowy ustawodawca w efekcie reformy dokonanej ustawą nowelizującą k.k. z dnia 20 lutego 2015 r. przewidział możliwość leczenia sprawcy w warunkach wolnościowych zarówno od samego początku, tj. od momentu zastosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii lub terapii uzależnień w wyroku lub postanowieniu (w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji albo w postępowaniu wykonawczym), jak i możliwość przejścia od skrajnej izolacji do leczenia w warunkach ambulatoryjnych w ramach terapii lub terapii uzależnień albo obu środków łącznie. W fazie postępowania wykonawczego istnieje bowiem możliwość zastosowania terapii lub terapii uzależnień albo obu środków jednocześnie po uchyleniu pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym (art. 93d § 2 k.k.), jak również na skutek zmiany orzeczonego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji lub wykonawczym środka zabezpieczającego oraz zmiany sposobu wykonywania tego środka (art. 93b § 3 k.k.).

Wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające unormowano w art. 93f § 1 i 2 k.k. Wskazano w nim, że terapia jako środek zabezpieczający polega na poddaniu się terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy funkcjonowania sprawcy w społeczeństwie, zaś terapia uzależnień polega na poddaniu się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Uzupełnieniem powyższej regulacji w zakresie sposobu postępowania ze sprawcą, wobec którego orzeczono terapię lub terapię uzależnień, jest art. 202 k.k.w., również znowelizowany ustawą z dnia 20 lutego 2015 r., w celu dostosowania jego brzmienia zarówno do terminologii używanej w art. 93a § 1 k.k., jak i do faktu, że postępowanie

[602] Tamże, s. 102-103.
[603] Tamże, s. 105-107.

lecznicze, psychoterapeutyczne, rehabilitacyjne czy resocjalizacyjne obejmuje również sprawców przebywających na wolności[604].

Z art. 202 k.k.w. wynika, że sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym – również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem.

Ustawodawca nie wprowadził definicji legalnej terapii, psychoterapii, psychoedukacji, farmakoterapii, terapii uzależnień, rehabilitacji, ani resocjalizacji, o których mowa w art. 93f § 1 i 2 k.k. oraz art. 202 k.k.w. Z lektury uzasadnienia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 20 lutego 2015 r. wynika, iż w k.k. z 1997 r. wprowadza się aktualne dla współczesnej wiedzy i praktyki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej pojęcia terapii i terapii uzależnień.

To pierwsze jest pojęciem pojemnym, obejmującym procedury postępowania od psychoedukacji po zaawansowaną psychoterapię. To drugie obejmuje procedurę postępowania z osobami uzależnionymi, zarówno w zamknięciu, jak i terapię realizowaną poza oddziałem zamkniętym[605]. Pojęć tych nie zdefiniowano również w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, w ustawie z dnia 08 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów[606], w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[607], ani w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[608].

Jak wynika z powyższego, ustawodawca słusznie uznał, że definiowanie wskazanych wyżej terminów należy pozostawić medycynie, w tym psychiatrii oraz psychologii, aby zawsze odzwierciedlały aktualne osiągnięcia nauki i wypracowane standardy leczenia.

W doktrynie wyrażono jednak krytykę rozwiązania polegającego na braku zdefiniowania w ustawie karnej materialnej pojęcia terapii i pozostawienie biegłym wyboru formy terapii, jaka powinna mieć zastosowanie w przypadku konkretnego sprawcy oraz wyboru metod terapeutycznych postępowania z taką osobą. P. Góralski wskazuje,

[604] S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 795.
[605] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk Sejmowy Nr 2393 s. 32.
[606] Dz. U. Nr 73, poz. 763.
[607] Dz. U. Nr 112, poz. 654.
[608] Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

że za precyzyjnym określeniem pojęcia terapii w ustawie karnej przemawiają względy ochronno-gwarancyjne, skoro mamy do czynienia z sankcją karną, która powinna być określona w ustawie, a jej treści w zasadzie nie powinien dookreślać nikt poza sądem. Jego zdaniem nie może być tak, że ustalenie treści i formy terapii, jako sankcji prawa karnego, zostało pozostawione specjalistom z dziedziny medycyny, psychologii czy terapii uzależnień, gdyż w takim przypadku owi specjaliści musieliby wejść w kompetencje ustawodawcy[609].

Krytyka nie jest słuszna, jeśli weźmie się pod uwagę, że – jak podkreśla się w literaturze – skuteczność różnych form terapii w dużej mierze związana jest z podejściem zindywidualizowanym, z doborem właściwych metod dostosowanych do problemów pacjentów, niezbędnych do kształtowania pozytywnej relacji terapeutycznej[610]. Trudno więc wyobrazić sobie, że sąd miałby już w orzeczeniu decydować o wyborze form terapii, jakie mają mieć zastosowanie wobec sprawcy wskazując konkretnie, że ma być poddany np. terapii farmakologicznej albo psychoterapii czy psychoedukacji. Podjęcie decyzji o zastosowaniu konkretnych form terapii i metod terapeutycznych jest możliwe i celowe przez lekarza dopiero po zapoznaniu się z problemami pacjenta i może ulegać zmianom w trakcie trwania terapii, w zależności od jej postępów. W doktrynie analogiczne stanowisko wyraził I. Zgoliński wskazując, że nie jest celowe określanie przez sąd formy terapii, a sfera ta powinna być zarezerwowana dla osoby ją prowadzącej (lekarza, lekarza psychiatry, lekarza seksuologa, terapeuty) i nie można narzucać jej decyzją sądu[611]. Również A. Kwieciński zaprezentował opinię, że sąd nie ma kompetencji w zakresie określania metod terapeutycznych i terminów oraz częstotliwości prowadzonych wobec sprawcy oddziaływań specjalistycznych[612].

W konsekwencji, znaczenie pojęć terapia, terapia uzależnień, psychoterapia, psychoedukacja, farmakoterapia, rehabilitacja i resocjalizacja należy ustalać w oparciu o fachową literaturę z zakresu medycyny i psychologii oraz na podstawie tych aktów prawnych, które posługują się powyższymi pojęciami.

Wypada zwrócić uwagę, że w obowiązujących przepisach rangi ustawowej, w tym dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, w ustawie o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów oraz w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, nie zdefiniowano także pojęcia „terapeuty". Definicja pojęcia „instruktor terapii uzależnień"

[609] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 14-18.
[610] J. Szostak, *Psychologia sądowa. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa 2002, s. 137.
[611] I. Zgoliński (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzosek, Warszawa 2018, s. 537.
[612] A. Kwieciński, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021, s. 166.

pojawia się natomiast w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 19 czerwca 2019 r.[613] W § 2 pkt 1 rozporządzenia wyjaśniono, że instruktor terapii uzależnień oznacza osobę, która posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W § 2 pkt 5 rozporządzenia zdefiniowano również pojęcie „osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty", która musi łącznie spełniać następujące warunki: posiadać tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub magistra po ukończeniu studiów na kierunku psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełniać warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów; ukończyć podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii humanistyczno-doświadczeniowej lub integracyjnej, lub poznawczo-behawioralnej, lub psychoanalitycznej, lub psychodynamicznej, lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyć podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia oraz posiadać zaświadczenie poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzą przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty („certyfikat psychoterapeuty"). Z kolei w § 1 pkt 16 rozporządzenia zdefiniowano pojęcie „specjalisty psychoterapii uzależnień" wskazując, że to osoba, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W § 1 pkt 6 i 18 rozporządzenia zdefiniowano pojęcie „osoby prowadzącej terapię zajęciową" oraz „terapeuty środowiskowego".

[613] Dz. U. z 2019 r., poz. 1285.

Pojęcie terapeuty pojawia się również w innych aktach prawnych wykonawczych (rozporządzeniach i zarządzeniach), w których mowa jest np. o terapeutach pedagogicznych, czy terapeutach środowiskowych[614].

W literaturze ogólnie przyjmuje się, że terapeuta, to osoba prowadząca terapię, najczęściej o wykształceniu medycznym, psychologicznym, socjologicznym lub pedagogicznym[615].

Należy postulować zdefiniowanie pojęcia terapeuty w akcie prawnym rangi ustawowej, albowiem terapeuci odgrywają istotne znaczenie w leczeniu zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień, a od 2015 r. biorą udział w wykonywaniu środków zabezpieczających. Funkcja gwarancyjna prawa karnego zdaje się przemawiać za precyzyjnym określeniem tego, kto jest uprawniony do prowadzenie terapii oraz terapii uzależnień sprawców czynów zabronionych, zważywszy na przysługujące terapeutom uprawnienia w zakresie wyboru metody i formy terapii.

Zarówno w języku potocznym, jak i w medycynie, pojęcia terapia i leczenie stosuje się zamiennie. W Wielkim słowniku medycznym pod red. J. Komendera i in. podano, że pojęcie terapia (*therapia*) oznacza leczenie[616]. W Słowniku języka polskiego pod red. M. Szymczaka mianem terapii określono przywracanie zdrowia chorym za pomocą różnych środków lub zabiegów[617].

Leczenie w medycynie, w znaczeniu ogólnym, oznacza stosowanie środków fizycznych, chemicznych, biologicznych i psychicznych w celu przywrócenia zdrowia lub złagodzenia objawów choroby[618]. Leczenie może być różnego rodzaju: objawowe zmierza do usunięcia objawów choroby bez zwalczania jej przyczyny, przyczynowe dąży do usunięcia zasadniczej przyczyny choroby, a zachowawcze do wyleczenia chorego organu za pomocą środków chemicznych, fizykoterapii itp., bez interwencji chirurga[619].

Rehabilitacja w medycynie oznacza przystosowywanie do normalnego życia w społeczeństwie osoby, która doznała przemijającej lub trwałej utraty zdrowia i stała się

---

[614] Między innymi w: Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych z dnia 3 sierpnia 2018 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1601); Zarządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania ramowego programu szkolenia dla terapeutów środowiskowych z dnia 16 grudnia 2009 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 61);

[615] A. Fiutak, *Terapia i terapia uzależnień jako środki zabezpieczające – po nowelizacji* (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, pod red. B. Namysłowskiej-Gabrysiak, K. Syroki-Marczewskiej, A. Walczak-Żochowskiej, Warszawa 2016, s. 72.

[616] *Wielki słownik medyczny* pod red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 1326.

[617] *Słownik języka polskiego* pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1981, tom III, s. 495

[618] *Wielki słownik medyczny* pod red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 658.

[619] *Słownik języka polskiego* pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1981, tom II, s. 18.

na stałe lub na pewien czas inwalidą, czyli rewalidację.[620] Rehabilitacja, to usprawnianie, odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne wobec osób po przebytych chorobach, które zostawiły trwałe ślady w ich sprawności fizycznej, życiu psychicznym i kontaktach społecznych. Celem rehabilitacji jest uzyskanie takiej poprawy, aby możliwe było przystosowanie do życia społecznego, np. wykonywanie pracy.

Praktycznie wyróżnia się rehabilitację leczniczą, społeczną, psychiczną, zawodową i ruchową. Rehabilitacja lecznicza, to rehabilitacja psychiczna i fizyczna, która ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwie najlepszej sprawności fizycznej i psychicznej. Prowadzona jest w jednostkach lecznictwa zamkniętego i otwartego. Opiera się głównie na leczeniu usprawniającym, np. fizykoterapii, psychoterapii, terapii zajęciowej. Rehabilitacja społeczna, to zorganizowane postępowanie w stosunku do osób upośledzonych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przystosowanie ich do warunków środowiska zewnętrznego i do czynnej postawy społecznej. Przebiega przy współudziale organizacji społecznych i wyspecjalizowanych instytucji, które dopomagają w organizacji nowych warunków bytowania i uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym. Rehabilitacja psychiczna, to zespół działań podejmowanych w celu uzyskania najpełniejszej adaptacji psychicznej pacjenta[621].

W zaburzeniach psychicznych rehabilitacja ukierunkowana jest na umiejętność radzenia sobie z objawami oraz funkcjonowanie pacjenta w sytuacjach interpersonalnych i społecznych. Dotyczy osób, u których zaburzenia spowodowały długotrwałe zakłócenie ich funkcjonowania społecznego czy zawodowego, np. z zaburzeniami psychotycznymi – głównie schizofrenią i ciężkimi postaciami zaburzeń afektywnych[622].

Zasadą jest, że czynności lekarskie (lecznicze i nielecznicze) podejmowane są za zgodą uprawnionej osoby (pacjenta lub osoby uprawnionej do występowanie w jego imieniu). W art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta[623] przewidziano, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia. Zgoda pacjenta na proponowane mu postępowanie medyczne, czyli badanie,

[620] Tamże, s. 37.
[621] *Wielki słownik medyczny* pod red. J. Komendera i in., Warszawa 1996, s. 658.
[622] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 295.
[623] Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

leczenie czy umieszczenie w szpitalu jest powszechnie przyjętym w świecie standardem w medycynie[624].

W psychiatrii podnosi się, że zgoda na leczenie w przypadku pacjenta psychiatrycznego jest jedną z najistotniejszych kwestii[625]. Zasada ta wyrażona jest w art. 3 pkt 4 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, na gruncie której zgoda oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

Również w art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów postanowiono, że podjęcie usług psychologicznych następuje za zgodą osoby (klienta) lub grupy osób (klientów) stanowiących podmiot diagnozowania i oddziaływania psychologicznego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3. W ust. 2 tego przepisu wskazano natomiast, że zgoda nie jest wymagana m.in. w przypadkach określonych w przepisach Kodeksu karnego. O zgodzie mowa jest nadto w kodeksach etycznych towarzystw psychologicznych i psychoterapeutycznych[626].

W przypadku leczniczych środków zabezpieczających przyjmuje się, iż wobec określenia celu ich wykonywania w art. 202 k.k.w. nie ma potrzeby uzyskiwania od sprawcy zgody na leczenie[627]. Uznaje się bowiem, że mamy do czynienia z czynnościami leczniczymi o dwoistej naturze, czyli takimi, które służą nie tylko ochronie życia czy zdrowia pacjenta, ale także ochronie innych wartości, a w konsekwencji prawo pozwala na poświęcenie w ich przypadku prawa do samostanowienia. Skoro celem stosowania środków zabezpieczających o charakterze leczniczym jest poprawa stanu zdrowia sprawcy tak, aby przestał stanowić zagrożenie, a lekarz jest wykonawcą orzeczenia sądu, to autonomia sprawcy doznaje tu ograniczenia z uwagi na bezpieczeństwo publiczne[628].

W piśmiennictwie pojawiła się krytyka przyjętych rozwiązań związanych z kwestią przymusu leczenia. F. Ciepły podkreślił, że współczesna psychiatria nie daje narzędzi

[624] J. K. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 9.
[625] J. Heitzman i B. Gierat (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 308-309.
[626] Dla przykładu: w Kodeksie Etyczno-Zawodowym Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29; dostęp na dzień 27.11.2021r.
[627] D. Hajdukiewicz, *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*, Warszawa 2007, s. 272.
[628] T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 100-103.

prowadzenia skutecznej terapii zaburzeń psychicznych w warunkach przymusu prawnego, w szczególności izolacji. Oznacza to, że przymusowe oddziaływania terapeutyczne wobec osób, co do których orzeczono środek zabezpieczający, miałyby faktycznie charakter eksperymentalny, a to implikuje – jego zdaniem – pytanie o zgodność przymusowej terapii, a zwłaszcza internacji leczniczej z art. 39 Konstytucji RP, który stanowi, iż nikt nie może być poddany eksperymentom medycznym bez wyraźnej i dobrowolnej zgody. Wspomniany autor wskazał również, że przyjęte rozwiązanie koliduje z zasadą proporcjonalności określoną w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w zakresie wymogu stosowania przez ustawodawcę środków skutecznych, czyli rzeczywiście i bezpośrednio prowadzących do założonego celu. W związku z powyższym, F. Ciepły stwierdził, że jeśli przyjąć, iż przymusowe leczenie zaburzeń psychicznych nie przynosi pozytywnych skutków, to wyłącznym uzasadnieniem stosowania środka zabezpieczającego staje się uniemożliwienie osobie uznanej za niebezpieczną ponownego popełnienia czynu zabronionego (izolacja, kontrola)[629].

Radykalne i nietrafne stanowisko w zakresie zgody sprawcy na leczenie farmakologiczne w ramach terapii zaprezentowała M. Garwol wskazując, że przy braku pewności co do świadomości i dobrowolności wyrażanej przez sprawcę zgody, nie ma formalnych przeszkód do odpowiedniego zastosowania przepisów art. 32 i następnych ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[630], czyli uzyskania sądowej zgody zastępczej[631]. Zważywszy na specyfikę środków zabezpieczających, wymagających szybkiego skierowania do wykonania, a przede wszystkim ich prawno karny charakter i orzekanie przez sąd, propozycja uzyskania zgody innego sądu (rodzinnego) na możliwość leczenia farmakologicznego w ramach terapii, wydaje się być nieporozumieniem.

Bez wątpienia najlepiej byłoby, aby sprawca zgadzał się na terapię i aby była to zgoda powodowana motywacją wewnętrzną, najbardziej pożądaną. Sprawca może przy tym wyrażać zgodę na leczenie zarówno w momencie zastosowania środka zabezpieczającego, jak również podjąć współpracę z terapeutą i poddać się leczeniu w trakcie jego wykonywania. Niezależnie jednak od zgody sprawcy na terapię lub terapię uzależnień, oddziaływania terapeutyczne powinny być wdrożone z uwagi na cel wykonywania środków zabezpieczających określony w art. 202 k.k.w. przy założeniu, że u sprawcy niechętnego leczeniu wykształci się motywacja do jego kontynuowania. W środowisku lekarskim przyjmuje się bowiem, że zasada

[629] F. Ciepły, *Środki zabezpieczające – do zmiany czy likwidacji?,* P i P 2015, Nr 7, s. 85-86.
[630] Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152.
[631] M. Garwol, *Środki zabezpieczające w świetle ustawy nowelizującej z dn. 20 II 2015 r. Wybrane zagadnienia*, Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ 2015/1, s. 68-69; dostęp pod adresem: http://www.tbsp.wpia.uj.edu.pl/documents/4137545/0c9d3365-811b-4ff1-81a7-62beb7b34155.

dobrowolności w badaniu, leczeniu i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi jest kardynalnym warunkiem skuteczności postępowania terapeutycznego[632]. W tym miejscu wypada zasygnalizować, że zagadnienie zgody sprawcy na terapię lub terapię uzależnień w aspekcie jej przebiegu i czasu trwania zostało poddane badaniu na gruncie niniejszej rozprawy, a przyjęta hipoteza badawcza zakłada, że zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień ma wpływ na jej przebieg i skuteczność.

Należy podnieść, że bezwarunkowe przyjęcie konstatacji o nieskuteczności przymusowej terapii musiałoby pociągnąć za sobą zanegowanie sensu funkcjonowania nie tylko leczniczych środków zabezpieczających przewidzianych w ustawie karnej, ale również wszystkich przymusowo stosowanych środków o charakterze leczniczym, przewidzianych w innych ustawach, np. w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, czy w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Byłoby to rozwiązaniem zbyt daleko idącym i niesłusznym. Tym bardziej, że regulacje ustawowe przewidujące przymusowe leczenie są bardzo rygorystyczne, a co najistotniejsze, są zgodne ze standardami światowymi, w tym z art. 5 ust. 1 (e) Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Gdyby odmowa sprawcy, np. uzależnionego, który pozostaje bezkrytyczny wobec uzależnienia i nie dostrzega potrzeby leczenia, sama w sobie wystarczała do przyjęcia nieskuteczności terapii, to *de facto* lecznicze środki zabezpieczające znajdowałyby się w wyłącznej dyspozycji sprawców. Tymczasem, celem ich stosowania jest możliwość podejmowania działań leczniczych również wbrew woli sprawców tym bardziej, że mamy do czynienia z osobami, które dopuściły się czynu zabronionego albo przestępnego i które wymagają leczenia w celu zniwelowania zagrożenia, jakie stanowią dla społeczeństwa.

Rację należy przyznać M. Budyn-Kulik, która wprawdzie wypowiedziała się w kontekście korzystania przez skazanego z oddziaływań resocjalizacyjnych proponowanych w ramach wykonywania kary, niemniej jednak stanowisko to może z powodzeniem obrazować korzystanie przez sprawcę z proponowanych oddziaływań w ramach terapii lub terapii uzależnień. Stwierdziła ona, że jeśli sprawca nie chce korzystać z proponowanych oddziaływań, ma do tego prawo, ale jednocześnie państwo ma prawo i obowiązek nie dopuścić do tego, aby ten, kto odrzuca podporządkowanie się obowiązującym normom, naruszał dobra innych. Państwo ma obowiązki wobec wszystkich obywateli, a więc również (a może przede wszystkim) wobec przestrzegających norm społecznych

[632] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 65.

i prawnych[633]. Nie sposób zatem uzależniać racji bytu środków zabezpieczających w postaci terapii lub terapii uzależnień od zgody sprawcy.

Doświadczenie życiowe i praktyka sądowa[634] pokazują zresztą, że nawet przy zgodzie na terapię w momencie jej podejmowania, nie ma żadnych gwarancji jej powodzenia, jako że sprawca z obawy przed grożącą mu odpowiedzialnością może wyrazić iluzoryczną zgodę na leczenie, a zatem z motywacji zewnętrznej, narzuconej, a następnie może zaprzestać poddawania się działaniom terapeutycznym. Analogiczne sytuacje występują zresztą w przypadku terapii podejmowanych dobrowolnie przez osoby uzależnione. Jeżeli bowiem osoby te podejmują terapię nie dla siebie, a np. dla bliskich, z ich namowy, a zatem z motywacji zewnętrznej, a nie wewnętrznej, to wówczas terapia może okazać się nieskuteczna.

Reasumując zatem, nie można od istnienia zgody sprawcy na terapię lub terapię uzależnień albo jej braku uzależniać stosowania leczniczych środków zabezpieczających. Z kolei w procesie terapeutycznym rozpoczętym bez akceptacji sprawcy, należy dążyć do pojawienia się motywacji, najlepiej wewnętrznej, mając na względzie, że współpraca pacjenta pozytywnie wpływa na przebieg terapii. Jednak nawet jeśli nie uda się u sprawcy wzbudzić motywacji do terapii, należy kontynuować oddziaływania lecznicze mając na uwadze, że celem stosowania środków zabezpieczających jest również ochrona społeczeństwa przed sprawcą.

W tym kontekście warto odnotować pogląd A. Kwiecińskiego, który zgadzając się ze stanowiskiem o priorytecie oddziaływań zdrowotnych podejmowanych za zgodą sprawcy, jednocześnie zauważa, iż dopuszczalność przymusu terapii można wywodzić z zasady *ultima ratio* środków zabezpieczających określonej w art. 93b § 1 k.k. Wskazuje, że ustawodawca daje prymat innym instytucjom (kodeksowym i pozakodeksowym), pod warunkiem, że będą wystarczające do zapobieżenia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, pozostawiając sobie ostateczne narzędzie ochrony dóbr prawnych przed naruszeniami ze strony sprawców w postaci środków zabezpieczających, do zastosowania których nie jest potrzeba ich zgoda[635].

Zarównie odnośnie do terapii, jaki i terapii uzależnień pojawia się pytanie, czy mogą być one wykonywane wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych, czy również stacjonarnie?

---

[633] M. Budyn-Kulik, *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo. Czy musimy zmieniać prawo karne?* (w:) *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*, pod red. S. Pikulskiego, W. Cieślaka i M. Romańczuk-Grąckiej, Olsztyn 2015, s. 57.
[634] Badania własne akt sądowych oraz doświadczenie zawodowe autorki rozprawy.
[635] A. Kwieciński, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021, s. 172.

Asumptem do postawienia takiego pytania jest sformułowanie zawarte w uzasadnieniu ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r., że „wprowadza się pojęcie terapii, obejmującej zarówno psychoedukację poznawczo-behawioralną (…) oraz różne formy psychoterapii, realizowane w warunkach wolnościowych, czy w końcu farmakoterapię. Osobnym środkiem jest również terapia uzależnień, która podobnie jak terapia może być realizowana w izolacji, jak i w warunkach wolnościowych”[636]. Pytanie wydaje się istotne, ponieważ przy przyjęciu, iż oba środki zabezpieczające mogą być realizowane również stacjonarnie pojawia się kolejne pytanie o ich relację do izolacyjnego środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, w ramach którego poddaje się sprawcę tym samym oddziaływaniom, co w ramach terapii i terapii uzależnień, zgodnie z art. 202 k.k.w. Czym różniłaby się zatem stacjonarna terapia i terapia uzależnień od internacji?

Niezależnie od wagi wyżej sformułowanego pytania należy stwierdzić - za A. Kwiecińskim - że odpowiedź na nie, wbrew pozorom, oczywista nie jest, o czym świadczy choćby polaryzacja stanowisk w doktrynie w tej kwestii[637].

Zdaniem P. Zakrzewskiego przeciwko możliwości wykonywania omawianych środków zabezpieczających w trybie stacjonarnym przemawia treść art. 93f § 1 i 2 k.k., z którego wynika wprost, że obowiązkiem sprawcy jest stawiennictwo we wskazanej przez sąd placówce, w wyznaczonych terminach, a więc czynność o charakterze powtarzalnym. Jednocześnie uznaje on za dopuszczalną sytuację, w której sprawca wyrazi zgodę na wykonywanie wobec niego terapii lub terapii uzależnień w trybie stacjonarnym[638].

P. Góralski wskazuje na możliwość wykonywania terapii w trybie stacjonarnym o charakterze nieizolacyjnym, co wywodzi ze sformułowania zawartego w art. 93f § 1 k.k., że sprawca ma obowiązek poddania się psychoterapii lub psychoedukacji, a te formy oddziaływań terapeutycznych mogą mieć co prawda charakter indywidualny, niemniej często przybierają postać sesji zbiorowych, a takie grupowe zajęcia zdecydowanie łatwiej jest prowadzić w warunkach leczenia stacjonarnego, które nie musi mieć formy zamkniętej[639]. Z uwagi na wolnościowy charakter terapii trafnie uznaje jednak, że umieszczenie sprawcy

[636] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393, s. 31.
[637] Tamże, s. 160.
[638] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 705.
[639] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 19.

w placówkach stacjonarnych wymaga jego zgody[640], nawet w przypadku placówek o charakterze otwartym.

Pogląd o dopuszczalności stosowania terapii oraz terapii uzależnień w trybie stacjonarnym za zgodą sprawcy zaprezentowali również L. K. Paprzycki i P. Hofmański wskazując, że celem takiego rozwiązania może być po stronie sprawcy chęć szybszego osiągnięcia wyników terapeutycznych oraz skrócenie okresu wykonywania środka zabezpieczającego[641].

W postanowieniu z dnia 14 marca 2016 r., w sprawie II AKz 53/16[642], Sąd Apelacyjny w Krakowie wskazał, że środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień nie może być wykonywany w sposób stacjonarny bez zgody sprawcy.

Stanowisko, że aktualnie terapia uzależnień może być prowadzona zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i w zakładach zamkniętych, niezależnie od zgody sprawcy, zaprezentował M. Tygielski[643].

Reasumując zatem, przy przyjęciu, iż *de lege lata* terapia i terapia uzależnień mogą być wyjątkowo wykonywane w warunkach stacjonarnych, należy uznać, że jedynie w placówkach o charakterze otwartym i za zgodą sprawcy, jako że zasadniczo są to środki zabezpieczające o charakterze wolnościowym ambulatoryjnym.

Jednocześnie o tym, że w obecnym stanie prawnym terapia może mieć charakter ambulatoryjny albo stacjonarny można wnioskować jedynie z przepisów wykonawczych. Terapia ambulatoryjna odbywa się zwykle w poradniach zdrowia psychicznego, położonych blisko miejsca zamieszkania sprawcy. W obowiązujących przepisach wykonawczych w postaci obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej z dnia 30 sierpnia 2020 r.[644] przewidziano również dwie placówki stacjonarne do wykonywania terapii: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek oraz Szpital dla Nerwowo

[640] Tak również F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 743.
[641] P. Hofmański, L. K. Paprzycki (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, pod red. M. Filara, Warszawa 2016, s. 714.
[642] Legalis numer: 1576151.
[643] M. Tygielski, *Lecznicze środki zabezpieczające stosowane wobec sprawców przestępstw popełnionych w związku z uzależnieniem*, Wrocław 2018, s. 219.
[644] M. P. z 2020 r. poz. 794.

i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim, ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański.

Z uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia – Departament Zdrowia Publicznego[645] na potrzeby niniejszej rozprawy danych wynika, że środek zabezpieczający realizowano w obu powyższych placówkach: w 2017 r. wobec jednego sprawcy, w 2018 r. wobec dwóch sprawców, w 2019 r. wobec jednego sprawcy i w 2020 r. wobec 4 sprawców, a więc są to jednostkowe przypadki w skali kraju.

W związku z powyższym należy jednoznacznie stwierdzić, że możliwość wykonywania terapii w warunkach stacjonarnych powinna być wyraźnie przewidziana w przepisach rangi ustawowej, a nie wynikać *de facto* z przepisów o charakterze wykonawczym.

Co do terapii uzależnień natomiast, w przeciwieństwie do terapii, wydaje się, że *de lege lata* powinna być realizowana wyłącznie w formie leczenia ambulatoryjnego, nawet gdyby placówka lecznicza, w której umieszczony zostałby uzależniony sprawca, nie była zakładem zamkniętym. Obowiązujące przepisy wykonawcze nie przewidują bowiem żadnych placówek stacjonarnych, nawet mających otwarty charakter, do wykonywania terapii uzależnień, pomimo że w uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r. wskazano, że terapia uzależnień obejmuje procedurę postępowania z osobami uzależnionymi, zarówno w zamknięciu, jak i terapię realizowaną poza oddziałem zamkniętym[646]. Pomimo tego jednak można rozważać kierowanie sprawców, którzy wyrażą zgodę na terapię uzależnień w warunkach stacjonarnych, na leczenie do placówek położonych blisko ich miejsca zamieszkania, co zdarza się w praktyce sądowej[647] i co dopuszczają niektórzy, wyżej przywołani, przedstawiciele doktryny.

Odnośnie do terapii uzależnień, podobnie jak w zakresie terapii, należy jednoznacznie stwierdzić, że możliwość jej wykonywania w warunkach stacjonarnych powinna być wyraźnie określona w ustawie.

Nie ma możliwości wykonywania terapii i terapii uzależnień w formie indywidualnej, prywatnej praktyki lekarza lub specjalisty z zakresu uzależnień, jako że z treści art. 93 f § 2 k.k. wynika wprost obowiązek podjęcia terapii w placówce leczenia odwykowego[648].

---

[645] Dane uzyskane w ramach dostępu do informacji publicznej.
[646] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk Sejmowy Nr 2393 s. 32.
[647] Badania własne akt sądowych.
[648] P. Góralski, *Podstawowe problemy wykładni przepisów poświęconych środki zabezpieczającemu w postaci terapii uzależnień (art. 93 a § 1 pkt 3 k.k.)*, Przegląd Sądowy 2018, Nr 7-8, s. 51.

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a zatem również świadczeń realizowanych w ramach terapii i terapii uzależnień, określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień[649]. Obowiązujące przepisy nie przewidują bowiem odrębnych świadczeń gwarantowanych, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, tj. poradniach zdrowia psychicznego lub poradniach leczenia uzależnień lub w warunkach dziennych, tj. na oddziałach dziennych, przeznaczonych specjalnie dla sprawców, wobec których wykonywana jest terapia lub terapia uzależnień w ramach środka zabezpieczającego.

Z § 3 powyższego Rozporządzenia wynika, że świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: 1) stacjonarnych: a) psychiatrycznych, b) leczenia uzależnień, c) w izbie przyjęć; 2) dziennych: a) psychiatrycznych, b) leczenia uzależnień; 3) ambulatoryjnych: a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego), b) leczenia uzależnień. Wydaje się, że w ramach terapii lub terapii uzależnień, poza świadczeniami realizowanymi w warunkach ambulatoryjnych, mogą być realizowane świadczenie w warunkach dziennych.

Rodzaje świadczeń określają załączniki do wspomnianego Rozporządzenia. I tak, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne obejmują m.in.: poradę lekarską diagnostyczną, poradę lekarską terapeutyczną, poradę lekarską kontrolną, poradę psychologiczną diagnostyczną, poradę psychologiczną i sesję psychoterapii indywidualnej, zaś świadczenia z zakresu leczenia uzależnień obejmują m.in.: poradę lub wizytę diagnostyczną, poradę lub wizytę terapeutyczną, poradę lub wizytę lekarską, wizytę instruktora terapii uzależnień, sesję psychoterapii indywidualnej.

Natomiast świadczenia psychiatryczne realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych obejmują m.in.: świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi, powyżej 18 roku życia, czy też świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych obejmujące rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

[649] Dz. U. z 2019, poz. 1285.

Z kolei świadczenia realizowane w warunkach dziennych leczenia uzależnień m.in. obejmują: świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych, a także osób ryzykownie pijących, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych, jak również świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i współuzależnionych, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. W ramach oddziału dziennego terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych może być realizowany program leczenia substytucyjnego.

W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że jeśli sprawca podjął leczenie po dopuszczeniu się czynu zabronionego i je kontynuuje, biegli wnioskując o zastosowanie terapii lub terapii uzależnień, powinni uzasadnić w opinii, dlaczego leczenie podjęte dobrowolnie nie jest wystarczające dla zapobieżenia popełnieniu kolejnego czynu zabronionego. Leczenie w warunkach środka zabezpieczającego nie powinno bowiem różnić się od leczenia podjętego dobrowolnie, jeśli chodzi o stosowane metody. Jedyną wartością dodaną leczenia w ramach środka zabezpieczającego jest nadzór sądu. Możliwa jest więc sytuacja, że jeśli sprawca czynu zabronionego związanego z zaburzeniami psychicznymi podejmie leczenie, przynosi ono efekty, a na podstawie okoliczności sprawy można przypuszczać, że będzie je kontynuował, to nie zostanie wobec niego orzeczony środek zabezpieczający, zgodnie z zasadą konieczności. Środek zabezpieczający natomiast zostanie zastosowany, jeśli mimo podjętego leczenia, z opinii biegłych będzie wynikało, że w przeszłości sprawca przerywał leczenie, odstawiał leki i nie ma wsparcia nikogo, kto nadzorowałby jego wizyty lekarskie i przyjmowanie leków. Wówczas nadzór sądu okaże się konieczny[650].

Przed zastosowaniem terapii lub terapii uzależnień sąd ma obowiązek każdorazowo wysłuchać biegłego psychologa. Jeśli sprawca jest niepoczytalny, ma ograniczoną poczytalność lub zaburzenia osobowości, sąd zobligowany jest również wysłuchać biegłych lekarzy psychiatrów. W przypadku innych sprawców sąd może wysłuchać lekarzy psychiatrów, jeśli uzna to za wskazane. W sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych sąd ma obowiązek wysłuchać biegłego psychologa, biegłych lekarzy psychiatrów oraz biegłego lekarza seksuologa lub biegłego psychologa seksuologa. Jeśli sprawca jest osobą uzależnioną, fakultatywnie przewidziano wysłuchanie biegłego w przedmiocie uzależnienia (art. 354a § 1 pkt 1-3 k.p.k.). To ostatnie rozwiązanie spotkało się z krytyką.

[650] M. Pyrcak-Górowska, *Wybrane problemy związane z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym w sprawach o zastosowania środka zabezpieczającego po 1.07.2015 r.*, Pal. 2021, Nr 3, s. 11-12.

Wskazuje się bowiem, że opinia biegłego w przedmiocie uzależnienia powinna być obligatoryjna, gdyż jest kluczowa dla podjęcia trafnego rozstrzygnięcia, zarówno co do zastosowania terapii uzależnień w ogóle, jak i co do sposobu jej wykonywania[651]. W sytuacji, gdy sprawca, wobec którego istnieją podstawy do orzeczenia terapii lub terapii uzależnień, wyraża zgodę na taką terapię lub terapię uzależnień, nie ma potrzeby wysłuchania biegłych. Sąd może jednak wysłuchać jednego lub więcej biegłych, jeżeli uzna to za wskazane, co wynika z art. 354a § 2 k.p.k.

Możliwość fakultatywnego odstąpienia od wysłuchania biegłych w przypadku zgody sprawcy na terapię lub terapię uzależnień spotkała się w piśmiennictwie z dezaprobatą[652]. Wydaje się, że jest ona nieuzasadniona, gdyż jest to tylko możliwość, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości sąd z pewnością wezwie biegłego lub biegłych i odbierze ustną uzupełniającą opinię.

Z kolei w postępowaniu wykonawczym, zgodnie z art. 199b § 2 k.k.w., przed orzeczeniem, zmianą i uchyleniem środka zabezpieczającego sąd wysłuchuje psychologa. W sprawach osób niepoczytalnych, o ograniczonej poczytalności lub z zaburzeniami osobowości albo gdy sąd uzna to za wskazane wysłuchuje ponadto lekarza psychiatrę. W sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych sąd obowiązkowo wysłuchuje psychologa, lekarza psychiatrę oraz lekarza seksuologa lub psychologa seksuologa. W sprawach osób uzależnionych sąd może również wysłuchać biegłego w przedmiocie uzależnienia.

Zasady powoływania biegłych w postępowaniu rozpoznawczym i wykonawczym różnią się. Po pierwsze, w postępowaniu wykonawczym wystarczy opiniowanie przez jednego psychiatrę, co wynika z okoliczności, że z reguły będzie to już kolejna opinia psychiatryczna w sprawie, a poza tym na tym etapie nie jest już możliwe orzeczenie najsurowszego środka zabezpieczającego, a więc nie ma konieczności rozszerzania gwarancji dla sprawy[653]. Po drugie, sąd nie ma tu możliwości za zgodą sprawcy ograniczenia się do

[651] Szerzej na ten temat: R. Kubiak, *Przymusowe leczenie w ramach środków zabezpieczających* (w:) *System prawa medycznego.* Tom II. Część 1. *Regulacja prawna czynności medycznych* pod red. M. Boratyńskiej, P. Konieczniaka, E. Zielińskiej, s. 815-853.
[652] R. Maćkowiak, *Środki zabezpieczające a stopień społecznej szkodliwości czynu zabronionego* (w:) *Środki zabezpieczające w prawie karnym. Zagadnienia prawnomaterialne i procesowe*, red. I. Zwoliński i W. Juchacz, Inowrocław 2020, s. 139.
[653] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk Sejmowy Nr 2393 s. 80.

wysłuchania niektórych biegłych. Po trzecie, opiniowanie realizacji terapii oraz terapii uzależnień ma charakter cykliczny[654].

Wniosek o orzeczenie, zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego może złożyć również dyrektor zakładu karnego, kierownik zakładu psychiatrycznego lub kierownik podmiotu leczniczego, w którym sprawca odbywa terapię lub terapię uzależnień, co wynika z art. 199b § 1 k.k.w. Jeżeli od wydania poprzedniego orzeczenia w tym przedmiocie upłynęło mniej niż 6 miesięcy, a wnioskodawca nie wskazał nowych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia, zgodnie z art. 199b § 4 k.k.w., można pozostawić bez rozpoznania wniosek o zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego.

Należy zauważyć, iż w przepisach dotyczących wolnościowych środków zabezpieczających jest mowa o podmiotach leczniczych. Np. zgodnie z art. 200 § 3b k.k.w. środek zabezpieczający w postaci terapii orzeczonej wobec sprawcy określonego w art. 93c pkt 3 k.k., czyli skazanego za przestępstwo określone w art. 148, 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wykonuje się w podmiotach leczniczych.

W myśl art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[655] podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne tych stowarzyszeń, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła

[654] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 11.
[655] Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania oraz jednostki wojskowe, przy czym wszystkie wyżej wymienione podmioty są podmiotami leczniczymi w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z art. 5 ust. 2 pkt 1 i ust. 3 ustawy o działalności leczniczej wynika, że lekarz może wykonywać działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, jednak wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

W praktyce zdarza się, że sprawca wobec którego orzekana jest terapia leczy się w poradni zdrowia psychicznego albo u lekarza psychiatry prowadzącego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. W obowiązującym stanie prawnym, nie ma możliwości skierowania go na terapię do lekarza, u którego się leczy, skoro wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego. Nie ma natomiast przeszkód, aby został skierowany do odbycia terapii w poradni zdrowia psychicznego, której jest pacjentem. Brak możliwości skierowania sprawcy do lekarza prowadzącego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest niesłusznym rozwiązaniem i niekorzystnym dla sprawców, którzy mogliby w ramach środka zabezpieczającego kontynuować terapię u lekarza, którego pacjentami pozostają niekiedy od wielu lat. Z kolei w przypadku sprawców umieszczonych w domach pomocy społecznej, powinna istnieć możliwość wykonywania terapii przez lekarzy psychiatrów, którzy zajmują się pacjentami umieszczonymi w takich placówkach.

Zgodnie z art. 201 § 2b k.k.w. w wypadku skierowania sprawcy na terapię lub terapię uzależnień sąd przesyła odpis orzeczenia kierownikowi podmiotu leczniczego. Wydaje się, że zasadne byłoby, aby poza odpisem orzeczenia sąd przesyłał kierownikowi podmiotu leczniczego również opinię sądowo-psychiatryczną i psychologiczną dotyczącą sprawcy oraz ewentualnie inną, znajdującą się w aktach, dokumentację medyczną, aby lekarz lub terapeuta miał możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia sprawcy jeszcze przez terminem pierwszej wizyty.

Przesyłając odpis orzeczenia o zastosowaniu środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień, sąd poucza kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonywany jest ten środek zabezpieczający, o obowiązku niezwłocznego poinformowania sądu o niestawiennictwie sprawcy na terapię lub terapię uzależnień.

Wzywając sprawcę do stawiennictwa w podmiocie leczniczym, sąd poucza o konsekwencjach uchylania się od wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego, co wynika z § 421 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych. Tak więc, sprawca powinien zostać wezwany przez sąd do stawienia się w podmiocie leczniczym. Celowe byłoby, aby sąd zakreślił termin, w jakim ma to nastąpić, pomimo że przepis tego nie wymaga. Pouczenie sprawcy o konsekwencjach należy rozumieć jako pouczenie o treści art. 244b k.k.

Należy zauważyć, że z brzmienia art. 93f § 1 i 2 k.k. wynika, że sprawca poddany terapii ma obowiązek stawiennictwa w placówce „w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa lub terapeutę", a sprawca poddany terapii uzależnień ma obowiązek stawiennictwa w placówce leczenia odwykowego „w terminach wyznaczonych przez lekarza". Gdyby dokonać interpretacji tego przepisu abstrahując od § 421 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych, to należałoby stwierdzić, że to lekarz lub terapeuta wzywa sprawcę do stawienia się w placówce, a nie sąd. Dopiero łączne odczytanie obu przepisów pozwala uznać, że sprawcę do stawienia się w placówce leczniczej po raz pierwszy wzywa sąd, ze stosownym pouczeniem, w momencie kierowania do wykonania orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego, a lekarz lub terapeuta wyznacza kolejne terminy wizyt, na które sprawca zobowiązany jest stawiać się.

Zgodnie z art. 202b § 1 k.k.w. orzekając terapię lub terapię uzależnień wobec skazanego określonego w art. 93c pkt 5 k.k., który zostaje zwolniony z zakładu psychiatrycznego lub zakładu karnego, sąd ustala okres próby na czas od 6 miesięcy do lat 2 i oddaje skazanego pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym.

W art. 202b § 2 k.k.w. postanowiono, że sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zakładzie karnym, jeżeli skazany w okresie próby uchyla się od poddania się terapii lub terapii uzależnień, uchyla się od dozoru kuratora, popełnia przestępstwo lub rażąco narusza porządek prawny albo regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego. W myśl art. 202 b § 3 k.k.w., jeżeli w okresie próby i w ciągu dalszych 6 miesięcy nie zarządzono

ponownego umieszczenia skazanego w zakładzie karnym, karę uważa się za odbytą z upływem okresu próby.

W literaturze wyrażono trafne spostrzeżenie, że unormowania ustawy karnej nie przewidują możliwości umieszczenia sprawcy określonego w art. 93c pkt 5 k.k. w zakładzie psychiatrycznym, a więc trudno powiedzieć, o jakim przypadku zwolnienia z zakładu psychiatrycznego jest mowa w art. 202b § 1 k.k.w.[656]

Nadto podniesiono, że w przepisie o charakterze wykonawczym ustanowiono wyjątek od ogólnej zasady przewidzianej w art. 93d § 1 k.k., czyli przepisie prawa karnego materialnego, że środek zabezpieczający stosuje się na czas nieoznaczony z góry. Trudno stwierdzić przy tym, czy w tym wypadku czas oznaczony od 6 miesięcy do 2 lat odnosi się wyłącznie do okresu sprawowania dozoru, czy także dotyczy realizacji terapii lub terapii uzależnień. Wskazano, że treść przepisu chyba ogranicza czasowo stosowanie tych środków zabezpieczających. Co więcej, poddano w wątpliwość, czy pomimo zamieszczenia przepisu art. 202b k.k.w. w rozdziale dotyczącym środków zabezpieczających, przepis ów odnosi się do wolnościowych środków zabezpieczających, gdyż stosowanie terapii lub terapii uzależnień na okres próby wobec skazanego zwalnianego z zakładu karnego stanowi w istocie środek probacyjny, a nie zabezpieczający[657].

Krytycznie należy ocenić unormowanie, iż w przypadku orzeczenia terapii lub terapii uzależnień dozór kuratora znajduje zastosowanie jedynie wobec zwalnianych z zakładu karnego skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Możliwość oddania sprawcy pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym, powinna być przewidziana w każdym przypadku zastosowania terapii lub terapii uzależnień, a więc zarówno w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, jak i w postępowaniu wykonawczym, a tu w każdym z możliwych wariantów, czyli po uchyleniu internacji (art. 93 d § 2 k.k.), w czasie odbywania przez sprawcę kary pozbawienia wolności (art. 93 d § 4 k.k.), po uchyleniu środka zabezpieczającego, w ciągu 3 lat od jego uchylenia (art. 93 d § 6 k.k.) oraz na skutek zmiany środka zabezpieczającego zastosowanego przez sąd w orzeczeniu kończącym postępowanie lub w postępowaniu wykonawczym (art. 93 b § 3 k.k.).

[656] P. Góralski, *Podstawowe problemy wykładni przepisów poświęconych środki zabezpieczającemu w postaci terapii uzależnień (art. 93 a § 1 pkt 3 k.k.)*, Przegląd Sądowy 2018, Nr 7-8, s. 55.
[657] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 13.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny zostać podane kontroli. Jak słusznie zauważono w doktrynie, uzależnienie osłabia wolę i pogłębia skłonność do ulegania wpływom[658]. Kurator, w szczególności zawodowy, byłby w stanie zmotywować sprawcę do stawienia się w placówce medycznej i podjęcia leczenia, a następnie kontrolowałby jego przebieg, podobnie jak w przypadku sprawców, wobec których stosuje się środki probacyjne, np. warunkowe zawieszenie wykonania kary i nakłada na nich stosowne obowiązki w okresie próby, np. poddania się terapii uzależnień, czy poddania się terapii w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, o których mowa w art. 72 § 1 pkt 6 i 6a k.k. Kurator niezwłocznie poinformowałby sąd o zaniechaniu leczenia przez sprawcę, o jego zachowaniu, np. naruszeniach porządku prawnego, co pozwoliłoby sądowi szybko zareagować.

Brak możliwości zastosowania dozoru kuratora przy stosowaniu terapii i terapii uzależnień w każdym przypadku tym bardziej jest niezrozumiały, że ustawodawca przewidział go obligatoryjnie przy zastosowaniu środka zabezpieczającego z art. 71 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomani, a fakultatywnie oddanie pod dozór kuratora przewidziano przy orzekaniu o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu przez osobę uzależnioną od alkoholu (art. 31 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Co więcej, w pierwszym z serii projektów nowelizacji k.k. z 1997 r. odnoszącym się do zmian w regulacji środków zabezpieczających z dnia 2 listopada 2012 r. przewidziano dozór kuratora jako samodzielny środek zabezpieczający, obok środków zabezpieczających w postaci dozoru Policji i podania wyroku do publicznej wiadomości. Również w trzecim z kolei projekcie nowelizacji k.k. z 1997 r., datowanym na dzień 5 listopada 2013 r., przewidziano jako nowe formy środków zabezpieczających m.in. dozór Policji i dozór kuratora. Niestety, w następnym projekcie nowelizacyjnym noszącym datę 15 maja 2014 r. zrezygnowanie ze środka zabezpieczającego polegającego na dozorze kuratora[659]. Podnosi się, że prawdopodobną przyczynę zrezygnowania z dozoru kuratora było uznanie, że służba kuratorska i tak już jest przeciążona obowiązkami, toteż nie należy jej obarczać realizacją dodatkowych zadań. Jednocześnie dostrzega się, iż uwzględniając ilość i zakres czynności, jakie w związku z rozszerzeniem zakresu dozoru elektronicznego nałożono na sądowych kuratorów zawodowych – o ile był taki zamysł – to z pewnością nie został zrealizowany[660].

---

[658] E. Bieńkowska (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1276.
[659] P. Góralski, *Reforma unormowań poświęconych środkom zabezpieczającym z 20 lutego 2015 r. (cz. 1)*, Pal. 2017, Nr 4, s. 41-43.
[660] P. Góralski, *Środek zabezpieczający w formie elektronicznej kontroli miejsca pobytu sprawcy czynu karalnego (cz. 2)*, Prok. i Pr. 2017, Nr 10, s. 74.

Wydaje się, że obowiązki kuratora zawodowego przy orzekaniu terapii i terapii uzależnień mogłyby zostać ukształtowane na wzór określonych w art. 31 ust. 5-7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W szczególności zatem kurator zobligowany byłby do podejmowania działań niezbędnych do tego, aby sprawca zastosował się do orzeczenia sądu, w którym zastosowano wobec niego terapię lub terapię uzależnień; do utrzymywania systematycznego kontakt ze sprawcą i udzielania mu niezbędnej pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych, a zwłaszcza w rozpoczęciu i kontynuowaniu terapii lub terapii uzależnień; do zaznajamia się z wynikami leczenia lub terapii oraz współdziałania z placówką lub placówkę leczenia odwykowego, o których mowa w art. 93 f § 1 i 2 k.k., w celu osiągnięcia celów terapii lub terapii uzależnień; do utrzymywania kontaktu z członkami rodziny sprawcy, pozostającymi z nim we wspólnym gospodarstwie domowym; do oddziaływania na środowisko, w którym sprawca poddany terapii lub terapii uzależnień przebywa lub do którego ma powrócić, zwłaszcza kształtować właściwy stosunek do sprawcy; do składania sądowi pisemnych sprawozdań z przebiegu terapii lub terapii uzależnień w terminach określonych przez sąd, nie rzadziej jednak niż co 2 miesiące. Nadto, kurator zawodowy powinien być zobowiązany do składania wniosków do sądu w przedmiocie dalszego stosowania orzeczonych środków zabezpieczających w postaci terapii lub terapii uzależnień, a także zawiadamianie sądu o potrzebie podjęcia innych niezbędnych czynności.

W doktrynie wyrażono stanowisko, że łącznie z terapią może być orzekany środek zabezpieczający w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu, co pozwoli skutecznej kontrolować jej wykonywanie. Elektroniczna kontrola miejsca pobytu sprawcy objętego systemem środków leczniczo – zabezpieczających stwarza bowiem możliwości pewnej elastyczności w przebiegu i dynamice procesu leczenia, a zwłaszcza podważa konieczność preferowania środków izolacyjnych. Wskazywano nadto, że można mówić o kompleksowości takiego modelu, gdzie dozór elektroniczny sprzyja sięganiu po metody wolnościowe, np. leczenie ambulatoryjne[661].

Wydaje się jednak, że o wiele bardziej celowa byłaby możliwość stosowania przy terapii i terapii uzależnień dozoru kuratora sądowego w kształcie proponowanym wyżej, czy na wzór regulacji probacyjnych albo jako odrębny środek zabezpieczający. Zdaniem P. Góralskiego, to swoisty paradoks, że w katalogu środków zabezpieczających, wprowadzonych w drodze nowelizacji kodeksu karnego z 2015 r. znalazła się elektroniczna

[661] J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające*, t.7, Warszawa 2015, s. 156.

kontrola miejsca pobytu, której istotnym elementem są czynności decyzyjne i kontrolno-koordynacyjne zawodowego kuratora sądowego, podczas gdy bardziej zasadne byłoby zamieszczenie w katalogu tych środków dozoru kuratora, którego wykonanie byłoby wspomagane przez równoległą realizację dozoru elektronicznego[662].

Dodatkowo należy podzielić wyrażane w literaturze zastrzeżenia etyczne i prakseologiczne dotyczące stosowania elektronicznej kontroli miejsca pobytu wobec sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 1 k.k., czyli niepoczytalnych w kontekście licznych obowiązków, jakie ciążą na sprawcy, wobec którego stosowana jest elektroniczna kontrola miejsca pobytu[663]. Zgodnie z art. 93e k.k. ma on obowiązek poddania się nieprzerwanej kontroli miejsca swojego pobytu sprawowanej za pomocą urządzeń technicznych, w tym noszonego nadajnika. Do obowiązków takiego sprawcy należy również dbanie o powierzone mu środki techniczne, w tym ochrona ich przed utratą, zniszczeniem, uszkodzeniem lub uczynieniem niezdatnymi do użytku oraz zapewnianie ich stałego zasilania energią elektryczną; udostępnianie podmiotowi dozorującemu powierzone środki techniczne do kontroli, naprawy lub wymiany na każde żądanie tego podmiotu; udzielanie wyjaśnień dotyczących przebiegu odbywania kary i wykonywania nałożonych obowiązków oraz stawianie się na wezwania sędziego i kuratora, a nadto: nieprzerwane noszenie rejestratora przenośnego, odbieranie połączeń przychodzących do rejestratora przenośnego oraz udzielanie osobom upoważnionym, na ich żądanie, wyjaśnień również przy użyciu rejestratora przenośnego (art. 43n § 1 i 3 KKW). Trudno wyobrazić sobie egzekwowanie tych wszystkich obowiązków od osób chorych psychicznie.

Trzecim argumentem przemawiającym za tym, że lepszy byłby dozór kuratora od elektronicznej kontroli miejsca pobytu są problemy techniczne związane ze stosowaniem dozoru elektronicznego.

Z art. 204 § 4 k.k.w. wynika, że jeżeli wobec sprawcy orzeczono środek zabezpieczający inny niż pobyt w zakładzie psychiatrycznym, odpowiednie zastosowanie znajduje przepis art. 204 § 1 k.k.w. z tym, że sąd orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Pojawia się jednak pytanie, w jakim zakresie należy odpowiednio stosować art. 204 § 1 k.k.w. do terapii i terapii uzależnień? Z przepisu tego wynika, że wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka,

[662] P. Góralski, *Środek zabezpieczający w formie elektronicznej kontroli miejsca pobytu sprawcy czynu karalnego (cz. 2)*, Prok. i Pr. 2017, Nr 10, s. 73.
[663] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 742.

a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne – bezzwłocznie oraz, że w razie potrzeby zasięga opinii innych biegłych. Rzecz w tym, że zgodnie z art. 203 § 1 k.k.w. kierownik zakładu zamkniętego jest zobligowany przesyłać do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy, natomiast kierownik podmiotu leczniczego, w którym wykonywana jest terapia lub terapia uzależnień takiego obowiązku nie ma. Zgodnie z przywołanym już wyżej art. 199 § 1 k.k.w. jest on uprawniony jedynie do złożenia wniosku o orzeczenie, zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego. Jeśli kierownik podmiotu leczniczego skieruje do sądu informację o stanie zdrowia sprawcy, jego postępach w leczeniu i konieczności dalszego stosowania środka zabezpieczającego (z własnej inicjatywy, czy też na żądanie sądu), to nie stanowi ona opinii, a należałoby ją potraktować jako zawiadomienie sądu o stanie zdrowia sprawcy i o postępach w leczeniu, które może być asumptem do powołania biegłych w celu oceny, czy konieczne jest dalszego stosowania terapii lub terapii uzależnień. Podobny obowiązek przesyłania takich zawiadomień, zgodnie z art. 197 § 1 k.k.w. z 1969 r.[664], ciążył na kierowniku zakładu leczniczego, w którym wykonywano środki zabezpieczające polegające na umieszczeniu sprawcy w szpitalu psychiatrycznym, w zakładzie leczenia odwykowego lub innym odpowiednim zakładzie. Takie zawiadomienie według orzecznictwa nie było opinią lekarską o potrzebie dalszego stosowania środka zabezpieczającego[665].

W obecnym stanie prawnym sąd ma zatem z urzędu obowiązek powołania biegłych i uzyskania opinii co do zasadności dalszego stosowania terapii lub terapii uzależnień, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, a nie ma możliwości uzyskania przez sąd, bez jego zaangażowania i podejmowania czynności, opinii, że dalsze stosowanie terapii lub terapii uzależnień nie jest konieczne. To z kolei wynika z brzmienia samego art. 204 § 4 k.k.w., a zatem brak treści normatywnej w art. 204 § 1 k.k.w., która mogłaby znaleźć odpowiednie zastosowanie do terapii lub terapii uzależnień.

W piśmiennictwie pojawił się pogląd, że poza częstotliwością weryfikowania orzeczonego środka zabezpieczającego, ustawodawca powinien określić w przepisach wykonawczych skutki prawne niedotrzymania przez sąd określonego terminu w postaci odstąpienia od stosowania środka zabezpieczającego. Przywołana wyżej regulacja nakazująca sądowi orzekanie w przedmiocie dalszego stosowania środka zabezpieczającego nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w przypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie zamkniętym nie jest konieczne, bezzwłocznie, nie ma obecnie charakteru

[664] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r., Dz. U. z 1969, Nr 13, poz. 98.
[665] Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 2 września 1983 r., I KZ 96/83, Legalis: 23862.

gwarancyjnego dla sprawcy, że niedotrzymanie przez sąd powyższego terminu wywoła skutek w postaci odstąpienia od stosowania środka zabezpieczającego[666].

2. Kategorie sprawców, wobec których można stosować terapię i terapię uzależnień, przesłanki ich orzekania oraz czas stosowania.

Terapia i terapia uzależnień mogą być stosowane wobec wszystkich pięciu kategorii sprawców czynów zabronionych określonych w art. 93c k.k. Można je więc stosować wobec sprawcy, co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1; wobec sprawy skazanego za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2, wobec skazanego za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych; wobec przestępcy skazanego na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia oraz wobec skazanego za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Znamienne jest przy tym, że do zastosowania terapii lub terapii uzależnień nie wystarczy ogólne stwierdzenie u sprawcy zaburzenia osobowości, a konieczne jest ustalenie przez biegłych, że sprawca dotknięty jest zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia.

Do zastosowania wobec sprawcy określonego w art. 93c k.k. terapii lub terapii uzależnień albo obu środków jednocześnie konieczne jest spełnienie zarówno ogólnych przesłanek stosowania środków zabezpieczających określonych w przepisie art. 93b § 1-5 k.k., jak i zaistnienie szczególnych przesłanek dotyczących tych środków zabezpieczających.

Przede wszystkim niezbędne jest ustalenie, że mamy do czynienia ze sprawcą, a więc, że osoba, której dotyczy postępowanie dopuściła się zarzuconego jej czynu zabronionego, przy czym chodzi o zachowania wyczerpujące znamiona występku lub zbrodni. Prawo

[666] I. Zduński, *Środki zabezpieczające w projekcie nowelizacji k.k.*, Prok. i Pr. 2015, Nr 3, s. 62.

wykroczeń nie zawiera leczniczych środków zabezpieczających, tak więc terapia ani terapia uzależnień nie mogą znaleźć zastosowania wobec sprawców wykroczeń[667].

Omawiane środki zabezpieczające muszą czynić zadość zasadzie konieczności, zgodnie z którą, stan sprawcy w chwili orzekania ma przedstawiać realne, aktualne, zagrożenie dla porządku prawnego, a zastosowanie środka zabezpieczającego musi stanowić niezbędny sposób zapobiegnięcia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego. Sąd ma obowiązek uwzględnić także zasadę subsydiarności, czyli *ultima ratio* środków zabezpieczających, która oznacza, że terapia lub terapia uzależnień mogą zostać orzeczone tylko wtedy, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw, nie są wystarczające. Zdaniem P. Góralskiego w praktyce, w przypadku sprawców poczytalnych, będzie tu chodziło o zastosowanie w pierwszej kolejności terapii, a w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, którym w kodeksie nadano postać środka zabezpieczającego z art. 72 § 1 pkt 6a k.k. lub elementu kary ograniczenia wolności, o którym mowa w art. 34 § 3 k.k. W przypadku zaś sprawców niepoczytalnych w chwili czynu, chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, będzie chodziło o to, czy w pierwszej kolejności nie przekazać sprawy sądowi opiekuńczemu w celu zastosowania środków z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego[668]. I wreszcie należy uwzględnić zasadę proporcjonalności, zgodnie z którą, środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględniać potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień.

Do zastosowania terapii i terapii uzależnień nie jest wymagane, aby stopień społecznej szkodliwości czynu, jakiego dopuścił się sprawca był znaczny, co wynika z treści art. 93b § 1 zd. 2 *a contrario*, a prawdopodobieństwo popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego nie musi być wysokie.

W kontekście powyższego należy wskazać, iż do dnia 1 lipca 2015 r., jeśli w postępowaniu karnym dotyczącym sprawcy niepoczytalnego nie ustalono, iż zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn o znacznej społecznej szkodliwości, a więc, jeśli nie zaistniała jedna z koniecznych przesłanek do zastosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie

[667] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 6.
[668] Tamże, s. 7.

psychiatrycznym, choć było wskazane leczenie i rehabilitacja sprawcy z uwagi na wiedzę psychiatryczną lub interes społeczny – jak już wcześniej wskazano – pozostawały do dyspozycji środki przewidziane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Obecnie zaś wobec sprawcy, co do którego istnieje prawdopodobieństwo popełnienia nawet poważnego czynu zabronionego, ale nie jest wysokie, jak również wobec sprawców czynów „drobnych" czy też „średnich", sąd może orzec terapię lub terapię uzależnień.

P. Zakrzewski zwraca uwagę, że pomimo tego, iż w przypadku wolnościowych środków zabezpieczających ustawodawca nie wyraził wprost wymogu, że prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego ma występować w związku z choroba psychiczną lub upośledzeniem umysłowym (art. 93c pkt 1 i 2), w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych (art. 93c pkt 2 k.k.), w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia (art. 93c pkt 4 k.k.) albo w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, to wymóg taki należy wyprowadzić z zasady konieczności stosowania środków zabezpieczających[669].

Zasadniczo wolnościowe środki zabezpieczające orzekane są w wyroku skazującym albo w wyroku (w przypadku wniesienia aktu oskarżenia) lub postanowieniu (w przypadku wniesienia wniosku w trybie art. 354 k.p.k.) umarzającym postępowanie z powodu niepoczytalności sprawcy, a więc w postępowaniu rozpoznawczym.

Wyjątkowo w art. 93d § 4 k.k. ustawodawca przewidział możliwość orzekania wolnościowych środków zabezpieczających po raz pierwszy w postanowieniu wydanym w postępowaniu wykonawczym, gdy wobec sprawcy wykonywana jest kara pozbawienia wolności, do czasu jej wykonania, jednak nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary. Przepis dotyczy zarówno sytuacji, gdy sprawca odbywa karę pozbawienia wolności orzeczoną w wyroku jako kara bezwzględna, jak i karę pozbawienia wolności, której wykonanie w wyroku zostało warunkowo zawieszone, a następnie zarządzone.

W doktrynie prezentowane jest słuszne stanowisko, że przesłanka wykonywania kary pozbawienia wolności, o której mowa w art. 93d § 4 k.k. nie jest spełniona, gdy wobec sprawcy wykonywana jest kara zastępcza pozbawienia wolności, która jest formą zastępczego wykonania kary grzywny i ograniczenia wolności, a nie karą pozbawienia wolności.

[669] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 711.

Dodatkowo argumentuje się, że od kar zastępczych pozbawienia wolności nie można skazanego warunkowo zwolnić[670].

Istnieje również możliwość zastosowania wolnościowych środków zabezpieczających po raz pierwszy w postępowaniu wykonawczym wówczas, gdy pierwotnie został orzeczony pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Po pierwsze, w przypadku uchylenia najsurowszego środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 93d § 2 k.k. i po drugie, w postanowieniu wydanym w ciągu 3 lat od uchylenia tegoż środka zabezpieczającego, o czym mowa w art. 93d § 6 k.k., gdy uchylając go sąd nie zdecydował się na orzeczenie jednego lub więcej wolnościowych środków zabezpieczających.

Nadto, wolnościowy środek zabezpieczający może zostać orzeczony po raz pierwszy postanowieniem w postępowaniu wykonawczym wtedy, gdy sąd na podstawie art. 93b § 3 zd. 2 k.k. zadecyduje o zmianie orzeczonego wobec sprawcy środka zabezpieczającego, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe. Do zastosowania tej instytucji konieczne jest z oczywistych względów uprzednie zastosowanie środka zabezpieczającego albo w orzeczeniu kończącym postępowanie przed sądem pierwszej instancji albo w postępowaniu wykonawczym, w trybie art. 93d § 2 k.k, art. 93d § 4 k.k. lub art. 93d § 6 k.k.

Może się przy tym wydawać, że nie ma przeszkód, aby zastosowany uprzednio środek zabezpieczający rozumieć jako każdy ze środków określonych w art. 93a § 1 pkt 1-4 k.k., a nie tylko jako środek o charakterze wolnościowym, jak wskazuje się w piśmiennictwie[671]. Można bowiem wyobrazić sobie sytuację, że sąd zmienia zastosowany wobec sprawcy środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym na terapię uznając, że najsurowszy środek zabezpieczający stał się nieodpowiedni, gdyż nie jest już konieczny do zapobieżenia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Zaproponowane wyżej rozumienie tego przepisu jest przyjmowane w praktyce sądowej[672]. Sądy bowiem albo uchylają najsurowszy środek zabezpieczający i stosują środki ambulatoryjne, zgodnie z art. 93b § 2 k.k., albo zmieniają internację na środek zabezpieczający wolnościowy. Taka interpretacja jednak może rodzić wątpliwości co do różnicy pomiędzy tymi dwiema instytucjami.

W doktrynie wskazuje się również, że sąd zmieniając orzeczony środek zabezpieczający nie może zmieniać ilości zastosowanych wobec sprawcy środków

[670] Tamże, s. 714-715.
[671] Tamże, s. 715.
[672] Badania własne akt sądowych.

zabezpieczających, co wynika z treści art. 93b § 3 zd. 2 k.k., w którym ustawodawca posłużył się liczbą pojedynczą „orzeczony środek" i „poprzednio orzeczony środek" oraz czasownikiem „zmienić", który w kontekście całego zdania oznacza zastąpienie jednego środka innym. Tak więc, jeśli wobec sprawcy orzeczono tylko jeden środek zabezpieczający, to sąd nie może zmienić go na dwa środki zabezpieczające[673].

W konsekwencji, należy uznać, że uchylenie izolacyjnego środka zabezpieczającego stanowi *lex specialis* do instytucji unormowanej w art. 93b § 3 zd. 2 k.k. i jeśli zaistnieje sytuacja, że nie ma już potrzeby wykonywania internacji, sąd winien ją uchylić i ewentualnie zastosować jeden lub dwa lecznicze wolnościowe środki zabezpieczające, zaś przepis dotyczący zmiany stosowanego środka zabezpieczającego powinien mieć zastosowanie tylko w przypadku, gdy pierwotnie orzeczono środek o charakterze wolnościowym. Tym bardziej, że po uchyleniu internacji może być potrzeba zastosowania zarówno terapii, jaki i terapii uzależnień, a literalna wykładnia instytucji określonej w art. 93b § 3 zd. 2 k.k. rzeczywiście pozwala jedynie na zmianę środka na inny pojedynczy środek.

Odnośnie do wolnościowych środków zabezpieczających orzekanych w wyroku skazującym należy stwierdzić, że nie ma przeszkód do zastosowania terapii oraz terapii uzależnień wobec sprawców skazywanych na karę grzywny, na karę ograniczenia wolności, czy karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W przypadku powyższych kar celowość orzeczenia terapii lub terapii uzależnień może mieć miejsce wobec sprawcy skazanego za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności, czy w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (art. 93c pkt 2 i 5 k.k.)[674].

Jeżeli chodzi o karę ograniczenia wolności należy mieć jednak na uwadze, że w jej ramach mogą być nakładane na sprawcę obowiązki, o których mowa w art. 72 § 1 pkt 2-7a k.k., co wynika z treści art. 34 § 3 k.k., a więc m.in. poddanie się terapii uzależnień (art. 72 § 1 pkt 6 k.k.) oraz terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji (art. 72 § 1 pkt 6a k.k.). Rację należy przyznać P. Zakrzewskiemu, że zgodnie z zasadą subsydiarności środków zabezpieczających nie ma możliwości orzeczenia terapii lub terapii uzależnień na podstawie art. 93a § 1 pkt 2-3 k.k., czyli jako środków zabezpieczających, jeśli zostały nałożone na sprawcę w ramach obowiązków związanych z karą ograniczenia wolności[675].

[673] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 716.
[674] Tamże, s. 717.
[675] Tamże, s. 718.

Co do kary pozbawienia wolności orzekanej z warunkowym zawieszeniem jej wykonania należy pamiętać, że tu również istnieje możliwość orzekania obowiązków probacyjnych określonych w art. 72 § 1 pkt 6 i 6a k.k. Sąd powinien dokonać wyboru, czy zastosować środki zabezpieczające w postaci terapii czy terapii uzależnień, czy nałożyć na sprawcę obowiązek poddania się terapii uzależnień lub terapii w ramach obowiązków okresu próby. Do zastosowania środków zabezpieczających nie jest wymagana zgoda sprawcy, zaś obowiązki probacyjne zgodnie z art. 74 § 1 k.k. wymagają zgody sprawcy. Orzeczenie terapii lub terapii uzależnień w ramach obowiązków probacyjnych daje możliwość szybkiej i skutecznej reakcji w przypadku zaprzestania leczenia przez sprawcę w postaci możliwości zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności, z drugiej jednak strony mogą być one wykonywane jedynie w okresie próby, a okres stosowania środków zabezpieczających jest niezależny od okresu próby.

W doktrynie stwierdzono, że decydujące znaczenie powinna mieć prognoza kryminologiczna sformułowana m.in. na podstawie opinii biegłych co do okresu, jaki jest potrzebny do oddziaływań terapeutycznych na sprawcę. I jeśli prognozowany okres będzie przekraczał możliwy do zastosowania w danym przypadku okres próby, to sąd powinien zastosować środki zabezpieczające z art. 93a § 1 pkt 2-3 k.k. Gdyby okazało się, że prognoza kryminologiczna była błędna i wobec sprawcy, co do którego zastosowano obowiązki probacyjne z art. 72 § 1 pkt 6 i 6a k.k., należało zarządzić wykonanie kary pozbawienia wolności, sąd będzie miał możliwość orzeczenia terapii lub terapii uzależnień na podstawie art. 93d § 4 k.k.[676].

Pewne wątpliwości może budzić prawna dopuszczalność orzekania środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień w ramach konsensualnych trybów zakończenia postępowania karnego. Zgodnie z art. 335 § 2 k.p.k. prokurator może dołączyć do aktu oskarżenia wniosek o wydanie na posiedzeniu wyroku skazującego i orzeczenie uzgodnionych z oskarżonym kar lub innych środków przewidzianych za zarzucany mu występek. Z kolei w art. 387 § 1 k.p.k. przewidziano, że do chwili zakończenia pierwszego przesłuchania wszystkich oskarżonych na rozprawie głównej oskarżony, któremu zarzucono przestępstwo zagrożone karą nieprzekraczającą 15 lat pozbawienia wolności, może złożyć wniosek o wydanie wyroku skazującego i wymierzenie mu określonej kary lub środka karnego, orzeczenie przepadku lub środka kompensacyjnego bez przeprowadzania postępowania dowodowego.

[676] Tamże, s. 719.

W piśmiennictwie wyrażono zasługujące na aprobatę stanowisko, że uzgodnienia w zakresie „innych środków przewidzianych za zarzucany oskarżonemu występek", o których mowa w art. 335 § 2 k.p.k., mogą obejmować także ustalenia dotyczące tych środków zabezpieczających, które mogą zostać orzeczone w przypadku wydania wyroku skazującego[677]. Nie wydaje się natomiast możliwe orzekanie terapii lub terapii uzależnień w przypadku instytucji z art. 387 k.p.k., gdyż środki reakcji karnej, które mogą stanowić przedmiot wniosku oskarżonego o wydanie wyroku skazującego bez postępowania dowodowego zostały enumeratywnie wyliczone i nie obejmują środków zabezpieczających.

Jak wynika z art. 93d § 1 k.k. czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry, przy czym w myśl art. 93b § 2 k.k. sąd uchyla środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne. Powyższa regulacja wynika z istoty środków zabezpieczających. W przypadku terapii czy terapii uzależnień, do ich uchylenia nie jest konieczne pozytywne (efektywne) zakończenie terapii. Wyleczenie sprawcy nie stanowi warunku uchylenia środka wówczas, gdy skutki oddziaływań terapeutycznych niwelują prawdopodobieństwo ponownego popełnienia czynu zabronionego. Jak wskazuje się w doktrynie, przesłanką uchylenia leczniczego środka zabezpieczającego może być zatem także ocena, że sprawca nie stwarza już zagrożenia, np. z powodu pogorszenia się stanu jego zdrowia fizycznego lub osiągnięcia podeszłego wieku[678].

Środki zabezpieczające o charakterze wolnościowym orzeczone wobec sprawcy skazanego na bezwzględną karę pozbawienia wolności wykonuje się po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu, chyba że ustawa stanowi inaczej, co wynika z art. 93d § 5 k.k. Natomiast w przypadku skazania na inne kary, czyli karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, karę ograniczenia wolności, czy grzywny, ich wykonanie następuję z momentem uprawomocnienia się wyroku.

Jeżeli chodzi o czynniki wpływające na czas stosowania terapii i terapii uzależnień, to można zakładać, że jeśli sprawca zgadza się na objęcie go terapią lub terapią uzależnień, a zatem jest krytyczny wobec swojego stanu zdrowia i dostrzega potrzebę leczenia, chętniej stawi się na wezwanie do placówki medycznej i podda terapii lub terapii uzależnień, a tym samym zastosowane środki zabezpieczające będą efektywniejsze i stosowane krócej[679].

Terapia lub terapia uzależnień prawdopodobnie trwałyby krócej, gdyby stanowiły *de facto* kontynuację leczenia, któremu poddawany jest sprawca. Gdy sprawca leczy się

[677] Tamże, s. 371.
[678] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 739.
[679] Badania własne akt sądowych wykazały, że zgoda sprawcy ma pewien wpływ na podjęcie leczenia, jego kontynuowanie i czas trwania terapii lub terapii uzależnień.

w momencie zastosowania wolnościowych środków zabezpieczających celowe byłoby, aby były one wykonywane w tej samej placówce, u tego samego lekarza lub terapeuty albo u lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, do którego sprawca uczęszcza. Sprawca nie musiałby bowiem przerywać leczenia i zmieniać terapeuty. Aktualnie, jak już wcześniej podkreślono, nie ma jednak możliwości wykonywania terapii lub terapii uzależnień w formie indywidualnej praktyki lekarza lub specjalisty z zakresu uzależnień. Pożądana byłaby więc zmiana brzmienia przepisu art. 93f § 1 i 2 k.k. i wskazanie, że oprócz określonej przez sąd placówki, sprawca ma obowiązek stawiennictwa u wskazanego przez sąd lekarza psychiatry, seksuologa lub terapeuty, w ramach prowadzonej indywidualnej praktyki lekarskiej. W konsekwencji zmianie winien ulec również przepis art. 200 § 3b k.k.w. i art. 201 § 2 b k.k.w.

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na czas trwania terapii lub terapii uzależnień jest wsparcie udzielane sprawcy przez osoby bliskie albo jego brak[680]. W psychoterapii podkreśla się, że kontakt z rodziną pacjenta w okresie diagnostycznym (wywiad środowiskowy) może bardzo pomóc w określeniu optymalnej strategii procesu terapeutycznego. We wstępnej fazie terapii kontakty takie umożliwiają terapeucie współdziałanie z rodziną i zapewnienie pacjentowi oparcia w środowisku, a w fazie zaawansowanej terapii mogą dopomóc w ocenie efektów oddziaływania i zapobiegać niekorzystnym z punktu widzenia terapii procesom zachodzącym w „naturalnym" środowisku chorego[681].

Ważne, z punktu widzenia czasu trwania omawianych środków zabezpieczających, byłoby poddanie sprawcy objętego terapią lub terapią uzależnień dozorowi kuratora sądowego[682].

3. Środek zabezpieczający w postaci terapii.

Z brzmienia art. 93f § 1 k.k. wynika, że terapia jako środek zabezpieczający polega na poddaniu się terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy funkcjonowania sprawcy

[680] Badania własne akt sadowych pozwoliły na stwierdzenie, że generalnie posiadanie przez sprawcę wsparcia w rodzinie wspólnie z nim zamieszkującej wpływa pozytywnie na przebieg leczenia i czas jego trwania.
[681] J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Warszawa 2000, s. 178.
[682] Badania własne akt sądowych pozwoliły stwierdzić, że dozór kuratora wpływa korzystnie na stawiennictwo sprawcy na leczenie i jego kontynuowanie.

w społeczeństwie. Jak już wcześniej wskazano definiowanie tych pojęć ustawodawca pozostawił naukom medycznym i psychologii.

Pod pojęciem farmakoterapii rozumie się stosowanie leków w zastępstwie bądź jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego, psychologicznego, fizycznego lub dietetycznego[683]. W psychiatrii wyróżnia się psychofarmakoterapię, stanowiącą dział lecznictwa psychiatrycznego, w którym praktyczne zastosowanie znalazły leki psychotropowe, czyli substancje, które działając na określone struktury ośrodkowego układu nerwowego wpływają na stan psychiczny. Działanie to może być uspokajające albo pobudzające, poprawiające nastrój (euforyzujące) lub obniżające wzmożone samopoczucie, przeciwlękowe (anksjolityczne), przeciwpsychotyczne (psychozolityczne) w psychozach z omamami i urojeniami lub psychozotwórcze (psychomimetyczne, halucynogenne)[684].

Postępujący rozwój farmakoterapii w psychiatrii, rozpoczęty w połowie lat 50-tych ubiegłego wieku, dzięki coraz liczniejszym badaniom przyczynia się do wprowadzenia na rynek farmaceutyczny bezpieczniejszych i lepiej tolerowanych przez pacjentów leków. Zgodnie z praktyką jeden lek może mieć zastosowanie w terapii wielu zaburzeń psychicznych. Nadto, z uwagi na mniejszą częstotliwość objawów niepożądanych ze strony nowych leków, można je podawać jednocześnie z innymi środkami, co poszerza zakres możliwości terapeutycznych. Do najważniejszych grup leków zalicza się: leki przeciwpsychotyczne zwane neuroleptykami (schizofrenia), leki przeciwdepresyjne (depresja), leki anksjolityczne (zaburzenia lękowe) i leki stabilizujące nastrój (zaburzenie afektywne dwubiegunowe)[685].

Psychoterapia (z gr. *psyche* – dusza i *therapeuein* – leczyć), czyli terapia psychologiczna ogólnie, to lecznicze oddziaływanie środkami psychologicznymi, przy czym istnieje wiele sposobów oddziaływania na pacjenta w przypadku psychogennych zaburzeń jego zdrowia psychicznego[686]. Według A. Bilikiewicza psychoterapia jest metodą leczenia przez świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie słowne i pozasłowne na psychikę chorego w celu uzyskania poprawy w jego stanie zdrowia fizycznego, a co za tym idzie, poprawy jego funkcjonowanie psychospołecznego. Jego zdaniem psychoterapia nie ma

[683] A. Fiutak, *Terapia i terapia uzależnień jako środki zabezpieczające – po nowelizacji* (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, pod red. B. Namysłowskiej-Gabrysiak, K. Syroki-Marczewskiej, A. Walczak-Żochowskiej, Warszawa 2016, s. 65.
[684] A. Bilikiewicz, B. Sęp-Kowalikowa, *Zarys metod leczenia w psychiatrii*, pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 1987, s. 27-28.
[685] P. Gałecki, A. Szulc, *Psychiatria*, Wrocław 2018, s. 405.
[686] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, Warszawa 1986, s. 440.

zastosowania wyłącznie w psychiatrii, ale występuje we wszystkim dyscyplinach medycyny klinicznej, co wynika z holistycznego traktowania pacjenta[687].

P. Gałecki i A. Szulc psychoterapię określają mianem metody leczenia, polegającej na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystujących kompetencje psychoterapeuty w procesie niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi (nerwice, zaburzenia osobowości, psychozy, uzależnienia) oraz z takimi zaburzeniami, które mają konsekwencje psychologiczne. Wskazują, że istotnym aspektem pracy z pacjentem jest relacja terapeutyczna, budująca poczucie bezpieczeństwa i stwarzająca możliwość wyrażania uczuć, myśli i postaw.

Ze względu na sferę funkcjonowania pacjenta, na której koncentruje się terapeuta, wymienieni wyróżniają w psychoterapii następujące nurty: intrapsychiczny, behawioralny, fenomenologiczny, interakcyjny i poznawczy. Ze względu na cel terapii wyodrębniają terapię objawową (celem jest usunięcie objawu) lub terapię strukturalną (celem jest przebudowa osobowości). Z uwagi na liczbę zaangażowanych osób wyróżniają terapię: indywidualną, małżeńską, rodzinną i grupową. Ze względu na rodzaj aktywności terapeuty rozróżniają terapię dyrektywną (stosuje perswazję, sugestię i oddziaływania wychowawcze) oraz terapię niedyrektywną (psychoterapeuta jest dla pacjenta partnerem, powiernikiem). Jako istotne elementy w psychoterapii wskazują: przeniesienie (przemieszczenie wzorców, myśli, uczuć, zachowań, pierwotnie przeżywanych w związku ze znaczącymi osobami w dzieciństwie, na psychoterapeutę), przeciwprzeniesienie (dotyczy reakcji emocjonalnej terapeuty skierowanej do pacjenta, uzależnionej od przeniesienia pacjenta, realnych aspektów życia pacjenta i terapeuty oraz przeniesienia terapeuty, czyli jego nierozwiązanych konfliktów uaktywnionych w terapii) oraz kontrakt terapeutyczny (swoista umowa pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem, zawierana na początku psychoterapii, mająca na celu określenie oczekiwań pacjenta)[688].

Jako cel psychoterapii określa się uzyskanie u pacjenta zmian w zakresie przeżywania i czynników motywacyjnych, co w efekcie prowadzi do złagodzenia objawów. Psychoterapia może prowadzić do trwałego i całkowitego usunięcia objawów, docierając do struktur odpowiedzialnych za powstawanie zaburzeń[689].

Szczegółowo cele psychoterapii określa A. Bilikiewicz zaznaczając, iż są one zróżnicowane w zależności od rodzaju zaburzeń i problemów konkretnego pacjenta. Zalicza

[687] A. Bilikiewicz (w:) *Psychiatria. Repetytorium*, A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, Warszawa 2003, s. 240.
[688] P. Gałecki, A. Szulc, *Psychiatria,* Wrocław 2018, s. 405, 409-410.
[689] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 287.

do nich: poznanie przez pacjenta emocjonalnych i społecznych przyczyn cierpienia (tzw. wgląd), zmianę dotychczasowych zachowań pacjenta, stwarzającą szansę pełniejszego zaspokojenia istotnych potrzeb, zapoczątkowanie rozwoju pacjenta w kierunkach, które wynikają z jego możliwości osobowościowych, usunięcie objawów lub ich złagodzenie oraz przywrócenie lub poprawienie funkcjonowania w rolach społecznych[690].

Pojęcie psychoedukacji na gruncie art. 93f § 1 k.k. można określić tak, jak w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych z dnia 8 kwietnia 2014 r.[691], wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 15 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w którym wskazano, że do zajęć tych należy edukacja i psychoedukacja, czyli przedstawienie pacjentowi podstawowej wiedzy na temat jego choroby (§ 3 pkt 2 i § 4 pkt 2 rozporządzenia).

A. Fiutak wskazuje, że psychoedukacja polega na wykorzystywaniu w pracy terapeutycznej różnych technik treningowych, które mają na celu uczenie pacjenta nowych umiejętności, zachowań, przebudowę struktur poznawczych. Sesja psychoedukacyjna zazwyczaj realizowana jest w grupie do 25 osób i najczęściej dotyczy współuzależnionych, uzależnionych lub DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików). Sesja trwa nie krócej niż dwie godziny i stanowi element ustalonego planu leczenia[692].

Przyjmuje się zasadnie, że pomysł udzielania pacjentowi wiedzy na temat choroby powinien być elementem każdej terapii oraz, że ma on duże znaczenia, jako że pacjent przestaje być traktowany jako bierny odbiorca działań terapeutycznych, a staje się podmiotem aktywnie biorącym udział w terapii. Podstawę takiego podejścia w terapii psychiatrycznej stanowi założenie, że pacjent cierpiący na zaburzenia psychiczne może w dużej mierze samodzielnie dokonać istotnych i stabilnych zmian, jeśli tylko otrzyma odpowiednie i kompetentne informacje i wskazówki. Jako cele psychoedukacji wskazuje się: zredukowanie deficytów informacyjnych (objawy, etiologia, terapia, dalszy przebieg choroby), zwiększenie gotowości do współpracy w leczeniu, subiektywne odczucie ulgi (inni mają podobne problemy) oraz poprawa aktywnego radzenia sobie z chorobą[693].

---

[690] A. Bilikiewicz (w:) *Psychiatria. Repetytorium*, A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, Warszawa 2003, s. 241.

[691] Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

[692] A. Fiutak, *Terapia i terapia uzależnień jako środki zabezpieczające – po nowelizacji* (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, pod red. B. Namysłowskiej-Gabrysiak, K. Syroki-Marczewskiej, A. Walczak-Żochowskiej, Warszawa 2016, s. 66 oraz A. Fiutak, *Pomoc psychologiczna. Prawo i etyka w zawodach terapeuty i psychiatry*, Warszawa 2016, s. 27.

[693] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 333.

Orzeczenie terapii jako środka zabezpieczającego należy do sądu, natomiast wyboru rodzaju terapii dokonuje lekarz psychiatra, seksuolog lub terapeuta, co - jak wyżej wskazano - stanowi słuszne rozwiązanie.

Terapia może być realizowana przy zastosowaniu różnych metod leczniczego oddziaływania na sprawcę. Ł. Pohl stwierdził, że sprawca może zostać poddany terapii farmakologicznej, psychoterapii lub psychoedukacji, przy czym wskazane metody mogą być stosowane rozłącznie, jak i komplementarnie[694].

W literaturze trafnie jednak krytycznie dostrzega się, że w przepisie art. 93f § 1 i 2 k.k. nie przewidziano możliwości stosowania farmakoterapii jako sposobu poprawy funkcjonowania sprawcy w społeczeństwie, w szczególności jako terapii wspomagającej psychoterapię i psychoedukację[695]. F. Ciepły jednoznacznie wskazuje, że farmakoterapia może być stosowana wyłącznie wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych, zaś psychoterapia i psychoedukacja mogą być stosowane wobec wszystkich kategorii sprawców wymienionych w art. 93c k.k.[696]. Podobnie A. Fiutak zauważa, iż ustawodawca ograniczył stosowanie farmakoterapii wyłącznie do celu, który ma zmierzać do osłabienia popędu seksualnego sprawcy, co jest niezrozumiałe i stanowi uchybienie z jego strony[697]. Jednoznacznie wypowiedział się w tej kwestii A. Kwieciński stwierdzając, że w ramach terapii ustawodawca nie przewiduje stosowania farmaceutyków w innych celach niż redukcja popędu seksualnego[698]. Analogiczny pogląd zdaje się prezentować T. Bojarski wskazując, że sprawca „ma obowiązek poddania się terapii farmaceutycznej w celu osłabienia popędu seksualnego albo psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie”[699]. Również Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 19 czerwca 2019 r., w sprawie IV KK 17/19 wskazał, że z ustawy karnej jednoznacznie wynika, iż jedynym celem terapii orzeczonej w postaci terapii farmakologicznej jest osłabienie popędu seksualnego, a nie korygowanie zachowań podejrzanego, które z popędem tym nie mają nic wspólnego[700]. To ewidentne niedopatrzenie ustawodawcy, które należy uznać za istotne, jako że farmakoterapia ma obecnie dominującą pozycję wśród metod leczenia pacjentów

[694] Ł. Pohl, *Prawo karne. Wykład części ogólnej*, Warszawa 2019, s. 509.
[695] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 703.
[696] F. Ciepły (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021, s. 743.
[697] A. Fiutak, *Terapia i terapia uzależnień jako środki zabezpieczające – po nowelizacji* (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej,* pod red. B. Namysłowskiej-Gabrysiak, K. Syroki-Marczewskiej, A. Walczak-Żochowskiej, Warszawa 2016, s. 65-66.
[698] A. Kwieciński, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021, s. 167-168.
[699] T. Bojarski (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 274.
[700] Legalis numer: 1976661.

z zaburzeniami psychicznymi[701]. U osób chorych psychicznie leczenie farmakologiczne wskazuje się jako podstawową metodę leczenia, a psychoterapię jako metodę uzupełniającą, mającą na celu poprawę skuteczności leczenia farmakologicznego[702].

Pojawia się zatem pytanie, czy w aktualnym stanie prawnym jest w ogóle dopuszczalne leczenie farmakologiczne wszystkich sprawców, wobec których orzeczono terapię? Zważywszy na literalne brzmienie art. 93 f § 1 i 2 k.k. należy zgodzić się z poglądem, że ustawodawca nie przewidział możliwości stosowania farmakoterapii w ramach terapii, a wyjątek dotyczy przypadku, gdy terapia farmakologiczna zmierzać ma do osłabienia popędu seksualnego. Ta regulacja niewątpliwie wymaga zmiany. Nie można jednak pomijać unormowania art. 202 k.k.w. który przewiduje objęcie sprawcy postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego. Wydaje się więc, że *de lege lata* podstawą stosowania leczenia farmakologicznego wobec sprawców objętych środkiem zabezpieczającym w postaci terapii jest właśnie art. 202 k.k.w., który stanowi o objęciu sprawcy postępowaniem leczniczym. Wszak na tej podstawie farmakoterapię stosuje się wobec sprawców, co do których zastosowano pobyt w zakładzie psychiatrycznym, a zatem nie ma przeszkód, aby stanowiła również podstawę do wdrożenia farmakoterapii wobec sprawców objętych terapią z art. 93a § 1 pkt 2 k.k. Niezależnie od powyższego, należy zauważyć, że sam sprawca, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający w postaci terapii, w każdym czasie może wyrazić zgodę na leczenie farmakologiczne. Wymagałoby to jednak uprzedniego pouczenia go przez lekarza psychiatrę i odnotowania zgody w dokumentacji medycznej.

W kodeksie karnym nie określono, jakie środki można stosować w ramach farmakoterapii, czy mogą to być wyłącznie leki doustne, czy lekarz może podać środki farmakologiczne innymi drogami (dożylnie, domięśniowo, doszpikowo), co traktuje się jako wadę regulacji[703]. Wydaje się jednak, że nie jest to konieczne z tych samych względów, o których była mowa przy kwestii, czy sąd powinien określać formy terapii, jakie mają być stosowane wobec sprawcy. To lekarz po rozpoczęciu terapii powinien zastosować właściwą,

[701] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 262.
[702] Tamże, s. 287.
[703] A. Fiutak, *Terapia i terapia uzależnień jako środki zabezpieczające – po nowelizacji* (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, pod red. B. Namysłowskiej-Gabrysiak, K. Syroki-Marczewskiej, A. Walczak-Żochowskiej, Warszawa 2016, s. 65.

zindywidualizowaną formę terapii, a w ramach farmakoterapii powinien dobrać odpowiedni lek i sposób jego zaaplikowania.

W doktrynie zasadnie skrytykowano, że ustawodawca nie zamieścił w art. 93f § 1 k.k. zastrzeżenia, które istniało w dawnym art. 95a § 1 k.k., że terapii farmakologicznej nie stosuje się, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia skazanego[704].

Wypada wspomnieć, że istnieją inne biologiczne metody stosowane w leczeniu zaburzeń psychicznych, których nie obejmuje środek zabezpieczających w postaci terapii w jej aktualnym kształcie. Nie można jednak wykluczyć, że w przyszłości ustawodawca wprowadzi te metody leczenia do repertuaru oddziaływań stosowanych w ramach terapii. Za uznaną metodę leczenia niektórych zaburzeń psychicznych uznaje się elektrowstrząsy. W przekonaniu społecznym funkcjonuje mit na temat ich drastyczności, pomimo że od czasu wprowadzenia elektrowstrząsów w latach 30-tych XX wieku, metoda ta bardzo się rozwinęła i stosuje się ją w kontrolowanych warunkach. Do głównych wskazań stosowania tej metody leczenia należą: zaburzenia afektywne – nawracająca depresja o dużym nasileniu, mania i depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej; schizofrenia, zwłaszcza postać katatoniczna oraz gdy leczenie farmakologiczne nie odnosi skutków bądź potencjalne zagrożenia farmakoterapii są wyraźnie większe niż spodziewane skutki uboczne elektrowstrząsów. Zabiegi polegają na wielokrotnym (kilka do kilkunastu razy) stymulowaniu mózgu impulsami prądu elektrycznego, wywołującymi uogólniony napad, podobny do padaczkowego. Odstępy między zabiegami wynoszą 2-3 dni. Efektem zabiegów jest dłużej utrzymująca się remisja objawowa[705]. Podkreśla się, że nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do stosowania elektrowstrząsów, choć zwraca się uwagę na stany i choroby somatyczne, w których zastosowanie tej terapii może wiązać się z dużym ryzykiem (np. tętniaki lub inne wady naczyniowe, świeży zawał mózgu, czy niestabilne lub ciężkie zaburzenia sercowo-naczyniowe)[706]. W psychiatrii wskazuje się, że metoda leczenia elektrowstrząsami jest jedną z najbardziej pożytecznych terapii psychiatrycznych oraz jest metodą – pomimo jej negatywnego społecznego odbioru – na którą większość poddanych jej pacjentów zdecydowałoby się ponownie[707]. Leczenie elektrowstrząsami uznaje się za ratujące

[704] A. Kwieciński, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021, s. 168.
[705] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 284-286.
[706] T. Zyss (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. M. Jaremy i J. Rabe-Jabłońskiej, Warszawa 2011, s. 566.
[707] T. Burns, *Psychiatria*, Sopot 2012, s. 78. Analogiczne stanowisko wyraził T. Zyss (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. M. Jaremy i J. Rabe-Jabłońskiej, Warszawa 2011, s. 563.

życie w najcięższych schorzeniach psychicznych oraz jako najskuteczniejsze w terapii ciężkiej depresji[708].

Wśród pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi o charakterze sezonowym stosowaną metodą terapeutyczną jest leczenie światłem (fototerapia). Metodę stosuje się również w zaburzeniach snu i łagodnych zaburzeniach nastroju związanych z zaburzeniem rytmu snu i czuwania. Polega na ekspozycji oczu pacjenta przez pewien czas na działania jasnego światła o znacznym natężeniu. W leczeniu zaburzeń depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych i zespołu stresu pourazowego stosuje się przezczaszkową stymulację magnetyczną. Jest to nieinwazyjna metoda leczenia polegająca na oddziaływaniu na korę mózgową falami elektromagnetycznymi, stymulującymi neurony[709]. Fototerapii poddawani są pacjenci leczeni ambulatoryjnie, którzy o określonej porze zgłaszają się na oddział dysponujący lampą do terapii światłem[710].

Wątpliwe natomiast wydaje się, aby ustawodawca w niedalekiej przyszłości zdecydował się na wprowadzenie w ramach terapii jako środka zabezpieczającego takich metod biologicznych, jak przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS – *transcranial magnetic stimulation*), terapia magnetowstrząsowa (MST/MCT – *magnetic seizure therapy/magnetoconvulsive therapy*), stymulacja nerwu błędnego (VNS – *vagus nerve stimulation*), głęboka stymulacja mózgu (DBS – *deep brain stimulation*), które mają charakter terapii dodanych do standardowej farmakoterapii, z uwagi na ich koszty i (lub) pewną inwazyjność, co powoduje, że są stosowane na względnie małych grupach pacjentów, głównie ze znaczną odpornością na konwencjonalne metody leczenia oraz wykonywane przez niewiele ośrodków badawczych na świecie. Z kolei wprowadzenie jako terapii psychochirurgii (polegającej na precyzyjnym przerwaniu połączeń między określonymi strukturami ośrodkowego układu nerwowego) z powodu jej inwazyjności i kontrowersyjności jest raczej wykluczone[711].

Psychoterapię i farmakoterapię, głównie leki przeciwpsychotyczne, stosuje się w leczeniu psychoz schizofrenicznych. Dowiedziono, że łączenie psychoterapii z farmakoterapią przynosi lepsze efekty niż sama farmakoterapia. Nie ma jednak żadnej strategii psychoterapeutycznej, której można by przypisać samodzielną rolę w leczeniu schizofrenii. W psychoterapii dąży się do podtrzymywania kontaktu, dostarczania

[708] K. Marwick, S. Birrell, *Psychiatria*, Wrocław 2014, s. 28.
[709] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 284-286.
[710] T. Zyss (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. M. Jaremy i J. Rabe-Jabłońskiej, Warszawa 2011, s. 574.
[711] Tamże, s. 573.

pozytywnych doświadczeń i informacji ułatwiających przezwyciężanie kryzysu, wzmacniania mocnych stron, wzmacniania poczucia siebie, własnej tożsamości, korygowania nieadekwatnych wzorców przeżywania i zachowania, ćwiczenia bezpiecznych sposobów porozumiewania się z otoczeniem i uzyskiwanie jego wsparcia oraz ćwiczenie specyficznych umiejętności radzenia sobie w praktycznych sytuacjach[712].

W leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej głównie stosuje się farmakoterapię, a psychoterapia[713] odgrywa rolę uzupełniającą. Popularność zdobywają programy psychoedukacyjne, przeznaczone dla pacjentów i ich rodzin. Ich celem jest w pierwszym etapie zapoznanie z chorobą, jej etiologią, przebiegiem i leczeniem, co poprawia współpracę w zakresie farmakoterapii. W następnej fazie następuje nauka identyfikowania czynników wywołujących oraz objawów zapowiadających wystąpienie nawrotu[714].

Odnośnie do osób upośledzonych umysłowo należy zaznaczyć, że nie ma specyficznego leczenia farmakologicznego zaburzeń inteligencji. Wskazane są działania psychoterapeutyczne, niekiedy leczenie logopedyczne, muzykoterapia i terapią zajęciowa[715]. Ta ostatnia, zwana również psychoterapią przez uaktywnienie, obejmuje m.in. gimnastykę leczniczą, uprawianie sportu, turystyki, organizowanie życia świetlicowego, bierny i czynny udział w imprezach artystycznych, poświęcanie się ulubionym zajęciom i traktowana jest jako psychoterapia pośrednia, która powinna być uzupełniona przez psychoterapię bezpośrednią indywidualną[716]. Wydaje się, że sposobem postępowania ze sprawcami upośledzonymi umysłowo, którzy nie wykazują innych zaburzeń psychicznych, powinno być kierowanie ich na terapię do środowiskowych domów samopomocy.

W psychiatrii podkreśla się, że istotnym problemem w psychoterapii zaburzeń preferencji seksualnych jest okoliczność, że własna motywacja do leczenia jest często minimalna, co zwykle dotyczy prawnie karalnych zaburzeń preferencji seksualnych, w przypadku których psychoterapia jest narzucana orzeczeniem sądu[717]. Podnosi się, że wyniki badań porównawczych i studiów nad istotą mechanizmów wypaczających reakcje seksualne człowieka wskazują, że dewiacji seksualnej, podobnie jak alkoholizmu czy innych

[712] J. Wciórka (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2007, s. 301.
[713] Szerzej na ten temat: M. Ramirez Basco, A. J. Rush, *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Terapia poznawczo-behawioralna*, Kraków 2005.
[714] J. Landowski (w:) *Psychiatria. Repetytorium*, pod red. A. Bilikiewicza, J. Landowskiego i P. Radziłłowicza, Warszawa 2008, s. 112.
[715] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 213.
[716] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, Warszawa 1986, s. 451.
[717] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 189.

uzależnień, nie da się „wyleczyć" w sensie medycznym, a można je co najwyżej „zaleczyć". Tak więc, cecha „gotowości" do popełnienia przestępstwa o charakterze seksualnym u każdego, kto choćby raz taki czyn popełnił, występuje w sposób permanentny. W konsekwencji, resocjalizacja przestępców seksualnych należy do najbardziej złożonych i trudnych przedsięwzięć psychokorekcyjnych[718].

Leczenie osób z rozpoznaniem parafilii jest długie i obejmuje wiele metod[719]. W leczeniu parafilii mają zastosowanie: zewnętrzna kontrola zachowań, farmakologiczna redukcja popędu seksualnego, terapia poznawczo-behawioralna z uwzględnieniem technik awersyjnych oraz terapia psychoanalityczna i psychodynamiczna. Dobrym prognostykiem jest występowanie tylko jednego zaburzenia o typie parafilii, właściwa inteligencja, brak uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy brak dyssocjalnych zaburzeń osobowości. Istotna jest także obecność związków emocjonalnych z innymi ludźmi. Terapia zmniejsza ryzyko nawrotu parafilnych zachowań, choć w większości przypadków całkowicie go nie redukuje[720]. Leczenie farmakologiczne osób z zaburzonymi preferencjami seksualnymi, polegające na podawaniu antyandrogenów lub leków przeciwdepresyjnych, jest często stosowane, jeśli nie jest realizowana psychoterapia względnie jeśli „przytłumienie objawów" jest warunkiem jej rozpoczęcia. Należy jednak mieć na względzie, że zgodnie z dostępnymi doniesieniami stosowanie antyandrogenów lub leków przeciwdepresyjnych będzie przynosiło efekt w postaci redukcji zdolności do reakcji seksualnych tylko w okresie ich przyjmowania[721].

W przypadkach związanych z ryzykiem podjęcia zachowań przekraczających normy prawne, w związku z zaburzeniami parafilnymi, celem leczenia – zgodnie z wytycznymi Światowej Federacji Towarzystw Psychiatrii Biologicznej (WFSBP)[722] dotyczącymi leczenia zaburzeń parafialnych z 2020 r. – powinno być kontrolowanie parafilnych potrzeb, fantazji i zachowań seksualnych, obniżenie napięcia i cierpienia wynikającego z zaburzeń, wzmacnianie innych niż parafilne zachowań seksualnych.

---

[718] K. Pospiszył, *Powrotność do przestępstw seksualnych (ocena ryzyka i sposoby zabezpieczeń)*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2001, Nr 32-33, s. 74 i 82.

[719] Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000, s. 107; S. R. Leiblum, R. C. Rosen, *Terapia zaburzeń seksualnych*, Gdańsk 2005, s. 560.

[720] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 185-186.

[721] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 190.

[722] Wytyczne przytoczone za A. Depko, A. Krasowską, *Farmakoterapia zaburzeń seksualnych*, Warszawa 2021, s. 256.

Wydaje się więc, że ustawodawca powinien położyć nacisk przede wszystkim na psychoterapię tego rodzaju sprawców, aby uzyskać rezultat trwający dłużej, aniżeli okres działania leków, gdy tymczasem brzmienie art. 93f § 1 k.k. zdaje się sugerować, że sprawca z zaburzeniami preferencji seksualnych głównie powinien być poddany terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, jako że ten rodzaj terapii wymieniono na pierwszym miejscu i to w odniesieniu do tej tylko kategorii sprawców, o czym była mowa wyżej.

Podstawową metodą w leczeniu zaburzeń osobowości jest psychoterapia psychoanalityczna i psychodynamiczna. Prowadzi się je ambulatoryjnie oraz w specjalistycznych ośrodkach terapii zaburzeń osobowości. Ich celem jest ułatwienie pacjentowi poznania siebie i opracowanie metod radzenia sobie z własnymi deficytami rozwojowymi i zmiana stosowanych mechanizmów obronnych. Nadto, w leczeniu zaburzeń osobowości stosuje się terapię poznawczo-behawioralną[723], która koncentruje się na zwiększaniu możliwości samokontroli i adaptacji. W leczeniu zaburzeń borderline[724] używa się także terapii opartej na mentalizacji, wywodzącej się z teorii więzi. Niekiedy istotnym uzupełnieniem psychoterapii jest farmakoterapia, zwłaszcza gdy zaburzeniom osobowości towarzyszy lęk lub objawy depresyjne[725].

W piśmiennictwie stawiane jest pytanie o celowość stosowania środków zabezpieczających wobec psychopatów, w szczególności terapii i terapii uzależnień, albowiem dotychczas nie opracowano skutecznych metod leczenia osobowości dyssocjalnej. Nieefektywne okazały się próby leczenia psychofarmakologicznego, ani terapia litem. Za nieskuteczne uznano elektrowstrząsy i zabiegi psychochirurgiczne. Podobnie nisko ocenia się wyniki różnego rodzaju psychoterapii[726].

Niemniej jednak, w środowisku psychiatrów i psychologów dostrzega się celowość terapii osób dotkniętych dyssocjalnym zaburzeniem osobowości wskazując na największą skuteczność terapii behawioralno-poznawczej[727]. Na podstawie doświadczeń terapeutycznych i wyników badań prowadzonych w amerykańskich, angielskich i duńskich zakładach karnych

[723] Szerzej na ten temat: A. Beck, D. Davis, A. Freeman, *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości,* Kraków 2015.
[724] Szerzej na temat terapii pacjentów borderline: O. F. Kernberg, M. A. Selzer, H. W. Koenigsberg, A. C. Carr, A. H. Appelbaum, *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*, Gdańsk 2007; J. M. Farrell, I. A. Shaw, *Grupowa terapia schematów w leczeniu borderline,* Sopot 2016.
[725] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 169-170.
[726] A. Jakubik (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 426.
[727] D. Krakowiak, *Psychopatia, socjopatia i charakteropatia a odpowiedzialność karna*, Prok. i Pr. 2019, Nr 3, s. 25-26.

przeznaczonych dla sprawców z osobowością dyssocjalną za celowe uznaje się opracowywanie długoletnich (4-8 lat) programów reedukacyjno-resocjalizacyjnych, w skład których powinny wchodzić formy terapii grupowej z technikami warunkowania instrumentalnego, w których rolę wzmocnień pozytywnych pełni manipulacja pewnymi przywilejami[728]. Osoby z osobowością dyssocjalną, które często popadają w konflikt z prawem, nie mają poczucia, aby wymagały leczenia. Jeśli więc przystępują do terapii, to często przymuszone przez sąd, kuratora itp. Mogą również podejmować leczenie w nadziei na uniknięcie odpowiedzialności karnej[729]. Tym bardziej więc celowe byłoby uzupełnienie instytucji terapii możliwością oddania sprawcy pod dozór kuratora. Również osoby z osobowością schizoidalną rzadko poszukują pomocy[730]. Niechętnie poddają się leczeniu także osoby używające kanabinoli[731].

4. Środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień.

W uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 20 lutego 2015r. wskazano, iż terapia uzależnień obejmuje procedurę postępowania z osobami uzależnionymi, zarówno w zamknięciu, jak i terapię realizowaną poza oddziałem zamkniętym[732].

W ustaleniu znaczenia pojęcia terapii uzależnień, które nie zostało zdefiniowane ani w ustawie karnej, ani w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, ani w innych ustawach o charakterze medycznym, zgodnie z propozycją przedstawioną w doktrynie[733], pomocna może okazać się ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, w której art. 4 pkt 6 i 7 zawarto legalną definicję pojęcia leczenia i leczenia substytucyjnego.

Leczenie oznacza leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

Z kolei leczenie substytucyjne, to stosowanie, w ramach programu leczenia uzależnienia, produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy. Polega na użyciu preparatów zapobiegających wystąpieniu objawów

[728] A. Jakubik (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 426.
[729] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 164.
[730] Tamże, s. 166.
[731] Tamże, s. 77.
[732] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk Sejmowy Nr 2393, s. 32.
[733] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 704.

abstynencyjnych zaspokajających w pewnym stopniu głód narkotykowy oraz działających euforyzująco. Najczęściej w tym celu stosuje się metadon, lek podawany raz dziennie drogą doustną. Leczenie substytucyjne jest przydatne u pacjentów, którym nie udaje się utrzymać całkowitej abstynencji[734]. Celem leczenia substytucyjnego, jak wynika z § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 1 marca 2013 r.[735] – jest poprawa stanu somatycznego i psychicznego oraz reintegracja społeczna pacjentów, jak również ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń, w tym w szczególności: HIV, HCV, HBV oraz gruźlicy.

Zdaniem P. Zakrzewskiego ten rodzaj leczenia może być stosowany także w ramach terapii uzależnień, gdyż w przeciwnym wypadku ten środek zabezpieczający miałby ograniczoną skuteczność[736]. Należy podzielić ów pogląd tym bardziej, że w 2007 r. zniesiono niektóre ograniczenia w dostępności do leczenia metadonem w Polsce. Do tej daty, do programu leczniczego mogły być jedynie kwalifikowane osoby pełnoletnie, uzależnione co najmniej od 3 lat, które podejmowały nieskuteczne próby leczenia konwencjonalnymi metodami, a programy lecznicze mogły być prowadzone wyłącznie przez zakłady, które uzyskały od właściwego wojewody zezwolenie na leczenie substytucyjne[737]. Od 2007 r. natomiast do udziału w programie kwalifikuje pacjenta kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania w programie, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki: jest uzależniony od opioidów; ukończył 18 lat i wyraził zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu i przestrzeganie jego wymagań. Do udziału w programie może zostać zakwalifikowany pacjent, który nie ukończył 18 lat, jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne. Zniesiono również wymóg uzyskania przez podmiot leczniczy od wojewody zezwolenia na leczenie substytucyjne[738].

Zgodnie z art. 93f § 2 k.k. sprawca, wobec którego orzeczono terapię uzależnień, ma obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego w terminach wyznaczonych przez lekarza i poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Terapia uzależnień jest więc

[734] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 77.
[735] Dz. U. z 2013, poz. 368.
[736] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 704.
[737] Obowiązujące do dnia 21.11.2007 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego, Dz. U. z 1999 r., Nr 77, poz. 873.
[738] Obowiązujące do dnia 02.04.2013 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne z dnia 19 października 2007 r., Dz. U. Nr 205, poz. 1493 oraz aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 1 marca 2013 r., Dz. U. z 2013 r., poz. 368.

środkiem zabezpieczającym, którzy może być orzekany wyłącznie wobec sprawcy, u którego zdiagnozowano uzależnienie od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Do substancji psychoaktywnych wywołujących zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zalicza się: alkohol, opioidy, kanabinole, substancje uspokajające i nasenne, kokainę, inne substancje stymulujące, w tym kofeinę, halucynogeny, palenie tytoniu, odurzanie się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi, używanie wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, przy czym tej ostatniej kategorii używa się w przypadku, gdy pacjent używa dwóch lub więcej substancji psychoaktywnych, lecz nie można ocenić, która z nich w największym stopniu przyczyniła się do wystąpienia zaburzeń. Kategoria ta obejmuje również przypadki, w których dokładna identyfikacja niektórych lub nawet wszystkich używanych substancji psychoaktywnych jest niepewna lub niemożliwa, gdyż wielu użytkowników różnych tego typu substancji nie jest w stanie ich określić[739].

Alkohole obejmują: alkohol etylowy < 17% (fermentacja): piwo i wino oraz alkohol etylowy > 17% (destylacja): winiaki, wódki, whisky, koniaki. Do grupy opioidów, należących do najstarszych znanych substancji psychoaktywnych, uzyskiwanych z maku lekarskiego, zalicza się: opium, syntetyczną heroinę, heroinę do palenia, kodeinę, morfinę, wywar z maku i acetylowany wywar z maku. Do kanabinoli, otrzymywanych z konopii indyjskich, należą: marihuana, haszysz i olej haszyszowy. Do grupy substancji psychostymulujących zalicza się: amfetaminę, chlorowodorek kokainy, wolną zasadę kokainy do palenia i metamfetaminę. Halucynogeny obejmują: LSD i psylocybiny – grzyby halucynogenne. Do substancji wziewnych należą rozpuszczalniki (farb, lakierów, klejów). Substancje uspokajające i nasenne, to relanium oraz clonazepam. Nikotyna obejmuje: papierosy, tytoń oraz cygara[740].

Pojęcie „uzależnienia od alkoholu" zostało wyjaśnione przy okazji omawiania art. 93 k.k. z 1997 r., który obowiązywał do 1.07.2015 r. Pojęcie „środka odurzającego" na gruncie art. 93 f § 2 k.k., należy rozumieć tak, jak zdefiniowano je w art. 4 pkt 26 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Pod pojęciem „innego podobnie działającego środka" należy rozumieć: substancje psychotropowe, o których mowa w art. 4 pkt 25 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, środki zastępcze, o których mowa w art. 4 pkt 27 Ustawy

[739] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008, s. 214-215. Dostęp na 04.09.2021r. https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf.
[740] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 61-73.

o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nowe substancje psychoaktywne, o których mowa w art. 4 pkt 11a Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii[741].

Przy zaburzeniach psychicznych spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych B. Habrat zwraca uwagę, że przed uzależnieniem występuje używanie ryzykowne i używanie szkodliwe. Wskazuje, że w przypadku rozpoznania osób używających ryzykownie substancji psychoaktywnej (np. alkoholu, opiatów, leków uspokajających i nasennych) należy podejmować procedurę zwaną krótką interwencją, na którą składa się prowadzenie wywiadu w sposób motywujący do zmiany sposobu używania substancji, czy zaprzestania jej używania, jak również poinformowanie o ryzyku szkód zdrowotnych, jakie nastąpią w razie kontynuowania używania substancji. Używanie szkodliwe, to model używania substancji psychoaktywnej, zwłaszcza alkoholu, który prowadzi do powstania lub przyczynia się do pogorszenia konkretnych szkód zdrowotnych somatycznych lub psychicznych oraz znacznego pogorszenia relacji międzyludzkich, a nie stwierdza się jeszcze uzależnienia. Uważa się, że działania podjęte w fazie używania szkodliwego alkoholu są znacznie bardziej efektywne niż leczenie uzależnienia od alkoholu. Zalecana jest procedura wczesnej interwencji, która może być przeprowadzona przez lekarza pierwszego kontaktu lub specjalistów, do których zgłaszają się pacjenci z somatycznymi powikłaniami przewlekłego używania alkoholu[742].

Uzależnienie od alkoholu jest najczęściej występującym uzależnieniem, które stanowi istotny problem społeczny oraz źródło wielu zaburzeń psychicznych wymagających leczenia objawowego i jednocześnie leczenia odwykowego. Nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych jest problemem nowoczesnych społeczeństw. Pojawia się coraz więcej substancji nieklasyfikowanych poprzednio, a wywołujących zaburzenia psychiczne. Normą w tym zakresie staje się nadużywanie kilku rodzajów substancji, w tym alkoholu. Wyzwaniem dla lekarzy różnych specjalności, w tym psychiatrów, są nowe substancje psychoaktywne, stanowiące składnik tzw. dopalaczy[743]. Użytkownicy tego typu substancji w Polsce nazywają je również „research chemicals”[744].

---

[741] P. Góralski, *Podstawowe problemy wykładni przepisów poświęconych środki zabezpieczającemu w postaci terapii uzależnień (art. 93 a § 1 pkt 3 k.k.),* Przegląd Sądowy 2018, Nr 7-8, s. 50.
[742] B. Habrat (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 242-243, 252-252
[743] P. Gałecki, A. Szulc, *Psychiatria,* Wrocław 2018, s. 142 , 151 i 154.
[744] A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie,* Warszawa 2018, s. 68: https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2019/03/mcps-malczewski-kidawa.pdf; dostęp na dzień 28.11.2021r.

Do najczęściej występujących grup nowych substancji psychoaktywnych w Polsce zalicza się:

- psychostymulanty, czyli substancje o działaniu stymulujących na ośrodkowy układ nerwowy, które należą do trzech grup chemicznych: piperazyn, fenetylamin oraz syntetycznych katynonów. Substancje najczęściej występują w postaci kryształu oraz białego proszku. Dominującym sposobem przyjęcia substancji z tej grupy jest przyjęcie donosowe, czyli tzw. wciąganie. Są także stosowane w iniekcjach oraz doustnie. Niektóre mogą być inhalowane. Substancje z tej grupy mogą działać stymulująco (jak amfetamina) lub empatogennie, euforycznie (jak ecstasy);

- kannabinoidy, czyli grupa substancji o podobnym działaniu jak tetrahydrokannabinol (THC – główna substancje odpowiedzialną za działanie psychoaktywne marihuany). Jest to grupa substancji o zróżnicowanej strukturze chemicznej. Występują najczęściej w formie mieszanek ziołowych (tzw. maczanki – nasączonego substancją obojętnego materiału roślinnego) lub w formie fake hash (skompresowanego i nasączonego substancją materiału roślinnego, który ma imitować haszysz). Choć mechanizm działania jest podobny do THC, syntetyczne kannabinoidy często oddziaływają na receptory wielokrotnie silniej. Dodatkowo w przeciwieństwie do marihuany nie zawierają substancji działających antypsychotycznie;

- syntetyczne opioidy, które działają w sposób bardzo podobny do heroiny. Substancje z tej grupy nie pojawiają się na rynku w znacznych ilościach, jednak jako grupa stwarzają duże zagrożenie dla zdrowia publicznego. W większości przypadków syntetyczne opioidy pochodzą z grupy fentanyli. Opioidy produkowane Chinach i sprzedawane jako „dopalacze" stanowią według ostatniego raportu EMCDDA (The *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)* coraz większe zagrożenie. Na rynku narkotykowym w Europie od 2009 roku do maja 2018 roku wykryto 38 nowych opioidów syntetycznych (tylko w 2017 roku wykryto ich 13). Coraz częściej są wykrywane nowe opioidy o bardzo dużej sile działania (w szczególności pochodne fentanylu), które naśladują działanie opiatów pochodzenia naturalnego. Czasami występują w postaci sprayu do nosa. Sprzedawane są jako niedozwolone środki odurzające, takie jak heroina czy kokaina albo są z nimi mieszane. W Polsce były sprzedawane także w postaci mieszanek ziołowych do palenia;

- psychodeliki, które mogą przypominać działanie LSD (kwasu), meskaliny, psylocybiny lub anestetyków dysocjacyjnych takich ja ketamina. Nie jest to grupa substancji często wsypująca na rynku. Substancje te przybierając postać tabletek lub proszku[745].

W systemie opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu prowadzą placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, którymi są: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia; poradnia leczenia uzależnień; całodobowy oddział albo stacjonarny ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu; całodobowy oddział albo stacjonarny ośrodek leczenia uzależnień; dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu; dzienny oddział leczenia uzależnień; oddział albo ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych i hostel dla osób uzależnionych od alkoholu. Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu mogą działać jako ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, jeżeli zapewniają wykonywanie: stacjonarnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin albo ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, a w skład ośrodka wchodzą: dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienny oddział leczenia uzależnień oraz poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia lub poradnia leczenia uzależnień[746].

Biorąc pod uwagę okoliczność, że leczenie osób uzależnionych chemicznie, czyli od alkoholu i narkotyków, wymaga oczyszczenia organizmu z toksyn (detoksykacja lub odtrucie) i bywa procesem trudnym oraz długotrwałym, zasadne byłoby ustalenie wykazu placówek leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii uzależnień w warunkach stacjonarnych, aby ten środek zabezpieczający mógł być stosowany także w trybie stacjonarnym, w placówkach o otwartym charakterze i za zgodą sprawcy. *De lege lata* natomiast wydaje się, że istnieje możliwość kierowania takich sprawców do placówek położonych w pobliżu ich miejsca zamieszkania, jako że żaden przepis nie sprzeciwia się takiemu rozwiązaniu.

Należy przy tym zauważyć, że programy terapeutyczne dla osób uzależnionych w warunkach stacjonarnych mogą być realizowane nie tylko na oddziałach detoksykacyjnych, ale i w ośrodkach rehabilitacyjno-readaptacyjnych. System terapii odwykowej został

[745] A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Warszawa 2018, s. 45-51: https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2019/03/mcps-malczewski-kidawa.pdf; dostęp na dzień 28.11.2021 r.

[746] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu z dnia 15 grudnia 2018 r., Dz. U. z 2018 r., poz. 2410.

w znacznej mierze sprywatyzowany i oprócz placówek służby zdrowia istnieją ośrodki prowadzone przez fundacje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe lub oferujące pełnopłatny pobyt[747]. Wydaje się, że terapia uzależnień mogłaby odbywać się nie tylko w placówkach służby zdrowia, ale również w innych placówkach, w których leczenie jest nieodpłatne albo nawet odpłatne, o ile sprawca wyrazi zgodę na podjęcie terapii w takiej placówce i poniesie koszt leczenia.

W leczeniu uzależnień występuje ogólny schemat, któremu powinny towarzyszyć indywidualne rozwiązania dla poszczególnych pacjentów. Różnice w leczeniu zależne są od rodzaju środka. Większość programów terapeutycznych poprzedza wymóg wspomnianej już detoksykacji. Nie ma jednomyślności co do tego, w jakim stopniu musi dojść do zmiany cech osobowości i mechanizmów obronnych, aby można było mówić o trwałym wyleczeniu z uzależnienia. Przyjmuje się, że wyleczenie to zmiana środka na inną formę wsparcia lub zależności, która pełni podobną funkcję do substancji aktywnej.

W leczeniu uzależnienia od alkoholu stosuje się często psychoedukację, trening umiejętności, behawioralne techniki kontroli picia i wsparcie emocjonalne, wzmacniające motywację do leczenia[748]. Dopełnieniem leczenia pacjenta może być terapia rodzin, małżeńska, indywidualna lub grupowa członków rodzin osób uzależnionych. Dyskusyjne jest leczenie farmakologiczne w leczeniu uzależnienia od alkoholu, które powinno być ograniczone do pacjentów, u których ta metoda przyniosła już korzystne rezultaty w przeszłości, gdyż opinie na temat jego skuteczności i przydatności są podzielone.

W leczeniu uzależnień opioidowych wymagana jest zwykle całkowita abstynencja (przyjęcie substancji psychoaktywnej nierzadko wiąże się ze skreśleniem z programu). Jest to na ogół leczenie długie i stacjonarne. Można stosować leczenie substytucyjne, przy użyciu preparatów zapobiegających wystąpieniu objawów abstynencyjnych. Podobne programy jak przy uzależnieniu od opioidów stosuje się w uzależnieniu od kokainy i amfetaminy. Brak jednoznacznych schematów terapeutycznych w przypadku uzależnienia od substancji halucynogennych oraz rozpuszczalników. W leczeniu uzależnień od benzodiazepin problemem są trudności z ograniczeniem dostępu do tych środków. Stosuje się zwykle długotrwałe zmniejszanie dawki środka i zastępowanie preparatów krócej działających

[747] D. Zaworska-Nikoniuk, *Diagnoza, profilaktyka i terapia uzależnień*, Olsztyn 2005, s. 146.
[748] Szerzej na ten temat: M. Spada, *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu problemu alkoholowego. Podręcznik terapeuty*, Warszawa 2019.

działającymi dłużej. Niekiedy wymagana jest hospitalizacja w celu odstawienia leków tej grupy[749].

W początkowym etapie terapii uzależnienia od alkoholu jedną z podstawowych metod oddziaływań terapeutycznych jest psychoedukacja, która nie tylko polega na informowaniu pacjenta, ale również na czynieniu pacjenta współodpowiedzialnym za własne leczenie. Pacjent, który zdobywa wiedzę łatwiej identyfikuje się z własnym uzależnieniem i zdobywa motywację do dalszego leczenia. Nie jest to proces prosty, jako że dysfunkcyjne przekonania znacząco utrudniają osobie uzależnionej dostrzeżenie problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Efektywność psychoedukacji zależy od tego, jak zaproponowane treści i oddziaływanie będą dostosowane do specyfiki pacjenta dorosłego, który uczy się inaczej niż dziecko.

W literaturze dotyczącej psychoedukacji w terapii uzależnienia od alkoholu wskazuje się, że nauczanie nowych umiejętności powinno odnosić się do już nabytej wiedzy i doświadczeń pacjenta. Pacjenci muszą wiedzieć, w jakim stopniu proponowana im wiedza przystaje do realizacji ich osobistych potrzeb. Muszą mieć możliwość wyrażania własnych uwag i opinii. Informacje stojące w sprzeczności z dotychczasową wiedzą lub systemem wartości przyswajane są wolniej i wymagają ćwiczeń praktycznych nastawionych na zmianę postaw. Proces edukacji jest tym trudniejszy, im bardziej zmiany dotyczą cech osobowościowych. Psychoedukacja powinna być nastawiona na jeden problem i ćwiczenia, gdyż zbyt duża liczba nowych informacji blokuje możliwość ich przyswojenia. I rzecz ostatnia, pacjenci oczekują zaangażowania ze strony terapeutów i bardzo dobrego przygotowania[750].

Psychoterapia w leczeniu uzależnień ma zasadnicze znaczenie[751]. Zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu z dnia 15 grudnia 2018 r. programy psychoterapii uzależnień obejmują indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na poprawę stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu przez redukcję objawów i mechanizmów uzależnień oraz uczenie umiejętności potrzebnych do podtrzymania pozytywnej zmiany.

Podnosi się, że w leczeniu uzależnienia od alkoholu głównym celem psychoterapii jest zatrzymanie uzależnienia i konsekwencji z nim związanych. Nie tylko dąży się do tego,

[749] M. Pilecki (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 76-77.
[750] R. Modrzyński, *Psychoedukacja w terapii uzależnienia od alkoholu*, cześć 1, Warszawa 2020, s. 7-8.
[751] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 287.

aby pacjent utrzymywał abstynencję, ale głównie kładzie się nacisk na poprawę jego funkcjonowania[752]. Istnieje wiele programów psychoterapeutycznych przeznaczonych dla osób uzależnionych. Znaczna ich część ma eklektyczny charakter i zawiera elementy edukacyjne, poznawcze, behawioralne oraz doświadczenia z ruchów samopomocowych. Większość zajęć ma charakter grupowy, gdzie wykorzystuje się leczniczy wpływ społeczności terapeutycznej. Po terapii w warunkach szpitalnych, pacjenci przechodzą do terapii ambulatoryjnej , a po niej do dalszego leczenia w grupach samopomocowych (Ruch Anonimowych Alkoholików)[753].

[752] R. Modrzyński, *Psychoedukacja w terapii uzależnienia od alkoholu*, cześć 1, Warszawa 2020, s. 16.
[753] B. Habrat (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 247.

Rozdział III. Metodologia badań.

Określenie „metoda" ma wymiar interdyscyplinarny i wywodzi się z jęz. greckiego (*meta hodos*), co oznacza drogę do celu. Zdaniem J. Apanowicza metoda badań naukowych, to zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badawczego, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego. Metodą badawczą zaś nazywa konkretny sposób postępowania w określonej sytuacji problemowej w stosunku do sformułowanego problemu badawczego. Metoda badawcza zmierza do ustalenia i wyjaśnienia nowych faktów, zjawisk, procesów, związków i zależności zachodzących między nimi. Wyróżnia on następujące metody badań naukowych: obserwacyjną, monograficzną, badania dokumentów, sondażu diagnostycznego, analizy i konstrukcji logicznej, eksperymentalną, heurystyczną, indywidualnych przypadków, analizy i krytyki piśmiennictwa, statystyczną i symulacji komputerowej[754].

W ramach metod badawczych stosuje się różne techniki badawcze, czyli zespół czynności związanych z różnymi sposobami przygotowania i przeprowadzania badań społecznych[755]. Techniki badawcze wynikają z doboru odpowiedniej metody badawczej i są przez nią uwarunkowane. Wynikają również z problemu badawczego i przyjętej hipotezy. W sensie logicznym są pojęciami podrzędnymi w stosunku do metody, a w sensie rzeczowym o znacznie węższym zakresie niż metoda. J. Apanowicz wyróżnia następujące techniki badawcze: obserwacja, wywiad, ankietowanie, badanie dokumentów i techniki socjometryczne[756].

Z kolei narzędzia badawcze w badaniach naukowych, to przedmioty, instrumenty, urządzenia techniczne, aparatura pomiarowa i wszystko, co można wykorzystać do zbierania, rejestrowania i przechowywania badanych faktów, zjawisk i informacji. O ile technika badawcza oznacza czynność, to narzędzie badawcze jest instrumentem służącym do gromadzenia i przechowywania danych z badań naukowych[757].

Aby zrealizować sformułowane powyżej cele badawcze i zweryfikować postawione hipotezy badawcze, jako główną (wiodącą) metodę badawczą zastosowano metodę obserwacyjną, natomiast jako metody pomocnicze (uzupełniające) zastosowano metodę

---

[754] J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Warszawa 2005, s. 54-56.
[755] J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1999, s. 75.
[756] J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Warszawa 2005, s. 57-58.
[757] Tamże, s. 58.

statystyczną, aby uporządkować spostrzeżenia naukowe[758] oraz metodę sondażu diagnostycznego.

Do przyjętych metod badawczych zastosowano adekwatne techniki badawcze, a mianowicie technikę badania dokumentów oraz ankietowanie. Jako narzędzia badawcze wykorzystano w rozprawie autorskie kwestionariusze ankiet. Jedna z ankiet posłużyła do zbadania dokumentów w postaci akt spraw sądowych, a druga do przeprowadzenia sondażu wśród sędziów orzekających w sprawach karnych i biegłych sądowych lekarzy psychiatrów, seksuologów oraz psychologów i terapeutów wydających opinie sądowo-psychiatryczne oraz sądowo-psychologiczne.

Przeprowadzono badania aktowe spraw karnych sprawców, wobec których zastosowano terapię lub terapię uzależnień albo oba środki łącznie w okresie od 1 lipca 2015 r., czyli od dnia wejścia w życie przepisów wprowadzających je do ustawy karnej do 31 grudnia 2020 r. Badania przeprowadzono w okresie od 13 sierpnia 2021 r. do 26 listopada 2021 r. w sądach funkcjonujących na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego, czyli w 17 sądach rejonowych (SR w Olsztynie, SR w Elblągu, SR w Ostródzie, SR w Iławie, SR w Giżycku, SR w Kętrzynie, SR w Bartoszycach, SR w Szczytnie, SR w Biskupcu, SR w Mrągowie, SR w Nidzicy, SR w Lidzbarku Warmińskim, SR w Działdowie, SR w Braniewie, SR w Olecku, SR w Piszu i SR w Ełku) oraz w 2 sądach okręgowych (SO w Olsztynie i SO w Elblągu).

Wykaz sygnatur akt spraw, w których orzeczono wobec sprawców środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień w badanym okresie uzyskano z poszczególnych sądów województwa warmińsko-mazurskiego w drodze dostępu do informacji publicznej, przewidzianym w art. 10 ust. 1 Ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r.[759]

Badania akt odbyły się po uzyskaniu zgody Prezesów poszczególnych sądów. Badania nie objęły jedynie Sądu Rejonowego w Nowym Mieście Lubawskim z uwagi na odmowę udostępnienia akt przez Prezesa tego Sądu[760].

W niektórych sądach badania nie objęły akt spraw, które były niedostępne w dacie badania z uwagi na to, że przesłano je do innych sądów albo do biegłych. Były to jednak nieliczne sytuacje.

---

[758] J. Pieter, *Ogólna metodologia pracy naukowej*, Wrocław 1967, s. 122.
[759] Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.
[760] W odpowiedzi na wniosek o udostępnienie akt Prezes SR w Nowym Mieście Lubawskim wskazał, że nie wyraża zgody z uwagi na charakter spraw, których rozpoznanie akta te dokumentują, w tym z uwagi na procedowanie z wyłączeniem jawności.

Należy odnotować, że w toku badań ustalono, iż w jednej sprawie prowadzonej przeciwko więcej niż jednemu sprawcy orzeczono terapię lub terapię uzależnień wobec dwóch sprawców, stąd też poniżej podano liczbę zbadanych akt, a nie spraw, których zbadano o jedną więcej.

Badaniu poddano łącznie 464 akta spraw karnych.

W rozbiciu na poszczególne sądy rejonowe przedstawia się to następująco: SR w Olsztynie (45 spraw), SR w Elblągu (37 spraw), SR w Ostródzie (51 spraw), SR w Iławie (11 spraw), SR w Giżycku (66 spraw, łącznie ze sprawami V Zamiejscowego Wydziału Karnego w Węgorzewie), SR w Kętrzynie (14 spraw), SR w Bartoszycach (6 spraw), SR w Szczytnie (78 spraw), SR w Biskupcu (11 spraw), SR w Mrągowie (17 spraw), SR w Nidzicy (9 spraw), SR w Lidzbarku Warmińskim (7 spraw), SR w Działdowie (10 spraw), SR w Braniewie (9 spraw), SR w Olecku (9 spraw), SR w Piszu (36 spraw) i SR w Ełku (14 spraw).

W dwóch sądach okręgowych zbadano włącznie 34 akta spraw: w SO w Olsztynie (26 spraw) i w SO w Elblągu (8 spraw).

Powyższe dane obrazują również tabele.

Tabela 1.

Sądy okręgowe województwa warmińsko-mazurskiego

SO Olsztyn	**SO Elbląg**
26	8
Łącznie zbadano **34** akta	

Źródło: badania własne akt sądowych.

Z dwóch sądów okręgowych działających na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego zdecydowanie więcej terapii oraz terapii uzależnień orzeczono w Sądzie Okręgowym w Olsztynie.

Tabela 2.

Sądy rejonowe Okręgu Olsztyńskiego

SR Olsztyn	SR Giżycko	SR Kętrzyn	SR Bartoszyce	SR Szczytno	SR Biskupiec	SR Mrągowo	SR Nidzica	SR Lidzbark Warmiński	SR Pisz
45	66	14	6	78	11	17	9	7	36
Łącznie zbadano **289** akt									

Źródło: badania własne akt sądowych.

Spośród wszystkich sądów rejonowych funkcjonujących na obszarze okręgu sądowego Sądu Okręgowego w Olsztynie najwięcej leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających zastosowano w Sądzie Rejonowym w Szczytnie, następnie w Sądzie Rejonowym w Giżycku, zaś największy z sądów rejonowych – SR w Olsztynie jest na trzecim miejscu. W pozostałych sądach, mniejszych, orzeczono w badanym okresie od kilku do kilkunastu terapii oraz terapii uzależnień, za wyjątkiem SR w Piszu, w którym badane środki zabezpieczające zastosowano wobec 36 sprawców.

Tabela 3.

Pozostałe sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego

SR Elbląg	SR Ostróda	SR Ełk	SR Iława	SR Braniewo	SR Działdowo	SR Olecko
37	51	14	11	9	10	9
Łącznie zbadano **141** akt						

Źródło: badania własne akt sądowych.

Odnośnie do sądów rejonowych z obszaru województwa warmińsko-mazurskiego, działających poza okręgiem olsztyńskim (okręg elbląski i suwalski) zdecydowanie najwięcej terapii oraz terapii uzależnień orzeczono w SR w Ostródzie, a następnie w SR w Elblągu. W pozostałych, mniejszych sądach, orzeczono, w badanym okresie, po kilka lub kilkanaście ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających.

Przedmiotem badań empirycznych objęto zatem sprawy karne sprawców, wobec których zastosowano środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r., zarówno na etapie postępowania przed sądem pierwszej instancji, jaki i w postępowaniu wykonawczym. W fazie postępowania wykonawczego wyodrębniono przy tym cztery możliwe warianty zastosowania terapii

lub terapii uzależnień albo obu środków łącznie, a mianowicie: po uchyleniu pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym (art. 93d § 2 k.k.), w czasie wykonywania kary pozbawienia wolności (art. 93d § 4 k.k.), w ciągu 3 lat od uchylenia stosowanego środka zabezpieczającego (art. 93d § 6 k.k.) oraz na skutek zmiany orzeczonego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji lub wykonawczym środka zabezpieczającego oraz zmiany sposobu wykonywanie tego środka (art. 93b § 3 k.k.).

Dokonano charakterystyki populacji sprawców, wobec których stosowana była terapia i terapia uzależnień. Zbadano czas, jaki upływał od orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego do skierowania go do wykonania. Dokonano analizy stawiennictwa sprawców do placówek leczniczych, w których mieli poddać się terapii lub terapii uzależnień i postępowania sądów w przypadku ich niestawiennictwa, zwłaszcza uporczywego, aby ustalić, czy ustawodawca wyposażył sądy w instrumenty pozwalające na wyegzekwowanie poddania się przez sprawcę leczeniu. Zbadano również czas stosowania środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień, liczony od daty rozpoczęcia ich wykonywania, czyli stawienia się sprawcy we wskazanej przez sąd placówce leczniczej do uprawomocnienia się orzeczenia w przedmiocie uchylenia stosowania środka zabezpieczającego.

Badania aktowe przeprowadzono przy użyciu skonstruowanego w tym celu kwestionariusza, zawierającego dziewiętnaście pytań, którego konstrukcja została zweryfikowana na podstawie badań pilotażowych przeprowadzonych w Sądzie Rejonowym w Lidzbarku Warmińskim w dniu 13 sierpnia 2021r. Kwestionariusz zawiera pytania zamknięte i otwarte. Pytania otwarte dotyczyły kwestii, w których kategoryzacja nie była możliwa. Kwestionariusz na końcu zawiera „uwagi dodatkowe", do odnotowywania praktyki stosowanej w danym sądzie, w szczególności odbiegającej od typowych rozwiązań, zważywszy na okoliczność, że badane instytucje stanowią *novum* i zwłaszcza w początkowym okresie ich stosowania praktyka sądowa różniła się, nawet w ramach jednego okręgu sądowego, co więcej, niekiedy w ramach tego samego sądu.

W toku analizy akt spraw karnych skoncentrowano się w szczególności na protokołach przesłuchania sprawców, zebranych danych osobo poznawczych, aktach oskarżenia albo wnioskach o umorzenie postępowania karnego i zastosowanie środka zabezpieczającego, na opiniach sądowo-psychiatrycznych i sądowo-psychologicznych, na analizie protokołów rozpraw lub posiedzeń sądowych, orzeczeń wydawanych w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, w postępowaniu odwoławczym oraz wykonawczym i ich uzasadnieniach, jak również analizowano wnioski składane

w postępowaniu wykonawczym w zakresie terapii i terapii uzależnień oraz uzyskiwane przez sądy informacje dotyczące wykonywania tych środków zabezpieczających i opinie biegłych w przedmiocie zasadności dalszego stosowania terapii lub terapii uzależnień.

Reasumując, badaniem objęto sprawy karne, w których wobec sprawców zastosowano terapię lub terapię uzależnień albo oba środki jednocześnie w sądach województwa warmińsko – mazurskiego (za wyjątkiem jednego sądu rejonowego), o różnej wielkości, różnego szczebla (rejonowe i okręgowe) oraz funkcjonujących w różnych okręgach sądowych (Okręg Sądu Okręgowego w Olsztynie, Okręg Sądu Okręgowego w Elblągu i Okręg Sądu Okręgowego w Suwałkach), w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r., czyli 5 i pół roku, zakładając, że próba ta będzie wystarczająca dla uzyskania obrazu praktyki stosowania i wykonywania leczniczych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień, od początku funkcjonowania tych instytucji.

Nadto, do zrealizowania celów badawczych i zweryfikowania postawionych hipotez badawczych wykorzystano dane statystyczne, które uzyskano ze stron internetowych poszczególnych sądów województwa warmińsko-mazurskiego (sprawozdania statystyczne MS-S10 z sądowego wykonywania orzeczeń według właściwości rzeczowej) oraz z Ministerstwa Sprawiedliwości – Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości w drodze dostępu do informacji publicznej.

Niektóre dane uzyskano w trybie dostępu do informacji publicznej z Ministerstwa Zdrowia – Departamentu Zdrowia Publicznego oraz z Narodowego Funduszu Zdrowia, Centrala w Warszawie – Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Wykorzystano również dane statystyczne opublikowane na stronie Głównego Urzędu Statystycznego.

Przeprowadzono nadto badania ankietowe sędziów orzekających w wydziałach karnych sądów rejonowych i okręgowych z województwa warmińsko-mazurskiego oraz badania ankietowe lekarzy psychiatrów, seksuologów oraz psychologów i terapeutów opiniujących w sprawach osób z zaburzeniami psychicznymi. Dane do badań ankietowych pozyskano z list biegłych Prezesów Sądów Okręgowych w Olsztynie, Elblągu i Suwałkach.

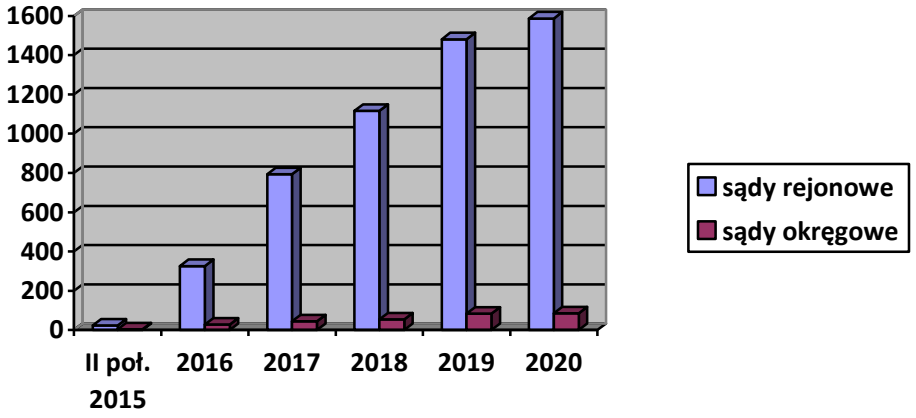
Rozdział IV. Terapia i terapia uzależnień w świetle przeprowadzonych badań.

1. Stosowanie terapii lub terapii uzależnień przez sądy rejonowe i okręgowe w Polsce w okresie od 2015 roku do 2020 roku na podstawie danych statystycznych.

Poniżej zaprezentowano dane pozwalające na ustalenie, na jaką skalę terapia oraz terapia uzależnień były stosowane przez sądy w badanym okresie.

Wykres 1.

Łączna liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania **terapię** w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020



Wykres 2.

Łączna liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania **terapię uzależnień** w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

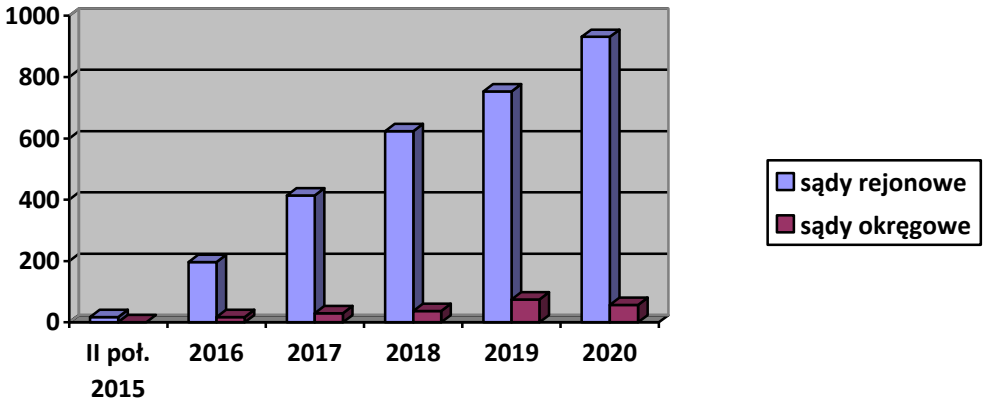


Tabela 4.

Łączna liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania terapię lub terapię uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

	II połowa 2015		2016		2017		2018		2019		2020	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	23	17	326	197	794	414	1116	624	1481	753	1587	931
sądy okręgowe	4	1	29	17	45	30	55	37	84	75	85	57
Ogółem	27	18	355	214	839	444	1171	661	1565	828	1672	988
łączna liczba terapii i terapii uzależnień w latach 2015-2020	**8 782**											

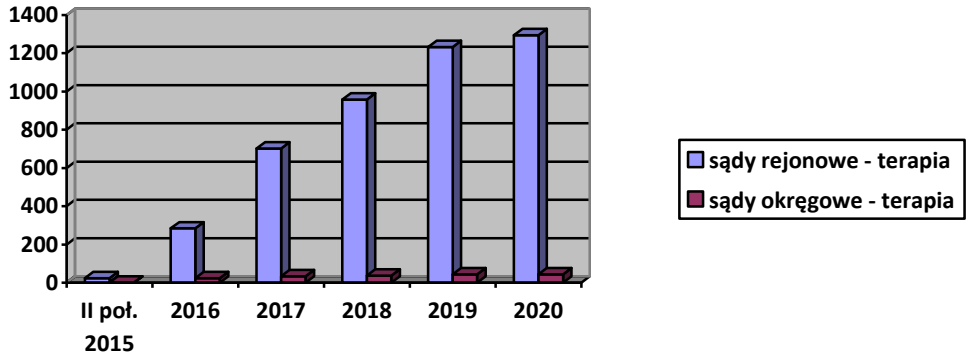
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Z powyższych danych jednoznacznie wynika, że środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień z roku na rok stosowane były przez sądy obu szczebli coraz częściej. Pomiędzy 2015 r., gdzie w II półroczu łącznie sądy rejonowe i okręgowe orzekły 45 terapii i terapii uzależnień, czy rokiem 2016, w którym sądy orzekły łącznie 569 razy oba środki zabezpieczające a rokiem 2019, w którym orzekły łącznie 2393 razy terapię lub terapię uzależnień oraz rokiem 2020, gdzie łącznie zastosowały rzeczone środki zabezpieczające w 2660 przypadkach, istnieje znacząca różnica. Z powyższego można wnioskować, że nowe wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające przyjęły się w praktyce orzeczniczej sądów powszechnych.

Kolejne dane statystyczne obrazują, jak sądy stosują oba środki zabezpieczające w odniesieniu do poszczególnych kategorii sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 1-5 k.k. Na ich podstawie można ustalić, czy w istocie, zgodnie z założeniem ustawodawcy, w praktyce orzeczniczej sądów wszystkie środki zabezpieczające z katalogu przewidzianego w art. 93a k.k. – poza pobytem w zakładzie psychiatrycznym – znajdują zastosowanie wobec wszystkich kategorii sprawców.

Wykres 3.

Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020



Wykres 4.

Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

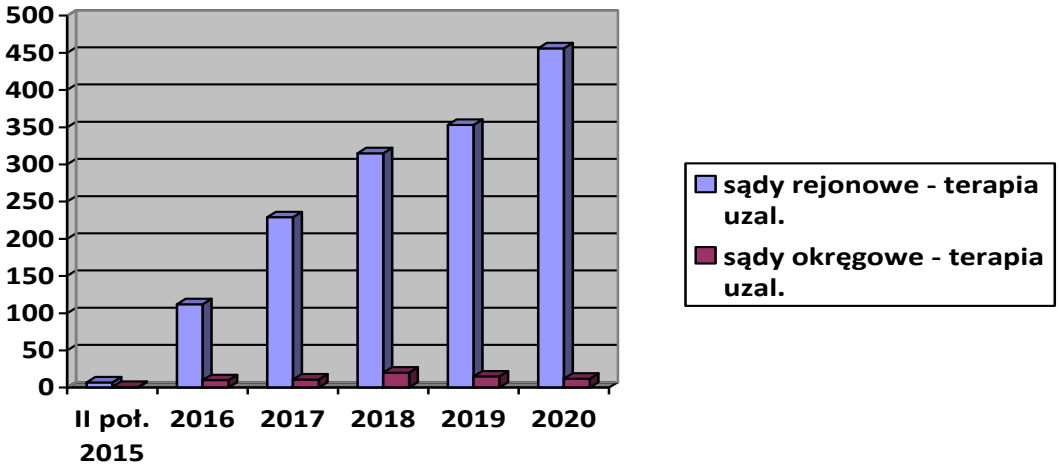


Tabela 5.

Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
sądy Rejonowe	23	7	284	112	702	229	958	315	1233	353	1294	456
sądy okręgowe	1	1	24	10	33	11	37	20	44	15	44	12
Ogółem	24	8	308	122	735	240	995	335	1277	368	1338	468
łącznie w latach 2015-2020	**6 218**											

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich

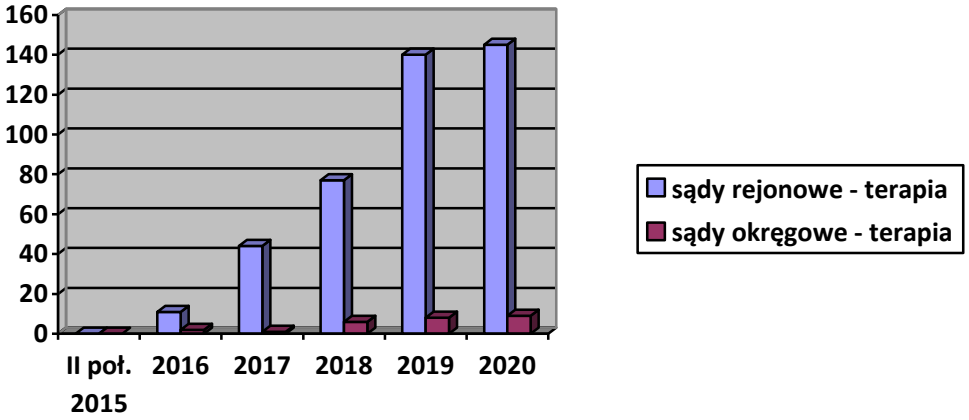
Powyższe wykresy i tabela pokazują, iż z każdym kolejnym rokiem rośnie liczba sprawców niepoczytalnych, względem których sądy rejonowe oraz okręgowe stosują terapię

(w II półroczu 2015 r. sądy rejonowe i okręgowe orzekły terapię 24 razy, w 2016 r. – 308 razy, w 2017 r. – 735 razy, w 2018 r. – 995 razy, w 2019 r. – 1277 razy i w 2020 r. – 1338 razy).

Również liczba orzekanych terapii uzależnień wobec sprawców niepoczytalnych z roku na rok rośnie. Od 2016 r. można obserwować wyraźną tendencję wzrostową (liczba terapii uzależnień orzekana wobec sprawców niepoczytalnych w kolejnych latach przez sądy rejonowe i okręgowe ogółem wynosiła: 122, 240, 335, 368 i 468).

Wykres 5.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020



Wykres 6.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

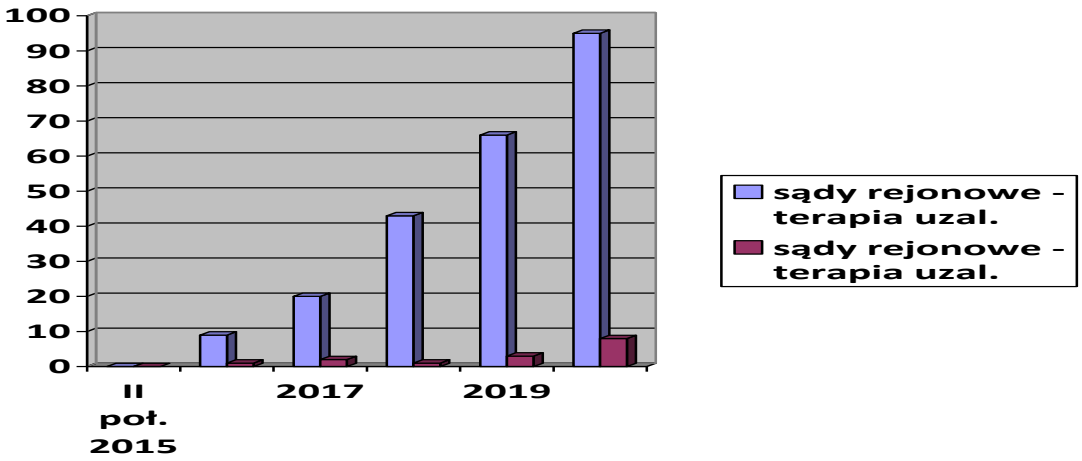


Tabela 6.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

	II połowa 2015		2016		2017		2018		2019		2020	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	0	0	11	9	44	20	77	43	140	66	145	95
sądy okręgowe	0	0	2	1	1	2	6	1	8	3	9	8
Ogółem	0	0	13	10	45	22	83	44	148	69	154	103
łącznie w latach 2015-2020	**691**											

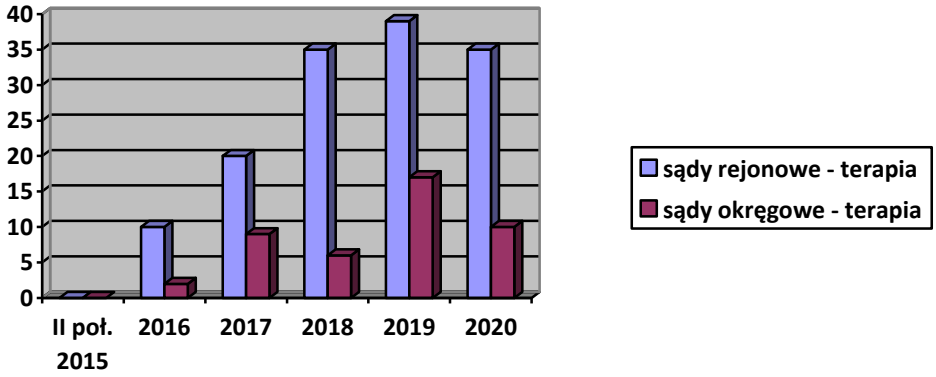
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Również w tej grupie sprawców, z roku na rok liczba stosowanych terapii przez sądy rejonowe i okręgowe rośnie (od 13 przypadków w 2016 r., poprzez 45 przypadków w 2017 r., 83 przypadki w 2018 r. do 148 przypadków w 2019 r. i 154 przypadków w 2020r.).

Analogicznie obserwuje się wzrost liczby orzekanych przez sądy rejonowe i okręgowe terapii uzależnień wobec sprawców o ograniczonej poczytalności w kolejnych latach (od 10 przypadków w 2016 r., poprzez 22 przypadki w 2017 r., 44 orzeczone terapie uzależnień w 2018 r., 69 w 2019 r. aż do 103 terapii uzależnień w 2020 r.).

Wykres 7.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.



Wykres 8.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.

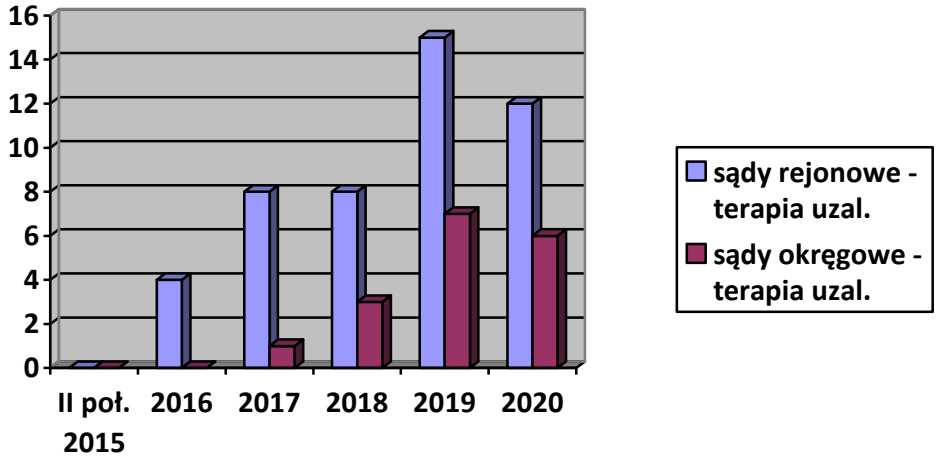


Tabela 7.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.

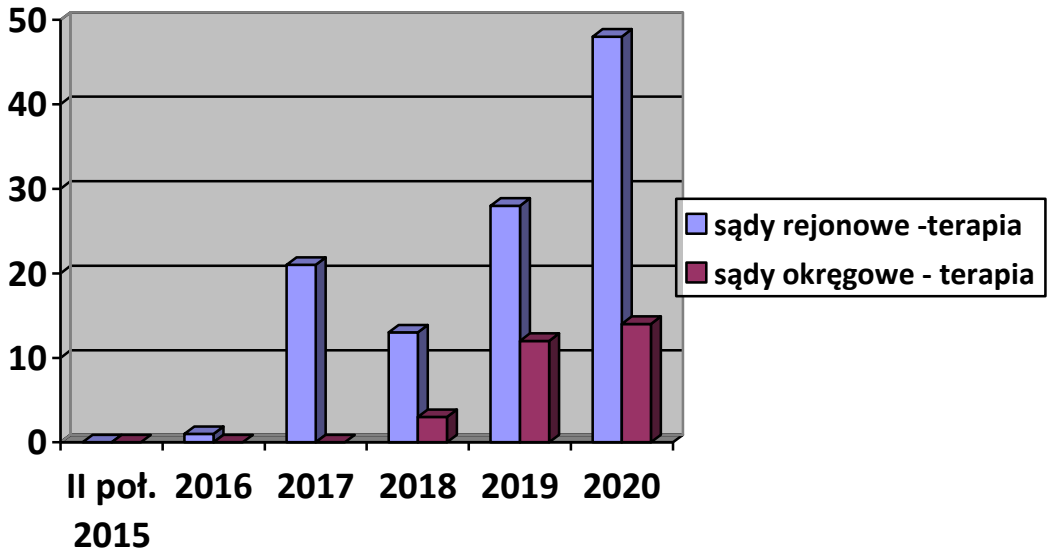
	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
sądy rejonowe	0	0	10	4	20	8	35	8	39	15	35	12
sądy okręgowe	3	0	2	0	9	1	6	3	17	7	10	6
Ogółem	3	0	12	4	29	9	41	11	56	22	45	18
łącznie w latach 2015-2020	**250**											

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Odnośnie do stosowania terapii oraz terapii uzależnień względem sprawców określonych w art. 93c pkt 3 k.k. nie można dostrzec jednolitej tendencji. Biorąc pod uwagę kolejne lata z badanego okresu, w jednym roku jest więcej przypadków orzekania obu środków zabezpieczających, w kolejnym mniej, potem znów więcej. Tytułem przykładu można wskazać, że w 2018 i 2020 r. sądy rejonowe orzekły terapię po 35 razy, zaś w 2019 roku zastosowały ją w 39 przypadkach. Niemniej jednak generalnie można zaobserwować, że terapia i terapia uzależnień z upływem czasu są wobec tej kategorii sprawców orzekane coraz chętniej.

Wykres 9.

Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020



Wykres 10.

Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

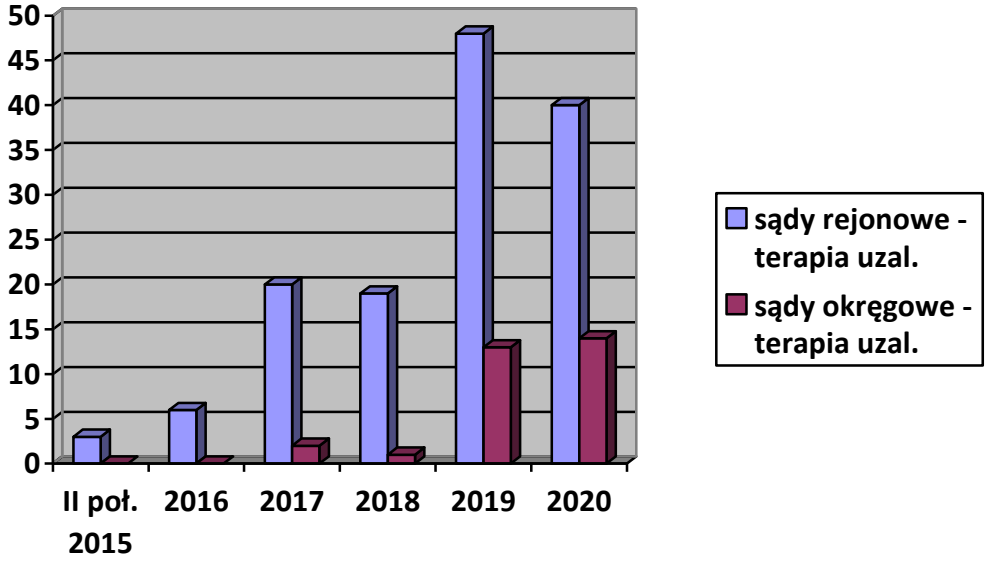


Tabela 8.

Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020

	II połowa 2015		2016		2017		2018		2019		2020	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy Rejonowe	0	3	1	6	21	20	13	19	28	48	48	40
sądy okręgowe	0	0	0	0	0	2	3	1	12	13	14	14
Ogółem	0	3	1	6	21	22	16	20	40	61	62	54
łącznie w latach 2015-2020	**306**											

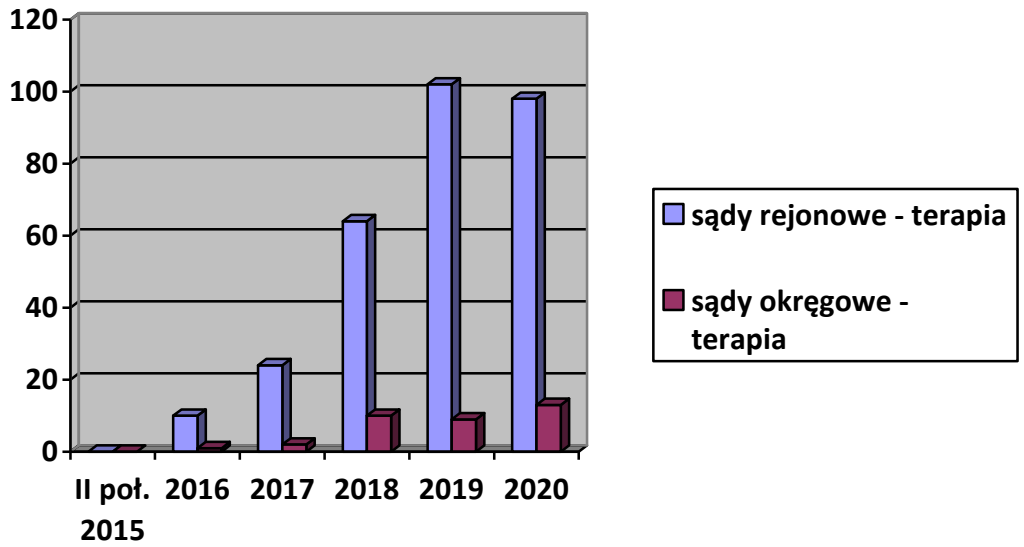
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Odnośnie do stosowania terapii oraz terapii uzależnień względem sprawców określonych w art. 93c pkt 4 k.k. nie można dostrzec żadnej tendencji, jeżeli chodzi o sądy rejonowe. W 2016 r. zastosowały 1 terapię, w kolejnym 21, zaś w następnym 13. Jednak w 2019 orzekły terapię w 28 przypadkach, a w 2020 r. w 48, co być może sygnalizuje tendencję wzrostową w przyszłości. Brak konkretnej tendencji (spadkowej lub wzrostowej) bardziej widoczny jest w przypadku terapii uzależnień, jako że w II połowie 2015 r. sądy rejonowe orzekły ją 3 razy, w 2016 r. – 6, w 2017 r. – 20 , w 2018 r. – 19, w 2019 r. – 48 i w 2020r. – 40.

Jeżeli chodzi natomiast o sądy okręgowe, to powyższe dane pokazuję tendencję wzrostową stosowania terapii od 2018 r., czyli od kiedy została zastosowana po raz pierwszy przez sądy tego szczebla: 3 terapie w 2018 r., 12 w 2019 r. i 14 w 2020 r. W przypadku terapii uzależnień, tak jak w sądach rejonowych, brak wyraźnej tendencji.

Wykres 11.

Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020



Wykres 12.

Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020

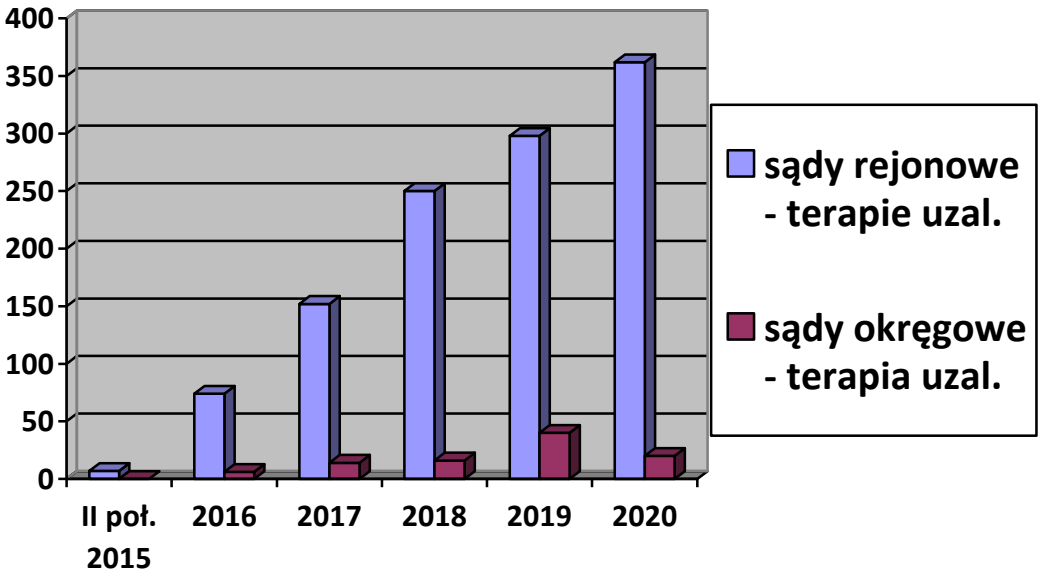


Tabela 9.

Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020

	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy Rejonowe	0	7	10	74	24	152	64	250	102	298	98	362
sądy okręgowe	0	0	1	6	2	14	10	16	9	40	13	20
Ogółem	0	7	11	80	26	166	74	266	111	338	111	382
łącznie w latach 2015-2020	**1 572**											

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Co do terapii oraz terapii uzależnień orzekanych wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 5 k.k. w badanym okresie, zarówno w przypadku sądów rejonowych, jak i okręgowych, zauważalna jest zasadniczo tendencja wzrostowa

Jak wynika z analizy wszystkich danych dotyczących pięciu kategorii sprawców, o których mowa w art. 93c k.k., terapia najczęściej jest orzekana przez sądy obu szczebli wobec sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności, (w latach 2015-2020 sąd rejonowe orzekły ją wobec 4494 sprawców, a sądy okręgowe wobec 183 sprawców), co nie budzi zdziwienia, jako że terapia wolnościowa ma stanowić alternatywę dla internacji, która dotychczas obejmowała wyłącznie sprawców niepoczytalnych, a od 1 lipca 2015 r. może dodatkowo być orzekana wobec sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 2 i 3 k.k., w przypadkach określonych w art. 93g § 2 i 3 k.k.

Kolejną pod względem liczebności grupą sprawców, wobec której sądy rejonowe stosują terapię są skazani za przestępstwa popełnione w stanie ograniczonej poczytalności (417 przypadków w okresie 2015-2020).

Trzecią grupę sprawców, co do których sądy rejonowe najczęściej stosują terapię, stanowią skazani za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (298 przypadków w latach 2015-2020).

W dalszej kolejności są skazani, o których mowa w art. 93c pkt 3 k.k. (139 przypadków w latach 2015-2020) i najrzadziej terapię sądy rejonowe stosują wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 4 k.k. (111 przypadków w omawianym okresie).

W odniesieniu do sądów okręgowych drugą w kolejności co do liczebności grupą sprawców, wobec której najczęściej stosują one terapię są skazani za przestępstwa określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych (47 przypadków w latach 2015-2020), co można tłumaczyć tym, że do właściwości sądów okręgowych, zgodnie z art. 25 § 1 pkt 1 i 2 k.p.k., należy orzekanie w sprawach o zbrodnie oraz m.in. o występki z art. 148 § 4 k.k. i art. 156 § 3 k.k. Przy czym analizując dane w kolejnych latach nie można tu zaobserwować ani tendencji wzrostowej ani spadkowej (3 terapie w II połowie 2015 r., 2 w 2016 r., 9 w 2017 r., 6 w 2018 r., 17 w 2019 r. i 10 w 2020 r.).

Trzecią kategorią sprawców, wobec których sądy okręgowe najchętniej orzekają terapię są skazani za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (35 przypadków w latach 2015-2020), czyli podobnie jak w przypadku sądów rejonowych.

Kolejną grupę stanowią skazani, o których mowa w art. 93c pkt 4 k.k. (29 przypadków w okresie 2015-2020). W tej grupie można zauważyć powolną tendencję wzrostową, co już wyżej zasygnalizowano, jako że w latach 2015-2017 nie orzeczono żadnej terapii, zaś od 2018 r. liczba terapii wzrasta (3 w 2018 r., 12 w 2019 r. i 14 w 2020r.).

Najrzadziej sądy okręgowego stosują terapię odniesieniu do sprawców popełniających przestępstwa w stanie ograniczonej poczytalności, jako że w latach 2015-2020 orzeczono ją w 26 przypadkach, przy czym tendencja do jej stosowania ma charakter wzrostowy (od 2 przypadków w 2016r., poprzez 1 przypadek w 2017 r., do 6 przypadków w 2018 r., 8 w 2019 r. i 9 w 2020r.).

Jeżeli chodzi o terapię uzależnień, sądy rejonowe najczęściej orzekają ją – podobnie jak terapię – wobec sprawców niepoczytalnych (1472 przypadki w latach 2015-2020), następnie wobec skazanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem, o jakim mowa w art. 93c pkt 5 k.k. (1143 przypadki w okresie od 2015 do 2020 roku), w trzeciej kolejności względem sprawców skazanych za przestępstwa popełnione w stanie ograniczonej poczytalności (233 przypadki w omawianym okresie), następnie względem sprawców określonych w art. 93c pkt 4 k.k. (136 przypadków w latach 2015-2020) i najrzadziej wobec sprawców z art. 93c pkt 3 k.k. (47 przypadków).

Z kolei sądy okręgowe najczęściej stosują terapię uzależnień wobec skazanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem (96 przypadków w latach 2015-2020), na drugim miejscu są sprawcy dopuszczający się czynów w stanie niepoczytalności (69 przypadków), na trzecim plasują się skazani określeni w art. 93c pkt 4 k.k. (30 przypadków w okresie od 2015 do 2020 roku), przedostatnią pozycję zajmują skazani, o których mowa w art. 93c pkt 3 k.k. (17 przypadków w badanym czasokresie) i najrzadziej terapia uzależnień jest orzekana wobec skazanych za przestępstwa popełnione w warunkach art. 31 § 2 k.k. (15 przypadków w latach 2015-2020).

Sformułowane wcześniej wnioski o tendencji wzrostowej orzekania terapii uzależnień wobec sprawców niepoczytalnych oraz o ograniczonej poczytalności dotyczyły sądów rejonowych i okręgowych ogółem. Jeżeli chodzi natomiast o same sądy okręgowe i stosowanie terapii uzależnień, w żadnej grupie sprawców nie można zaobserwować ani wyraźnej tendencji wzrostowej, ani spadkowej.

Konkludując można stwierdzić, że terapia oraz terapia uzależnień przyjęły się jako nowe wolnościowe środki zabezpieczające, zasadniczo orzekane są z roku na rok coraz częściej przez sądy rejonowe i okręgowe, wobec wszystkich kategorii sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 1-5 k.k. Należy bowiem podkreślić, iż różnice w liczbie orzekanych

terapii lub terapii uzależnień w kolejnych latach przez sądy rejonowe i okręgowe są niewielkie i nawet jeśli w danym roku zastosowano ich o kilka mniej niż w poprzednim, a w kolejnym orzeczono nieco więcej, to generalnie od momentu wprowadzenia tych instytucji do kodeksu karnego z 1997 r. widać tendencję do stosowania ich w coraz większym zakresie.

Jedna z przyjętych w niniejszej pracy hipotez badawczych zakłada, że wprowadzenie do ustawy karnej leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień spowodowało spadek liczby stosowania izolacyjnego leczniczego środka zabezpieczającego polegającego na orzeczeniu pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

Wydawało się bowiem - jak słusznie dostrzegła M. Pyrcak-Górowska - że nowelizacja środków zabezpieczających zracjonalizuje praktykę orzekania detencji psychiatrycznej. Przepisy zostały ukształtowane tak, by podkreślić, że priorytetem jest stosowanie środków o charakterze wolnościowym. Możliwość stosowania terapii oraz terapii uzależnień, również wobec sprawcy niepoczytalnego, stanowiła istotne *novum*, gdyż wprowadzała, jak można było się spodziewać, alternatywę dla stosowania detencji psychiatrycznej w postaci możliwości orzeczenia środka wolnościowego o charakterze leczniczym. W konsekwencji, można było przypuszczać, że nowe środki zabezpieczające będą stosowane wobec niepoczytalnych sprawców „średnich" czy „drobnych" czynów zabronionych[761].

W celu zweryfikowania postawionej hipotezy w pierwszej kolejności ustalono, na podstawie danych statystycznych, liczbę skierowanych do wykonania leczniczych środków zabezpieczających polegających na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczniczym, o których mowa w art. 94 k.k., art. 95a § 1 k.k. i art. 96 k.k., w sądach rejonowych i okręgowych, przed nowelizacją wprowadzoną ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. w latach 2010-2015.

[761] M. Pyrcak-Górowska, *Czy nowelizacja kodeksu karnego z 2015 r. wpłynęła na praktykę stosowania środków zabezpieczających? Raport z badań?* Probacja 2021, Nr 2, s. 36.

Tabela 10.

Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczniczym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2010-2015. Orzeczenia wydane na podstawie art. 94, 95a § 1 i 96 Kodeksu karnego

	Sądy rejonowe						**Sądy okręgowe**					
	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
art. 94 k.k.	638	705	652	801	631	617	95	95	115	107	105	116
art. 95a § 1 k.k.	4	3	7	13	11	10	1	0	5	5	2	0
art. 96 k.k.	71	70	72	67	66	61	3	1	1	4	2	12
Ogółem w poszczególnych latach	713	778	731	881	708	688	99	96	121	116	109	128
Ogółem w okresie 2010-2015	**4499**						**669**					

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Następnie ustalono liczbę skierowanego do wykonania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznych, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4 k.k. w latach 2015-2020.

Tabela 11.

Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020.

Orzeczenia na podstawie art. 93a § 1 pkt 4 Kodeksu karnego

	Sądy rejonowe						**Sądy okręgowe**					
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
art. 93a § 1 pkt 4 k.k.	105	465	724	831	2642	1889	21	50	110	98	410	222
Ogółem w okresie 2015-2020	**6 656**						**911**					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Do analizy przyjęto porównywalne okresy 5,5 lat. Zestawienie powyższych danych jednoznacznie ukazuje, że wprowadzenie do katalogu środków zabezpieczających terapii oraz terapii uzależnień nie spowodowało spadku liczby stosowania izolacyjnego środka zabezpieczającego. Co więcej, w latach 2010-2015 sądy rejonowe orzekły lecznicze środki zabezpieczające o charakterze izolacyjnym (na podstawie art. 94 k.k., art. 95a § 1 k.k. i art. 96 k.k.) w 4499 przypadkach, a sądy okręgowe w 669 przypadkach, zaś w latach 2015-2020 sądy rejonowe zastosowały jedyny aktualnie funkcjonujący izolacyjny środek leczniczy w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym (na podstawie art. 93a § 1 pkt 4 k.k.) aż wobec 6656 sprawców, a sądy wyższego szczebla wobec 911 sprawców. W okresie od 2015 do 2020 obserwuje się ewidentną tendencję wzrostową stosowania detencji z każdym kolejnym rokiem aż do roku 2019. Gdy w 2018 r. sądy rejonowe orzekły 831 internacji, to w kolejnym roku było ich już 2642, zaś w ubiegłym roku odnotować należy spadek do 1889, ale w dalszym ciągu są to tysiące, gdy tymczasem do 2018 roku były to setki przypadków w skali kraju. Podobnie rzecz ma się w odniesieniu do sądów okręgowych. W 2018 r. orzeczono internację w 98 sprawach, a rok później już w 410, z kolei rok ubiegły przyniósł spadek do 222 przypadków.

W dalszej kolejności ustalono liczbę orzeczonych internacji wobec sprawców niepoczytalnych w latach 2010-2015 przez sądy rejonowe i okręgowe na podstawie art. 94 k.k oraz liczbę internacji zastosowanych wobec sprawców niepoczytalnych przez sądy obu szczebli w okresie od 2015 do 2020 roku, aby dokonać analizy danych i stwierdzić, czy i jak wprowadzenie do systemu prawa od 1 lipca 2015 r. ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających wpłynęło na praktykę stosowania detencji psychiatrycznej wobec osób niepoczytalnych.

Tabela 12.

Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczniczym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2010-2015.

Orzeczenia wydane na podstawie art. 94 Kodeksu karnego

	Sądy rejonowe						**Sądy okręgowe**					
	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
art. 94 k.k.	638	705	652	801	631	617	95	95	115	107	105	116

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Tabela 13.

Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020, w tym wobec sprawców niepoczytalnych, o których mowa w art. 93c pkt 1 k.k.

	Sądy rejonowe						**Sądy okręgowe**					
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
art. 93a § 1 pkt 4 k.k.	105	465	724	831	2642	1889	21	50	110	98	410	222
art. 93a § 1 k.k. wobec sprawców z art. 93c pkt 1 k.k.	98	441	686	787	2530	1760	21	43	103	88	384	206

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości - Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich.

Na wstępie należy wskazać, iż badania mające na celu ustalenie, czy i jak wprowadzenie do systemu prawa od 1 lipca 2015 r. ambulatoryjnych środków zabezpieczających wpłynęło na praktykę stosowania detencji psychiatrycznej wobec osób niepoczytalnych, na podstawie akt sądowych, obejmując ich zakresem sprawy, które wpłynęły do sądów w latach 2016-2017, prowadziła wspomniana wyżej M. Pyrcak-Górowska i wówczas doszła do przekonania, że po 2015 r. liczba orzeczonych detencji psychiatrycznych nie spadła w sposób istotny[762].

Porównanie wyżej zaprezentowanych danych statystycznych pozwala obecnie na jednoznaczne wnioskowanie, że w odniesieniu do kategorii sprawców niepoczytalnych, analogicznie jak stwierdzono to wyżej w odniesieniu do wszystkich kategorii sprawców, wobec których obecnie może być stosowana internacja, wprowadzenie wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających nie wpłynęło na zmniejszenie liczby orzekanych wobec tej grupy sprawców detencji.

W tej grupie obserwuje się wzrost stosowania najsurowszego środka zabezpieczającego. W latach 2010-2015 bowiem sądy rejonowe skierowały do wykonania detencję 4044 razy, a sądy okręgowe 633 razy, natomiast w latach 2015-2020 sądy rejonowe zastosowały detencję wobec sprawców niepoczytalnych aż w 6302 przypadkach, zaś sądy

[762] M. Pyrcak-Górowska, *Czy nowelizacja kodeksu karnego z 2015 r. wpłynęła na praktykę stosowania środków zabezpieczających? Raport z badań?* Probacja 2021, Nr 2, s. 37 i 40.

okręgowe w 845 przypadkach. W okresie od 2015 do 2020 obserwujemy przy tym widoczną tendencję wzrostową stosowania detencji względem sprawców niepoczytanych z każdym następnym rokiem aż do roku 2019. W 2015 r. sądy rejonowe orzekły wobec nich 98 internacji, w kolejnym roku było ich już 441, w roku 2017 było 686 internacji, w roku 2018 było 787, w 2019 r. zastosowano 2530 internacji, a w ubiegłym roku 1760.

Podobnie rzecz się przedstawia jeśli chodzi o sądy okręgowe. W 2015 r. orzeczono internację wobec sprawców niepoczytalnych w 21 sprawach, w 2016 r. w 43 sprawach, w 2017 r. w 103 przypadkach, w 2018 r. w 88 sprawach, w kolejnym roku były już 384 przypadki, a w ubiegłym 206.

Trudno wnioskować o przyczynach takiego stanu rzeczy bez pogłębionych analiz. Wypada jednak zauważyć, że liczba osób z zaburzeniami psychicznymi w kolejnych latach zmienia się. W pewnych kategoriach wzrasta, w innych spada. Według Głównego Urzędu Statystycznego, w 2017 r. w warunkach ambulatoryjnych, w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1,6 mln osób, czyli blisko 5% wszystkich Polaków, tj. o ponad 40 tys. więcej niż przed rokiem. Porównanie danych z kolejnych dwóch lat pozwoliło stwierdzić, że w 2017r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe (o ponad 14 tys. osób więcej), zaburzenia afektywne (o prawie 11 tys.) oraz zaburzenia rozwojowe (o blisko 7 tys. osób więcej) niż przed rokiem. Nieznacznie więcej osób leczonych było z powodu organicznych zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych. Mniej natomiast osób leczono z powodu pozostałych zaburzeń psychicznych. Zwiększyła się nieznacznie (o ponad 2 tys.) liczba leczonych z powodu używania alkoholu, głównie z powodu wzrostu liczby pacjentów z zespołem uzależnienia. Zwiększyła się również o prawie 3,5 tys. liczba osób leczonych z powodu używania środków psychoaktywnych; główną tego przyczynę stanowił wzrost liczby osób z rozpoznaniem zespołu uzależnienia lub zespołu abstynencyjnego[763].

Z kolei w 2018 r. w warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1,6 mln osób, czyli ponad 4% ludności Polski. W stosunku do 2017 roku było 26,5 tysiąca mniej zgłoszeń dotyczących zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ogółem. W 2018 roku zdiagnozowano ponad 22 tysiące mniej zaburzeń psychicznych i zaburzeń

[763] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r. Analizy statystyczne opublikowane na stronie Głównego Urzędu Statystycznego, s. 26, dostęp na 02.12.2021r.: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/9/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf.

zachowania z wyłączeniem uzależnień niż rok wcześniej. W porównaniu z 2017 rokiem, w 2018 odnotowano natomiast więcej o 682 przypadki zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu i o 759 przypadków zaburzeń psychicznych spowodowanych użyciem środków psychoaktywnych[764].

Nie opublikowano danych za rok 2019 i 2020, których analiza być może pozwoliłaby bliżej ustalić przyczynę nagłego znacznego wzrostu liczby orzekanych internacji w 2019 r. w porównaniu z poprzednimi latami (wzrost z 831 w 2018 r. do 2642 w sądach rejonowych i z 98 w 2018 r. do 410 w sądach okręgowych) oraz przyczynę dużej liczby orzeczonych internacji również w ubiegłym roku (1889 w sądach rejonowych i 222 w sądach okręgowych).

2. Stosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków łącznie w postępowaniu karnym przed sądem pierwszej instancji, przez sądy okręgowe i sądy rejonowe w województwie warmińsko-mazurskim, na podstawie wyników badań akt sądowych (art. 93c k.k.).

Na podstawie przeprowadzonych badań akt sądowych ustalono, w ilu sprawach sądy okręgowe oraz sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię oraz terapię uzależnień w okresie od II półrocza 2015 r. do końca 2020 r. w postępowaniu karnym w I instancji.

Poniżej zaprezentowano trzy tabele. Jedna dotyczy dwóch sądów okręgowych, druga dziesięciu sądów rejonowych funkcjonujących w Okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie, a trzecia pozostałych siedmiu sądów rejonowych funkcjonujących w województwie warmińsko-mazurskim (SR w Ełku i SR w Olecku działających w ramach Okręgu Sądu Okręgowego w Suwałkach oraz SR w Braniewie, SR w Działdowie, SR w Elblągu, SR w Iławie i SR w Ostródzie, działających w obrębie Okręgu Sądu Okręgowego w Suwałkach).

[764] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r. Analizy statystyczne opublikowane na stronie Głównego Urzędu Statystycznego, s. 34, dostęp na 02.12.2021r.: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/6/7/1/stan_zdrowia_ludnosci_polski_w_2019.pdf.

Tabela 14.

Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy okręgowe w województwie warmińsko-mazurskim w I instancji w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt

SO w Olsztynie			**SO w Elblągu**		
terapia	terapia uzal.	terapia i terapia uzal.	terapia	terapia uzal.	terapia i terapia uzal.
2	15	-	1	-	-
Ogółem **17**			Ogółem **1**		

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Powyższe dane pokazują, że w Sądzie Okręgowym w Olsztynie zastosowano wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające w postępowaniu karnym w badanym okresie w 17 przypadkach, zaś w Sądzie Okręgowym w Elblągu tylko raz.

Tabela 15.

Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy rejonowe Okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie w I instancji w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt

	SR Olsztyn	**SR Bartoszyce**	**SR Pisz**	**SR Kętrzyn**	**SR Lidzbark Warmiński**	**SR Nidzica**	**SR Biskupiec**	**SR Giżycko**	**SR Mrągowo**	**SR Szczytno**
terapia	28	3	12	9	1	5	5	16	5	16
terapia uzal.	2	2	17	4		2	-	44	7	48
terapia i terapia uzal.	4	1	5	-		2	3	4	1	12
Ogółem	**38**	**7**	**39**	**13**	**1**	**11**	**11**	**68**	**14**	**88**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Tabela 16.

Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez pozostałe sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w I instancji w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt

	SR Ostróda	**SR Iława**	**SR Ełk**	**SR Olecko**	**SR Braniewo**	**SR Elbląg**	**SR Działdowo**
Terapia	8	3	6	6	3	13	5
Terapia uzal.	36	2	1	2	2	5	3
Terapia i terapia uzal.	2	-	5	1	-	2	-
Ogółem	**48**	**5**	**17**	**10**	**5**	**22**	**8**

Źródło: Badania własne akt sądowych[765].

Jeżeli chodzi o sądy rejonowe, to terapię lub terapię uzależnień albo oba środki łącznie zastosowano od 1 przypadku w SR w Lidzbarku Warmińskim do 88 przypadków w SR w Szczytnie. Rozbieżności w liczbie stosowanych nowych wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających w poszczególnych sądach rejonowych nie można przy tym tłumaczyć wyłącznie wielkością danego sądu (pod pojęciem większego sądu na gruncie niniejszej pracy należy rozumieć ten sąd, na obszarze działalności którego zamieszkuje większa liczbę mieszkańców), a zatem i liczbą wpływających spraw. Wprawdzie bowiem SR w Szczytnie jest większym sądem, aniżeli SR w Lidzbarku Warmińskim, jednak zależność ta nie będzie miała zastosowania w odniesieniu do innych sądów. Wielkością sądu można wyjaśnić liczbę terapii i terapii uzależnień orzeczonych w badanym okresie przez SR w Ostródzie (48), SR w Giżycku (68) czy największym w województwie SR w Olsztynie (38), ale już nie sposób wyjaśnić wielkością sądu tego, że w mniejszym od wymienionych jednostek SR w Piszu zastosowano rzeczone środki zabezpieczające 39 razy, zaś w SR w Elblągu, który pod względem wielkości ustępuje tylko SR w Olsztynie, orzeczono je w 22 przypadkach.

Analiza opinii sądowo-psychiatrycznych znajdujących się w aktach poszczególnych badanych spraw pozwala na stwierdzenie, że pewne znaczenie dla orzekania terapii lub terapii uzależnień ma okoliczność, jacy konkretnie biegli (zespół biegłych) opiniowali w danej sprawie. Innymi słowy, można było zauważyć, że w tych sądach rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego, które często powoływały tych samych konkretnych biegłych

[765] Badania nie objęły Sądu Rejonowego w Nowym Mieście Lubawskim.

lekarzy psychiatrów i psychologów orzekano więcej terapii i terapii uzależnień niż w sądach, które do opiniowania powoływały innych biegłych.

Zaprezentowane poniżej dane statystyczne obrazują, wobec jakich kategorii sprawców określonych w art. 93c pkt 1-5 k.k., sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego najczęściej i najrzadziej orzekały terapię oraz terapię uzależnień w okresie od II połowy 2015 r. do końca 2020 r.

Tabela 17.

Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020

	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	2	-	27	8	35	9	33	9	6	10	19	7
sądy okręgowe	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
ogółem w danym roku	2	-	27	8	35	9	34	9	6	10	19	7
ogółem w badanym okresie	**166**, w tym: 123 terapie; 43 terapie uzależnień											

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Tabela 18.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020

	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**Terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	-	-	2	2	7	2	4	2	7	1	4	3
sądy okręgowe	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-
ogółem w danym roku	-	-	2	2	7	3	4	3	8	1	4	3
ogółem w badanym okresie	**37**, w tym: 25 terapii; 12 terapii uzależnień											

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Tabela 19.

Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020

	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
sądy okręgowe	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
ogółem w danym roku	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-
ogółem w badanym okresie	**3**, w tym: 3 terapie											

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Tabela 20.

Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.

	II połowa 2015		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	-	-	-	1	4	3	2	2	-	-	1	3
sądy okręgowe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ogółem w danym roku	-	-	-	1	4	3	2	2	-	-	1	3
ogółem w badanym okresie	**16**, w tym: 7 terapii; 9 terapii uzależnień											

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Tabela 21.

Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020

	II połowa 2015		2016		2017		2018		2019		2020	
Rodzaj środka zabezpieczającego	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**	**terapia**	**terapia uzależnień**
Sądy rejonowe	-	3	-	14	1	39	1	35	-	44	-	20
sądy okręgowe	-	-	-	4	-	2	-	4	-	2	-	1
ogółem w danym roku	-	3	-	18	1	41	1	39	-	46	-	21
ogółem w badanym okresie	**170**, w tym: 2 terapie; 168 terapii uzależnień											

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Z powyższych danych wynika, że sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego, w badanym okresie, najchętniej stosowały terapię oraz terapię uzależnień w stosunku do sprawców niepoczytalnych (art. 93c pkt 1 k.k.) oraz skazanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (art. 93c pkt 5 k.k.). Łącznie oba środki wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 1 k.k. sądy orzekły w 166 przypadkach, z tego 123 stanowiła terapia, a 43 terapia uzależnień, a wobec sprawców z art. 93c pkt 5 k.k. sądy zastosowały łącznie oba środki w 170 przypadkach, z czego 2 to były terapie, a 168 terapie uzależnień. Na trzeciej pozycji znaleźli się sprawcy z ograniczoną poczytalnością (art. 93c pkt 2 k.k.) – 37 przypadków, z czego w 25 sprawach zastosowano terapię, a w 12 terapię uzależnień. Na czwartej pozycji uplasowali się skazani, o których mowa w art. 93c pkt 4 k.k. – 16 orzeczonych środków zabezpieczających, z czego 7 to terapia, a 9 terapia uzależnień. Na ostatniej pozycji znaleźli się sprawcy określeni w art. 93c pkt 3 k.k. – jedynie trzykrotnie orzeczono wobec nich terapię i ani razu terapii uzależnień.

Zestawiając powyższe konstatacje z wnioskami analizy danych statystycznych sądów okręgowych i rejonowych w Polsce można generalnie stwierdzić, że terapia jest przez sądy najczęściej orzekana wobec sprawców dopuszczających się czynów zabronionych w stanie niepoczytalności.

Z kolei najrzadziej terapia była orzekana w skali kraju przez sądy rejonowe w odniesieniu do skazanych z art. 93c pkt 4 k.k., a przez sądy okręgowe w stosunku do skazanych za przestępstwa popełnione w stanie ograniczonej poczytalności. W skali województwa warmińsko-mazurskiego terapia najrzadziej była stosowana przez sądy

rejonowe wobec sprawców z art. 93c pkt 3 k.k. i z art. 93c pkt 5 k.k. (po 2 przypadki w obu kategoriach w badanym okresie), zaś przez sądy okręgowe również wobec sprawców z art. 93c pkt 5 k.k. oraz wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 4 k.k. (wobec tych kategorii nie orzeczono żadnej terapii w badanym okresie).

Jeżeli chodzi o terapię uzależnień, to wydawać by się mogło, że najczęściej miała zastosowanie wobec skazanych uzależnionych, gdy tymczasem okazuje się, iż w skali kraju sądy rejonowe najczęściej orzekały ją w badanym okresie wobec sprawców niepoczytalnych (1472 przypadków), a wobec uzależnionych w drugiej kolejności (1143 przypadki). Wobec sprawców uzależnionych najczęściej stosowały terapię uzależnień w skali kraju sądy okręgowe. Jednak w skali województwa warmińsko-mazurskiego, zarówno sądy okręgowe, jak i rejonowe, w badanym okresie najwięcej terapii uzależnień orzekły wobec skazanych uzależnionych (SR – 155; SO – 13), a wobec sprawców niepoczytalnych w drugiej kolejności (SR – 43; SO – 1). Wydaje się, iż jednej z przyczyn częstego stosowania terapii uzależnień w odniesieniu do sprawców niepoczytalnych można upatrywać w tym, że – jak pokazują badania akt – chorobom psychicznym nierzadko towarzyszy zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu, innych środków psychoaktywnych albo kilku substancji (uzależnienie mieszane). W konsekwencji, w takich sprawach, opiniujący biegli wnioskowali o jednoczesne zastosowanie wobec sprawcy obu środków zabezpieczających.

Terapia uzależnień w skali kraju przez sądy rejonowe była orzekana najrzadziej wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 3 k.k., a przez sądy okręgowe najrzadziej względem skazanych za przestępstwa popełnione w stanie ograniczonej poczytalności. W skali badanego województwa sądy rejonowe oraz okręgowe nie stosowały terapii uzależnień względem sprawców z art. 93c pkt 3 k.k. Wynik ten pokazuje, że terapia uzależnień jako środek zabezpieczający wobec skazanych za przestępstwa określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, znajduje niewielkie zastosowanie.

3. Stosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków łącznie w postępowaniu karnym wykonawczym przez sądy okręgowe i sądy rejonowe w województwie warmińsko-mazurskim na podstawie wyników badań akt sądowych (art. 93d § 2, § 4 i § 6 k.k. i art. 93b § 2 k.k.).

Na podstawie przeprowadzonych badań akt sądowych ustalono również, w ilu sprawach sądy okręgowe oraz sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię oraz terapię uzależnień w okresie od II półrocza 2015 r. do końca 2020 r. na etapie postępowania wykonawczego.

Poniżej zaprezentowano trzy tabele. Jedna dotyczy dwóch sądów okręgowych, druga dziesięciu sądów rejonowych funkcjonujących w Okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie, a trzecia pozostałych siedmiu sądów rejonowych funkcjonujących w województwie warmińsko-mazurskim.

Tabela 22.

Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy okręgowe w województwie warmińsko-mazurskim w postępowaniu wykonawczym w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt

SO w Olsztynie			**SO w Elblągu**		
terapia	terapia uzal.	terapia i terapia uzal.	terapia	terapia uzal.	terapia i terapia uzal.
6	1	4	1	3	3
Ogółem **11**			Ogółem **7**		

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Na etapie postępowania wykonawczego, podobnie jak na etapie postępowania przed sądem I instancji, również w Sądzie Okręgowym w Olsztynie zastosowano więcej razy terapię i terapię uzależnień w porównaniu z Sądem Okręgowym w Elblągu.

Tabela 23.

Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy rejonowe Okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie w postępowaniu wykonawczym w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt

	SR Olsztyn	**SR Bartoszyce**	**S.R. Pisz**	**S.R Kętrzyn**	**SR Lidzbark Warmiński**	**SR Nidzica**	**SR Biskupiec**	**SR Giżycko**	**SR Mrągowo**	**SR Szczytno**
Terapia	10	-	1	-	3	-	2	-	1	1
Terapia uzal.	-	-	1	-	-	-		1	1	2
Terapia i terapia uzal.	3	-	-	1	3	-	1	-	2	-
Ogółem	**16**	**-**	**2**	**2**	**9**	**-**	**4**	**1**	**6**	**3**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Tabela 24.

Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez pozostałe sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w postępowaniu wykonawczym w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt

	SR Ostróda	**SR Ilawa**	**SR Ełk**	**SR Olecko**	**SR Braniewo**	**SR Elbląg**	**SR Działdowo**
Terapia	4	4	2	-	2	6	-
Terapia uzal.	1	-	-	-	2	8	-
Terapia i terapia uzal.	1	1	-	-	-	3	2
Ogółem	**7**	**6**	**2**	**-**	**4**	**20**	**4**

Źródło: Badania własne akt sądowych[766].

Zaprezentowane powyżej dane w porównaniu z danymi dotyczącymi stosowania terapii oraz terapii uzależnień w pierwszej instancji, pozwalają wnioskować, że na etapie postępowania wykonawczego oba środki zasadniczo stosowane są rzadziej, aniżeli w postępowaniu przed sądem I instancji. Jednakże w konkretnych sądach proporcje te są

[766] Badania nie objęły Sądu Rejonowego w Nowym Mieście Lubawskim.

zgoła odmienne. W SO w Elblągu zbadano tylko jedną sprawę, gdzie w postępowaniu karnym orzeczono terapię i 7 spraw, w których orzeczono terapię oraz terapię uzależnień w fazie postępowania wykonawczego. Podobnie w SR w Lidzbarku Warmińskim, gdzie w postępowaniu karnym zastosowano w badanym okresie jedną terapię, a w postępowaniu wykonawczym orzeczono łącznie 9 terapii oraz terapii uzależnień. Z kolei w SR w Bartoszycach w postępowaniu karnym zastosowano łącznie 7 terapii oraz terapii uzależnień, zaś na etapie postępowania wykonawczego wcale. Analogicznie było w SR w Nidzicy (11 środków zabezpieczających w I instancji i żadnego w postępowaniu wykonawczym) i SR w Olecku (10 środków zabezpieczających w I instancji i żadnego w postępowaniu wykonawczym).

Z powyższego nie wyłaniają się żadne prawidłowości pozwalające odkryć, od czego zależy różnica w liczbie stosowanych terapii oraz terapii uzależnień w postępowaniu przed sądem I instancji i postępowaniu wykonawczym. Można jedynie stwierdzić, że generalnie nowe wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające częściej stosowane są przez sądy w postępowaniu karnym przed sądem I instancji niż w postępowaniu wykonawczym.

W postępowaniu wykonawczym ustawodawca przewidział możliwość zastosowania terapii oraz terapii uzależnień w czterech sytuacjach.

Przede wszystkim można orzec wobec sprawcy jeden lub więcej środków zabezpieczających, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k., w tym terapię lub terapię uzależnień albo oba środki łącznie, uchylając środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, co wynika z art. 93d § 2 k.k.

Następnie, można orzec terapię lub terapię uzależnień w czasie wykonywania kary pozbawienia wolności do czasu wykonania tej kary, jednak nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary (art. 93d § 4 k.k.).

Po zastosowaniu środka zabezpieczającego w orzeczeniu kończącym sprawę i jego uchyleniu, istnieje możliwość ponownego orzeczenia tego samego środka zabezpieczającego lub innego, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k., w ciągu 3 lat od uchylenia środka, jeżeli zachowanie sprawcy wskazuje, że zachodzi konieczność stosowania środków zabezpieczających (art. 93d § 6 k.k.).

Nadto, sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe, co wynika z art. 93b § 3 k.k.

Poniżej przedstawiono dane liczbowe dotyczące stosowania terapii oraz terapii uzależnień w odniesieniu do każdego z czterech opisanych wariantów.

Tabela 25.

Wariant zastosowania terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie w postępowaniu wykonawczym przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020

rodzaj sądu	**po uchyleniu pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym (art. 93d § 2 k.k.)**	**w czasie wykonywania kary pozbawienia wolności (art. 93d § 4 k.k.)**	**w ciągu 3 lat od uchylenia uprzednio zastosowanego środka zabezpieczającego (art. 93d § 6 k.k.)**	**na skutek zmiany orzeczonego środka zabezpieczającego oraz zmiany sposobu jego wykonywania, o którym mowa w art. 93b § 3 k.k.**
sądy okręgowe	2	10	-	6
sądy rejonowe	33	24	2	10
Ogółem	**35**	**34**	**2**	**16**

Źródło: Badanie własne akt sądowych.

Z danych ujętych w tabeli wynika, że w badanym okresie, zarówno sądy okręgowe, jak i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego, najczęściej stosowały terapię oraz terapię uzależnień po uchyleniu pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym, następnie w czasie wykonywania kary pozbawienia wolności, potem na skutek zmiany orzeczonego środka zabezpieczającego oraz zmiany sposobu jego wykonywania i najrzadziej w ciągu 3 lat od uchylenia uprzednio zastosowanego środka zabezpieczającego.

Analiza akt poszczególnych spraw wykazała, że zmiana orzeczonego środka zabezpieczającego dotyczyła wyłącznie zmiany pobytu w zakładzie psychiatrycznym na lecznicze wolnościowe środki zabezpieczające. Nie odnotowano natomiast orzeczenia w przedmiocie zmiany sposobu wykonywania środka zabezpieczającego. Sądy w jednym przypadku uchylały pobyt w zakładzie psychiatrycznym, powołując w orzeczeniu stosowne przepisy m.in. art. 93d § 2 k.k., a w innym zmieniały stosowany środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym na wolnościowe środki zabezpieczające i powoływały m.in. przepis art. 93b § 3 k.k.

Badając te sprawy i rozstrzygnięcia trudno było dostrzec różnice pozwalające na stwierdzenie, dlaczego w jednym przypadku uchylano internację i stosowano terapię, terapię uzależnień albo oba środki łącznie, a w innym zmieniano ją na środek czy środki wolnościowe. W niektórych badanych aktach znajdowały się rozstrzygnięcia takiej treści, że sąd postanowił „zmienić stosowany środek zabezpieczający w ten sposób, że uchylić środek zabezpieczający w postaci umieszczenia sprawcy w zamkniętym zakładzie

psychiatrycznym i w jego miejsce zastosować środek zabezpieczający w postaci terapii". Zdarzyły się i takie rozstrzygnięcia, w których sąd postanowił „zmienić zastosowany wobec (…) środek zabezpieczający", ale w podstawie prawnej powołał art. 93d § 2 k.k., a więc dotyczący uchylenia internacji, zamiast art. 93b § 3 k.k.

To oznacza, że faktycznie zdecydowanie najczęściej sądy stosowały terapię oraz terapię uzależnień w przypadku uchylenia pobytu w zakładzie psychiatrycznym. Z kolei okoliczność, że najrzadziej stosowały terapię oraz terapię uzależnień w ciągu 3 lat od uchylenia internacji można tłumaczyć – jak się wydaje – tym, iż nowelizacja jeszcze zbyt krótko obowiązuje.

W tym miejscu wypada powtórzyć, że uchylenie izolacyjnego środka zabezpieczającego na podstawie art. 93d § 2 k.k. należy traktować jako *lex specialis* do instytucji unormowanej w art. 93b § 3 zd. 2 k.k. i jeśli zaistnieje sytuacja, że nie ma już potrzeby wykonywania internacji, sąd winien ją uchylić i ewentualnie zastosować jeden lub dwa lecznicze wolnościowe środki zabezpieczające, zaś przepis dotyczący zmiany stosowanego środka zabezpieczającego dotyczyć sytuacji, gdy pierwotnie orzeczono środek o charakterze wolnościowym.

4. Charakterystyka badanej populacji sprawców, wobec których zastosowano terapię i terapię uzależnień.

Badaniami objęto sprawy 465 sprawców (zbadano 464 akta, gdyż w jednej sprawie zastosowano wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające wobec dwóch sprawców), wobec których zastosowano terapię lub terapię uzależnień albo oba środki łącznie, przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego (poza jednym sądem rejonowym), w okresie od II połowy 2015 r. do końca 2020 r.

Wykres 13.

Płeć sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

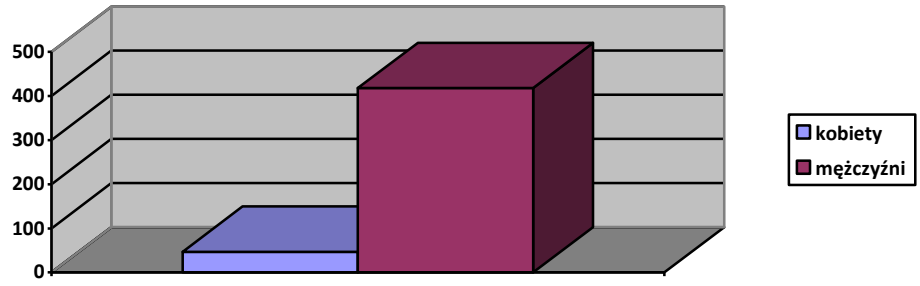


Tabela 26.

Płeć sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Płeć	Liczba	Udział procentowy
kobieta	47	10,10
mężczyzna	418	89,90
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Na 465 sprawców, wobec których zastosowano terapię lub terapię uzależnień było 47 kobiet, co stanowi 10,10 % ogółu sprawców.

Uzyskany wynik potwierdza opinię wyrażoną przez J. Błachut, która prowadziła badania kryminologiczne w zakresie recydywy kobiet, że zjawisko przestępczości kobiet nie stanowi poważniejszego problemu ze względu na swoje rozmiary, gdyż liczba skazanych kobiet była zawsze kilkakrotnie mniejsza niż liczba skazanych mężczyzn, pomimo że czasem ulegała poważnemu wzrostowi[767] Prowadząca badania w zakresie przestępczości

[767] J. Błachut, *Kobiety recydywistki w świetle badań kryminologicznych*, Wrocław 1981, s. 216.

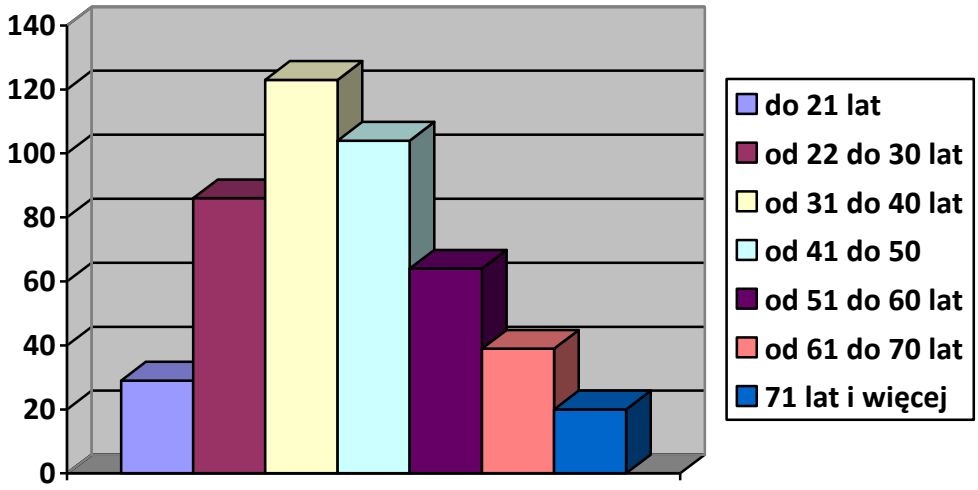
zorganizowanej M. Kotowska przebadała 157-osobową grupę sprawców, którą stanowili tylko mężczyźni[768].

Współcześnie szacuje się, że wskaźnik przestępczości kobiet (feminizacja przestępczości) wynosi około 10 %[769], a zatem uzyskany w badaniach aktowych wynik 10,10 % wpisuje się w ten szacunek.

Wynik powyższy w pewnym stopniu można tłumaczyć również okolicznością, iż na schizofrenię, która była najczęściej rozpoznawana u sprawców czynów zabronionych w badanych sprawach częściej chorują mężczyźni[770]. Na 208 chorób psychicznych stwierdzonych u sprawców w badanych sprawach aż 86 chorowało na schizofrenię paranoidalną (41,35 %), 10 na schizofrenię niezróżnicowaną (4,80 %), a u 16 zdiagnozowano inny rodzaj tej choroby (7,69 %).

Wykres 14.

Wiek sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020



[768] M. Kotowska, *Kariery kryminalne członków zorganizowanych grup przestępczych*, Warszawa 2019, s. 215.
[769] G. Kędzierska, *Kryminologiczna i kryminalistyczna analiza wybranych elementów udziału kobiet w realizacji przestępstwa* (w:) *Kryminologia wobec współczesnych wyzwań cywilizacyjnych*, pod red. G. Kędzierskiej, W. Pływaczewskiego, Olsztyn 2005, s. 23-28.
[770] P. Gałecki, A. Szulc, *Psychiatria*, Wrocław 2018, s. 159.

Tabela 27.

Wiek sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Wiek	Liczba	Udział procentowy
do 21 lat	29	6,23
od 22 do 30 lat	86	18,49
od 31 do 40 lat	123	26,45
od 41 do 50 lat	104	22,37
od 51 do 60 lat	64	13,77
od 61 do 70 lat	39	8,39
71 lat i więcej	20	4,30
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Badania pokazują, że schizofrenia zaczyna się najczęściej w trzeciej dekadzie życia. Zachorowania wczesne (do 20 rż.) stanowią 12-25%, a późne (po 40 rż.) stanowią 15-25%. Ponad połowa zachorowań (60-70%) występuje przed 30 rż. Początek choroby u mężczyzn jest przeciętnie wcześniejszy niż u kobiet[771].

Powyższym należy częściowo wyjaśniać fakt, iż w badanych sprawach najczęściej stosowano terapię oraz terapię uzależnień względem sprawców w przedziale wiekowym od 22 do 50 lat, a zatem osób młodych i w średnim wieku. Z tej grupy wiekowej najwięcej środków orzeczono wobec sprawców w wieku od 31 do 40 lat, gdyż stanowili oni 26,45 % wszystkich zbadanych przypadków. Następnie, wobec sprawców w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat – 22,37 % badanej populacji, a potem wobec sprawców w przedziale wiekowym od 22 do 30 lat – 18,49 % badanych. Najrzadziej wolnościowe lecznicze środki zabezpieczające stosowano wobec sprawców powyżej 71 lat – 4,30 %.

[771] J. Wciórka (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 296.

Wykres 15.

Miejsce zamieszkania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

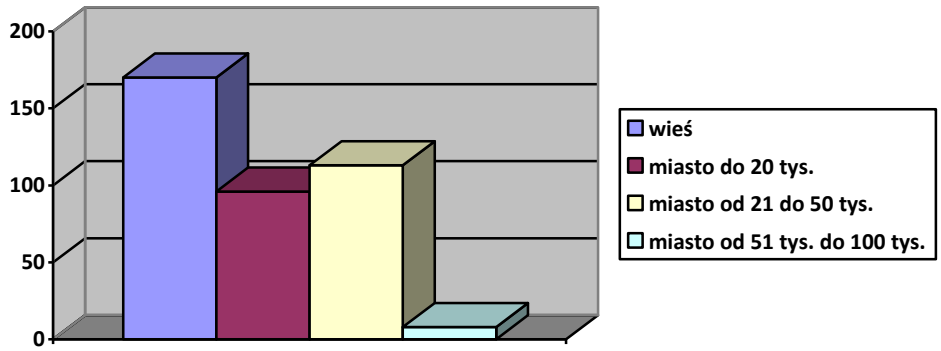


Tabela 28.

Miejsce zamieszkania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Miejsce zamieszkania	Liczba	Udział procentowy
wieś	170	36,56
miasto do 20 tys. mieszkańców	96	20,65
miasto od 21 tys. mieszkańców do 50 tys. mieszkańców	113	24,30
miasto od 51 tys. mieszkańców do 100 tys. mieszkańców	8	1,72
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	72	15,48
brak danych	6	1,29
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Najwięcej sprawców zamieszkiwało na wsi – 36,56 %, potem w miastach od 21 tysięcy mieszkańców do 50 tysięcy mieszkańców – 24,30 %, następnie w miastach do 20

tysięcy mieszkańców – 20,65 %, a najmniej sprawców pochodziło z miast od 51 tysięcy mieszkańców do 100 tysięcy mieszkańców – 1,72 %.

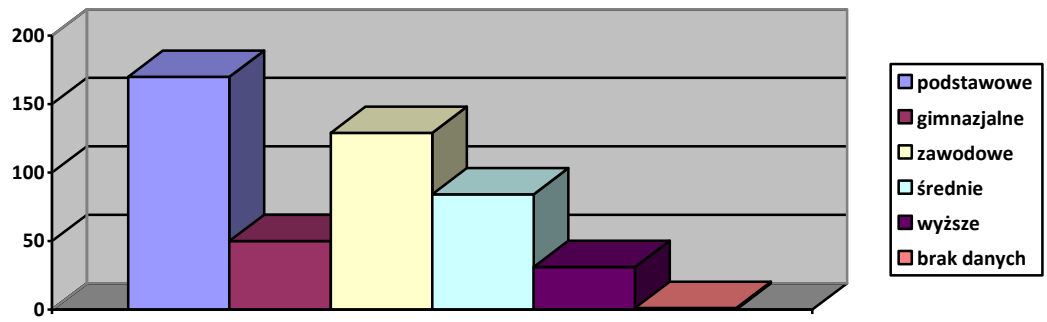
Dostęp do specjalistycznej opieki medycznej mieszkańcy wsi mają mniejszy w porównaniu z mieszkańcami miast, co powoduje, że mniej osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkujących na wsi leczy się psychiatrycznie, czy odwykowo w porównaniu z osobami zamieszkującymi w miastach.

W psychiatrii funkcjonuje pojęcie stanu prepsychotycznego (prodromu), czyli stanu bezpośrednio poprzedzającego wybuch psychozy, rozpoznawanej zgodnie z kryteriami ICD-10. Do jego objawów należą: upośledzenie koncentracji, osłabienie napędu i motywacji, nastrój depresyjny, zaburzenia snu, lęk, podejrzliwość, wycofanie społeczne, upośledzenie pełnienia ról i drażliwość. Jego rozpoznanie traktuje się jako jedno z najważniejszych zadań psychiatrów. Podkreśla się, że postępowanie w stanach prepsychotycznych powinno głównie uwzględniać działania socjalno-psychologiczne, w tym terapię behawioralno-poznawczą, a w przypadku stwierdzenia istotnego pogorszenia funkcjonowania, wrogości, agresji, autoagresji, leczenie farmakologiczne[772].

Wydaje się zatem, iż brak terapii w stanie prepsychotycznym, a tym bardziej po przejściu w psychozę, może implikować popadanie w konflikty z prawem. Sprawcy pozbawieni odpowiedniej terapii mogą wykazywać drażliwość, wrogość i agresję, a w konsekwencji podejmować zachowania wyczerpujące znamiona czynów zabronionych.

Wykres 16.

Wykształcenie sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020



[772] J. Rabe-Jabłońska (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. M. Jaremy i J. Rabe-Jabłońskiej, Warszawa 2011, s. 548-555.

Tabela 29.

Wykształcenie sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Wykształcenie	**Liczba**	**Udział procentowy**
podstawowe	170	36,56
gimnazjalne	50	10,75
zawodowe	129	27,74
średnie	84	18,07
wyższe	31	6,67
brak danych	1	0,21
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Jeżeli chodzi o poziom wykształcenia sprawców względem których sądy w województwie warmińsko-mazurskim, w okresie od II połowy 2015 r. do końca 2020 r., zastosowały terapię lub terapię uzależnień, to największa grupa sprawców zakończyła edukację na poziomie szkoły podstawowej – 36,56 % badanej populacji. Kolejne miejsca zajmują sprawcy z wykształceniem zawodowym – 27,74 % badanych, potem ze średnim – 18,07 %, gimnazjalnym – 10,75 % i najmniej sprawców posiadało wyższe wykształcenie – 6,67 %.

E. Janiszewska-Talago, która prowadziła badania akt spraw karnych, w których w 1983 r. orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 100 § 1 k.k. z 1969 r. (umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie) lub art. 102 § 1 k.k. (umieszczenie w zakładzie leczenia odwykowego) ustaliła lekką przewagę procentową umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym analfabetów i nie mających ukończonej pełnej szkoły podstawowej oraz bardziej zdecydowaną przewagę umieszczonych w zakładach leczenia odwykowego sprawców mających niepełne lub pełne wykształcenie zawodowe, średnie lub wyższe. Tłumaczyła to okolicznością, że w grupie umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym częściej występuje niedorozwój umysłowy czy choroby umysłowe utrudniające lub uniemożliwiające naukę już we wczesnym okresie życia[773].

[773] E. Janiszewska-Talago, *Orzekanie i wykonywanie leczniczych środków zabezpieczających*, Studia Prawnicze 1987, z. 1, s. 145 i 147.

Wykres 17.

Główne źródło utrzymania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

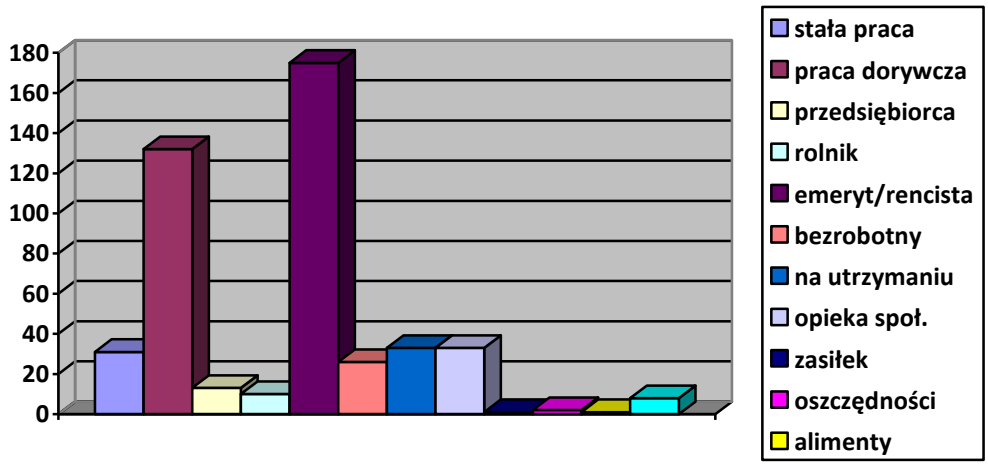


Tabela 30.

Główne źródło utrzymania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Główne źródło utrzymania	**Liczba**	**Udział procentowy**
stała praca etatowa	31	6,67
prace o charakterze dorywczym	132	28,39
przedsiębiorca	13	2,80
rolnik	10	2,15
emeryt/rencista	175	37,63
bezrobotny	26	5,59
na utrzymaniu rodziny	33	7,10
otrzymujący świadczenia z opieki społecznej	33	7,10
zasiłek dla bezrobotnych	1	0,21
oszczędności	2	0,43
alimenty	1	0,21
brak danych	8	1,72
ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

W przypadku źródła utrzymania sprawców należy zaznaczyć, iż jeśli w postępowaniu karnym wykazywali więcej niż jedno źródło utrzymania, do badań przyjmowano główne źródło utrzymania, czyli o stałym, a nie przemijającym, charakterze. I tak, w przypadku renty i prac o charakterze dorywczym przyjmowano, że sprawca zasadniczo utrzymuje się z renty.

Najwięcej sprawców stanowili emeryci i renciści – 37,63 %. Drugą pod względem liczebności grupą sprawców były osoby, których główne źródło utrzymania stanowiły prace dorywcze – 28,39 %. Następnie, równorzędne miejsce zajęli sprawcy pozostający na utrzymaniu rodziny oraz otrzymujący świadczenia z opieki społecznej – 7,10 %. Kolejną grupę stanowili sprawcy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę – 6,67 %, potem bezrobotni – 5,59 %. Przedsiębiorcy stanowili 2,80 % wszystkich sprawców, a rolnicy – 2,15 %. Znikoma liczba sprawców utrzymywała się z oszczędności (0,43 %), z alimentów i zasiłku dla bezrobotnych (0,21 %).

Okoliczności, iż najwięcej sprawców, wobec których stosuje się terapię oraz terapię uzależnień, to renciści i emeryci z pewnością nie można tłumaczyć ich wiekiem. Z danych dotyczących wieku wynika bowiem, że sprawcy w wieku nieproduktywnym (od 61 lat) stanowili 12,69 % wszystkich sprawców. Uzyskany w badaniach wynik wyjaśnia natomiast fakt, że osoby z zaburzeniami psychicznymi od młodych lat pozostają na rencie w związku ze stwierdzonym stanem zdrowia.

Z kolei ustalenie, że na drugim miejscu pod względem liczebności są sprawcy utrzymujący się z prac dorywczych należy tłumaczyć w pewnym stopniu problemami z uzyskaniem i utrzymaniem stałego zatrudnienia przez osoby wykazujące zaburzenia psychiczne, w tym uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zwłaszcza zamieszkujące na wsi (36,56 %) i posiadające podstawowe wykształcenie (36,56 %). To powoduje również, iż sprawcy z tej grupy pozostają na utrzymaniu rodziny, czy organów opieki społecznej (7,10 %).

Wykres 18.

Stan cywilny sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

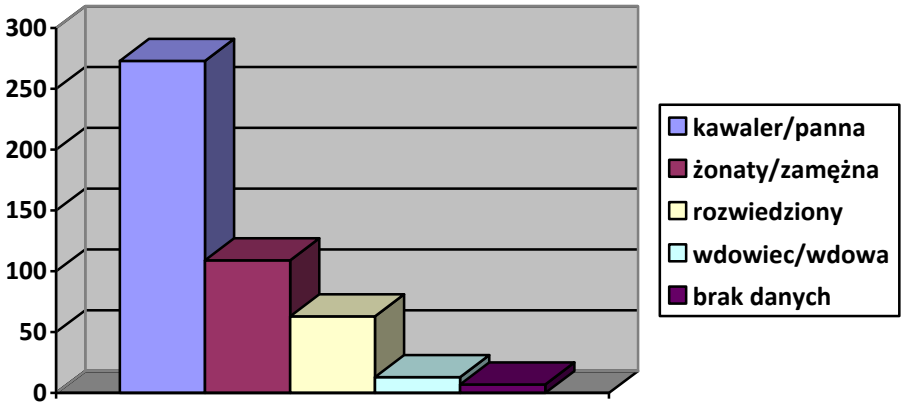


Tabela 31.

Stan cywilny sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Stan cywilny	Liczba	Udział procentowy
kawaler/panna	273	58,71
żonaty/zamężna	109	23,44
rozwiedziony/rozwiedziona	63	13,55
wdowiec/wdowa	13	2,80
brak danych	7	1,50
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Najwięcej sprawców – 58,71 % było stanu cywilnego wolnego. Na drugim miejscu znaleźli się sprawcy pozostający w związku małżeńskim – 23,44 %. Kolejną pod względem liczebności grupą byli sprawcy po rozwodzie – 13,55 % i najmniej liczną grupę stanowili owdowiali – 2,80 %.

Wykres 19.

Uprzednia karalność sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

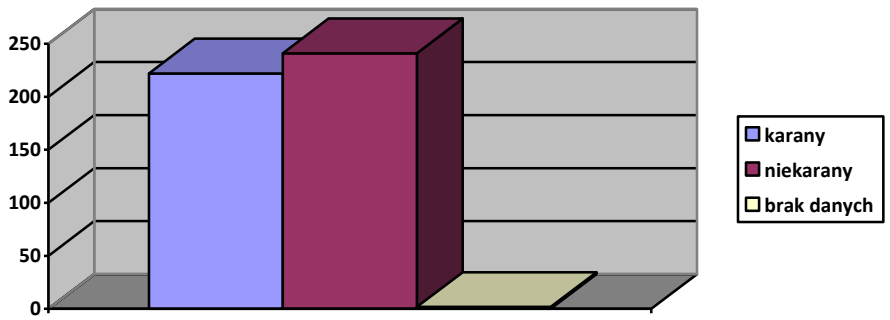


Tabela 32.

Uprzednia karalność sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Uprzednia karalność	Liczba	Udział procentowy
karany	222	47,74
niekarany	241	51,83
brak danych	2	0,43
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Jeżeli chodzi o uprzednią karalność, to przeważali sprawcy niekarani – 51,83 %, a karani stanowili 47,74 %.

Wykres 20.

Uprzednie stosowanie środków zabezpieczających wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

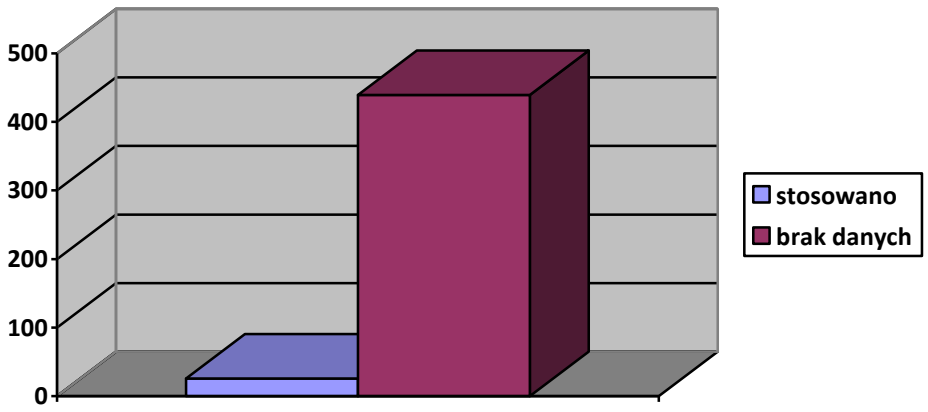


Tabela 33.

Uprzednie stosowanie środków zabezpieczających wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Uprzednie stosowanie środków zabezpieczających	**Liczba**	**Udział procentowy**
stosowano	26	5,59
brak danych	439	94,41
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Z danych zawartych w aktach badanych spraw wynikało, że względem 5,59 % sprawców stosowano uprzednio środki zabezpieczające. Co do 94,41 % sprawców nie było informacji na ten temat, czyli można uznać, że prawdopodobnie nie stosowano wobec nich wcześniej środków zabezpieczających. Analizowano bowiem m.in. dane o karalności, w których zawarte są informacje o stosowanych środkach zabezpieczających. Zgodnie z art. 1 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 24 maja 2000 r. o krajowym rejestrze karnym[774], gromadzi się

[774] Dz. U. Nr 50, poz. 580 z późn. zm.

w nim dane o osobach wobec których prawomocnie orzeczono środki zabezpieczające w sprawach o przestępstwa lub przestępstwa skarbowe. Skoro zatem w kartach karnych sprawców nie było informacji o stosowaniu środków zabezpieczających można przyjąć, że ich nie stosowano.

Wykres 21.

Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

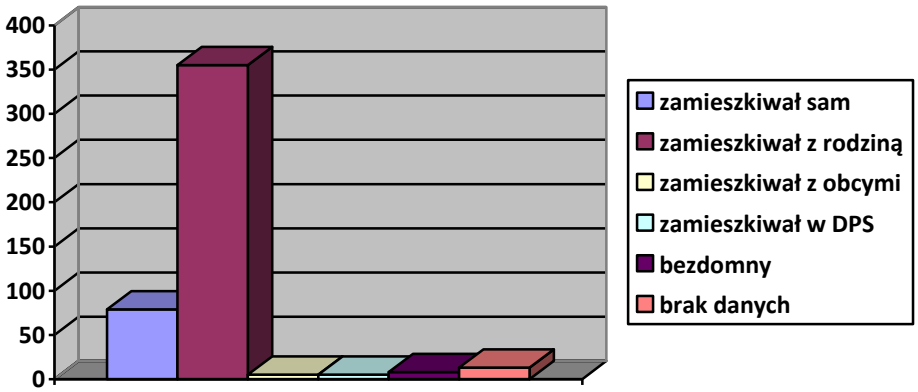


Tabela 34.

Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna	Liczba	Udział procentowy
zamieszkiwał sam	79	16,99
zamieszkiwał z rodziną	355	76,34
zamieszkiwał z osobami obcymi	5	1,075
zamieszkiwał w domu pomocy społecznej	5	1,075
bezdomny	8	1,72
brak danych	13	2,80
Ogółem	**465**	**100**

Źródło: Badanie własne akt sądowych.

Najwięcej sprawców zamieszkiwało z rodziną – 76,34 %. Kolejną grupę stanowili sprawcy, którzy zamieszkiwali sami – 16,99 %, potem bezdomni – 1,72 % i zamieszkujący z osobami obcymi, np. na stancji albo ze współlokatorami lub w domu pomocy społecznej – 1,075 %.

Poniżej przedstawiono strukturę stwierdzonych przez biegłych opiniujących w badanych sprawach zaburzeń psychicznych, przy czym u części sprawców – co zrozumiałe – stwierdzono występowanie więcej niż jednego zaburzenia, np. chorobę psychiczną i zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych albo uzależnienie mieszane. Nierzadko rozpoznawano u sprawców zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu oraz organiczne zaburzenia osobowości. W konsekwencji, uzyskane wyniki liczbowe i procentowe nie odnoszą się do grupy badanych (465 sprawców), a do ogólnej liczby stwierdzonych zaburzeń psychicznych i tak należy je interpretować.

Co do rodzaju zaburzeń psychicznych należy przyznać pierwszeństwo chorobom psychicznym, które stwierdzono u 206 sprawców, co stanowi 30,29 % wszystkich stwierdzonych zaburzeń.

U 190 sprawców zdiagnozowano zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu – 27,94 % wśród wszystkich zaburzeń. Uzależnienie mieszane, czyli zespół uzależnienia spowodowany używaniem kilku substancji rozpoznano u 82 sprawców, co daje wynik 12,06 % w grupie wszystkich zaburzeń.

7,94 % spośród ogółu zaburzeń stanowiły cechy zaburzeń osobowości, a 7,65 % - cechy organicznych zaburzeń osobowości. Upośledzenie umysłowe stanowiło 5,29 % spośród stwierdzonych zaburzeń psychicznych.

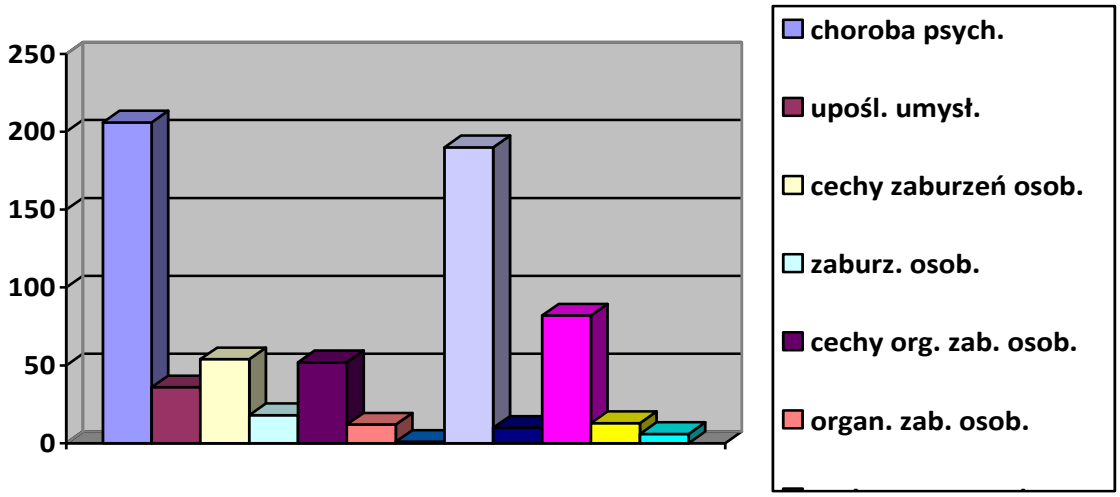
Zaburzenia osobowości stanowiły 2,65 % zaburzeń. Przyczynę takiego stanu rzeczy może częściowo tłumaczyć fakt, że osoby z różnymi postaciami zaburzeń osobowości stanowią jedynie 5-8 % wszystkich zgłaszających się po pomoc do lekarzy różnych specjalności[775]. Poza tym, w psychiatrii zwraca się uwagę na trudności diagnostyczne w opiniowaniu osób z zaburzeniami osobowości, co wskazywano już wcześniej. Jako pierwszą przyczynę wskazuje się niedostatek metod diagnostycznych uniemożliwiający precyzyjne różnicowanie pomiędzy objawami dezadaptacji społecznej pochodzenia środowiskowego a cechami osobowości zaburzonej uwarunkowanymi biologicznie. Jako drugą przyczynę podaje się przyjęcie założenia, że niezmienność dotyczy wpływów

[775] A. Bilikiewicz (w:) *Psychiatria. Repetytorium*, A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, Warszawa 2008, s. 201.

genetycznych, a zmienność wpływów środowiskowych, co w świetle badań zdaje się być problematyczne[776].

Wykres 22.

Zaburzenia psychiczne stwierdzone przez biegłych wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020



[776] J. Przybysz, *Psychiatria sądowa cz. I. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2007, s. 176-177.

Tabela 35.

Zaburzenia psychiczne stwierdzone przez biegłych wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Rodzaj zaburzenia psychicznego	**Liczba**	**Udział procentowy**
choroba psychiczna	206	30,29
upośledzenie umysłowe	36	5,29
cechy zaburzeń osobowości	54	7,94
zaburzenia osobowości	18	2,65
cechy organicznych zaburzeń osobowości	52	7,65
organiczne zaburzenia osobowości	12	1,77
cechy zespołu psychoorganicznego	1	0,15
zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu	190	27,94
zespół uzależnienia spowodowany używaniem innych środków psychoaktywnych	10	1,47
zespół uzależnienia spowodowany używaniem kilku substancji (mieszane)	82	12,06
szkodliwe używanie środków psychoaktywnych	13	1,91
zaburzenia preferencji seksualnych	6	0,88
ogółem	**680**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Poniżej w tabeli wykazano rozpoznanie choroby psychicznej 208 razy, jako że w dwóch przypadkach u jednego sprawcy rozpoznano dwie jednostki chorobowe, stąd różnica liczbowa z poprzednią tabelę, gdzie wskazano, iż choroby psychiczne stwierdzono u 206 sprawców. W tym przypadku uzyskane wyniki liczbowe i procentowe również nie odnoszą się do grupy badanej populacji (465 sprawców), a do ogólnej liczby stwierdzonych chorób psychicznych i tak należy je interpretować.

Tabela 36.

Rodzaj rozpoznanej przez biegłych choroby psychicznej sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.

Rodzaj choroby psychicznej	Liczba	Udział procentowy
schizofrenia paranoidalna	86	41,35
schizofrenia niezróżnicowana	10	4,80
inny rodzaj schizofrenii	16	7,69
ostre zaburzenia psychotyczne podobne do schizofrenii	1	0,48
zaburzenia schizoafektywne	7	3,37
zaburzenia afektywne dwubiegunowe	14	6,74
organiczne zaburzenia afektywne dwubiegunowe	3	1,44
choroba afektywna dwubiegunowa	5	2,40
zaburzenia psychotyczne	8	3,85
zaburzenia urojeniowe	21	10,10
psychoza urojeniowa	1	0,48
psychoza schizofreniczna	2	0,96
zespół urojeniowy	1	0,48
organiczne zaburzenia urojeniowe	21	10,10
organiczny zespół omamowo-urojeniowy	1	0,48
zespół paranoidalny	3	1,44
zespół maniakalny	2	0,96
zespół hipomaniakalny	1	0,48
halucynoza organiczna	1	0,48
epizod hipomaniakalny w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych	1	0,48
otępienie bliżej nie określone z objawami urojeniowymi	1	0,48
łagodne otępienie z objawami urojeniowymi	1	0,48
paranoja alkoholowa	1	0,48
Ogółem	**208**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Jeżeli chodzi o choroby psychiczne, to spośród 206 sprawców u 86 rozpoznano schizofrenię paranoidalną, co stanowi 41,35 % wszystkich rozpoznanych chorób psychicznych. Wynik ten należy tłumaczyć okolicznością, iż schizofrenia paranoidalna występuje najczęściej w naszym kręgu kulturowym[777]. W Polsce jest najczęściej rozpoznawaną postacią schizofrenii (około 65% ogółu rozpoznań)[778]. Wobec 10 sprawców

[777] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 82.
[778] J. Wciórka (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. A. Bilikiewicza, Warszawa 2007, s. 293.

stwierdzono schizofrenię niezróżnicowaną – 4,8 % stwierdzonych chorób psychicznych, a wobec 16 sprawców zdiagnozowano inny rodzaj tej choroby, co stanowi 7,69 % wszystkich chorób psychicznych stwierdzonych w badanych sprawach. Ogólnie zatem schizofrenia stanowiła 53,84 % wszystkich zdiagnozowanych chorób psychicznych (41,35 %, powiększone o 7,69 % i powiększone o 4,8 %).

Po schizofrenii paranoidalnej najczęściej diagnozowano zaburzenia urojeniowe oraz organiczne zaburzenia urojeniowe – po 10,10 %, następnie inny rodzaj schizofrenii - 7,69 %, w dalszej kolejności stwierdzano zaburzenia afektywne dwubiegunowe – 6,74 % sprawców, potem schizofrenię niezróżnicowaną – 4,8 %, zaburzenia psychotyczne – 3,85 %, zaburzenia schizoafektywne – 3,37 %, chorobę afektywną dwubiegunową rozpoznano u 2,40 % sprawców, organiczne zaburzenia afektywne dwubiegunowe i zespół paranoidalny stwierdzono po 1,44 % sprawców. Pozostałe choroby psychiczne diagnozowano u pojedynczych osób.

Tabela 37.

Kategoria czynu przypisanego sprawcy, wobec którego zastosowano terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie, w prawomocnym orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.

Rodzaj czynu zabronionego	**Liczba**	**Udział procentowy**
przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu	84	13,57
przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu	5	0,81
przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji	45	7,27
przestępstwa przeciwko wolności	98	15,83
przestępstwa przeciwko wolności sumienia i wyznania	1	0,16
przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności	20	3,24
przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece	163	26,33
przestępstwa przeciwko czci i nietykalności cielesnej	16	2,58
przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego	35	5,65
przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości	18	2,91
przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu	5	0,81
przestępstwa przeciwko ochronie informacji	1	0,16
przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów	5	0,81
przestępstwa przeciwko mieniu	90	14,54
przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	22	3,55
przestępstwa z ustawy o ochronie zwierząt	1	0,16
wyrok łączny	10	1,62
ogółem	**619**	**100**

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Jeżeli chodzi o rodzaj czynów zabronionych, jakich dopuszczali się sprawcy w badanych sprawach, to w przypadku, gdy swoim zachowaniem sprawca wyczerpał znamiona kilku czynów zabronionych lub przestępstw pozostających w realnym zbiegu albo dopuścił się jednego czynu lub przestępstwa kwalifikowanego z kilku przepisów ustawy karnej, w poniższej tabeli uwzględniono wszystkie z nich. Celem takiego ujęcia było bowiem przedstawienie pełnego wachlarza czynów, jakich najczęściej dopuszczają się sprawcy, wobec których stosuje się terapię lub terapię uzależnień. Jeśli przykładowo zachowanie sprawcy zakwalifikowano z art. 207 § 1 k.k. w zw. z art. 157 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.,

to wykazano, że dopuścił się zarówno czynu przeciwko życiu i zdrowiu, jak i przeciwko rodzinie i opiece.

W tym przypadku, podobnie jak odnośnie do zaburzeń psychicznych i chorób psychicznych, uzyskane wyniki liczbowe i procentowe nie odnoszą się do grupy badanych (465 sprawców), a do ogólnej liczby stwierdzonych rodzajów naruszeń norm prawnokarnych i tak należy je interpretować.

Zdecydowanie najwięcej sprawców dopuściło się czynów przeciwko rodzinie i opiece – 26,33 % wszystkich przypisanych sprawcom w badanych sprawach naruszeń przepisów prawa karnego. W tej grupie praktycznie wszystkie czyny kwalifikowane były z art. 207 § 1 k.k. Jedynie w czterech przypadkach sprawcy dopuścili się czynów z art. 209 § 1 k.k.

Na drugim miejscu sprawcy, wobec których stosowano terapię i terapię uzależnień, dopuszczali się czynów przeciwko wolności – 15,83 % wszystkich naruszeń. W tej grupie zdecydowanie prym wiodły czyny kwalifikowane z art. 190 § 1 k.k., następnie czyny z art. 190a § 1 k.k., potem z art. 193 k.k., pięciu sprawców dopuściło się czynów wyczerpujących znamiona art. 191 § 1 k.k., dwóch sprawców dopuściło się czynów z art. 191a § 1 k.k. i dwóch czynów z art. 189 § 1 k.k.

Trzecim rodzajem czynów były skierowane przeciwko mieniu – 14,54 %. W tej kategorii najwięcej czynów kwalifikowano z art. 288 § 1 k.k., następnie z art. 278 § 1 k.k., z art. 279 § 1 k.k., potem z art. 280 § 1 k.k., z art. 286 § 1 k.k. i po kilka przypadków pozostałych czynów z Rozdziału XXXV.

Na czwartym miejscu są czyny przeciwko życiu i zdrowiu – 13,57 % spośród wszystkich stwierdzonych naruszeń. Najwięcej czynów w tej grupie kwalifikowano z art. 157 § 1 lub 2 k.k., następnie z art. 148 k.k. i z art. 156 k.k. Na piątej pozycji są czyny przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji – 7,27 %, a tu najwięcej sprawców dopuszczało się czynu z art. 178a § 1 k.k. Kolejne miejsce zajmują czyny przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego – 5,65 % ogółu naruszeń. Poza jednym przypadkiem (chodzi o czyn z art. 224a k.k.) dotyczyły zachowań kwalifikowanych z art. 222 § 1 k.k., z art. 224 § 2 k.k. lub 226 § 1 k.k. Dalej są czyny kwalifikowane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – 3,55 % , a za nimi przeciwko wolności seksualnej i obyczajności – 3,24 %. Czyny przeciwko wymiarowi sprawiedliwości stanowiły 2,91 % stwierdzonych naruszeń, a 2,58 % przeciwko czci i nietykalności cielesnej.

5. Praktyka orzekania i wykonywania terapii oraz terapii uzależnień na podstawie danych z akt.

Praktyka sądowa pokazuje, że po wejściu w życie wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających, zarówno sądy, jak i kierownicy placówek leczniczych, do których kierowano sprawców w ramach terapii lub terapii uzależnień, miewali problemy ze stosowaniem nowych instytucji. Rozwiązania niektórych z nich wypracowano w praktyce. Jednak wiele problemów dotyczących orzekania i stosowania omawianych środków zabezpieczających istniało w całym badanym okresie, a ich rozwiązanie wymaga interwencji ustawodawcy.

Na etapie stosowania terapii lub terapii uzależnień, zgodnie z propozycją zaprezentowaną w piśmiennictwie[779], nierzadko biegli w opiniach formułowali wnioski wariantowo, np. jeżeli sąd uzna, że czyn popełniony przez podejrzanego cechował się znacznym stopniem społecznej szkodliwości, to…, a jeżeli sąd uzna, że czyn popełniony przez podejrzanego nie cechował się znacznym stopniem społecznej szkodliwości, to... W badanych sprawach biegli zazwyczaj wskazywali, że jeśli sąd uzna, iż czyn przypisany sprawcy cechuje znaczny stopień społecznej szkodliwości, to należy zastosować środek zabezpieczających z art. 93a § 1 pk 4 k.k., a jeśli nie, to wystarczające będzie zastosowanie środka zabezpieczającego z art. 93a § 1 pk 2 k.k. Sądy nie zawsze jednak wysłuchiwały biegłych na rozprawie lub posiedzeniu, pomimo braku spełnienia warunku, o którym mowa w art. 354a § 2 k.p.k., czyli zgody sprawcy na terapię lub terapię uzależnień.

Widoczna była rozbieżność w redagowaniu orzeczeń. Jedne sądy redagowały je lakonicznie, np. „orzeka wobec sprawcy środek zabezpieczający w postaci terapii", zaś inne powtarzały prawie całą treść przepisu art. 93f § 1 lub 2 k.k. i wnioski z opinii biegłych, np. „orzeka wobec sprawcy środek zabezpieczający w postaci terapii, z obowiązkiem stawienia się we wskazanej przez sąd placówce, w terminie wyznaczonym przez lekarza z częstotliwością wizyt co najmniej raz w miesiącu", co wydaje się zbędne.

Incydentalnie zdarzyło się, że sąd w postanowieniu zobowiązał sprawcę do poddania się terapii farmakologicznej pod nadzorem lekarza psychiatry albo „w ramach terapii zobowiązał sprawcę do „(…) przyjmowanie zaleconych leków w postaci zastrzyków o długim okresie działania i potwierdzania podania tych leków przez personel poradni", co należy uznać za przedwczesne z uwagi na prezentowane w niniejszej pracy oraz przez

[779] M. Pyrcak-Górowska, *Wybrane problemy związane z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym w sprawach o zastosowania środka zabezpieczającego po 1.07.2015r*., Pal. 2021, Nr 3, s. 13-14.

niektórych przedstawicieli doktryny stanowisko, że to lekarz powinien decydować o metodzie i formie terapii, a nie sąd w orzeczeniu.

Niezależnie jednak od powyższego, problematyczne jest, czy farmakoterapia może mieć zastosowanie wobec wszystkich kategorii sprawców, czy jedynie wykazujących zaburzenia preferencji seksualnej. Do jednej ze spraw wpłynął wniosek kierownika podmiotu leczniczego, w trybie art. 13 § 1 k.k.w., o rozstrzygnięcie wątpliwości co do wykonania orzeczenia poprzez określenie postępowania ze skierowanym sprawcą. Wskazano na treść przepisu art. 93f § 1 k.k. w konfrontacji ze stwierdzoną potrzebą zastosowania wobec tego sprawcy leczenia farmakologicznego. Sąd jednak odmówił rozstrzygnięcia wątpliwości powołując się w uzasadnieniu na treść przepisu art. 93f § 1 k.k. i wskazując, że wybór formy terapii należy do lekarza.

Częstą praktyką było orzekanie terapii lub terapii uzależnień w ramach konsensualnych form zakończenia postępowania karnego (art. 335 k.p.k i art. 387 k.p.k.), aczkolwiek wyjątkowo sądy odmawiały uwzględnienia wniosku oskarżonego złożonego na rozprawie w trybie art. 387 k.p.k. o wydanie wyroku skazującego i wymierzenie mu określonej kary lub środka karnego, orzeczenie przepadku lub środka kompensacyjnego bez przeprowadzenia postępowania dowodowego.

Terapia i terapia uzależnień orzeczone w wyroku lub postanowieniu z reguły kierowane były do wykonania po uprawomocnieniu się orzeczenia. Stosowane w postępowaniu wykonawczym kierowane były do wykonania niezwłocznie po wydaniu orzeczenia, jako natychmiast wykonalne, zgodnie z zasadą określoną w art. 9 § 3 k.k.w. Zdarzało się, że jako natychmiast wykonalne kierowano do wykonania także postanowienia o umorzeniu postępowania i orzeczeniu środka zabezpieczającego wydane w postępowaniu karnym, co znajduje usprawiedliwienia w świetle art. 9 § 2 k.k.w., aczkolwiek w praktyce było stosowane rzadko. Większość sądów z wykonaniem tego rodzaju postanowień wstrzymywała się do czasu ich uprawomocnienia.

Brak precyzyjnych regulacji prawnych powodował, że początkowo niektóre sądy na etapie kierowania wolnościowych środków zabezpieczających do wykonania stosowały na zasadzie analogii przepisy wykonawcze dotyczące internacji. Zwracały się bowiem do komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających o wskazanie miejsca wykonywania wolnościowego środka. Komisja udzielała odpowiedzi, że nie leży to w jej kompetencjach, a decyzję podejmuje sąd w porozumieniu z odpowiednią instytucją leczniczą albo odpowiadała, że sprawca powinien zostać skierowany do właściwej rejonowej poradni zdrowia psychicznego, zgodnie z miejscem zamieszkania. Zdarzyło się, że w takiej sytuacji

sąd zwrócił się do biegłych, którzy wydawali opinię sądowo-psychiatryczną o wskazanie placówki, w której sprawca mógłby podjąć leczenie i biegli taką placówkę wskazali. Incydentalnie sąd zlecił właściwej jednostce Policji ustalenie najbliższej dla miejsca zamieszkania sprawcy placówki, do której można go sprawcę. Niekiedy sami biegli w opiniach sądowo-psychiatrycznych ustalali, gdzie leczy się sprawca, co stanowiło dla sądu ułatwienie w określeniu miejsca wykonywania środka zabezpieczającego.

Zasadniczo jednak w całym badanym okresie widoczne były liczne problemy z ustaleniem właściwej dla sprawcy placówki leczniczej, co wydłużało proces kierowania na leczenie, które wszak powinno być wdrożone jak najszybciej. Organy procesowe (prokurator, sąd) z reguły nie ustalały, czy i gdzie sprawca leczy się ambulatoryjnie i kierowano sprawców do placówek, do których zwykle kierowani byli sprawcy na terapię czy terapię uzależnień. W postępowaniu wykonawczym dopiero, na skutek pisma samego sprawcy, czasem obrońcy lub osoby bliskiej, okazywało się, że sprawca leczy się w innej poradni i wówczas sąd najczęściej zmieniał miejsce wykonywania środka zabezpieczającego. Tylko w jednej sprawie prokurator zwrócił się o informację, czy sprawca jest pacjentem danej poradni, co rozpoznano i czy leczy się, powołując się na art. 26 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz art. 15 § 2 k.p.k. W tej sprawie sprawcę skierowano na terapię do placówki, w której leczył się.

Zdarzało się, że sądy wydawały „nakazy przyjęcia na terapię", analogicznie jak przy internacji, co wydaje się niepotrzebne. Wraz z odpisem orzeczenia, czego wymaga przepis, przesyłały kierownikom podmiotów leczniczych opinię sądowo-psychiatryczną i psychologiczną, dokumentację medyczną dotyczącą sprawcy, a nawet odpisy wniosków o umorzenie postępowania karnego i zastosowanie środka zabezpieczającego. Przesyłanie opinii sądowo-psychiatrycznych i psychologicznych dotyczących sprawców wiele sądów praktykowało przez cały badany okres, co należy ocenić pozytywnie, jako że lekarz czy terapeuta powinien dysponować taką dokumentacją.

Nadto, sądy zobowiązywały kierowników placówek leczniczych do nadsyłania informacji o stanie zdrowia sprawcy nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a więc tak jak w przypadku internacji, pomimo że obowiązek taki z mocy art. 203 § 1 k.k.w. ciąży jedynie na kierowniku zakładu psychiatrycznego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, a brak przepisu, który nakazywałby odpowiednie stosowanie tej regulacji do pozostałych środków zabezpieczających.

Kierownicy placówek leczniczych, do których kierowano sprawców celem odbycia terapii lub terapii uzależnień w trybie ambulatoryjnym, w początkowym okresie

funkcjonowania tych środków zabezpieczających, nie byli zorientowani czym są nowe instytucje do tego stopnia, że zwracali się do sądów o wyjaśnienie. Problemem był brak miejsc, kolejki oczekujących na terapię, co powodowało, że sprawca mógł zostać przyjęty po kilku miesiącach od skierowania środka zabezpieczającego do wykonania. Wskazywano sądom, że sprawca zostanie przyjęty w terminach wynikających z możliwości poradni i limitów NFZ albo odmawiano przyjęcia. Sądy kierowały sprawców do poradni, a potem okazywało się, że dana placówka np. nie prowadzi terapii uzależnień, gdyż nie ma kontraktu z NFZ na tego rodzaju usług. Zdarzało się, że placówka już nie funkcjonowała albo udzielała sądowi informacji, że nie może przyjąć sprawcy, gdyż brakuje lekarzy, a pracujący są przeciążeni liczbą pacjentów.

Krótko po 1 lipca 2015 r. zdarzało się, że kierownicy podmiotów leczniczych nie udzielali odpowiedzi na kierowane przez sądy zapytania odnośnie do stawiennictwa sprawcy oraz realizacji terapii i terapii uzależnień albo powoływały się na art. 19 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazując, że udzielenie informacji o stanie zdrowia i badanie podlegają opłacie. Niektóre sądy radziły sobie z tym pouczając ich o treści art. 15 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w. Wyjaśniały, że nie domagają się opinii w trybie art. 19 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a jedynie informacji o realizacji środka zabezpieczającego. W braku reakcji pouczano o treści art. 19 § 1 k.p.k., tj. o sygnalizowaniu uchybień w działalności instytucji organowi nadzorującemu, co skutkowało.

Przykładem dobrej współpracy pomiędzy sądem a placówką leczniczą w zakresie wykonywania ambulatoryjnych środków zabezpieczających było zwrócenie się w jednej ze spraw do sądu przez kierownika placówki o zlecenie przeprowadzenia w miejscu zamieszkania sprawcy wywiadu kuratora. Wskazano, że sprawca stawia się systematycznie na wizyty, deklaruje przyjmowanie leków, ale z uwagi na brak od kilku miesięcy kontaktu z jego matką, nie ma możliwości uzyskania obiektywnych danych na temat jego funkcjonowania w środowisku. Sąd zlecił wywiad i kopię przesłał do placówki, w której wykonywany był środek zabezpieczający. Wydaje się, że właśnie na tego rodzaju współpracy i wymianie informacji na temat sprawcy powinno polegać wykonywanie terapii i terapii uzależnień. Jest to bowiem inna sytuacja niż ta, w której sąd kieruje sprawcę do zamkniętego zakładu i pozostawia pod opieką lekarzy. W przypadku środków zabezpieczających ambulatoryjnych sprawca pozostaje na wolności i konieczne jest kontrolowanie ich wykonywania, w tym poprzez realny kontakt sądu z placówką leczniczą.

Początkowo z brzmienia art. 93f § 1 i 2 k.k. niektóre sądy wywodziły obowiązek wzywania sprawców do stawiennictwa w wyznaczonej przez sąd placówce przez lekarzy

i terapeutów, a umykało ich uwadze, że w § 421 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych wskazano, iż wzywając sprawcę do stawiennictwa w podmiocie leczniczym, sąd poucza o konsekwencjach uchylania się od wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego. Sprawcy nie zawsze stawiali się na wezwania. W związku z tym, lekarze i terapeuci zwracali się do sądów o wezwanie sprawców i dopiero po wezwaniu sprawcy przez sąd i stosownym pouczeniu, w tym o treści art. 244b k.k., sprawcy stawiali się na wizytę do lekarza czy terapeuty. Z czasem praktyka wzywania sprawcy przez sąd utrwaliła się.

Z uwagi na to, że przepisy nie określają terminu, w jakim sprawca ma stawić się w placówce, sądy albo terminu nie zakreślały, albo wskazywały, że sprawca ma stawić się niezwłocznie po otrzymaniu wezwania albo zakreślały termin 7 lub 14 dni. Wyjątkowo wysłano do sprawcy jedynie „zawiadomienie" o orzeczonym środku zabezpieczającym. W jednej z badanych spraw sąd nakazał sprawcy podjęcie terapii w terminie 7 dni od daty uprawomocnienia się postanowienia. Tyle tylko, że sprawca nie jest informowany o dacie uprawomocnienia się orzeczenia. Z reguły rozpoczęcie terapii lub terapii uzależnień przebiegało w ten sposób, że sprawca stawiał się w placówce, gdzie ustalano termin wizyty, po czym stawiał się na samą wizytę. W niektórych sądach wykształciła się swoista dobra praktyka polegająca na tym, że sąd kierował dokumentację do placówki, która informowała o wyznaczonym sprawcy konkretnym terminie wizyty i dopiero wówczas sąd wzywał sprawcę do stawiennictwa na ustalony już termin wizyty u lekarza.

W kilku przypadkach sąd kierując do wykonania terapię odpis postanowienia przesłał do właściwego miejskiego ośrodka pomocy społecznej, celem rozważenia objęcia sprawcy opieką psychiatryczną. Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 1 pkt 3 i art. 50 ust. 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[780], do zadań realizowanych przez gminę należy organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Taka praktyka wydaje się słuszna w przypadkach sprawców zamieszkujących samotnie w szczególności, że nie ma możliwości zastosowania dozoru kuratora w związku z orzeczonym środkiem zabezpieczającym.

Pouczenia kierowane do sprawców, jak i kierowników placówek leczniczych w badanych sprawach były zwykle lakoniczne. Sprawców zasadniczo wzywano

[780] Dz. U. Nr 64, poz. 593.

do stawiennictwa, zgodnie z treścią art. 93f § 1 i 2 k.k. oraz zgodnie z § 421 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych pouczano o konsekwencjach uchylania się od wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego, czyli w praktyce o treści art. 244b § 1 k.k. Z kolei kierowników podmiotów leczniczych, w myśl tego samego przepisu, pouczano o obowiązku niezwłocznego poinformowania sądu o niestawiennictwie sprawcy na terapię lub terapię uzależnień. Wyjątkowo jeden z sądów stosował szerokie pouczenia, co należy odnotować z pełną aprobatą. Dodatkowo pouczano bowiem sprawców o tym, że ich zachowanie, w tym kontynuowanie leczenia, będzie podlegało kontroli poprzez wywiady kuratora oraz o treści art. 93f k.k., 93b § 2 k.k. i 93d k.k. Kierowników podmiotów leczniczych pouczano o treści art. 93f k.k., 93b § 2 k.k., 93d k.k., 199b § 1 k.k.w., 202 k.k.w. i art. 204 § 1 i 4 k.k.w. W niektórych sądach wykształciła się praktyka, że dokumentację kierowaną do sprawców przesyłano do wiadomości kierownikom podmiotów leczniczych i odwrotnie.

Wprowadzanie do wykonania terapii czy terapii uzależnień następowało łatwiej i sprawniej, gdy sprawca był już pacjentem danej placówki i wówczas orzeczony środek zabezpieczający stanowił *de facto* kontynuację terapii. Podobnie było, gdy sprawca objęty był opieką rodziny lub opiekuna (w przypadków sprawców ubezwłasnowolnionych), którzy czuwali nad podjęciem przez niego terapii leczenia oraz roztaczali pieczę nad przyjmowaniem leków i stawiennictwem na kolejne wyznaczone wizyty.

Na stawiennictwo sprawcy na leczenie oraz jego kontynuowanie również pozytywnie wpływał dozór kuratora orzeczony przy warunkowym zawieszeniu wykonania kary pozbawienia wolności, nadzór kuratora przy karze ograniczenia wolności albo objęcie kontrolą kuratora w związku z orzeczeniem zakazu przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu, jak również nakazu okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym (art. 181a § 2 k.k.w). Kurator bowiem oddziaływał na sprawcę motywująco. W jednej ze spraw kurator przysłał do wiadomości sądu swoiste „ostrzeżenie” (wydaje się, że sporządzone na wzór upomnienia, o jakim mowa na gruncie k.k.w.), jakie wystosował do skazanego na karę ograniczenia wolności wobec uchylania się przez niego od terapii. Niekiedy wystarczająca do spowodowania stawiennictwa sprawcy na leczenie była jedna rozmowa z kuratorem, który przeprowadzał wywiad w trybie art. 14 § 1 k.k.w.

Praktyka sądowa pokazuje, że bardzo często w przypadku niestawiennictwa sprawców, w celu ustalenia przyczyny (mogła nią być przykładowo zmiana adresu

zamieszkania sprawcy, hospitalizacja, osadzenie w jednostce penitencjarnej, czy po prostu brak poczucia choroby i potrzeby leczenia), sądy zlecały kuratorom przeprowadzenie wywiadu w trybie art. 14 § 1 k.k.w., na ogólnej podstawie, po czym w oparciu o poczynione przez kuratora ustalenia podejmowały dalsze decyzje. W kilku sprawach opiniujący biegli wskazali wprost, że przy terapii zasadne jest ustanowienie nadzoru kuratora. Zdarzyło się, że osoba bliska sprawcy wystosowała do sądu w postępowaniu wykonawczym wniosek o objęcie sprawcy dozorem kuratora z uwagi na to, że nie wykazuje woli leczenia się.

W sytuacji, gdy sprawca czynu zabronionego leczył się psychiatrycznie lub odwykowo, czasem od kilku lat, u konkretnego lekarza czy terapeuty, a sąd orzekał wobec niego terapię lub terapię uzależnień albo oba środki jednocześnie i wzywał go do stawienia się w określonej placówce leczniczej, np. w miejscowej poradni zdrowia psychicznego, sprawca nie stawiał się i kierował do sądu pismo informujące o tym, że leczy się, czy też wnioskował o zmianę miejsca wykonywania środka zabezpieczającego na konkretną placówkę albo lekarza bądź terapeuty, u którego leczył się w ramach prowadzonej indywidualnej praktyki. Bywało, iż sądy przychylały się do wniosków. Celowe jest bowiem, aby sprawca był poddawany jednolitym oddziaływaniom terapeutycznym, a nie leczył się w dwóch miejscach, czy zmuszony był do rezygnacji z leczenia u lekarza, który leczy go od kilku lat na rzecz poddania się terapii w placówce wskazanej przez sąd. Problem jednak w tym, że *de lege lata* takie postępowanie, jeśli chodzi o indywidualną praktykę lekarską lub terapeutyczną, nie znajduje umocowania w treści przepisu art. 93f § 1 i 2 k.k., gdzie mowa jest o „placówce" w przypadku terapii i „placówce leczenia odwykowego" w przypadku terapii uzależnień.

Terapia uzależnień była wykonywania najczęściej ambulatoryjnie, niemniej w kilku przypadkach skierowano sprawców na stacjonarne leczenie odwykowe do placówek położonych niedaleko ich miejsca zamieszkania. Po jego zakończeniu, sprawcy byli obligowani do kontynuowania terapii w warunkach ambulatoryjnych.

Zdarzały się sytuacje, że sprawcy nie podejmowali terapii uzależnień po odbyciu kary pozbawienia wolności wnioskując do sądów o zwolnienie z odbycia środka zabezpieczającego, gdyż odbyli karę w systemie terapeutycznym. Praktyka sądowa pokazuje, że sądy weryfikowały te informacje zwracając się do właściwych dyrektorów jednostek penitencjarnych o potwierdzenie odbycia terapii oraz dopuszczały dowód z opinii biegłych na okoliczność ustalenia, czy wobec tego konieczne jest wykonanie środka zabezpieczającego.

Nieprawidłową jest zdarzająca się sporadycznie praktyka kierowania do wykonania terapii lub terapii uzależnień przy jednoczesnym skazaniu na bezwzględną karę pozbawienia wolności razem ze skierowaniem do wykonania kary. Stawiennictwo w jednostce penitencjarnej i równoległe podjęcie leczenia na wolności z oczywistych względów wykluczają się. Zwykle środki zabezpieczające kierowane były jednak do wykonania krótko przed końcem kary sprawcy albo po jej odbyciu. W tym pierwszym przypadku w wezwaniu zakreślany był termin do stawiennictwa w placówce leczniczej np. 14 dni od momentu zwolnienia z zakładu karnego.

W przypadkach, gdy sprawca przebywał w domu pomocy społecznej, a sądy kierowały orzeczenie o terapii lub terapii uzależnień do wykonania w poradni, dyrektorzy domów pomocy społecznej zwracali się z pismami o umożliwienie leczenia sprawcy przez lekarza, z którym placówka ma podpisaną umowę i który opiekuje się jej pacjentami. Zdarzało się, że sąd dopuszczał dowód z opinii biegłych, którzy stwierdzali brak przesłanek do dalszego stosowania środka zabezpieczającego w takiej sytuacji. Incydentalnie sąd w postanowieniu uchylającym internację zastosował wobec sprawcy, który od razu został umieszczony w domu pomocy społecznej, „terapię w warunkach ambulatoryjnych pod nadzorem personelu domu pomocy społecznej".

Pomimo tego, że z art. 199b § 2 k.k.w. jednoznacznie wynika, jakich biegłych należy wysłuchać przed orzeczeniem, zmianą i uchyleniem środka zabezpieczającego na etapie postępowania wykonawczego, sądy nie zawsze przed uchyleniem terapii lub terapii uzależnień z powodu braku konieczności dalszego stosowania środka zabezpieczającego dopuszczały dowód z opinii biegłego, czy biegłych a konsekwencji na posiedzeniu nie wysłuchiwały biegłych. Bywało, że sądy powoływały do wydania opinii dwóch lekarzy psychiatrów, dwóch lekarzy psychiatrów i psychologa albo tylko psychiatrę. Niekiedy biegli wydawali opinię bez uprzedniego zbadania sprawcy.

Zdarzało się, że sąd nie dopuszczał dowodu z opinii biegłego czy biegłych, a zamiast tego zwracał się o opinię o potrzebie dalszego stosowania środka zabezpieczającego do kierownika placówki, w której środek był wykonywany. Wówczas opinię sporządzali lekarze prowadzący terapię, co należy uznać za niewłaściwe z uwagi na brak obiektywizmu lekarza związanego ze sprawcą kontraktem terapeutycznym. Biegły wszak powinien być bezstronny. Co więcej, na lekarzu ciąży obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej i wydaje się, że bez zwolnienia z niej nie powinien udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta. Można przypuszczać, że praktyka ta wynikała z mylącego odesłania w art. 204 § 4 k.k.w. do odpowiedniego stosowania do innych środków zabezpieczających niż pobyt w szpitalu

psychiatrycznym przepisu § 1, w którym mowa jest m.in. o uzyskaniu przez sąd opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne. Na tej podstawie niektóre sądy prawdopodobnie oczekiwały na opinie od kierowników zakładów, do których kierowano sprawców na terapię lub terapię uzależnień i zobowiązywały ich do nadsyłania takich opinii.

W przypadku, gdy sprawca nie stawił się na leczenie albo przerwał je, sądy zlecały doręczenie wezwania na terapię lub terapię uzależnień za pośrednictwem policji, zlecając jednocześnie ustalenie aktualnego miejsca pobytu sprawcy. Poza wskazanym wyżej zleceniem wywiadu kuratorowi, niekiedy zobowiązywały sprawcę do udzielenia na piśmie wyjaśnień o przyczynach niestawiennictwa na leczenie albo zobowiązywały do nadesłania zaświadczenia potwierdzającego podjęcie terapii w zakreślonym terminie wskazując, że po jego bezskutecznym upływie zostanie złożone zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 244b § 1 k.k. Gdy nie udało się ustalić miejsca pobytu sprawcy, sądy zawieszały postępowanie wykonawcze w zakresie środków zabezpieczających i zarządzały poszukiwania ogólnokrajowe sprawców w celu ustalenia miejsca pobytu w trybie art. 278 k.p.k.

W razie uporczywego uchylania się sprawców od terapii lub terapii uzależnień sądy próbowały przeciwdziałać temu za pomocą takich narzędzi prawnych, jakimi w realiach konkretnej sprawy dysponowały, a niekiedy nawet na wyrost, jako że ustawodawca wyposażył je w zasadzie tylko w jeden instrument – zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 244b § 1 k.k., co *nota bene* wobec tego, że znaczna grupa sprawców, to osoby niepoczytalne, wydaje się niecelowym orężem w walce ze sprawcami nie stosującymi się do obowiązków związanych z orzeczonym środkiem zabezpieczającym.

Dla przykładu można wskazać, że w jednym przypadku uporczywego niestawiennictwa na leczenie sąd wezwał sprawcę po raz kolejny z pouczeniem o możliwości zmiany środka wolnościowego na wykonywany w zamkniętym zakładzie leczniczym. W innym, wezwał sprawcę na leczenie pod rygorem zarządzenia wykonania warunkowo zawieszonej kary pozbawienia wolności. Powyższe decyzje, które niewątpliwie miały na celu jedynie zmobilizowanie sprawców, wobec braku podstaw prawnych do zastosowania opisanych rozwiązań, ukazują bezradność sądów wobec osób uchylających się od terapii. W jednej ze spraw kierownik placówki leczniczej, w której sprawca miał realizować terapię zwrócił się do sądu o zmianę środka ambulatoryjnego na leczenie stacjonarne z uwagi na to, że sprawca nie ma poczucia choroby i nie przyjmuje leków.

Przyjęte w dysertacji hipotezy badawcze zakładały, że zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień ma wpływ na jej przebieg i skuteczność. Nadto, że niezwłoczne wprowadzenie środka zabezpieczającego do wykonania ma wpływ na jego efektywność, a mianowicie, im szybciej orzeczenie zostanie skierowane do wykonania, tym chętniej sprawca podejmie terapię i będzie ją realizował. Jak również, że wsparcie osób bliskich, pomoc instytucji, kuratora sądowego ma pozytywny wpływ na podjęcie przez sprawcę terapii lub terapii uzależnień oraz jej kontynuowanie i ukończenie, a tym samym ma wpływ na czas stosowania środka zabezpieczającego i jego skuteczność.

Poniżej podjęto próbę weryfikacji wskazanych hipotez na podstawie ustalonej w aktach badanych spraw praktyki wykonywania ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających.

W przedstawionej poniżej tabeli zamieszczone dane liczbowe obrazujące: ilu sprawców nie stawiło się na leczenie, ilu stawiło się i kontynuowało je lub nadal kontynuuje, ilu stawiło się i przerwało leczenie oraz jak długo trwała terapia lub terapia uzależnień od momentu stawiennictwa sprawcy w podmiocie leczniczym do uchylenia środka zabezpieczającego z powodu braku konieczności jego dalszego stosowania, w korelacji do wyrażonej uprzednio przez sprawcę zgody na leczenie, jej braku albo braku danych w tym przedmiocie.

Za czas trwania (długość trwania) terapii lub terapii uzależnień na potrzeby przeprowadzonych badań przyjęto zatem czasokres pomiędzy datą stawienia się sprawcy w podmiocie leczniczym a datą wydania orzeczenia o uchyleniu stosowania środka zabezpieczającego z powodu braku konieczności jego dalszego stosowania wynikającej z opinii biegłych.

Grupa tych, którzy stawili się na leczenie i je kontynuowali lub kontynuują, to sprawcy, wobec których terapia lub terapia uzależnień były nadal stosowane w dacie badania akt oraz sprawcy, którzy stawili się na leczenie i kontynuowali je do momentu uchylenia go przez sąd, ale z powodów innych, aniżeli stwierdzony przez biegłych brak konieczności dalszego stosowania wolnościowego leczniczego środka zabezpieczającego albo do momentu zawieszenia postępowania wykonawczego. Te powody uchylenia środka albo zawieszenia postępowania, to np. zastosowanie i wprowadzenie do wykonania izolacyjnego środka zabezpieczającego w innej sprawie, problemy sprawcy ze zdrowiem uniemożliwiające kontynuowanie terapii lub terapii uzależnień (problemy z poruszaniem się; z pamięcią, postępujące otępienie, które ograniczały możliwości poznawcze), odbywanie kary pozbawienia wolności w innej sprawie albo śmierć sprawcy.

Oddzielnie ujęto sprawców, którzy wprawdzie stawili się na leczenie, ale przerwali je z przyczyn leżących po ich stronie, a nie z powodów obiektywnych.

Wyodrębniono również kategorię sprawców, którzy nie stawili się na leczenie, aby ustalić, czy są sytuacje, że pomimo wyrażenia zgody na leczenie sprawcy nie stawili się jednak w wyznaczonym terminie w podmiocie leczniczym, a jeśli tak, jaka była skala zjawiska.

Tabela 38.

Zgoda sprawcy albo jej brak a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020, liczony od stawienia się w podmiocie leczniczym.

Czas trwania terapii lub terapii uzależnień	Zgoda sprawcy	Brak zgody	Brak danych
do 6 miesięcy	3	-	2
powyżej 6 miesięcy do 1 roku	4	-	7
powyżej 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy	12	-	3
powyżej 1 roku i 6 miesięcy do 2 lat	5	2	7
powyżej 2 lat do 3 lat	8	-	8
powyżej 3 lat do momentu uchylenia	4	-	9
sprawca stawił się na leczenie i je kontynuował lub kontynuuje	84	13	93
sprawca stawił się na leczenie, a następnie przerwał je	18	2	16
sprawca nie stawił się na leczenie	31	5	28

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Z badanych akt wynika, że sprawcy wyrażali zgodę na terapię lub terapie uzależnień podczas rozprawy lub posiedzenia udzielając odpowiedzi na zadane im przez sąd lub obrońcę pytanie, czy taką zgodę wyrażają. Niekiedy artykułowali ją spontanicznie, najczęściej podczas składania wyjaśnień. I wreszcie, podczas głosów stron. Jako zgodę na terapię lub terapię uzależnień przyjęto również wydania w sprawie wyroku na skutek zastosowania instytucji z art. 335 k.p.k. i 387 k.p.k. Brak zgody oznacza natomiast wyartykułowany przez sprawcę wyraźnie brak zgody na leczenie albo w sposób jednoznacznie wskazujący, iż nie zamierza on podjąć wykonywania środka zabezpieczającego, np. gdy twierdził, że nie czuje się chory; jest

zdrowy. W kategorii brak danych ujęto sprawy, w których sprawcy ani nie artykułowali zgody, ani też nie wyrażali sprzeciwu wobec leczenia. Tak więc, przypadki zaliczone do tej kategorii będą obejmowały zarówno tych sprawców, którzy *de facto* zgadzali się na leczenie, jak i tych, którzy nie widzieli takiej potrzeby.

Ustalono 190 spraw, w których sprawcy stawili się na leczenie i kontynuowali je lub kontynuują. Z tego w 84 sprawach była ich zgoda. W 93 sprawach nie było danych na temat stosunku sprawcy do orzeczonego środka zabezpieczającego, a 13 sprawców stawiło się i podjęło leczenie, pomimo tego, że pierwotnie nie dostrzegali takiej potrzeby. Widoczny jest też nieznaczny wpływ zgody na czas trwania terapii lub terapii uzależnień. Przy zgodzie sprawcy środki stosowane były najczęściej od 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy. W krótszym przedziale czasowym leczenia, tj. powyżej 6 miesięcy do 1 roku więcej przypadków odnotowano jednak w kategorii sprawców z brakiem danych co do kwestii zgody. Jednocześnie aż 31 sprawców, którzy zgodzili się na leczenie, nie stawiło się w wyznaczonym terminie w podmiocie leczniczym, a 18 przerwało terapię.

Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że zgoda sprawcy ma pewien pozytywny wpływ na podjęcie leczenia, jego kontynuowanie i czas trwania terapii lub terapii uzależnień, ale nie należy jej przeceniać, skoro z jednej strony leczenie podejmują również sprawcy, którzy sprzeciwiali się mu, a z drugiej, sprawcy zgadzający się na terapię lub terapię uzależnień nie podejmują jej potem albo podejmują i przerywają.

Tabela 39.

Czas skierowania do wykonania orzeczenia o terapii lub terapii uzależnień a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020, liczony od daty stawienia się w podmiocie leczniczym.

Czas skierowania orzeczenia do wykonania						
Czas trwania terapii lub terapii uzależnień	**do 14 dni**	**powyżej 14 dni do 1 miesiąca**	**powyżej 1 miesiąca do 2 miesięcy**	**powyżej 2 miesięcy do 3 miesięcy**	**powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy**	**powyżej 6 miesięcy**
do 6 miesięcy	2	3	-	-	-	-
powyżej 6 miesięcy do 1 roku	10	-	-	-	1	-
powyżej 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy	8	3	1	2		1
powyżej 1 roku i 6 miesięcy do 2 lat	7	3	2	1	1	-
powyżej 2 lat do 3 lat	14	2	-	-		-
powyżej 3 lat do momentu uchylenia	10	1	1	-	1	-
sprawca stawił się na leczenie i je kontynuował lub kontynuuje	123	37	16	3	2	-
sprawca stawił się na leczenie, a następnie przerwał je	23	5	5	2	-	-
sprawca nie stawił się na leczenie	39	9	6	4	4	2

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Powyżej w tabeli przedstawiono dane liczbowe obrazujące: ilu sprawców nie stawiło się na leczenie, ilu stawiło się i kontynuowało je lub nadal kontynuuje, ilu stawiło się i przerwało leczenie oraz jak długo trwała terapia lub terapia uzależnień od momentu stawiennictwa sprawcy w podmiocie leczniczym do uchylenia środka zabezpieczającego z powodu braku konieczności jego dalszego stosowania, w korelacji do czasu skierowania

orzeczenia do wykonania, liczonego albo od daty jego uprawomocnienia się albo od daty wydania, w przypadku orzeczeń natychmiast wykonalnych.

Z ustalonych danych wynika, że zasadniczo orzeczenia kierowane są do wykonania w terminie do 14 dni od ich uprawomocnienia się lub wydania, czyli szybko. W tym przedziale czasowym duża liczba sprawców stawiła się na terapię i ją kontynuowała lub kontynuuje (123 przypadki), ale też niemała liczba sprawców nie stawiła się wcale (39 przypadków), a 23 stawiło się i przerwało leczenie. Podobnie prezentuje się to w kolejnych przedziałach czasowych skierowania orzeczenia do wykonania. Bowiem na skutek skierowania terapii i terapii uzależnień do wykonania w przedziałach: powyżej 14 dni do 1 miesiąca i powyżej 1 miesiąca do 2 miesięcy, również najwięcej sprawców stawiło się i kontynuowało lub kontynuuje leczenie (odpowiednio: 37 i 16), na drugim miejscu są sprawcy, którzy nie stawili się w podmiocie leczniczym (odpowiednio: 9 i 6), a najmniejszą liczbę stanowią ci, którzy podjęli leczenie, a następnie je przerwali (po 5 sprawców). Natomiast przy skierowaniu orzeczenia do wykonania w przedziale powyżej 2 miesięcy do 3 miesięcy oraz powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy więcej sprawców nie stawiło się na leczenie niż je podjęło.

Uzyskane wyniki wskazują zatem, że czas skierowania orzeczenia do wykonania nie ma dużego znaczenia dla realizacji wolnościowych środków zabezpieczających w sensie czasu ich trwania, aczkolwiek nie jest on obojętny dla stawiennictwa sprawców do podmiotu leczniczego. Najwięcej bowiem sprawców stawiło się na leczenie i je kontynuuje, o ile skierowanie orzeczenia do wykonania nastąpiło ogólnie w przedziale do 2 miesięcy, następnie w tej grupie są sprawcy, którzy uchylają się od leczenia, a potem ci, którzy je podejmują, a następnie przerywają. Natomiast już w przypadku skierowania orzeczenia do wykonania po upływie 2 miesięcy przeważają sprawcy, którzy nie stawiają się na leczenie.

Poniżej przedstawiono dane: ilu sprawców nie stawiło się na leczenie, ilu stawiło się i kontynuowało je lub nadal kontynuuje, ilu stawiło się i przerwało leczenie oraz jak długo trwała terapia lub terapia uzależnień od momentu stawiennictwa sprawcy w podmiocie leczniczym do uchylenia środka zabezpieczającego z powodu braku konieczności jego dalszego stosowania, w korelacji do tego, czy sprawca zamieszkiwał z rodziną, zamieszkiwał sam, z osobami obcymi lub był dotknięty bezdomnością, aby ustalić czy wsparcie innych osób ma wpływ na podjęcie leczenia w ramach środka zabezpieczającego, jego przebieg i czas trwania.

Przyjmuje się bowiem, że posiadanie oparcia w rodzinie jest dla kondycji zdrowotnej osoby z zaburzeniami psychicznymi bardzo istotne. Pomoc nie polega tylko na zapewnieniu

warunków do godnej egzystencji i poczucia bezpieczeństwa, ale na wsparciu w systematycznym leczeniu (kontrola przyjmowania leków, wizyt w poradni), a nawet współuczestnictwie w terapii[781].

U chorych na schizofrenię często występuje obniżony krytycyzm chorobowy (brak poczucia choroby), uznawany za czynnik źle wpływający na współpracę pacjenta z lekarzem. Szacuje się, że około 50% chorych na schizofrenię nie współpracuje lub współpracuje w sposób niezadowalający. Ta zła współpraca może polegać na zupełnym nieprzyjmowaniu leków, przyjmowaniu innych dawek niż zalecone, przyjmowanie leków nieregularnie, tzw. wakacje lekowe (nieprzyjmowanie leków przez pewien okres), czy samowolnej zamianie leków lub łączeniu różnych leków. Występowanie wsparcia w otoczeniu uznaje się w psychiatrii za czynnik promujący współpracę w leczeniu[782].

Tabela 40.

Wsparcie osób bliskich i innych osób a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020

Czas trwania terapii lub terapii uzależnień	Zamieszkiwanie sprawcy z rodziną	Zamieszkiwanie z osobami obcymi	Zamieszkiwanie samotne	Bezdomny
do 6 miesięcy	5	-	-	-
powyżej 6 miesięcy do 1 roku	10	-	-	1
powyżej 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy	11	1	2	-
powyżej 1 roku i 6 miesięcy do 2 lat	10	1	3	-
powyżej 2 lat do 3 lat	14	-	2	-
powyżej 3 lat do momentu uchylenia	10	1	2	
sprawca stawił się na leczenie i je kontynuował lub kontynuuje	148	7	30	1
sprawca stawił się na leczenie, a następnie przerwał je	29	-	5	-
sprawca nie stawił się na leczenie	47	-	11	3

Źródło: Badania własne akt sądowych.

[781] A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polski prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 212.
[782] M. Jarema, (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* pod red. M. Jaremy i J. Rabe-Jabłońskiej, Warszawa 2011, s. 460-462.

Jak ustalono, aż 148 sprawców, którzy stawili się w podmiocie leczniczym i kontynuowali lub kontynuują terapię zamieszkiwało z rodziną. Wsparcie bliskich ma wpływ również na czas stosowania środków zabezpieczających, jako że w 5 przypadkach stosowano je do 6 miesięcy, wobec 10 sprawców powyżej 6 miesięcy do 1 roku, w 11 przypadkach powyżej 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy, w 10 przypadkach powyżej 1 roku i 6 miesięcy do 2 lat i w 14 przypadkach od 2 do 3 lat. Sytuacji, gdy sprawca zamieszkiwał sam było wprawdzie mniej (16,99 % badanej populacji), ale w tej kategorii nie odnotowano nawet jednego przypadku, aby terapia czy terapia uzależnień trwały krócej niż rok. Wśród sprawców zamieszkujących z rodziną była też jednak niemała grupa tych, którzy w ogóle nie stawili się na leczenie – 47 oraz 29, którzy stawili się, a następnie przerwali terapię. Podobnie było w grupie sprawców zamieszkujących samotnie: 30, czyli najwięcej stawiło się i kontynuowało leczenie, 11 nie stawiło się na terapii, a 5 podjęło leczenie i przerwało je.

Na podstawie uzyskanych danych można wysnuć wniosek, że generalnie posiadanie przez sprawcę wsparcia w rodzinie wspólnie z nim zamieszkującej wpływa pozytywnie na przebieg leczenia i czas jego trwania.

Przy badaniu stawiennictwa sprawców na leczenie, jego przebiegu oraz czasu trwania terapii i terapii uzależnień w korelacji pozostawania pod dozorem kuratora sądowego uwzględniono przypadki oddania skazanego pod dozór w związku z warunkowym zawieszeniem wykonania kary, jak również orzeczenie kary ograniczenia wolności oraz nadzór kuratora, o którym mowa w art. 181a § 2 k.k.w. wynikający z zastosowania wobec sprawcy zakazu przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonym osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca bez zgody sądu, jak również nakazu okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym.

Tabela 41.

Pozostawanie pod dozorem kuratora a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.

Czas trwania terapii lub terapii uzależnień	Pozostawanie pod dozorem lub nadzorem kuratora
do 6 miesięcy	1
powyżej 6 miesięcy do 1 roku	3
powyżej 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy	3
powyżej 1 roku i 6 miesięcy do 2 lat	2
powyżej 2 lat do 3 lat	2
powyżej 3 lat do momentu uchylenia	1
sprawca stawił się na leczenie i je kontynuował lub kontynuuje	47
sprawca stawił się na leczenie, a następnie przerwał je	11
sprawca nie stawił się na leczenie	20

Źródło: Badania własne akt sądowych.

W sytuacji, gdy sprawca pozostawał pod dozorem lub nadzorem kuratora częściej stawiał się na leczenie i je kontynuował, niż nie stawiał się albo stawiał się, po czym je przerywał. Również terapia i terapia uzależnień przy dozorze lub nadzorze kuratora trwały krócej, jako że wobec 3 sprawców trwała powyżej 6 miesięcy do 1 roku i wobec 3 osób trwała powyżej 1 roku do 1 roku i 6 miesięcy, a dłużej trwała wobec mniejszej liczby sprawców. Z uzyskanych danych wynika więc, że dozór kuratora wpływa korzystnie na stawiennictwo sprawcy na leczenie i jego kontynuowanie.

W literaturze zaprezentowano stanowisko, że sąd powinien wskazać podmiot leczniczy, w którym ma być wykonywana terapia lub terapia uzależnień w orzeczeniu z tym, że w wyroku wówczas, gdy rozpoczęcie ich wykonywania ma nastąpić wraz z jego uprawomocnieniem się, a w postanowieniu wydanym w postępowaniu wykonawczym w pozostałych przypadkach, gdyż w art. 93f § 1 i 2 k.k. jest mowa o „wskazanej przez sąd placówce" oraz o „wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego"[783].

[783] P. Zakrzewski (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod red. W. Wróbla, Kraków 2015, s. 723.

Wydaje się jednak, że z brzmienia tego przepisu nie wynika jednoznacznie konieczność wydania orzeczenia, a jedynie obowiązek wskazania przez sąd placówki, co może nastąpić również poprzez wydanie stosownego zarządzenia, czyli czynność administracyjno-techniczną. Za tym stanowiskiem przemawia także potrzeba sprawnego podejmowania czynności związanych z kierowaniem sprawców do placówek oraz zmianą placówki, gdy okaże się, że wyznaczona przez sąd nie ma możliwości przyjęcia sprawcy na terapię czy terapię uzależnień z powodu braku fachowego personelu, czy zaprzestania funkcjonowania albo sprawca nie może podjąć w niej terapii, gdyż np. jest położona w dużej odległości od jego miejsca zamieszkania.

Tabela 42.

Rodzaj decyzji określającej podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 93f § 1 i 2 k.k. wydawanych przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.

Rodzaj decyzji procesowej	**Określenie przez sąd podmiotu leczniczego**	**%**
orzeczenie (wyrok lub postanowienie)	202	46,87
zarządzenie	229	53,13
Ogółem	**431**	100

Źródło: Badania własne akt sądowych.

Jak wynika z powyższych danych w praktyce w większości przypadków sądy określają miejsce wykonywania terapii lub terapii uzależnień zarządzeniem.

6. Praktyka orzekania i wykonywania terapii oraz terapii uzależnień w świetle badań ankietowych sędziów, lekarzy psychiatrów, seksuologów, terapeutów i psychologów.

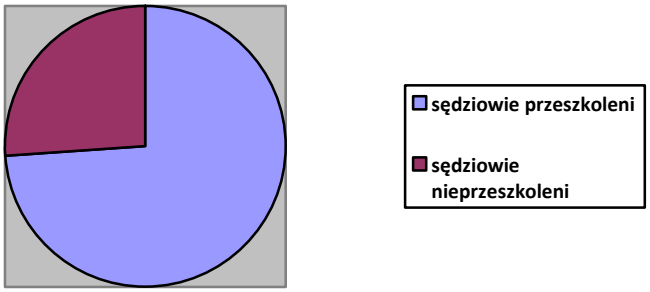
W ramach przeprowadzonych badań opracowano dwa kwestionariusze ankiet. Jeden adresowany do sędziów orzekających w sprawach karnych, drugi do biegłych psychiatrów, seksuologów, psychologów i terapeutów, opiniujących w sprawach karnych. Kwestionariusze rozesłano do biegłych ustalonych w oparciu o listy biegłych prowadzone przez prezesów sądów okręgowych działających na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego.

Otrzymano zwrot 25 ankiet skierowanych do sędziów i zwrot 4 ankiet skierowanych do biegłych. Przeprowadzone badania należy traktować jako badania jakościowe, jako że miały one na celu analizę i interpretację nastawioną na odkrywanie zasad funkcjonowania w praktyce badanych środków zabezpieczających, bez operowania liczbami.

Z ankiet wynika, że w związku z wprowadzeniem do k.k. z 1997 r. nowych ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających przeszkolonych zostało 19 z 25 ankietowanych sędziów, co stanowi 74 %, a więc 26 % nie przeszło szkolenia w zakresie ich funkcjonowania.

Wykres 23.

Przeszkoleni sędziowie.



Tak więc, można uznać, że co czwarty sędzia nie został przeszkolony w zakresie terapii oraz terapii uzależnień.

Odnośnie do napotkanych problemów w stosowaniu oraz wykonywaniu terapii i terapii uzależnień w praktyce orzeczniczej sędziowie wskazywali na:

- brak ustawowego określenia pojęcia terapii, co powoduje, że sądy nie zawsze mają wiedzę o jej istocie, a powinny, skoro mogą ją orzekać bez opinii biegłych, zgodnie z art. 354a § 2 k.p.k.;
- brak jednoznacznego wskazania, czy są to środki, które mogą być stosowane wyłącznie ambulatoryjnie, czy również stacjonarnie, w placówkach otwartych;
- problemy związane z wykonywaniem prawomocnych orzeczeń, zwłaszcza w początkowym okresie stosowania nowych przepisów, bez podawania konkretnych przykładów;
- problem z ustaleniem placówki, do której można skierować sprawcę, w szczególności jeśli chodzi o terapię osób z zaburzeniami preferencji seksualnych;

- brak wolnych miejsc w placówkach, co powoduje, że dla sprawców ustalane są odległe terminy przyjęcia na terapię czy terapię uzależnień, np. za pół roku od skierowania;
- brak możliwości skierowania na terapię w warunkach stacjonarnych;
- brak regulacji prawnych dotyczących zakładów opieki zdrowotnej, w których miałyby być wykonywane omawiane środki zabezpieczające;
- niestawiennictwo sprawców, wobec których orzeczono terapię lub terapię uzależnień w podmiotach leczniczych;
- uchylanie się sprawców po odbyciu kary od stawiennictwa w placówce celem poddania się terapii lub terapii uzależnień;
- brak motywacji do leczenia po stronie sprawców;
- częste zmiany miejsca zamieszkania przez sprawców, co pociąga za sobą konieczność poszukiwania nowych placówek do wykonywania środków zabezpieczających oraz poszukiwania biegłych spoza okręgu danego sądu, w celu cyklicznego opiniowania o potrzebie dalszego stosowania środka zabezpieczającego;
- zbyt małą kontrolę sądu czy kuratora przy wykonywaniu terapii lub terapii uzależnień;
- brak regulacji prawnych – poza odpowiedzialnością karną z art. 244b k.k. – umożliwiających wymuszenie na sprawcy podjęcia leczenia; zdyscyplinowania go w sytuacji, gdy nie stawia się na terapię;
- brak informacji na temat przebiegu wykonywania wolnościowych środków zabezpieczających z placówek, w których są realizowane;
- zbyt późne składanie wniosków przez dyrektorów zakładów karnych na podstawie art. 199b k.k.w. w sytuacji, o której mowa w art. 93d § 4 k.k., np. na półtora miesiąca przed końcem kary w sprawie o wyrok łączny, co powoduje, że sąd nie ma czasu na zwrócenie się o akta jednostkowych spraw, przeanalizowanie ich pod kątem przesłanek orzeczenia środków zabezpieczających, dopuszczenie dowodu z opinii biegłych oraz wyznaczenie posiedzenia i wysłuchanie biegłych;
- ograniczony dostęp do biegłych psychiatrów i psychologów poza Olsztynem;
- trudności z wysłuchaniem biegłych wynikające z konieczności dojazdu przez biegłych do sądu i braku dogodnych dla sądu i biegłych terminów;

Spośród wyżej wskazanych problemów najczęściej sędziowie podkreślali brak instrumentów prawnych pozwalających na zmotywowanie i zmobilizowanie sprawcy do leczenia.

W 7 przypadkach sędziowie nie stwierdzili trudności w orzekaniu i wykonywaniu terapii oraz terapii uzależnień. W 2 przypadkach nie udzielono odpowiedzi na pytanie dotyczące trudności w praktyce orzeczniczej w związku z wykonywaniem terapii i terapii uzależnień.

Na pytanie, czy stwierdzone problemy zostały rozwiązane, a jeśli tak, w jaki sposób, sędziowie zasadniczo udzielali odpowiedzi, że nie. Wyrażono nawet opinię, że jeśli chodzi o biegłych, to problem polegający na ograniczonym do nich dostępie narasta. Jak również, że problemy w zakresie braku regulacji działania zakładów opieki zdrowotnej, w których miałyby być wykonywane omawiane środki zabezpieczające, dotyczą kwestii systemowych i powinny zostać rozwiązane przez ustawodawcę. Jedna z ankietowanych osób, jako wprowadzone rozwiązanie, wskazała możliwość składania zawiadomień o podejrzeniu popełniania przestępstwa z art. 244b k.k. Inna z kolei uznała, że to nie rozwiązało problemów. Zwrócono też uwagę, że instrument ten nie obejmuje sprawców niepoczytalnych.

Na pytanie, co uważają za zasadniczy cel stosowania terapii i terapii uzależnień: zabezpieczenie społeczeństwa przed sprawcą, czy leczenie sprawcy: 9 ankietowanych sędziów odpowiedziało, że leczenie, również 9 odpowiedziało, że oba cele uznaje za równorzędne, 6 udzieliło odpowiedzi, że ochronę społeczeństwa, a 1 osoba nie udzieliła odpowiedzi. Czterej ankietowani z grupy przyznającej prymat leczeniu uzasadnili swoje stanowisko w ten sposób, że systematyczne, właściwe leczenie sprawcy zapobiegnie popełnieniu przez niego czynu zabronionego, a tym samym zabezpieczy społeczeństwo i samego sprawcę. Z kolei jedna z osób uznających ochronę społeczeństwa za cel nadrzędny argumentowała, że przepisy prawa karnego w pierwszej kolejności służą ochronie pokrzywdzonego, a w drugiej resocjalizacji sprawcy.

Wprowadzenie terapii i terapii uzależnień do ustawy karnej za zasadne uznała zdecydowana większość sędziów: 21, za niezasadne: 3, a 1 osoba nie udzieliła odpowiedzi. Podkreślano, że dają one możliwość stosowania wobec sprawców innych środków niż kara. Pozytywnie odniesiono się do możliwości stosowania ich wobec sprawców drobniejszych czynów, zwalnianych z zakładów karnych i pobytów w zamkniętych zakładach psychiatrycznych. Zwracano jednak uwagę, że brak jest dobrych rozwiązań wykonawczych; nie ma wystarczającej liczby przychodni, lekarzy, terapeutów i biegłych, jak również odpowiednich rozwiązań prawnych związanych z nadzorem nad wykonywaniem terapii oraz

terapii uzależnień. Jedna z ankietowanych osób uznała ich wprowadzenie za niezasadne z tego powodu, że sąd jest praktycznie pozbawiony możliwości egzekwowania obowiązku realizowania terapii.

Na pytanie, czy zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień powinna być konieczna dla ich zastosowania zasadnicza większość sędziów (18) udzieliła odpowiedzi, że nie; 3 odpowiedziało, że zgoda jest potrzeba; 2 osoby uznały to za zależne od okoliczności sprawy, a 2 nie udzieliły odpowiedzi.

Jako uzasadnienie braku konieczności uzyskania zgody sprawcy wskazywano, że środek zabezpieczający stanowi formę reakcji karnej wobec sprawcy, stosowaną po zasięgnięciu opinii biegłych oraz, że naruszenie przez sprawcę prawa pociąga za sobą ograniczenie jego praw. Podkreślano, że sprawca nie zawsze ma wgląd w chorobę lub uzależnienie i nie musi zdawać sobie sprawy z konieczności leczenia. Wyrażano też stanowisko, że zgoda nie jest konieczna, gdyż nie jest to klasyczne leczenie, podobnie jak w przypadku umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Zwolennicy uzyskania zgody podkreślali natomiast, że jej brak nie gwarantuje skuteczności leczenia.

Najbardziej rozbieżne stanowiska pojawiły się odnośnie do pytania o możliwość wykonywania terapii i terapii uzależnień w trybie stacjonarnym. Jedni z ankietowanych wskazywali jednoznacznie, że istnieje taka możliwość i spotkali się z nią. Inni zaznaczali, że wymaga ona zgody sprawcy. Wyrażano także stanowisko, że literalnie brzmienie przepisu art. 93f k.k., w którym jest mowa o stawiennictwie na wizyty oraz umieszczenie terapii i terapii uzależnień w katalogu z art. 93a § 1 k.k. jako odrębnych od pobytu w zakładzie psychiatrycznym, środków zabezpieczających, sprzeciwiają się takiej możliwości. Niektórzy z ankietowanych uzasadniali, że jest to niedopuszczalne, gdyż wiązałoby się z izolacją sprawcy. Inni natomiast nie wypowiadali się, a jedynie wskazywali na brak jasnych przepisów w tym zakresie. Wśród ankietowanych wykluczających możliwość stacjonarnego wykonywania omawianych środków zabezpieczających, bez zgody sprawcy, pojawiło się stanowisko, że taka możliwość powinna być dopuszczalna, zwłaszcza w przypadku terapii uzależnień, gdzie pierwszy etap leczenia powinien mieć miejsce w szpitalu.

Na pytanie, czy farmakoterapia, o której mowa w art. 93f § 1 k.k., może być stosowana wyłącznie wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych, czy też wobec wszystkich kategorii sprawców wymienionych w art. 93c k.k. 16 ankietowanych odpowiedziało, że jedynie wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych; 4 osoby nie zajęły stanowiska wskazując, że nie mają zdania na ten temat; w ocenie 3 ankietowanych

można stosować farmakoterapię wobec wszystkich sprawców, 1 osoba nie udzieliła odpowiedzi, zaś 1 podała, że nie ma jasnych przepisów w tej kwestii.

Co do prawnej dopuszczalności stosowania terapii i terapii uzależnień w ramach konsensualnych form zakończenia postępowania karnego (art. 335 k.p.k. i 387 k.p.k.) 13 ankietowanych uznało, że można stosować omawiane środki zabezpieczające w obu trybach konsensualnego zakończenia postępowania. Część z nich podkreślała przy tym fakt, że wówczas jest zgoda na leczenie. Wyrażono nawet pogląd, iż jest to najlepsza forma orzekania terapii, jak każde rozwiązanie konsensualne. 3 spośród ankietowanych dopuszczało taką możliwość przy procedowaniu na podstawie art. 335 k.p.k., a odrzuciło przy procedowaniu na podstawie art. 387 k.p.k. Jedna z ankietowanych osób uznała, ze jest to możliwe przy stosowaniu instytucji z art. 387 k.p.k. na zasadzie analogii z art. 335 k.p.k. Możliwość stosowania terapii i terapii uzależnień w ramach konsensualnych form zakończenia postępowania karnego odrzuciło 6 ankietowanych wskazując, że nie przewidują jej przepisy, a 2 osoby nie udzieliły na to pytanie odpowiedzi.

Na pytanie o instrumenty pozwalające sądowi na dyscyplinowanie sprawców w razie ich niestawiennictwa w placówkach leczniczych i uchylania się od terapii oraz terapii uzależnień, 12 ankietowanych uznało, że jest to przepis art. 244b k.k. Dostrzegano jednak, że nie dotyczy on sprawców niepoczytalnych. Dwie z ankietowanych osób wskazały, że w stosunku do sprawcy zwolnionego z zakładu psychiatrycznego, w ciągu 3 lat od zwolnienia, narządzeniem dyscyplinującym jest groźba powrotu do zakładu, a wobec innych sprawców interwencje kuratora sądowego w ramach okresowych wywiadów zlecanych przez sąd. Aż 7 ankietowanych stwierdziło, że sądy nie zostały wyposażone w żadne narzędzia pozwalającymi wpływać na sprawców. W jednej ankiecie nie udzielono odpowiedzi. Jedna z osób ogólnie wskazała, że takie instrumenty przewiduje kodeks karny wykonawczy, zaś trzy przywołały konkretny przepis – art. 202b § 2 k.k.w.

Istotne było uzyskanie stanowiska sędziów w kwestii oceny funkcjonowania w praktyce terapii oraz terapii uzależnień od momentu ich wprowadzenia do kodeksu karnego, zarówno w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, jak i w postępowaniu wykonawczym. Wyraźnie pozytywną ocenę wyraziło 6 ankietowanych. Jednoznacznie negatywną ocenę wyraziły 3 osoby. Sześć z ankietowanych osób nie udzieliło odpowiedzi podając np., że mają zbyt małe doświadczenie albo, że trudno im dokonać oceny. Pozostali ankietowani podkreślali trudności dotyczące stosowania i wykonywania ambulatoryjnych środków zabezpieczających. W szczególności zwracali uwagę na brak placówek, lekarzy, brak współpracy z nimi, brak zrozumienia przez sprawców i lekarzy celu stosowania tych

środków, problem z egzekwowaniem realizowania przez sprawców terapii, nieskuteczność leczenia w przypadku braku zgody sprawcy.

W kwestii ewentualnej potrzeby zmiany przepisu art. 93f § 1 i 2 k.k. 12 osób stwierdziło, że zmiany nie są potrzebne. Jedna z tych osób wskazała natomiast, że potrzebne są szkolenia i większa współpraca z placówkami oraz lekarzami. Z kolei 10 ankietowanych uznało, że zmiana jest potrzebna. Jedna z tych osób zaprezentowała przy tym skrajne stanowisko, iż terapia i terapia uzależnień powinny zostać wyeliminowane i funkcjonować jedynie jako środki probacyjne. Pozostali ankietowani z tej grupy proponowali zmianę przepisu pozwalającą na objęcie farmakoterapią wszystkich sprawców; umożliwienie wykonywania terapii w formie stacjonarnej, wprowadzenie konsekwencji prawnych dla sprawców uchylających się od leczenia, w tym poprzez zamianę na zakład zamknięty i wprowadzenie sposobów egzekwowania tego obowiązku. Dwie osoby nie udzieliły odpowiedzi, zaś jedna stwierdziła, że nie ma zdania.

Na pytanie o przeszkolenie w zakresie funkcjonowania terapii i terapii uzależnień, żaden z czterech ankietowanych biegłych nie udzielił pozytywnej odpowiedzi.

Jeżeli chodzi o problemy napotkane w praktyce opiniowania o konieczności zastosowania terapii lub terapii uzależnień, jedna z ankietowanych osób wskazała na brak możliwości egzekwowania stosowania terapii wobec osób uchylających się od niej, druga zwróciła uwagę na brak możliwości skierowania sprawcy na terapię w warunkach stacjonarnych, zaś dwie inne nie stwierdziły trudności. Ankietowani, którzy dostrzegli wskazane trudności jednocześnie stwierdzili, że nie zostały one rozwiązane.

Odnośnie do zasadności wprowadzenia ambulatoryjnych środków zabezpieczających trzy z ankietowanych osób uznały, że zmiana była zasadna. Wskazano, że leczenie sprawców w ramach terapii oraz terapii uzależnień pozwoli zapobiegać ponownemu popełnieniu przez nich czynów zabronionych. Jedna z ankietowanych osób stwierdziła, że skuteczność tych środków jest ograniczona, niemniej część osób podejmuje systematyczne leczenie.

Interesujące i istotne było zdanie biegłych w kwestii, czy zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień powinna być konieczna dla ich zastosowania. W jednej z odpowiedzi podano, że zgoda i współpraca sprawcy powinna być konieczna, gdyż nie ma możliwości kontrolowania, czy przyjmuje leki, nawet jeśli zgłosi się na wizytę i je wykupi. Z trzech odpowiedzi wynikało, że zgoda nie jest potrzebna, co biegli uzasadnili tym, że działanie psychologiczne mechanizmów uzależnienia oraz choroba skutkują niezdolnością do podjęcia właściwej decyzji i to zmienia się dopiero w trakcie terapii. Osoby chore i uzależnione często nie mają wglądu w swój problem i nie chcą dobrowolnie się leczyć. Zobowiązanie ich

do leczenia bez zgody, pod nadzorem, daje szansę na skuteczne leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Na pytanie, czy możliwe jest skuteczne przeprowadzenie terapii lub terapii uzależnień bez zgody sprawcy udzielono odpowiedzi, że terapia bez zgody bywa skuteczna. W przypadku sprawców uzależnionych podkreślono jednak, że warunkiem koniecznym do pracy terapeutycznej jest abstynencja, a przy braku zgody na terapię uzależnień może on być trudny do spełnienia.

Ankietowani biegli uznali, że wykonywanie terapii i terapii uzależnień powinno być możliwe zarówno ambulatoryjnie, jak i w trybie stacjonarnym, jako że tylko wówczas jest szansa na efektywność procesu zdrowienia. Zaznaczyli, że w warunkach stacjonarnych jest możliwe intensywniejsze oddziaływanie terapeutyczne, skutkujące utrzymaniem abstynencji w trakcie terapii i możliwością monitorowania na bieżąco jej efektów.

W konsekwencji, zdaniem biegłych zasadne byłoby wprowadzenie możliwości leczenia stacjonarnego w pierwszym etapie wykonywania terapii uzależnień, jak również ustanowienia kuratora lub przydzielenia sprawcy innej osoby, która mogłaby nadzorować realizację środków zabezpieczających.

Rozdział V. Ocena funkcjonowania terapii i terapii uzależnień w praktyce stosowania prawa.

1. Geneza leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w polskim porządku prawnym oraz ocena zasadności ich wprowadzenia.

W uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej kodeks karny z dnia 20 lutego 2015 r. jest mowa o „bardzo trudnej sytuacji systemu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych”[784]. Jako przyczyny reformy przepisów kodeksu karnego oraz związanych z nimi regulacji w innych aktach prawnych ustawodawca wskazał: wadliwą strukturę orzekanych przez sądy kar w relacji do poziomu i charakteru przestępczości oraz niedostatki przepisów kodeksu karnego, utrudniające prawidłowe funkcjonowanie systemu odpowiedzialności karnej[785].

W ramach drugiego z przytoczonych wyżej celów reformy ustawodawca stwierdził, że projekt zawiera zmiany zasad odpowiedzialności, w tym takie, które w pełniejszy sposób realizują założenia aksjologiczne Konstytucji RP w sprawach środków zabezpieczających[786]. Poza tym ustawodawca nie uzasadnił szczegółowo, jaki inny cel przyświecał mu w zakresie reformy środków zabezpieczających.

Nasuwa się więc pytanie, czy jednym z założeń było unowocześnienie i dostosowanie systemu środków zabezpieczających funkcjonujących w k.k. z 1997 r. bez większych zmian od jego wejścia w życie, a więc od kilkunastu lat, do wymogów współczesnej psychiatrii? Wydaje się, że tak, co można wnioskować z poszczególnych fragmentów uzasadnienia projektu, jak np. z tego, że „(…) wprowadza się aktualne dla współczesnej wiedzy i praktyki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej pojęcia terapii i terapii uzależnień”[787].

P. Góralski stwierdził, że należało oczekiwać, iż dogłębna transformacja regulacji dotyczących środków zabezpieczających zostanie poprzedzona rzetelnymi studiami prawnoporównawczymi oraz naukową dyskusją dotyczącą projektowanych zmian. Jednak nic takiego nie nastąpiło, a jeżeli owe studia dotyczące analogicznych rozwiązań w innych krajach rzeczywiście zostały przez projektodawców przeprowadzone, to ich wyników nie

[784] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393 s. 1.
[785] Tamże, s. 1 i 7.
[786] Tamże, s. 8.
[787] Tamże, s. 32.

opublikowano. Wymieniony podnosi, że nie odnotowano dyskusji naukowej na łamach fachowych czasopism czy konferencji naukowych w zakresie planowanej reformy. Na tej podstawie formułuje tezę, że „zmiany w obrębie regulacji środków zabezpieczających zostały przygotowane pośpiesznie, bez gruntownego przestudiowania podobnych regulacji zagranicznych oraz powodowanych przez nie skutków w dziedzinie polityki kryminalnej”[788].

Ustawodawca wyjawił natomiast, że w toku prac nad reformą odbyły się spotkania: z sędziami sądów rejonowych, okręgowych i apelacyjnych, z prokuratorami prokuratur rejonowych, prokuratur okręgowych i prokuratur apelacyjnych oraz spotkanie ze środowiskiem psychiatrów[789].

Wydaje się też, że istotną rolę w rozpoczęciu prac nad nowelizacją środków zabezpieczających odegrała kwestia zbliżania się terminu opuszczenia zakładów karnych przez przestępców skazanych w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku na karę śmierci, którym na mocy ustawy amnestyjnej z 1989 r. zamieniono tę karę na karę 25 lat pozbawienia wolności, gdyż pierwszy projekt nowelizacji k.k. z 2 listopada 2012 r. zawierał unormowania poświęcone kwestii postępowania ochronnego z tymi przestępcami. Ostatecznie kwestia postępowania z byłymi więźniami, uprzednio skazanymi na karę śmierci, prawdopodobnie z uwagi na problemy w zakresie pogodzenia jej założeń z podstawowymi zasadami prawa karnego, została „wyprowadzona” poza obręb przepisów karnych[790]. Nie zmienia to jednak trafności spostrzeżenia P. Góralskiego o jej znaczącej roli w rozpoczęciu prac nad reformą[791] tym bardziej, że w uzasadnieniu projektu – jak już wyżej wspomniano – nie wskazano szczegółowych celów reformy zagadnienia środków zabezpieczających, a przywołana przyczyna ma charakter ogólny.

Przy tak ogólnym nakreśleniu celu reformy trudno o dokonanie jej szczegółowej oceny w aspekcie osiągnięcia przez ustawodawcę poszczególnych zamierzeń.

Nie ulega jednak wątpliwości, że wprowadzenie terapii i terapii uzależnień miało istotne znaczenie w kontekście szerszego niż dotychczas leczenia sprawców czynów zabronionych, zwłaszcza niepoczytalnych i dlatego też, należy jednoznacznie dokonać pozytywnej oceny nowelizacji w tym zakresie.

---

[788] P. Góralski, *Reforma unormowań poświęconych środkom zabezpieczającym z 20 lutego 2015 r. (cz. 1)*, Pal. 2017, Nr 4, s. 41.

[789] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393 s. 146.

[790] P. Góralski, *Reforma unormowań poświęconych środkom zabezpieczającym z 20 lutego 2015 r. (cz. 1)*, Pal. 2017, Nr 4, s. 41-42.

[791] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393 s. 1.

Wyraźnie bowiem brakowało możliwości leczenia sprawców niepoczytalnych w warunkach ambulatoryjnych w ramach środka zabezpieczającego. Jak trafnie zauważono w doktrynie, do czasu reformy wprowadzonej ustawą nowelizującą k.k. z 20 lutego 2015 r. można było tytułem leczniczego środka zabezpieczającego orzec jedynie umieszczenie w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, co nie było właściwym rozwiązaniem, gdyż sądy wielokrotnie mają do czynienia z przypadkami osób chorych psychicznie, których internacja wydaje się zbytnią dolegliwością. Wobec takich sprawców w znacznej liczbie przypadków wystarczający jest wzmożony dozór osób bliskich połączony z leczeniem ambulatoryjnym[792].

W przypadku, gdy nie było podstaw do zastosowania umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, np. gdy sprawca dopuścił się drobnego, czy średniego przestępstwa, o nieznacznym stopniu społecznej szkodliwości, należało stosować środki przewidziane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, a obecnie można zastosować terapię. W odniesieniu zatem do sprawców niepoczytalnych terapia stała się swoistym pomostem pomiędzy internacją a środkami przewidzianymi w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Co więcej, terapia i terapia uzależnień mogą mieć zastosowanie nie tylko wobec sprawców niepoczytalnych, ale również wobec czterech innych kategorii sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 2-5 k.k.

W wypowiedziach o zasadności wprowadzenia nowych ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających pozytywnie na możliwość ich stosowania wobec sprawców drobniejszych czynów zwracali uwagę także ankietowani sędziowie. Dodatkowo z aprobatą wskazywali na możliwość stosowania wolnościowych środków leczniczych także wobec sprawców, co do których wykonywania jest kara pozbawienia wolności (art. 93d § 4 k.k.) oraz po uchyleniu pobytu w zakładzie psychiatrycznym (art. 93d § 2 k.k.). Za zasadne wprowadzenie omawianych środków zabezpieczających uznali ankietowani biegli podnosząc, że ambulatoryjne leczenie sprawców pozwoli zapobiegać ponownemu popełnieniu przez nich czynu zabronionego.

Obie instytucje wpisują się w nurt założeń opieki środowiskowej utworzonej przez psychiatrię społeczną. Są niewątpliwie nowoczesnymi instrumentami, jako że badania przeprowadzone w Madison w stanie Wisconsin w USA, w Sydney i Londynie wykazały, że pacjenci poddani opiece środowiskowej rzadziej przebywali w szpitalach, ich opieka była

[792] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 21.

mniej kosztowna, przebieg objawów psychopatologicznych był raczej korzystniejszy i przede wszystkim byli ono bardziej zadowoleni z leczenia, podobnie jak ich bliscy[793].

Ostatnia z przyjętych hipotez badawczych zakładała, że ustawodawca nie zapewnił m.in. adekwatnych nakładów finansowych koniecznych na funkcjonowanie nowych ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających.

Jej weryfikowanie rozpoczęto od ustalenia wskazanych w uzasadnieniu rządowego projektu ustawy nowelizującej k.k. z 20 lutego 2015 r. źródeł finansowania reformy. Podano, że środki zabezpieczające o charakterze leczniczym będą wywoływały koszty, które będą musiały zostać poniesione przez NFZ lub ewentualnie z części budżetowej, której dysponentem jest Ministerstwo Zdrowia. Następnie stwierdzono, że „dokładne oszacowanie kosztów nie jest możliwe, jednakże nie powinny one przekraczać obecnych kosztów adekwatnego leczenia zaburzeń w ramach powszechnej działalności leczniczej"[794].

Powszechnie przy tym wiadomo, że nakłady na opiekę psychiatryczną w Polsce od lat są niewystarczające[795] i nic nie wskazuje na to, że w najbliższych latach znacząco wzrosną, co obrazuje poniższe zestawienie dotyczące kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w kategorii opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2015-2020 oraz prognozowanych na lata 2021-2024 nakładach na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, uzyskane przez autorkę pracy w ramach dostępu do informacji publicznej.

Tabela 43.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kategorii opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2015-2024 w tys. zł

Wykonanie za 2015 r.	Wykonanie za 2016 r.	Wykonanie za 2017 r.	Wykonanie za 2018 r.	Wykonanie za 2019 r.	Wykonanie za 2020 r.	Obecny plan finansowy na 2021 r.	Obecny plan finansowy na 2022 r.	Prognozowane nakłady na 2023 r. wg prognozy kosztów na lata 2022-2024	Prognozowane nakłady na 2024 r. wg prognozy kosztów na lata 2022-2024
2 397 999,27	2 468 921,99	2 662 276,55	2 843 789,57	2 997 695,68	3 077 862,73	3 728 856,00	3 942 342,00	4 159 200,00	4 510 890,00

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia[796]

[793] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 368.

[794] Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw Druk sejmowy nr 2393 s. 144.

[795] K. Nowosielska, *Wydatki NFZ na zdrowie psychicznie nie rosną znacząco,* artykuł na stronie internetowej Polityka prozdrowotna*:* https://www.politykazdrowotna.com/74317,wydatki-nfz-na-zdrowie-psychiczne-nie-rosna-znaczaco.

[796] W kolumnie tabeli dotyczącej wykonania za 2021 r. wskazano planowaną na 2021 r., wg stanu na 14.12.2021 r., wartość kosztów w kategorii opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Prognoza kosztów na lata 2023-2024 wynika z prognozy kosztów NFZ opracowanej na lata 2022-2024, która uwzględniała

Porównanie założenia przyjętego w uzasadnieniu projektu ustawy z aktualnym oraz prognozowanym na najbliższe lata poziomem nakładów na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w Polsce pozwala stwierdzić, że praktycznie nie zabezpieczono finansowania reformy w zakresie wprowadzenia terapii oraz terapii uzależnień. Uznano bowiem, że nowe wolnościowe środki zabezpieczające będą realizowane w ramach istniejących struktur świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Stąd m.in. ujawnione w praktyce wykonywania wolnościowych środków zabezpieczających trudności, jak brak placówek leczniczych, brak miejsc, czy odległe terminy wizyt wyznaczanych sprawcom.

Reasumując, terapia i terapia uzależnień są potrzebne, aczkolwiek wymagają przemodelowania jako instytucje prawno karne oraz poczynienia nakładów finansowych na ich realizację, co pokazuje praktyka ich stosowania i wykonywania, albowiem w obecnym stanie prawnym nie funkcjonują na zadowalającym poziomie i nie są efektywne w takim stopniu, w jakim mogłyby i powinny być.

Na marginesie tylko należy zauważyć, że jeśli jednym z zamierzeń ustawodawcy było zmniejszenie liczby stosowanych internacji, to ten cel nie został zrealizowany, gdyż dane statystyczne pokazują, że pomimo wprowadzenia ambulatoryjnych leczniczych środków zabezpieczających, liczba internacji nie zmalała.

2. Sformułowanie postulatów *de lege ferenda.*

1. Zdaniem autorki niniejszej rozprawy w kwestii leczniczych środków zabezpieczających przede wszystkim zasadne i konieczne jest wysunięcie na pierwszy plan ich leczniczej, a nie ochronnej funkcji, co było już wyżej artykułowane.

Uzasadnieniem postulatu jest istota tych środków, do której należy leczenie oraz zasada humanitaryzmu przewidziana w art. 3 k.k., która nie miała odpowiednika w poprzednich kodeksach, a zgodnie z którą, kary oraz inne środki przewidziane w kodeksie stosuje się z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu, w szczególności z poszanowaniem godności człowieka. W uzasadnieniu do projektu k.k. z 1997 r. podkreślano, że norma ta nie ma znaczenia deklaratoryjnego, lecz powinna stanowić zasadniczą dyrektywę wymiaru kary i stosowania innych środków będących prawnokarną reakcją na popełnienie czynu

---

sytuację formalno-prawną obowiązującą w momencie jej sporządzania, a zatem może ulec zmianie. Powyższe dane nie uwzględniają kosztów realizacji programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

zabronionego[797]. Stanowisko to jest ze wszech miar słuszne. Zasada humanitaryzmu jest - po legalizmie i zasadzie sprawiedliwości – uznawana za trzecią naczelną dyrektywę współczesnego prawa karnego. Opiera się na założeniu, że człowiek to najwyższa wartość społeczna, a prawo służy jego dobru. Reakcja karna jest środkiem ostatecznym i legitymować się musi niezbędnością oraz dodatnim bilansem w rachunku „zysków" i „kosztów społecznych"[798].

Skoro zatem z punktu widzenia interesu społecznego konieczne jest stosowanie leczniczych środków zabezpieczających wobec sprawców zagrażających mu, to humanitarne będzie w ramach tych środków przyznanie prymatu ich leczeniu, a realizacja tego celu pozwoli na osiągnięcie drugiego z celów stosowania środków zabezpieczających, czyli ochrony społeczeństwa. Sprawca, którego stan zdrowia ulegnie poprawie na skutek działań leczniczych, rehabilitacji i resocjalizacji, przestanie stanowić zagrożenie dla porządku prawnego. Zyska na tym i sam sprawca i społeczeństwo.

Aby zrealizować ten postulat należy zaproponować *de lege ferenda* zmianę art. 93b § k.k. w ten sposób, że: sąd może orzec środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1 k.k., gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające, natomiast środki zabezpieczające, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 2-4, sąd może orzec, gdy jest to konieczne, aby poddać sprawcę leczeniu, terapii i rehabilitacji w celu zapobieżenia ponownemu popełnieniu czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4, można orzec jedynie, aby poddać sprawcę leczeniu, terapii i rehabilitacji w celu zapobieżenia ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

Taka redakcja art. 93b § 1 k.k. jednoznacznie nadałaby pierwszeństwo leczeniu sprawcy w przypadku zastosowania leczniczego środka zabezpieczającego (w odniesieniu do elektronicznej kontroli miejsca pobytu prymat nadal miałaby ochrona społeczeństwa przed sprawcą z uwagi na charakter tego środka), a to nakazywałoby w praktyce przede wszystkim leczyć i rehabilitować sprawcę. Nie ulega wątpliwości, że w dalszym ciągu przesłanką niezbędną do zastosowania leczniczego środka zabezpieczającego byłoby ustalenie, że zachodzi obawa ponownego popełnienia czynu zabronionego. Wszak zadaniem prawa

[797] Uzasadnienie projektu do k.k. z 1997 r. przytoczone za W. Cieślakiem i K. Janczukowiczem, Kodeksy karne 1969-1997, Sopot 1998, s. 34.
[798] W. Cieślak, K. Janczukowicz, *Kodeksy karne 1969-1997*, Sopot 1998, s. 15-16.

karnego jest ochrona porządku prawnego, w tym rola prewencyjna. Środki zabezpieczające w szerokim znaczeniu również taką rolę spełniają i tego nie sposób zakwestionować, rzecz jednak w tym, aby to nie prewencja była najważniejsza w ich stosowaniu, a konieczność leczenia sprawcy. Obecnie zaś i w poprzednio obowiązujących stanach prawnych mamy do czynienia z sytuacją, że pierwszeństwo ma izolacja sprawy i jego ograniczanie przed społeczeństwem, a leczenie jest niejako ich konsekwencją; prowadzi się je „przy okazji".

Postulowana zmiana w zakresie art. 93b § 1 k.k. byłaby przy tym zgodna z obecnym brzmieniem art. 202 k.k.w., w którym wskazano, że sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym – również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem.

Jak widać, na gruncie postępowania wykonawczego celem wykonywania środka zabezpieczającego jest przede wszystkim leczenie sprawcy i takie postępowanie z nim, aby umożliwić jego powrót do społeczeństwa. Proponowana zmiana k.k. doprowadziłaby do pożądanej – zdaniem autorki niniejszej rozprawy – sytuacji, w której zasadniczy, główny cel stosowania leczniczych środków zabezpieczających byłby koherentny z celem ich wykonywania.

Warto przy tym zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 56 ust. 1 szwajcarskiego kodeksu karnego (SStGB) środek zabezpieczający stosuje się, jeżeli zastosowanie kary jest nieodpowiednie, a istnieje obawa popełnienia przez sprawcę dalszych czynów karalnych, jeżeli istnieje konieczność leczenia sprawcy lub wymaga tego bezpieczeństwo publiczne, a jednocześnie jeżeli spełnione są dalsze wymogi przewidziane w dalszych przepisach SStGB[799]. Konieczność leczenia sprawcy stanowi zatem jedną z ogólnych przesłanek stosowania środka zabezpieczającego w prawie karnym Szwajcarii.

Z kolei w niemieckiej ustawie karnej (StGB) leczniczo-izolacyjny środek zabezpieczający (umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, umieszczenie w zakładzie leczenia odwykowego i umieszczenie w zakładzie zabezpieczającym) ma służyć przede wszystkim poprawie sprawcy, a dopiero w dalszej kolejności jego izolacji w celu ochrony społeczeństwa. Wskazuje na to modyfikacja, jaka nastąpiła w 1969 r. w związku z drugą

[799] M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich*, Prawo w działaniu, tom 13, Warszawa 2013, s. 68.

reformą prawa karnego, polegająca na tym, że zmieniono tytuł rozdziału poświęconego środkom zabezpieczającym ze „Środki zabezpieczenia i poprawy" na „Środki poprawy i zabezpieczenia", co podkreśla, że zasadniczym celem stosowania tej instytucji jest skuteczna terapia, która ma umożliwić sprawcy powrót do normalnego funkcjonowania[800]. Pojęcie „poprawy" w prawie niemieckim jest na tyle szerokie, że obejmuje swoim zakresem zarówno działania terapeutyczne, jak i resocjalizacyjno-rehabilitacyjne. Obliguje wszystkie instytucje uczestniczące w zabezpieczeniu społeczeństwa przed zagrożeniem stwarzanym przez sprawcę do podejmowania wszelkich działań mogących prowadzić do jego poprawy[801].

Na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego sprawcę stwarzającego zagrożenie dla siebie czy otoczenia leczy się, a w przypadku sprawcy, który dopuścił się czynu zabronionego, leczenie przesuwa się na dalszy plan. Dlaczego w przypadku „cywilnej" ustawy leczenie jest priorytetem, a w przypadku reakcji na czyn zabroniony leczenie zajmuje już dalszą pozycję? Znamienne jest, że jeszcze w 1992 r., podczas prac nad uchwaleniem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz trwających prac komisji kodyfikacyjnej nad reformą prawa karnego, J. K. Gierowski, J. Heitzman i T. Tyss, porównując środki zabezpieczające w ustawie karnej polskiej i niemieckiej, przy okazji omawiania celów ich stosowania zwracali uwagę, że przyjęcie w polskich realiach prawnych rozwiązania, że głównym celem stosowania środków zabezpieczających jest poprawca sprawcy niwelowałoby ewentualnie kolizję z projektem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego[802].

Kolejnym argumentem na poparcie omawianego postulatu jest przyjęcie przez ustawodawcę w art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zasady pierwszeństwa leczenia przed karaniem sprawców uzależnionych. Pojawia się zatem pytanie, skoro wobec sprawców uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych lub substancji psychoaktywnych i karanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od tych środków przyjęto prymat leczenia nad karaniem, to dlaczego w postępowaniu z innymi kategoriami sprawców wykazujących zaburzenia psychiczne, niekiedy nie podlegających karze z uwagi na niepoczytalność, nie można również przyjąć prymatu leczenia?

Dalszym argumentem na poparcie sformułowanej tezy jest sposób unormowania terapii oraz terapii uzależnień *de lege lata*. Otóż, ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie ich legalnej definicji słusznie uznając, że wypełnienie treści obu pojęć

[800] J. Długosz, A. Chlebowska, *Zasady stosowania środków zabezpieczających o charakterze leczniczo-izolacyjnym w Polsce i w Niemczech*, Pal. 2010, Nr 9-10, s. 215-216.
[801] J. K. Gierowski, J. Heitzman, T. Tyss, *Porównanie zasad stosowania środków zabezpieczających w Polsce i Republice Federalnej Niemiec*, Pal. 1992, Nr 11-12, s. 60-64.
[802] Tamże, s. 64.

należy do medycyny. W konsekwencji, to nie sąd, a biegły ma decydować o formie terapii, jaka powinna zostać wdrożona wobec danego sprawcy oraz o metodach terapeutycznych, jakie powinny znaleźć zastosowanie. To krytykowane w literaturze „zmedykalizowanie" procesu orzekania i stosowania wolnościowych środków zabezpieczających[803] przemawia dodatkowo za uznaniem, że głównym celem ich stosowania powinno być leczenie sprawcy. Leczenie, które stanowiłoby jednocześnie działanie na rzecz ochrony społeczeństwa i profilaktyki przed dalszymi konfliktami z porządkiem prawnym.

Wypada także podkreślić, iż sami praktycy, orzekający omawiane lecznicze środki zabezpieczające na co dzień, jako zasadniczy cel ich stosowania postrzegają leczenie sprawcy albo uznają za równorzędne oba cele, czyli leczenie sprawcy i ochronę społeczeństwa. Przyznający pierwszeństwo celowi prewencyjnemu stanowią mniejszość[804].

Konkludując, w stosowaniu środków zabezpieczających najważniejsze powinno być leczenie sprawcy tyle, że obwarowane większymi rygorami, przewidzianymi przez ustawę karną, jako że nie sposób nie dostrzegać, że mamy jednak do czynienia ze sprawcą czynu zabronionego.

Nie jest odkryciem konstatacja, że właściwe stosowanie leczniczych środków zabezpieczających jest w dużym stopniu uzależnione od tego, czy regulacje ustawowe są zgodne z postulatami medycznymi. Trzeba jednak mieć świadomość tego, że nawet jeżeli unormowania ustawowe odpowiadają w znacznej mierze koncepcjom lekarskim i zostały wypracowane w porozumieniu prawników z lekarzami, to do prawidłowego stosowania środków zabezpieczających niezbędny jest jeszcze właściwy stan i poziom lecznictwa psychiatrycznego, w szczególności stworzenie odpowiednich, dostosowanych do różnych kategorii sprawców, placówek oraz zapewnienie lekarzy i terapeutów.

Po wprowadzeniu do k.k. z 1969 r. instytucji z art. 99 i 100 sygnalizowano, że sprawców, zwłaszcza przestępców o ograniczonej poczytalności, umieszcza się w szpitalach psychiatrycznych, nie przygotowanych na ich przyjęcie, a nie stworzono „innych odpowiednich zakładów", o jakich mowa w tych przepisach. Stąd pozytywnie przyjęto regulację wprowadzoną w art. 95 § 1 k.k. z 1997r. o umieszczaniu sprawców o ograniczonej poczytalności jednak w zakładach karnych, w których stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne. Jest to przykład sytuacji, w której nie zadbano o praktyczną realizację wprowadzonej do porządku prawnego instytucji.

[803] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 15.
[804] Badania własne ankietowe sędziów.

W tym przypadku jednak trzeba zakładać, że proponowana zmiana w zakresie celów stosowania leczniczych środków zabezpieczających implikowałaby konieczne w takiej sytuacji przeobrażenie się systemu postępowania z takimi sprawcami, wzrost nakładów na opiekę medyczną i terapeutyczną, których dotychczas nie planowano, w tym rozwój infrastruktury placówek leczniczych i resocjalizacyjnych oraz bardzo pożądany rozwój psychiatrii i psychologii sądowej.

2. Zasadna byłaby również zmiana regulacji w zakresie postępowania ze sprawcami upośledzonymi umysłowo, którzy aktualnie są traktowani na równi ze sprawcami chorymi psychicznie. Nie jest to zresztą specyfika polskiego systemu środków zabezpieczających. Możliwość umieszczenia sprawców upośledzonych umysłowo w szpitalu psychiatrycznym przewiduje również prawo karne Austrii, Niemiec, Holandii, Słowenii, Czarnogóry i Serbii. W niektórych krajach milczy się na ten temat, co oznacza, że prawdopodobnie w praktyce stosuje się umieszczenie tej kategorii sprawców w szpitalach psychiatrycznych (Rumunia, Rosja, Białoruś). W innych krajach natomiast funkcjonuje środek zabezpieczający polegający na umieszczeniu takiego sprawcy w specjalnym zakładzie, w którym stosowane są odpowiednie środki (Czechy i Włochy)[805].

Jeszcze w okresie obowiązywania k.k. z 1969 r. środowisko psychiatrów wskazywało, że w przypadku sprawców z ograniczoną poczytalnością szpitale nie są w stanie osiągnąć celów stawianych instytucji środka zabezpieczającego. Zdecydowana większość tych sprawców bowiem zdradza trwałe niepsychotyczne zaburzenia psychiczne (np. niedorozwój umysłowy, otępienie), dla których psychiatria nie wypracowała skutecznych metod terapii, a poza tym, stała się niekompetentna, jako że u osób z zaburzeniami psychicznymi uwarunkowania ich przeciwspołecznych postaw leżą również w relacjach socjalnych i środowiskowych[806].

W toku prac kodyfikacyjnych poprzedzających uchwalenie k.k. z 1997 r. zwracano uwagę, że proponowana regulacja, iż sprawców niepoczytalnych umieszcza się w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym nie wyjaśnia kwestii, gdzie umieścić niepoczytalnego sprawcę, gdy stwierdzona niepoczytalność nie będzie wynikała z choroby psychicznej, lecz głębokiego niedorozwoju, czy też znacznie nasilonego zespołu psychoorganicznego. Skoro w przepisie wskazano, że wykonanie środka zabezpieczającego ma odbywać się w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, to wątpliwą jest możliwość

[805] M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich*, Prawo w działaniu, tom 13, Warszawa 2013, s. 115.
[806] R. Rutkowski, *Postulaty nowelizacji ustaw karnych w przedmiocie stosowania środków zabezpieczających ze strony psychiatrów*, NP 1988, Nr 9, s. 29.

skierowania sprawcy do domu opieki społecznej czy zakładu dla upośledzonych umysłowo[807].

Również przez nowelizacją, która weszła w życie 1 lipca 2015 r., psychiatrzy poprzez Ministerstwo Zdrowia i Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wyrażali sprzeciw wobec internowania w szpitalach sprawców ze znacznie ograniczoną poczytalnością (nie poddających się leczeniu w warunkach przymusu), uwarunkowaną najczęściej lekkim upośledzeniem sprawności intelektualnej oraz zaburzeniami osobowości i popędowości, bez stwarzania efektywnego systemu infrastruktury i finansowania terapii, rehabilitacji i resocjalizacji tych osób w szpitalach psychiatrycznych[808].

W doktrynie pojawiły się głosy, że polski ustawodawca, jak i ustawodawcy innych państw, nie ma pomysłu na racjonalne oddziaływanie na sprawcę, któremu z powodu niepełnosprawności intelektualnej nie można przypisać winy[809]. Wydaje się, że tak jest w istocie, skoro pomimo świadomości problemu, przy okazji kolejnych nowelizacji, ta kwestia nie ulega zmianie.

W jednej z badanych spraw, wobec sprawcy z ograniczoną poczytalnością (upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym) sąd orzekł terapię w środowiskowym domu samopomocy. Sprawcę skierowano do odbycia terapii w tej formie dopiero po wydaniu przez właściwe powiatowe centrum pomocy rodzinie decyzji o skierowaniu na pobyt dzienny do środowiskowego domu samopomocy. Środek uchylono po uzyskaniu opinii kierownika placówki, że sprawca odbył terapię.

Na kanwie powyższej sprawy można zaproponować rozważenie kierowania sprawców ze znacznie ograniczoną poczytalnością, nie wykazujących innych zaburzeń psychicznych, na terapię realizowaną w środowiskowych domach samopomocy, co wymagałoby stosownej zmiany w treści art. 93f § 1 k.k. W myśl art. 51a ust. 2 ustawy o pomocy społecznej środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Najlepszym rozwiązaniem rzecz jasna

[807] J. K. Gierowski, A. Szymusik, *Reforma prawa karnego z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*, Palestra z 1996, Nr 3-4, s. 38 oraz J. K. Gierowski, J. Heitzman, T. Tyss, *Porównanie zasad stosowania środków zabezpieczających w Polsce i Republice Federalnej Niemiec*, Pal. 1992, Nr 11-12, s. 64-65.
[808] D. Hajdukiewicz, *Zagadnienia psychiatrii sądowej*. Część I. *Podstawy prawne i medyczne*, Warszawa 2016, s. 131-132.
[809] Zob. M. Szwed, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020, s. 235.

byłoby jednak stworzenie odpowiednich placówek, w których tacy sprawcy mogliby odbywać terapię w ramach środka zabezpieczającego.

3. Słusznie należy ocenić wprowadzenie nowelizacją z dnia 20 lutego 2015 r. instytucji zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania sprawcom umieszczonym w zakładach zamkniętych dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia. Praktyka pokazuje[810], iż przed wydaniem opinii o niezasadności dalszego stosowania internacji lekarze udzielają przepustek, które stanowią swego rodzaju prognostyk, jak zachowa się sprawca na wolności. Należy jednak postulować objęcie instytucją przepustki również internowanych umieszczonych w zakładach zamkniętych o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu, przy takich obostrzeniach, jak w przypadku skazanych, czyli w asyście funkcjonariusza Policji, jak również na krótszy okres, aniżeli mowa w art. 204d § 2 k.k.w., za czym przemawiają elementarne względy humanitarne.

4. Wydaje się również, że można pójść o krok dalej i w odniesieniu do izolacyjnego środka zabezpieczającego rozważyć wprowadzenia instytucji warunkowego zwolnienia, na wzór wspomnianego wcześniej prawa karnego niemieckiego i szwajcarskiego.

5. Przechodząc do uwag *de lege ferenda* w zakresie terapii i terapii uzależnień należy podkreślić, że przede wszystkim należy zmienić brzmienie art. 93f § 1 k.k. w ten sposób, że sprawca, wobec którego orzeczono terapię, ma obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce, u wskazanego przez sąd lekarza psychiatry, seksuologa lub terapeuty, w terminie przez sąd zakreślonym, który poucza sprawcę o konsekwencjach uchylania się od wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego, a następnie w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa lub terapeutę i poddania się terapii farmakologicznej, psychoterapii lub psychoedukacji, w celu poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie, przy czym terapii farmakologicznej nie stosuje się, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia sprawcy.

A. Pierwsza proponowana zmiana polega na nałożeniu na sąd wyraźnego obowiązku wezwania sprawcy do stawienia się w placówce leczniczej po raz pierwszy, w zakreślonym terminie. Sąd powinien jednocześnie pouczyć sprawcę o konsekwencjach niezastosowania się do zobowiązania, czyli o treści art. 244b k.k. Wydaje się bowiem, że obowiązek wezwania sprawcy przez sąd do stawienia się w placówce leczniczej powinien jednoznacznie wynikać z przepisu art. 93f § 1 i 2 k.k., a nie z przepisów wykonawczych

[810] Badania własne akt sądowych.

(§ 420 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych), tym bardziej, że obecne brzmienie art. 93f § 1 i 2 k.k. jest mylące i sugeruje, że sprawcę wzywa lekarz lub terapeuta.

B. Druga z proponowanych zmiana ma na celu wprowadzenie farmakoterapii jako jednej z metod leczenia wszystkich sprawców objętych środkiem zabezpieczającym, równorzędnej z psychoterapią i psychoedukacją, a nie tylko stosowaną w celu osłabienia popędu seksualnego sprawcy. Raz jeszcze należy podnieść, iż w psychiatrii wskazuje się, że farmakoterapia ma obecnie dominującą pozycję wśród metod leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi[811].

C. Trzecia z postulowanych zmian ma na celu wprowadzenie ograniczenia stosowania farmakoterapii, jeśliby miała spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia sprawcy zobowiązanego do poddania się terapii w ramach środka zabezpieczającego.

D. Czwarta z proponowanych zmian ma na celu wprowadzenie możliwości wykonywania terapii lub terapii uzależnień w formie indywidualnej praktyki lekarza lub specjalisty z zakresu uzależnień. Sprawca mógłby realizować środek zabezpieczający u lekarza posiadającego kontrakt z NFZ w ramach prowadzonej przez niego indywidualnej praktyki lekarskiej albo w ramach wizyt lekarskich, jakie odbywają się w domach pomocy społecznej. Wówczas orzeczona terapia lub terapia uzależnień stanowiłyby niejako kontynuację leczenia, któremu poddawany jest sprawca z własnej woli. Takie rozwiązanie niewątpliwie przyczyniłoby się do skrócenia czasu stosowania środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień oraz zwiększyłoby ich efektywność.

6. Powołując się na funkcję gwarancyjną prawa karnego należy postulować zdefiniowanie pojęcia terapeuty w akcie prawnym rangi ustawowej z uwagi na okoliczność, że terapeuci biorą udział w wykonywaniu środków zabezpieczających. Zasadne więc byłoby precyzyjne określenie, kto jest uprawniony do prowadzenia terapii i terapii uzależnień sprawców czynów zabronionych, w ramach zastosowanych środków zabezpieczających.

7. Wydaje się, iż pomocne byłoby opracowanie szablonu pouczenia kierowanego przez sąd do sprawcy oraz kierownika placówki, jako że praktyka stosowanych pouczeń jest bardzo niejednorodna.

8. Należy postulować zmianę art. 214 § 2 k.p.k. przewidującego obligatoryjne przypadki przeprowadzenia wywiadu środowiskowego w postępowaniu karnym przez zawodowego kuratora sądowego, poprzez dodanie pkt 3 o brzmieniu: „w odniesieniu do sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 1-5 k.k.” Ustalone przez kuratora informacje

[811] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 262.

dotyczące stanu zdrowia sprawcy, a także o nadużywaniu przez niego alkoholu, środków odurzających, środków zastępczych lub substancji psychotropowych, o których mowa w art. 214 § 4 pkt 4 k.p.k. pozwoliłyby przede wszystkim orzekać wobec sprawców terapię i terapię uzależnień w placówkach, w których leczą się.

W literaturze od dawna akcentuje się wagę zgromadzenia wyczerpujących wiadomości o osobie sprawcy, co pozwala na zastosowanie zindywidualizowanych i trafniejszych środków oddziaływania[812]. Tymczasem, praktyka pokazuje, że do zebrania szczegółowych danych osobopoznawczych sprawców nie przykłada się dużego znaczenia, a informacje zawarte w aktach, począwszy od postępowania przygotowawczego, z reguły mają charakter szablonowy, są mało precyzyjne, a przede wszystkim nie są aktualizowane na dalszym etapie postępowania karnego.

9. Kolejnym postulatem *de lege ferenda* powinno być wprowadzenie możliwości oddania sprawcy wobec którego orzeczono terapię lub terapię uzależnień pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym, powinna być przewidziana w każdym przypadku zastosowania terapii lub terapii uzależnień, a więc zarówno w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, jak i w postępowaniu wykonawczym, w każdym przypadku zastosowania terapii lub terapii uzależnień. Godne rozważenia jest wprowadzenie do katalogu środków zabezpieczających dozoru kuratora, czego ustawodawca niesłusznie zaniechał. O korzyściach płynących z takiej regulacji szerzej napisano powyżej. W tym miejscu wystarczy dodać, iż instytucja dozoru albo nadzoru funkcjonuje w innych krajach europejskich, jak Holandia, Szwajcaria, Niemcy.

10. Konieczne jest jednoznaczne określenie przez ustawodawcę w kodeksie karnym, czy terapia oraz terapia uzależnień są środkami wyłącznie o charakterze wolnościowym, czy też możliwe jest ich realizowanie w warunkach izolacji. Jednocześnie należy postulować o wyraźne wprowadzenie możliwości realizowania w warunkach stacjonarnych terapii uzależnień, za zgodą sprawcy, w placówkach o charakterze otwartym, określonych przez sąd. Zważywszy bowiem na stosowane metody leczenia uzależnień i fakt, że większość programów terapeutycznych w leczeniu uzależnień poprzedzona jest wymogiem detoksykacji, trudno wyobrazić sobie efektywność tego środka zabezpieczającego realizowanego jedynie w warunkach ambulatoryjnych w przypadku niektórych sprawców

[812] Szerzej na ten temat: J. Malec, *Elementy osobopoznawcze w procesie karnym*, P i P 1971, Nr 1, s. 50.

uzależnionych od alkoholu, sprawców uzależnionych od opioidów, kokainy, amfetaminy, czy niektórych sprawców uzależnionych od benzodiazepin. Wystarczy przypomnieć, że leczenie stacjonarne, obok ambulatoryjnego, przewidziane jest zarówno w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Dodatkowo, w sytuacji gdy sprawca nie będzie stawiał się na wezwanie do placówki, celem podjęcia terapii uzależnień orzeczonej w trybie stacjonarnym, powinna istnieć możliwość doprowadzenia go za pośrednictwem Policji, na wzór rozwiązania przyjętego w art. 32 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Przy wezwaniu sprawca powinien być pouczony o możliwości zastosowania przymusu w wypadku uchylania się od podjęcia terapii uzależnień. Natomiast niecelowe byłoby przymusowe doprowadzenie sprawcy w przypadku terapii lub terapii uzależnień realizowanych w warunkach ambulatoryjnym, jako że tu konieczne jest wielokrotne stawiennictwo, a nie jedno skutkujące umieszczeniem na oddziale.

11. *De lege lata* dopuszcza się prawnie możliwość stosowania terapii oraz terapii uzależnień w ramach instytucji określonej w art. 335 § 2 k.p.k., natomiast wątpliwe wydaje się orzekanie omawianych środków zabezpieczających w przypadku instytucji z art. 387 § 1 k.p.k., gdyż środki reakcji karnej, które mogą stanowić przedmiot wniosku oskarżonego o wydanie wyroku skazującego bez postępowania dowodowego zostały enumeratywnie wyliczone i nie obejmują środków zabezpieczających. Wobec tego, należy postulować o zmianę treści art. 387 § 1 k.p.k., na wzór art. 335 § 2 k.p.k., poprzez wskazanie, że wniosek oskarżonego może obejmować wymierzenie mu, w ramach wyroku skazującego, określonej kary lub innych środków przewidzianych za zarzucany mu występek, bez przeprowadzania postępowania dowodowego.

12. Generalnie pożądane byłoby stworzenie i prowadzenie wykazu wszystkich placówek, do których mogą być kierowani sprawcy celem odbycia terapii lub terapii uzależnień[813]. W przypadku kierowania sprawców do zamkniętych zakładów psychiatrycznych wprowadzono instytucję Komisji do spraw środków zabezpieczających, do zadań której należy m.in. opiniowanie w zakresie rodzaju zakładu, do którego należy skierować sprawcę. W przypadku terapii oraz terapii uzależnień nie ma potrzeby opiniowania przez Komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających czy inny podobny organ,

[813] Tożsamy postulat sformułował A. Kwieciński wskazując, że za stworzeniem listy placówek specjalnie dla terapii sprawców przemawia nie tylko kwestia ich problemów zdrowotnych, ale także konieczność zapobieżenia ponownemu popełnieniu czynu zabronionego. Proponuje on, aby po stworzeniu takiej listy wskazane w niej placówki zostały objęte nadzorem Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021, s. 165.

natomiast – w świetle sądowej praktyki wykonywania wolnościowych środków zabezpieczających – jawi się potrzeba stworzenia rejestru placówek (np. poradni zdrowia psychicznego, poradni leczenia uzależnień), jeśli nie na poziomie ogólnokrajowym, to chociażby na płaszczyźnie województwa czy powiatu, do których winni być kierowani sprawcy. Personel takich placówek powinien zostać przeszkolony w zakresie obowiązków związanych z wykonywaniem środków zabezpieczających, powinny obowiązywać limity miejsc dla sprawców kierowanych przez sądy, aby nie było przypadków odmowy przyjęcia sprawcy, czy wyznaczenia terminu pierwszej wizyty w odległym czasie, tak jak przed wprowadzeniem Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających było w odniesieniu do miejsc w szpitalach psychiatrycznych. Sądom zdecydowanie łatwiej byłoby ustalić właściwą dla sprawcy placówkę, najbliżej jego miejsca zamieszkania i niezwłocznie go do niej skierować. W przypadku sprawców, którzy leczą się już, sąd mógłby bez zbędnej zwłoki ustalić konkretną placówkę i do niej skierować sprawcę, a wprowadzenie do wykonania terapii czy terapii uzależnień stanowiłoby faktycznie kontynuację leczenia.

Niezależnie od powyższego, w celu ustalenia, czy sprawca leczy się i gdzie, organy procesowe powinny gromadzić wiedzę na ten temat w ramach obowiązku nałożonego art. 213 k.p.k. Tyle tylko, że należałoby uprzednio uzupełnić jego treść o „stan zdrowia oskarżonego". Można rozważać również zobligowanie biegłych wydających opinię sądowo-psychiatryczną, którzy nie tylko badają sprawcę, ale zapoznają się z aktami, do tego, aby wskazywali najbardziej odpowiednią placówkę, do której sprawca powinien zostać skierowany przez sąd w ramach terapii lub terapii uzależnień.

13. Zasadna byłaby zmiana przepisu art. 204 k.k.w. w taki sposób, aby jednoznacznie wynikało z niego, że sądy w postępowaniu wykonawczym powinny dopuszczać dowód z opinii biegłego lub biegłych, w zależności od okoliczności, o których mowa w art. 199b k.k.w., a nie orzekać w przedmiocie dalszego stosowania wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających na podstawie opinii sporządzanych przez lekarzy związanych ze sprawcami kontraktem terapeutycznym, którzy nie posiadają przymiotu niezależnego, bezstronnego biegłego.

14. Wydaje się, że należałoby dokonać zmiany art. 93d § 6 k.k. i jednoznacznie dopuścić możliwość ponownego orzeczenia środka zabezpieczającego izolacyjnego wówczas, gdy pierwotnie orzeczono środek tego rodzaju. Należałoby także dokonać zmiany art. 93b § 3 zd. 2 k.k. i dopuścić możliwość zamiany pierwotnie orzeczonego ambulatoryjnego środka zabezpieczającego na środek izolacyjny, w przypadku uchylania się sprawcy od leczenia w warunkach wolnościowych. Nie byłoby przy tym wystarczające samo stwierdzenie faktu,

że skazany nie poddaje się terapii lub terapii uzależnień, ale konieczne byłoby ustalenie, że od tego obowiązku uchyla się, czyli wykazuje negatywny stosunek psychiczny do nałożonego obowiązku, będący wyrazem jego złej woli i sprawiający, że mimo obiektywnej możliwości poddania się terapii, nie czyni tego, gdyż nie chce, a więc z powodów przez siebie zawinionych. Godne rozważenia są rozwiązania przyjęte w prawie karnym Czarnogóry, czy Serbii, zgodnie z którymi, jeśli jest to niezbędne dla powodzenia terapii, środek może być okresowo wykonywany w placówce zamkniętej, jednak każdorazowo maksymalnie przez 15 dni, a łącznie 2 miesiące[814].

Praktyka sądowa pokazuje bowiem, że sprawcy podejmują leczenie ambulatoryjne na potrzeby toczącego się postępowania, przyjmują zalecane leki, zmieniają postawę na współpracującą, co skutkuje tym, że biegli początkowo wnioskujący o internację zmieniają stanowisko stwierdzając, że wobec podjęcia leczenia nie ma wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Wobec tego sąd orzeka terapię, a sprawca albo nie stawia się na leczenie albo je przerywa. W takich przypadkach możliwość zmiany środka wolnościowego na izolacyjny byłaby celowa. Sądy zyskałyby nowy instrument pozwalający wpływać na postawę sprawcy, a w ostateczności mogłyby zmienić stosowany środek na bardziej skuteczny. Podobny pogląd w doktrynie zaprezentował P. Góralski wskazując, że w przypadku niepodjęcia lub samowolnego zaprzestania terapii lepszym rozwiązaniem niż uznanie takich zachowań za przestępstwo określone w art. 244b k.k. byłaby zamiana terapii w warunkach wolnościowych na przejściową internację w placówce leczniczej o charakterze zamkniętym - w przypadku sprawców wykazujących objawy choroby psychicznej - w zakładzie psychiatrycznym[815].

15. W istocie, dobrze by się stało, aby ustawodawca zdepenalizował zachowania określone w art. 244b k.k. Nie jest to bowiem ani słuszny, ani skuteczny instrument mający skłonić sprawców do poddania się terapii lub terapii uzależnień. Z aprobatą należy odnieść się także do tego poglądu P. Góralskiego, wyrażonego jeszcze w 2017 r., że wolnościowe leczenie dotyczyć będzie z reguły osób zaburzonych osobowościowo oraz uzależnionych od alkoholu, wobec których kary są najczęściej nieskuteczne – i po to właśnie stworzono środki zabezpieczające, aby unikać niecelowego i nieskutecznego karania tego typu jednostek. Tymczasem elementem, który ma wymuszać realizację środków w postaci terapii,

[814] M. Kulik, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich*, Prawo w działaniu, tom 13, Warszawa 2013, s. 102-103.
[815] P. Góralski, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prok. i Pr. 2019, Nr 2, s. 21-22.

jest uznanie niepodporządkowania się wolnościowym środkom zabezpieczającym za przestępstwo z art. 244b k.k.[816].

16. W celu wzmożenia oddziaływania na sprawcę pod kątem podjęcia i kontynuowania terapii można natomiast rozważyć zmianę treści art. 75 § 2 k.k. określającego przesłanki fakultatywnego zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności poprzez dodanie na końcu sformułowania „albo określonych w ustawie obowiązków związanych z orzeczonym wobec niego środkiem zabezpieczającym" oraz zmianę treści art. 65 § 1 k.k.w. przewidującego zarządzenie zastępczej kary pozbawienia wolności za karę ograniczenia wolności poprzez uzupełnienie o powyższy zwrot tej części przepisu, która przewiduje fakultatywne zarządzenie kary zastępczej. Proponowane rozwiązania pozwalałyby realnie wpływać na postawę sprawcy, w konkretnym postępowaniu, w którym stosowana jest terapia lub terapia uzależnień, a nie za pomocą groźby zainicjowania nowego postępowania karnego, która dla sprawcy jest niepewna i odległa. Nie chodzi wszak o to, aby mnożyć przestępców tylko o to, aby sprawcy realizowali orzeczone wobec nich środki zabezpieczające.

17. W przypadku zastosowania względem sprawcy izolacyjnego środka zabezpieczającego w innej sprawie sądy zawieszają postępowanie wykonawcze w zakresie wolnościowych środków zabezpieczających. Wydaje się, że zasadne byłoby wprowadzenie przepisu obligującego sąd do uchylenia terapii lub terapii uzależnień w takiej sytuacji. Po uchyleniu internacji, czy po zmianie internacji na środek wolnościowy istnieje możliwość zastosowania terapii lub terapii uzależnień, z czego sądy często korzystają. Nie ma zatem sensu dublowanie wykonywania środków zabezpieczających po zwolnieniu sprawcy z zakładu psychiatrycznego.

18. *De lega lata* problemem jest rehabilitacja sprawców, wobec których stosuje się terapię lub terapię uzależnień, a w zasadzie jej brak. Sprawcy powinni być obejmowani postępowaniem rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, zgodnie z dyspozycją art. 202 k.k.w. Tymczasem po uchyleniu wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających nie kieruje się sprawców ani do środowiskowych domów samopomocy, zapewniających wsparcie, ani na warsztaty terapii zajęciowej, ani do zakładów pracy chronionej[817], ani też do hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu, w których zapewnia się im warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną oraz realizuje program

[816] P. Góralski, *Reforma unormowań poświęconych środkom zabezpieczającym z 20 lutego 2015 r. (cz. 2)*, Pal. 2017, Nr 5, s. 77.
[817] M. Furgał (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 295-296.

rehabilitacyjny nakierowany na zwiększenie społecznych kompetencji i samodzielne funkcjonowanie osób uzależnionych[818].

Jeszcze większe trudności o charakterze socjalno-społecznym dotyczą sprawców, wobec których uchylany jest izolacyjny środek zabezpieczający. O ile bowiem sprawcy poddani terapii i terapii uzależnień maja z reguły miejsce zamieszkania, to sprawcy zwalniani z internacji często nie mają miejsca do funkcjonowania w warunkach wolnościowych. Zdarza się, że osoby samotne utraciły miejsce zamieszkania w związku z pobytem w zakładzie psychiatrycznym, a osoby, które mieszkały z bliskimi nie zawsze mogą wrócić do swojego miejsca zamieszkania, zwłaszcza, gdy internacja była zastosowana za popełnienie czynu zabronionego z art. 207 k.k.[819], a tych - co wykazały przeprowadzone badania[820] - sprawcy popełniają bardzo dużo. W rezultacie, sąd orzekając o zwolnieniu z zakładu psychiatrycznego, w razie stwierdzenia, iż zachodzą przesłanki do przyjęcia sprawcy do domu pomocy społecznej w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zawiadamia o tym właściwy organ do spraw pomocy społecznej, zgodnie z art. 204 § 3 k.k.w.

W związku z powyższym, należy postulować o stworzenie oraz rozwój istniejących już instytucji komplementarnych, czyli uzupełniających leczenie, na wzór funkcjonujących w innych państwach. System instytucji komplementarnych miałby służyć nie tylko sprawcom, wobec których stosowane są lecznicze środki zabezpieczające, ale wszystkim pacjentom z zaburzeniami psychicznymi.

W sferze mieszkaniowej, to wspomniane już domy pomocy społecznej, terapeutyczne wspólnoty mieszkaniowe, w których żyje 3-7 pacjentów, otrzymujących wsparcie i opiekę oraz mieszkania indywidualne pod opieką, gdzie wsparciem obejmuje się osobę zamieszkującą w swoim mieszkaniu.

W sferze pracy chodzi o wspieranie miejsc pracy, w tym miejsc pracy chronionej oraz tworzenie pozazakładowych ośrodków rehabilitacji, w tym miejsc przygotowujących do uzyskania zawodu, pozwalających na przekwalifikowanie się i umożliwiających dokształcenie, jak również organizowanie przez pacjentów i dla pacjentów firm, oferujących osobom z zaburzeniami psychicznymi możliwość zatrudnienia.

W sferze organizacji wolnego czasu można zaproponować, na wzór instytucji działających w Niemczech, ośrodki dzienne, punkty kontaktu psychospołecznego oraz

[818] § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu z dnia 15 grudnia 2018 r., Dz. U. z 2018 r., poz. 2410.
[819] A. Gerecka-Żołyńska, M. Zamroczyńska, *Praktyczne aspekty stosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym* (w:) *Współczesne wyzwania dla systemów penitencjarnych na świecie* pod red. Małgorzaty M. Szwejkowskiej i Kamila D. Rysia, Olsztyn 2016, s. 341.
[820] Badania własne akt sądowych.

poradnie, pomagające osobom z zaburzeniami psychicznymi w poszukiwaniu kontaktów społecznych i zajęć[821].

3. Podsumowanie.

Przeprowadzone w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego badania akt spraw sądowych, w których orzeczono terapię, terapię uzależnień lub łącznie oba środki zabezpieczające w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r., jak również uzyskane dane statystyczne, analiza piśmiennictwa i orzecznictwa, pozwalają na wyciągnięcie określonych wniosków i uogólnień, a tym samym na zweryfikowanie przyjętych w niniejszej dysertacji hipotez badawczych.

Pozytywnie zweryfikowano pierwszą hipotezę, iż w aktualnym stanie prawnym nadrzędnym celem stosowania terapii i terapii uzależnień jest zabezpieczenie społeczeństwa przed sprawcą, a leczenie sprawcy jest celem drugorzędnym.

Druga z hipotez zakładająca, że wprowadzenie do ustawy karnej leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień spowodowało spadek liczby stosowania izolacyjnego leczniczego środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym została natomiast zweryfikowana negatywnie.

Z danych statystycznych wynika, że w latach 2010-2015 sądy rejonowe orzekły lecznicze środki zabezpieczające o charakterze izolacyjnym (na podstawie art. 94 k.k., art. 95a § 1 k.k. i art. 96 k.k.) w 4499 przypadkach, a sądy okręgowe w 669 przypadkach, zaś w latach 2015-2020 sądy rejonowe zastosowały jedyny aktualnie funkcjonujący izolacyjny środek leczniczy w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym (na podstawie art. 93a § 1 pkt 4 k.k.) w 6656 przypadkach, a sądy okręgowe wobec 911 sprawców.

W latach 2010-2015 sądy rejonowe skierowały do wykonania detencję względem sprawców niepoczytalnych 4044 razy, a sądy okręgowe 633 razy, natomiast w latach 2015-2020 sądy rejonowe zastosowały detencję wobec sprawców niepoczytalnych w 6302 przypadkach, zaś sądy okręgowe w 845 przypadkach.

Dane te jednoznacznie pokazują, że liczba stosowania izolacyjnego środka zabezpieczającego w okresie 2015-2020 w porównaniu z okresem 2010-2015 wzrosła.

[821] H. J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005, s. 367-368.

Wprowadzenie do ustawy karnej leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień nie spowodowało zatem spadku liczby stosowania izolacyjnego leczniczego środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym.

Trzecia hipoteza badawcza zakładała, iż terapia i terapia uzależnień najczęściej stosowane są w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, a w mniejszym zakresie w postępowaniu wykonawczym. Ta hipoteza została zweryfikowana pozytywnie. Zebrane dane pozwalają bowiem wnioskować, że terapia i terapia uzależnień najczęściej stosowane są w postępowaniu karnym, a więc w wyroku lub w postanowieniu o umorzeniu postępowania karnego i zastosowaniu środków zabezpieczających, a w niewielkim zakresie w postępowaniu karnym wykonawczym. Jednocześnie, spośród czterech możliwości zastosowania wolnościowych leczniczych środków zabezpieczających na etapie postępowania wykonawczego, najczęściej stosowane są w przypadku uchylenia środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, na podstawie art. 93d § 2 k.k. lub zmiany stosowanego środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym na wolnościowe środki zabezpieczające, na podstawie art. 93b § 3 k.k.

Również pozytywnie została zweryfikowana czwarta z przyjętych hipotez Pomimo rozszerzenia grupy sprawców, wobec których mogą być stosowane środki zabezpieczające, w tym terapia i terapia uzależnień (do pięciu kategorii, o których mowa w art. 93c pkt 1-5 k.k.), najczęściej orzekane są one wobec sprawców niepoczytalnych oraz uzależnionych od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (art. 93c pkt 1 i 5 k.k.).

Na podstawie danych uzyskanych z badania akt sądowych można stwierdzić, iż sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego, w badanym okresie, najchętniej stosowały terapię oraz terapię uzależnień w stosunku do sprawców niepoczytalnych (art. 93c pkt 1 k.k.) oraz skazanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (art. 93c pkt 5 k.k.). Łącznie oba środki wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 1 k.k. sądy orzekły w 166 przypadkach, z tego 123 stanowiła terapia, a 43 terapia uzależnień, zaś wobec sprawców z art. 93c pkt 5 k.k. sądy zastosowały łącznie oba środki w 170 przypadkach, z czego 2 to były terapie, a 168 terapie uzależnień.

Piąta hipoteza zakładała, że problemem jest wykonywanie terapii i terapii uzależnień orzekanych wobec sprawców upośledzonych umysłowo, w przypadku, gdy nie wykazują innych zaburzeń psychicznych. Dokonano jej pozytywnej weryfikacji. Ustalono,

iż zagadnienie nie dotyczy dużej grupy sprawców, jako że w badanych sprawach spośród wszystkich stwierdzonych zaburzeń psychicznych upośledzenie umysłowe stanowiło 5,29%. Niemniej praktyka sądowa pokazuje, że jeśli upośledzony umysłowo sprawca nie wykazuje innych zaburzeń, w tym uzależnienia, problematyczne jest wykonywanie orzeczonych względem niego leczniczych wolnościowych środków zabezpieczających.

Kolejna przyjęta hipoteza brzmiała, że zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień ma wpływ na jej przebieg i skuteczność. Dane zebrane w toku przeprowadzonych badań pozwalają wnioskować, że zgoda sprawcy ma pewien wpływ na podjęcie leczenia, jego kontynuowanie i czas trwania terapii lub terapii uzależnień, ale nie należy jej przeceniać. Z jednej bowiem strony leczenie podejmują również sprawcy, którzy nie wyrazili na nie zgody, a z drugiej, sprawcy zgadzający się na terapię nie podejmują jej potem albo podejmują i przerywają. W ocenie autorki niniejszej rozprawy uzyskany wynik, poza wskazanymi wcześniej argumentami, dodatkowo przemawia za zasadnością wprowadzenia przymusowego leczenia w ramach terapii oraz terapii uzależnień.

Następna z przyjętych hipotez zakładała, że niezwłoczne wprowadzenie środka zabezpieczającego do wykonania ma wpływ na jego efektywność, a mianowicie, im szybciej orzeczenie zostanie skierowane do wykonania, tym chętniej sprawca podejmie terapię i będzie ją realizował. Z uzyskanych podczas badań danych wynika, iż czas skierowania orzeczenia do wykonania nie ma dużego znaczenia dla realizacji wolnościowych środków zabezpieczających, w tym ich efektywności, aczkolwiek nie pozostaje obojętny dla stawiennictwa sprawców do podmiotu leczniczego. Najwięcej bowiem sprawców stawia się na leczenie i je kontynuuje, jeśli orzeczenie zostało skierowane do wykonania w terminie do 2 miesięcy od jego uprawomocnienia się lub wydania (dotyczy orzeczeń natychmiast wykonalnych). W przypadku skierowania orzeczenia do wykonania po tym terminie rośnie przewaga sprawców, którzy nie stawiają się na leczenie.

Częściowo pozytywnie zweryfikowano hipotezę, iż wsparcie osób bliskich, pomoc instytucji, kuratora sądowego ma pozytywny wpływ na podjęcie przez sprawcę terapii lub terapii uzależnień oraz jej kontynuowanie i ukończenie, a tym samym ma wpływ na czas stosowania środka zabezpieczającego i jego skuteczność. Porównanie spraw osób, które zamieszkiwały z rodziną z tymi, które zamieszkiwały samotnie doprowadziło do wniosku, że wobec tych sprawców, którzy mieli wsparcie, środki zabezpieczające były stosowane krócej.

Przedostatnia z hipotez zakładała, że sądy nie dysponują instrumentami prawnymi pozwalającymi efektywnie reagować w przypadkach niestawiennictwa sprawców

w wyznaczonych placówkach leczniczych i uchylania się od leczenia. Ta hipoteza została zweryfikowana pozytywnie. Sądy nie dysponują instytucjami prawnymi pozwalającymi efektywnie reagować w przypadkach niestawiennictwa sprawców w wyznaczonych placówkach leczniczych i uchylania się od leczenia. W praktyce jedynym instrumentem jest spenalizowanie w art. 244b § 1 k.k. nie stosowania się do określonych w ustawie obowiązków związanych z orzeczonym wobec sprawcy środkiem zabezpieczającym, który jednak w doktrynie i wśród praktyków wzbudza uzasadnione wątpliwości co jego trafności i skuteczności.

Pozytywnie została zweryfikowana także ostatnia z przyjętych hipotez, że ustawodawca wprowadzając do ustawy karnej nieznane dotychczas na gruncie polskiego prawa karnego, w sensie samodzielnych instytucji, lecznicze środki zabezpieczające nie zabezpieczył infrastruktury do ich wykonywania, adekwatnych nakładów finansowych oraz nie zadbał o przeszkolenie sędziów, psychiatrów, psychologów, seksuologów i terapeutów. Problemem jest w szczególności ograniczony dostęp do biegłych, brak wystarczającej liczby podmiotów leczniczych do wykonywania terapii oraz terapii uzależnień, trudności z ustaleniem właściwego podmiotu leczniczego, do którego można skierować sprawcę, zwłaszcza na terapię dla sprawców wykazujących zaburzenia preferencji seksualnej, brak wolnych miejsc w placówkach i odległe terminy wizyt wyznaczanych sprawcom.

Ostateczna konkluzja jest taka, iż środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień z roku na rok stosowane były przez sądy rejonowe i okręgowe, w badanym okresie, coraz częściej, a zatem przyjęły się w praktyce orzeczniczej sądów powszechnych. Wynika to jednoznacznie z danych statystycznych i z badania akt sądowych.

Powyższa okoliczność pozwala uznać, że wprowadzone do kodeksu karnego z 1997 r. terapia oraz terapia uzależnień zasługują na pozytywną ocenę i powinny uzyskać stałe miejsce w katalogu środków reakcji prawno karnej w polskim ustawodawstwie karnym, jednak praktyka ich stosowania i wykonywania wskazuje, że wymagają reformy jako instytucje prawa karnego, jak również wymagają poczynienia adekwatnych nakładów finansowych.

ANEKS

KWESTIONARIUSZ ANKIETY STOSOWANY DO BADANIA AKT SPRAW KARNYCH, W KTÓRYCH ORZECZONO TERAPIĘ LUB TERAPIĘ UZALEŻNIEŃ ALBO OBA ŚRODKI ZABEZPIECZAJĄCE JEDNOCZEŚNIE

Sąd Rejonowy/Okręgowy w ……
……Wydział……..
Sygnatura akt sprawy……..

1. Kwalifikacja prawna czynu zabronionego/czynów zabronionych przypisanego/przypisanych sprawcy w prawomocnym orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie ……

2. Faza postępowania sądowego, w której zastosowano terapię:
a) postępowanie przed sądem pierwszej instancji;
b) postępowanie wykonawcze

3. Faza postępowania sądowego, w której zastosowano terapię uzależnień:
a) postępowanie przed sądem pierwszej instancji;
b) postępowanie wykonawcze

4. Faza postępowania sądowego, w której zastosowano terapię i terapię uzależnień:
a) postępowanie przed sądem pierwszej instancji;
b) postępowanie wykonawcze

5. Kategoria sprawcy, wobec którego zastosowano terapię lub terapię uzależnień/terapię i terapię uzależnień, określona zgodnie z art. 93c pkt 1-5 k.k.:

a) sprawca, co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 kk

b) skazany za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 kk

c) skazany za przestępstwo określone w art. 148 kk, art. 156 kk, art. 197 kk, art. 198 kk, art. 199 § 2 kk lub art. 200 § 1 kk, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych

d) skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI kk, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia

e) skazany za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

6. Rodzaj i wymiar kary prawomocnie orzeczonej wobec sprawcy, w stosunku do którego zastosowano terapię lub terapię uzależnień/terapię i terapię uzależnień ……

7.Orzeczenie wobec sprawcy w postępowaniu rozpoznawczym równocześnie z terapią lub terapią uzależnień/terapią i terapią uzależnień innego środka zabezpieczającego ……..

8.Dążenie sądu do uzyskania stanowiska sprawcy w przedmiocie zastosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii lub terapii uzależnień/terapii i terapii uzależnień:

a) zgoda sprawcy;

b) brak zgody;

c) brak danych

9.Wariant zastosowania środków zabezpieczających w postaci terapii, terapii uzależnień lub elektronicznej kontroli miejsca pobytu w postępowaniu wykonawczym:

A. po uchyleniu pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym (art. 93d § 2 k.k.)……
……

B. w czasie wykonywania wobec sprawcy kary pozbawienia wolności (art. 93d § 4 k.k.)……

C. po uchyleniu stosowanego środka zabezpieczającego, w ciągu 3 lat od jego uchylenia (art. 93d § 6 k.k.)……

D. na skutek instytucji zmiany orzeczonego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji lub w postępowaniu wykonawczym środka zabezpieczającego oraz zmiany sposobu

wykonywania tego środka, o których mowa w art. 93b § 3 k.k……

10.Czas skierowania do wykonania orzeczenia o zastosowaniu terapii lub terapii uzależnień/terapii i terapii uzależnień liczony od daty jego uprawomocnienia się:

a) do 14 dni;
b) powyżej 14 dni do 1 miesiąca;
c) powyżej 1 miesiąca do 2 miesięcy;
d) powyżej 2 miesięcy do 3 miesięcy;
e) powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy;
f) powyżej 6 miesięcy;
g) inne……

11.Charakterystyka badanej populacji sprawców, wobec których orzeczono terapię lub terapię uzależnień/terapię i terapię uzależnień:

Płeć sprawcy:

a) kobieta;
b) mężczyzna

Wiek sprawcy:

a) do 21 lat;
b) od 22 do 30 lat;
c) od 31 do 40 lat;
d) od 41 do 50 lat;
e) od 51 do 60 lat;
f) od 61 do 70 lat;
g) 71 lat i więcej

Miejsce zamieszkania:

a) wieś;
b) miasto do 20 tysięcy mieszkańców;
c) miasto od 21 do 50 tysięcy mieszkańców;
d) miasto od 51 do 100 tysięcy mieszkańców;
e) miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców

Wykształcenie sprawcy:

a) bez wykształcenie;
b) podstawowe;
c) gimnazjalne;
d) zawodowe;

e) średnie;

f) wyższe;

g) brak danych

Źródła utrzymania sprawcy:

a) stała praca etatowa;

b) prace o charakterze dorywczym;

c) przedsiębiorca;

d) rolnik;

e) emeryt/rencista;

f) bezrobotny;

g) na utrzymaniu rodziny;

h) otrzymujący świadczenia z opieki społecznej;

i) inne…….

Stan cywilny sprawcy:

a) kawaler/panna;

b) żonaty/zamężna;

c) rozwiedziony/rozwiedziona;

d) wdowiec/wdowa;

e) w związku nieformalnym

f) inne……

Uprzednia karalność:

a) niekarany;

b) karany;

c) brak danych

Rodzaj przestępstwa/przestępstw za które sprawca był uprzednio karany:……..

Uprzednie stosowanie środków zabezpieczających:

a) nie stosowano;

b) stosowano – kiedy i jakiego rodzaju…….

c) brak danych

Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna sprawcy przed zastosowaniem terapii lub terapii uzależnień/terapii i terapii uzależnień:

a) zamieszkiwał sam;

b) zamieszkiwał z rodziną;

c) zamieszkiwał z osobami obcymi;

d) zamieszkiwał w domu pomocy społecznej;

e) bezdomny;

f) inne……

Zaburzenie psychiczne stwierdzone przez biegłych

a) choroba psychiczna……

b) upośledzenie umysłowe…….

c) inne zakłócenia czynności psychicznych;

d) zaburzenia osobowości…….

e) zespół/zespoły uzależnień……

f) inne……..

Choroby współistniejące:……

12. Stawiennictwo sprawcy wobec którego zastosowano terapię we wskazanej przez sąd placówce:

a) po otrzymaniu pierwszego wezwania;

b) na skutek……wezwania;

c) inne……

d) brak stawiennictwa i ustalone przyczyny……

e) decyzja sądu podjęta na skutek niestawiennictwa sprawcy……

13. Stawiennictwo sprawcy, wobec którego zastosowano terapię uzależnień we wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego:

a) po otrzymaniu pierwszego wezwanie;

b) po otrzymaniu…… wezwania;

c) inne……

d) brak stawiennictwa i ustalone przyczyny……

e) decyzja sądu podjęta na skutek niestawiennictwa sprawcy……

14. Określanie przez sąd podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 93f § 1 i 2 k.k.:

a) w orzeczeniu;

b) w zarządzeniu

15. Czas stosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii, licząc od daty rozpoczęcia jego wykonywania (stawienia się przez sprawcę w odpowiedniej placówce) do uprawomocnienia się orzeczenia w przedmiocie uchylenia środka:

a) data rozpoczęcia wykonywania terapii…….

b) data uprawomocnienia się orzeczenia o uchyleniu środka……

c) środek nadal stosowany w dacie badania akt

16. Czas stosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii uzależnień, licząc od daty rozpoczęcia jego wykonywania (stawienia się przez sprawcę w odpowiedniej placówce) do uprawomocnienia się orzeczenia w przedmiocie uchylenia środka:

a) data rozpoczęcia wykonywania terapii……

b) data uprawomocnienia się orzeczenia o uchyleniu środka…….

c) środek nadal stosowany w dacie badania akt.

Uwagi dodatkowe:

Ankieta skierowana do sędziów orzekających w sprawach karnych w ramach rozprawy doktorskiej pt. „Środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień w Kodeksie karnym z 1997 r.”

1. Czy w związku z wprowadzeniem do kodeksu karnego z dniem 1 lipca 2015r. środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień został Pan/Pani przeszkolony/przeszkolona w zakresie ich funkcjonowania?

   A. Tak

   B. Nie

2. Czy w Pana/Pani praktyce orzeczniczej w stosowaniu oraz wykonywaniu terapii i terapii uzależnień napotkał Pan/Pani problemy? Jeśli tak, jakie?

……
……
……

3. Czy problemy te zostały rozwiązane? Jeśli tak, w jaki sposób?

……
……

4. Co Pana/Pani zdaniem jest zasadniczym celem stosowania terapii i terapii uzależnień: zabezpieczenie społeczeństwa przed sprawcą, czy leczenie sprawcy?

……
…….....

5. Czy w Pana/Pani ocenie terapia i terapia uzależnień było zasadne? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
…….

6. Czy zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień powinna być konieczna dla ich zastosowania? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
……..

7. Czy Pana/Pani zdaniem, możliwe jest obecnie wykonywanie terapii i terapii uzależnień w trybie stacjonarnym? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
……

8. Czy w Pana/Pani ocenie farmakoterapia, o której mowa w art. 93f § 1 k.k., może być stosowana wyłącznie wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych, czy też wobec wszystkich kategorii sprawców wymienionych w art. 93c k.k.? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
……

9. Czy Pana/Pani zdaniem stosowanie terapii oraz terapii uzależnień jest prawnie dopuszczalne w ramach konsensualnych form zakończenia postępowania karnego (art. 335 k.p.k. i 387 k.p.k.). Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
…….

10. Jakimi Pana/Pani zdaniem instrumentami pozwalającymi na zdyscyplinowanie sprawców dysponuje sąd w razie ich niestawiennictwa w placówkach leczniczych i uchylania się od terapii i terapii uzależnień?

……
…….

11. Jak Pan/Pani ocenia funkcjonowanie w praktyce terapii oraz terapii uzależnień od momentu ich wprowadzenia do kodeksu karnego, zarówno w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, jak i w postępowaniu wykonawczym?

……
……..

12. Czy dostrzega Pan/Pani potrzebę zmian przepisu art. 93f § 1i 2 k.k.? Jeśli tak, jakich?

……
……..

Ankieta skierowana do biegłych psychiatrów, seksuologów, psychologów i terapeutów, opiniujących w sprawach karnych w ramach rozprawy doktorskiej pt. „Środki zabezpieczające w postaci terapii i terapii uzależnień w Kodeksie karnym z 1997 r.”

1.Czy w związku z wprowadzeniem do kodeksu karnego z dniem 1 lipca 2015r. środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień został Pan/Pani przeszkolony/przeszkolona w zakresie ich funkcjonowania?

A. Tak

B. Nie

2.Czy w praktyce opiniowania o konieczności zastosowania terapii i terapii uzależnień napotkał Pan/Pani problemy? Jeśli tak, jakie?

……
……

3.Czy problemy te zostały rozwiązane. Jeśli tak, i w jaki sposób?

……
……

4.Czy w Pana/Pani ocenie terapia i terapia uzależnień było zasadne? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
…….

5.Czy zgoda sprawcy na terapię lub terapię uzależnień powinna być konieczna dla zastosowania tych środków zabezpieczających? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
……..

6.Czy w Pana/Pani opinii możliwe jest skuteczne przeprowadzenie terapii lub terapii uzależnień bez zgody sprawcy? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
…….....

7.Czy Pana/Pani zdaniem, wykonywanie terapii i terapii uzależnień powinno być możliwe tylko ambulatoryjnie, czy również w trybie stacjonarnym? Proszę o uzasadnienie odpowiedzi.

……
……

8.Czy w Pana/Pani potrzebne są zmiany w funkcjonowaniu terapii i terapii uzależnień? Jeśli tak, jakie?

.....
.....

Wykaz akt spraw karnych objętych badaniami

1. Sąd Okręgowy w Elblągu II K 11/16;
2. Sąd Okręgowy w Elblągu II Ko 98/17;
3. Sąd Okręgowy w Elblągu II K 86/17;
4. Sąd Okręgowy w Elblągu II Ko 120/17;
5. Sąd Okręgowy w Elblągu II Ko 44/18;
6. Sąd Okręgowy w Elblągu II Ko 127/18;
7. Sąd Okręgowy w Elblągu II Ko 69/19;
8. Sąd Okręgowy w Elblągu II Ko 120/19;
9. Sąd Okręgowy w Olsztynie II Ko ² 3/01;
10. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 56/04;
11. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 106/06;
12. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 162/08;
13. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 43/09;
14. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 104/11;
15. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 122/14;
16. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 72/16;
17. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 114/16;
18. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 128/16;
19. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 133/16;
20. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 71/17;
21. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 127/17;
22. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 163/17;
23. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 22/18;
24. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 31/18;
25. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 69/18;
26. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 72/18;
27. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 74/18;
28. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 80/18;
29. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 159/18;
30. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 171/18;
31. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 36/19;

32. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 45/19;
33. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 92/19;
34. Sąd Okręgowy w Olsztynie II K 94/19;
35. Sąd Rejonowy w Bartoszycach II K 316/17;
36. Sąd Rejonowy w Bartoszycach II K 342/17;
37. Sąd Rejonowy w Bartoszycach II K 617/17;
38. Sąd Rejonowy w Bartoszycach II K 70/18;
39. Sąd Rejonowy w Bartoszycach II K 82/19;
40. Sąd Rejonowy w Bartoszycach II K 36/20;
41. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 129/14;
42. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 27/16;
43. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 281/16;
44. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 235/17;
45. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 283/17;
46. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 347/17;
47. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 159/18;
48. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 202/18;
49. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 152/19;
50. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 159/19;
51. Sąd Rejonowy w Biskupcu II K 292/19;
52. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 39/16;
53. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 696/16;
54. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 195/17;
55. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 289/17;
56. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 499/17;
57. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 79/18;
58. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 151/18;
59. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 465/19;
60. Sąd Rejonowy w Braniewie II K 10/20;
61. Sąd Rejonowy w Działdowie X K 275/14;
62. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 61/15;
63. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 535/16;
64. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 581/16;
65. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 317/17;

66. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 441/17;
67. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 122/18;
68. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 277/18;
69. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 556/19;
70. Sąd Rejonowy w Działdowie II K 18/20;
71. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 1809/10;
72. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 952/13;
73. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 543/14;
74. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 516/15;
75. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 824/15;
76. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 1/16;
77. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 629/16;
78. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 667/16;
79. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 932/16;
80. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 373/17;
81. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 535/17;
82. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 875/17;
83. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 82/18;
84. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 93/18;
85. Sąd Rejonowy w Elblągu II K 557/18;
86. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 934/13;
87. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 217/15;
88. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 824/15;
89. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 866/15;
90. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 928/15;
91. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 116/16;
92. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 677/16;
93. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 903/16;
94. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 106/17;
95. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 200/17;
96. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 847/17;
97. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 286/18;
98. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 529/18;
99. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 959/18;

100. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 1047/18;
101. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 1394/18;
102. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 107/19;
103. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 155/19;
104. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 292/19;
105. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 812/19;
106. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 1012/19;
107. Sąd Rejonowy w Elblągu VIII K 634/20;
108. Sąd Rejonowy w Ełku II K 686/15;
109. Sąd Rejonowy w Ełku II K 790/16;
110. Sąd Rejonowy w Ełku II K 1044/16;
111. Sąd Rejonowy w Ełku II K 35/17;
112. Sąd Rejonowy w Ełku II K 332/17;
113. Sąd Rejonowy w Ełku II K 759/17;
114. Sąd Rejonowy w Ełku II K 811/17;
115. Sąd Rejonowy w Ełku II K 270/18;
116. Sąd Rejonowy w Ełku II K 745/18;
117. Sąd Rejonowy w Ełku II K 225/19;
118. Sąd Rejonowy w Ełku II K 415/19;
119. Sąd Rejonowy w Ełku II K 418/19;
120. Sąd Rejonowy w Ełku II K 1032/19;
121. Sąd Rejonowy w Ełku II K 543/20;
122. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 354/14;
123. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 118/15;
124. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 125/15;
125. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 292/15;
126. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 410/15;
127. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 24/16;
128. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 90/16;
129. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 175/16;
130. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 400/16;
131. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 405/16;
132. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 422/16;
133. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 423/16;

134. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 441/16;
135. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 447/16;
136. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 55/17;
137. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 116/17;
138. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 217/17;
139. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 267/17;
140. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 273/17;
141. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 296/17;
142. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 328/17;
143. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 332/17;
144. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 375/17;
145. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 402/17;
146. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 432/17;
147. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 504/17;
148. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 70/18;
149. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 165/18;
150. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 251/18;
151. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 257/18;
152. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 279/18;
153. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 349/18;
154. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 401/18;
155. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 553/18;
156. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 594/18;
157. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 619/18;
158. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 620/18;
159. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 623/18;
160. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 630/18;
161. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 4/19;
162. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 64/19;
163. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 77/19;
164. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 125/19;
165. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 138/19;
166. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 140/19;
167. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 161/19;

168. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 244/19;
169. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 250/19;
170. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 405/19;
171. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 459/19;
172. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 667/19;
173. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 12/20;
174. Sąd Rejonowy w Giżycku II K 111/20;
175. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 115/17;
176. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 101/16;
177. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 174/16;
178. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 20/17;
179. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 145/17;
180. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 234/17;
181. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 240/17;
182. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 224/18;
183. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 264/18;
184. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 17/19;
185. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 33/20;
186. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 87/20;
187. Sąd Rejonowy w Giżycku V Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Węgorzewie V K 103/20;
188. Sąd Rejonowy w Iławie II K 277/15;

189. Sąd Rejonowy w Iławie II K 748/15;
190. Sąd Rejonowy w Iławie II K 642/16;
191. Sąd Rejonowy w Iławie II K 805/16;
192. Sąd Rejonowy w Iławie II K 1154/16;
193. Sąd Rejonowy w Iławie II K 847/17;
194. Sąd Rejonowy w Iławie II K 931/17;
195. Sąd Rejonowy w Iławie II K 481/18;
196. Sąd Rejonowy w Iławie II K 33/19;
197. Sąd Rejonowy w Iławie II K 559/19;
198. Sąd Rejonowy w Iławie II K 807/19;
199. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 326/15;
200. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 338/15;
201. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 392/15;
202. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 511/16;
203. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 274/17;
204. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 88/18;
205. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 284/18;
206. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 2/19;
207. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 147/19;
208. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 357/19;
209. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 426/19;
210. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 572/19;
211. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 617/19;
212. Sąd Rejonowy w Kętrzynie II K 275/20;
213. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim II K 308/09;
214. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim VII K 217/13;
215. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim VII K 528/13;
216. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim II K 51/15;
217. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim II K 263/16;
218. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim II K 34/17;
219. Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim II K 43/17;
220. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 352/13;
221. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 173/16;
222. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 174/16;

223. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 146/17;
224. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 263/17;
225. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 254/18;
226. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 471/18;
227. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 294/19;
228. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 299/19;
229. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 330/19;
230. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 361/19;
231. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 407/19;
232. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 448/19;
233. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 76/20
234. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 174/20;
235. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 195/20;
236. Sąd Rejonowy w Mrągowie II K 212/20;
237. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 72/16;
238. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 236/16;
239. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 129/17;
240. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 165/18;
241. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 194/18;
242. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 13/19;
243. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 81/19;
244. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 123/19;
245. Sąd Rejonowy w Nidzicy II K 53/20;
246. Sąd Rejonowy w Olecku II K 239/16;
247. Sąd Rejonowy w Olecku II K 320/16;
248. Sąd Rejonowy w Olecku II K 588/16;
249. Sąd Rejonowy w Olecku II K 20/18;
250. Sąd Rejonowy w Olecku II K 63/18;
251. Sąd Rejonowy w Olecku II K 106/18;
252. Sąd Rejonowy w Olecku II K 141/18;
253. Sąd Rejonowy w Olecku II K 517/18;
254. Sąd Rejonowy w Olecku II K 122/20;
255. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1106/06
256. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1406/13;

257. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 200/16;
258. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 221/16;
259. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 769/16;
260. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 416/17;
261. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 552/17;
262. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 625/17;
263. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 943/17;
264. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1129/17;
265. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 90/18;
266. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 732/18;
267. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 828/18;
268. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1059/18;
269. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1089/18;
270. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1933/18;
271. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 2163/18;
272. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 2179/18;
273. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 2218/18;
274. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 109/19;
275. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 252/19;
276. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 687/19;
277. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 812/19;
278. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 993/19;
279. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1025/19;
280. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1177/19;
281. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 1467/19;
282. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 95/20;
283. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 424/20;
284. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 575/20;
285. Sąd Rejonowy w Olsztynie II K 833/20;
286. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 233/12;
287. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 522/12;
288. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 121/13;
289. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 262/14;
290. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 652/14;

291. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 248/15;
292. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 1241/15;
293. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 601/16;
294. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 688/16
295. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 734/16;
296. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 903/16;
297. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 1059/16;
298. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 1131/16;
299. Sąd Rejonowy w Olsztynie VII K 1163/16;
300. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 797/13;
301. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 835/13;
302. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 267/15;
303. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 297/16;
304. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 319/16;
305. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 321/16;
306. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 356/16;
307. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 519/16;
308. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 658/16;
309. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 721/16;
310. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 723/16;
311. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 751/16;
312. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 762/16;
313. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 65/17;
314. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 83/17;
315. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 160/17;
316. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 228/17;
317. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 241/17;
318. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 242/17;
319. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 249/17;
320. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 423/17;
321. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 480/17;
322. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 506/17;
323. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 516/17;
324. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 571/17;

325. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 579/17;
326. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 621/17;
327. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 666/17;
328. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 16/18;
329. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 79/18;
330. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 100/18;
331. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 123/18;
332. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 171/18;
333. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 261/18;
334. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 262/18;
335. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 293/18;
336. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 354/18;
337. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 404/18;
338. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 408/18;
339. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 447/18;
340. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 544/18;
341. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 764/18;
342. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 114/19;
343. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 135/19;
344. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 155/19;
345. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 272/19;
346. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 360/19;
347. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 457/19;
348. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 471/19;
349. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 485/19;
350. Sąd Rejonowy w Ostródzie II K 547/19;
351. Sąd Rejonowy w Piszu II K 232/15;
352. Sąd Rejonowy w Piszu II K 144/16;
353. Sąd Rejonowy w Piszu II K 194/16;
354. Sąd Rejonowy w Piszu II K 575/16;
355. Sąd Rejonowy w Piszu II K 633/16;
356. Sąd Rejonowy w Piszu II K 649/16;
357. Sąd Rejonowy w Piszu II K 654/16;
358. Sąd Rejonowy w Piszu II K 16/17;

359. Sąd Rejonowy w Piszu II K 116/17;
360. Sąd Rejonowy w Piszu II K 188/17;
361. Sąd Rejonowy w Piszu II K 209/17;
362. Sąd Rejonowy w Piszu II K 257/17;
363. Sąd Rejonowy w Piszu II K 318/17;
364. Sąd Rejonowy w Piszu II K 464/17;
365. Sąd Rejonowy w Piszu II K 515/17;
366. Sąd Rejonowy w Piszu II K 588/17
367. Sąd Rejonowy w Piszu II K 660/17;
368. Sąd Rejonowy w Piszu II K 47/18;
369. Sąd Rejonowy w Piszu II K 82/18;
370. Sąd Rejonowy w Piszu II K 84/18;
371. Sąd Rejonowy w Piszu II K 166/18;
372. Sąd Rejonowy w Piszu II K 172/18;
373. Sąd Rejonowy w Piszu II K 231/18;
374. Sąd Rejonowy w Piszu II K 236/18;
375. Sąd Rejonowy w Piszu II K 282/18;
376. Sąd Rejonowy w Piszu II K 410/18
377. Sąd Rejonowy w Piszu II K 499/18;
378. Sąd Rejonowy w Piszu II K 549/18;
379. Sąd Rejonowy w Piszu II K 593/18;
380. Sąd Rejonowy w Piszu II K 111/19
381. Sąd Rejonowy w Piszu II K 114/19;
382. Sąd Rejonowy w Piszu II K 135/19;
383. Sąd Rejonowy w Piszu II K 181/19;
384. Sąd Rejonowy w Piszu II K 201/19;
385. Sąd Rejonowy w Piszu II K 44/20;
386. Sąd Rejonowy w Piszu II K 427/20;
387. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 67/15;
388. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 121/15;
389. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 400/15;
390. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 522/15;
391. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 568/15;
392. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 634/15;

393. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 657/15;
394. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 660/15;
395. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 670/15;
396. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 17/16;
397. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 26/16;
398. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 33/16;
399. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 109/16;
400. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 130/16;
401. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 148/16;
402. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 149/16;
403. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 196/16;
404. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 260/16;
405. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 364/16;
406. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 372/16;
407. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 392/16;
408. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 414/16;
409. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 503/16;
410. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 550/16;
411. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 561/16;
412. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 569/16;
413. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 596/16;
414. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 690/16;
415. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 699/16;
416. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 55/17;
417. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 135/17;
418. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 132/18;
419. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 164/18;
420. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 179/18;
421. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 236/17;
422. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 243/17;
423. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 307/17;
424. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 372/17;
425. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 396/17;
426. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 414/17;

427. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 432/17;
428. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 476/17;
429. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 543/17;
430. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 580/17;
431. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 603/17;
432. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 665/17;
433. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 687/17;
434. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 12/18;
435. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 41/18;
436. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 66/18;
437. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 168/18;
438. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 184/18;
439. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 227/18;
440. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 295/18;
441. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 408/18;
442. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 472/18;
443. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 499/18;
444. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 599/18;
445. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 605/18;
446. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 626/18;
447. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 649/18;
448. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 732/18;
449. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 30/19;
450. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 60/19;
451. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 66/19;
452. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 119/19;
453. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 144/19;
454. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 214/19;
455. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 225/19;
456. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 384/19;
457. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 459/19;
458. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 657/19;
459. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 83/20;
460. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 124/20;

461. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 129/20;
462. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 238/20;
463. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 485/20;
464. Sąd Rejonowy w Szczytnie II K 516/20.

Bibliografia

1. **Ajdukiewicz** Kazimierz, *Logika pragmatyczna*, Warszawa 1975.
2. **Aleksandrowicz** Jerzy, *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Warszawa 2000.
3. **Andrejew** Igor, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1986.
4. **Apanowicz** Jerzy, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Warszawa 2005.
5. **Bafia** Jerzy, Kryspin **Mioduski**, Mieczysław **Siewierski**, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977.
6. **Bafia** Jerzy, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1989.
7. **Banaś-Grabek** Marta, *Przerwa w wykonywaniu środka zabezpieczającego umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym*, Prokuratura i Prawo 2015, Nr 5.
8. **Barczak-Oplustil** Agnieszka, *Charakter środków zabezpieczających w nowelizacji kodeksu karnego z 20 lutego 2015r. Wprowadzenie do dyskusji*, Palestra 2015, z. 7-8.
9. **Barczak-Oplustil** Agnieszka (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015.* Komentarz pod red. Włodzimierza Wróbla, Kraków 2015.
10. **Beck** Aaron T. i inni, *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Kraków 2010.
11. **Beck** Aaron, **Davis** Denise D., **Freeman** Arthur, *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Kraków 2015.
12. **Berdugo Gomez de la Torre** Ignacio, *Kierunki reformy systemu kar i środków* zabezpieczających *w Hiszpanii*, Państwo i Prawo 1989, Nr 3.
13. **Bilikiewicz** Adam (red.), *Zarys metod leczenia w psychiatrii*, Warszawa 1987
14. **Bilikiewicz** Adam, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2007.
15. **Bilikiewicz** Adam, Jerzy Landowski, Piotr Radziwiłłowicz, *Psychiatria. Repetytorium*, Warszawa 2008 r.
16. **Bilikiewicz** Tadeusz, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1966.
17. **Błachut** Janina, *Kobiety recydywistki w świetle badań kryminologicznych,* Wrocław 1981.

18. **Błachut** Janina, **Gaberle** Andrzej, **Krajewski** Krzysztof, *Kryminologia*, Gdańsk 2007**.**
19. **Bojarski** Tadeusz, *Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 2006 .
20. **Bojarski** Tadeusz (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2016.
21. **Brodniak** Włodzimierz Adam, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa 2000.
22. **Bułat** Kamil i inni, *Kryminologia. Repetytorium*, Warszawa 2013.
23. **Burns** Tom, *Psychiatria*, Sopot 2012.
24. **Brzeziński** Jerzy, *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Warszawa 1980.
25. **Buchała** Kazimierz, *System kar, środków karnych i zabezpieczających w projekcie* **kodeksu** *karnego z 1990 r*., Państwo i Prawo 1991, Nr 6.
26. **Buchała** Kazimierz, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Kraków 1998.
27. **Budyn-Kulik** Magdalena, *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo. Czy musimy zmieniać prawo karne?* (w:) *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*, pod red. S. Pikulskiego, W. Cieślaka i M. Romańczuk-Grąckiej, Olsztyn 2015.
28. **Chlebowicz** Piotr, *Wokół relacji między kryminologią, kryminalistyką i nauką prawa karnego* (w:) *Wybrane zagadnienia z nauk penalnych* pod red. P. Chlebowicza, Olsztyn 2011.
29. **Chlebowska** Angelika, *Leczniczo-izolacyjne środki zabezpieczające a gwarancje ochrony wolności i praw (w polskim i niemieckim prawie karnym)*, Państwo i Prawo 2009, Nr 7.
30. **Chlebowska** Angelika, *Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego w polskim i niemieckim prawie karnym*, Prokuratura i Prawo 2011, Nr 1.
31. **Ciepły** Filip, *Środki zabezpieczające – do zmiany czy likwidacji?*, Państwo i Prawo z 2015, Nr 7.
32. **Ciepły** Filip (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. A. Grześkowiak i K. Wiaka, Warszawa 2021.
33. **Cieślak** Wojciech, Krzysztof Janczukowicz, *Kodeksy karne 1969-1997*, Sopot 1998.

34. **Cieślak** Marian, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990.
35. **Ćwiąkalski** Zbigniew (w:) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz* pod red. A. Zolla, Kraków 2004, tom I.
36. **Dąbrowski** Stanisław i **Pietrzykowski** Janusz, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997.
37. **Depko** Andrzej, **Wełnicki** Marcin, **Mamcarz** Artur, *Farmakoterapia zaburzeń seksualnych,* Warszawa 2021.
38. **Derlatka** Marek, *Kontrowersje wokół kary dożywotnego pozbawienia wolności*, Prokuratura i Prawo 2017, Nr 12.
39. **Długosz** Joanna, **Chlebowska** Angelika, *Zasady stosowania środków zabezpieczających o charakterze leczniczo-izolacyjnym w Polsce oraz w Niemczech*, Palestra 2010, Nr 9-10.
40. **Długosz** Joanna, *Lecznicze środki zabezpieczające –czy alternatywa dla odwetu?* (w:) *Kara kryminalna perspektywa historyczna i penologiczna*, Gdańsk 2019.
41. **Długosz** Joanna, *Nowa postać środków zabezpieczających jako alternatywna reakcja na czyn zabroniony* (w:) *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*, pod red. S. Pikulskiego, W. Cieślaka i M. Romańczuk-Grąckiej, Olsztyn 2015.
42. **Dukiet-Nagórska** Teresa, *Prawo karne część ogólna szczególna i wojskowa* pod red. T. Dukiet-Nagórskiej, Warszawa 2016.
43. **Dukiet-Nagórska** Teresa, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.
44. **Eichstaedt** Krzysztof, *Postępowanie przed sądem w sprawach nieletnich*, Warszawa 2008.
45. **Eichstaedt** Krzysztof, *Środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, wątpliwości związane z orzekaniem*, Prokuratura i Prawo, 2016, Nr 12.
46. **Falicki Zdzisław**, *Psychiatria społeczna*, Warszawa 1985.
47. **Farrell** Joan M., **Shaw** Ida A., *Grupowa terapia schematów w leczeniu borderline,* Sopot 2016.
48. **Fila** Marian (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2016.

49. **Fiutak** Agnieszka, *Terapia i terapia uzależnień jako środki zabezpieczające – po nowelizacji* (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, pod red. B. Namysłowskiej-Gabrysiak, K. Syroki-Marczewskiej, A. Walczak-Żochowskiej, Warszawa 2016.
50. **Fiutak** Agnieszka, *Pomoc psychologiczna. Prawo i etyka w zawodach terapeuty i psychiatry*, Warszawa 2016.
51. **Flatau-Kowalska** Aleksandra, *Środki zabezpieczające w prawie karnym*, Warszawa 1956.
52. **Freyberger** Harald J., **Schneider** Wolfgang, **Stieglitz** Rolf-Dieter, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Warszawa 2005.
53. **Gałecki** Piotr, **Eichstaedt** Krzysztof, **Depko** Andrzej, *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych*, Warszawa 2012.
54. **Gałecki** Piotr, **Bobińska** Kinga, **Eichstaedt** Krzysztof, *Ustawa o ochronie zdrowia* psychicznego. Komentarz, Warszawa 2016.
55. **Gałecki** Piotr, **Szulc** Agata, *Psychiatria*, Wrocław 2018.
56. **Gardocki** Lech, *Prawo karne*, Warszawa 2001.
57. **Garwol** Milena, *Środki zabezpieczające w świetle ustawy nowelizującej z dn. 20 II 2015 r. Wybrane zagadnienia*, Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ 2015/1.
58. **Gerecka-Żołyńska** Anna, **Zamroczyńska** Magdalena, *Praktyczne aspekty stosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym* (w:) *Współczesne wyzwania dla systemów penitencjarnych na świecie* pod red. Małgorzaty M. Szwejkowskiej i Kamila D. Rysia, Olsztyn 2016.
59. **Gierowski** Józef K., **Heitzman** Janusz, **Tyss** Tomasz, *Porównanie zasad stosowania środków zabezpieczających w Polsce i Republice Federalnej Niemiec*, Palestra 1992, Nr 11-12.
60. **Gierowski** Józef K., **Szymusik** Adam, *Reforma prawa karnego z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*, Palestra 1996, Nr 3-4.
61. **Gierowski** Józef Krzysztof, *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, Palestra 2003, Nr 7-8.

62. **Gierowski** Józef K., **Paprzycki** Lech K. (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod *red*. Lecha K. Paprzyckiego, t.7, Warszawa 2012.
63. **Gierowski** Józef K., **Paprzycki** Lech K. (w:) *System prawa karnego. Środki zabezpieczające* pod red. Lecha K. Paprzyckiego, t.7, Warszawa 2015.
64. **Gierowski** Józef K., **Paprzycki** Lech, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013.
65. **Gimbut** Anna, *Zwolnienie od kary pozbawienia wolności po odbyciu środka* zabezpieczającego, Państwo i Prawo z 1976, Nr 7.
66. **Groicki** Bartłomiej, *Porządek sądów i spraw miejskich prawa magdeburskiego w* Koronie *Polskiej*, Warszawa 1953.
67. **Gubiński** Arnold, *Zasady prawa karnego*, Warszawa 1974.
68. **Góralski** Piotr, *Ocena proponowanych zmian w przepisach kodeku karnego* dotyczących *środków zabezpieczających*, Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny, Rok LXXVI, z. 1, 2014.
69. **Góralski** Piotr, *Zagadnienie odpowiedniego stosowania dyrektyw wymiaru kary do środków zabezpieczających (art. 56 Kodeksu karnego)*, Przegląd Sądowy 2014, Nr 2.
70. **Góralski** Piotr, *Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym*, Warszawa 2015.
71. **Góralski** Piotr, *Środek zabezpieczający w formie elektronicznej kontroli miejsca pobytu sprawcy czynu karalnego (cz. 1)*, Prokuratura i Prawo 2017, Nr 9.
72. **Góralski** Piotr, *Środek zabezpieczający w formie elektronicznej kontroli miejsca pobytu sprawcy czynu karalnego (cz. 2)*, Prokuratura i Prawo 2017, Nr 10.
73. **Góralski** Piotr, *Reforma unormowań poświęconych środkom zabezpieczającym z 20 lutego 2015 r. (cz. 1)*, Palestra 2017, Nr 4.
74. **Góralski** Piotr, *Reforma unormowań poświęconych środkom zabezpieczającym z 20 lutego 2015 r. (cz. 2)*, Palestra 2017, Nr 5.
75. **Góralski** Piotr (red.) *Wybrane problemy ustawowej regulacji środków karnych oraz środków zabezpieczających*, Warszawa 2017.

76. **Góralski** Piotr, *Podstawowe problemy wykładni przepisów poświęconych środki zabezpieczającemu w postaci terapii uzależnień (art. 93 a § 1 pkt 3 k.k.)*, Przegląd Sądowy 2018, Nr 7-8.
77. **Góralski** Piotr, *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 k.k.)*, Prokuratura i Prawo 2019, Nr 2.
78. **Górecki** Piotr, **Stachowiak** Stanisław, *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz*, Warszawa 2007.
79. **Habzda-Siwek** Ewa, *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*, Kraków 2002.
80. **Habzda-Siwek** Ewa i Joanna Kabzińska (red.) *Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką*, Sopot 2014.
81. **Hajdukiewicz** Danuta, **Duriasz-Rowińska** Halina, Niektóre *problemy związane z internowaniem w szpitalu psychiatrycznym sprawców czynów karalnych o poczytalności ograniczonej*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 1995, t. 4, z. 2.
82. **Hajdukiewicz** Danuta, *Środki zabezpieczające w kodeksie karnym i w opiniach* biegłych *psychiatrów oraz niektóre problemy z ich stosowaniem*, Psychiatria Polska 2006, t. 40, Nr 3.
83. **Hajdukiewicz** Danuta, *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach* nieletnich, Warszawa 2007.
84. **Hajdukiewicz** Danuta, *Zagadnienia psychiatrii sądowej.* Część I. *Podstawy prawne i medyczne*, Warszawa 2016.
85. **Heitzman** Janusz, *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, Psychiatria Polska 2020; 54(2).
86. **Hofmański** Piotr, **Paprzycki** Lech K. (w:) *Kodeks karny. Komentarz* pod red. M. Filara, Lexis Nexis, wyd. 2, Warszawa 2010.
87. **Hofmański** Piotr, **Paprzycki** Lech, *Środki zabezpieczające* (w:) *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks karny*. Krótkie komentarze, Warszawa 1999.
88. **Hofmański** Piotr, **Paprzycki** Lech K. (w:) *Kodeks karny. Komentarz*, pod red. M. Filara, Warszawa 2016.
89. **Hołyst** Brunon, *Narkomania. Problemy prawa i kryminologii*, Warszawa 1996.
90. **Hołyst** Brunon, *Kryminologia*, Warszawa 2009.

91. **Huzar** Eustachy, *Zwolnienie ze szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 101 k.k.*, Nowe Prawo 1973.
92. **Janicka** Danuta, *Nauka o winie i karze w dziejach klasycznej szkoły prawa karnego w Niemczech w 1 połowie XIX wieku*, Toruń 1998.
93. **Janicka** Danuta, *Spór o teorie kary w dobie klasycznej szkoły prawa karnego na ziemiach polskich i niemieckich w XIX wieku* (w:) *Prace komisji historii nauki*, tom II, 2000.
94. **Janicka** Danuta, *O przestępstwach, karach i prewencji kryminalnej. Studia z najnowszej historii polskiego prawa karnego i nauki prawa*, Toruń 2021.
95. **Janiszewska-Talago** Elżbieta, *Szkoła antropologiczna prawa karnego w Polsce*, Warszawa 1965.
96. **Janiszewska-Talago** Elżbieta, *Orzekanie i wykonywanie leczniczych środków zabezpieczających*, Studia Prawnicze 1987, z. 1.
97. **Jaworska-Wieloch** Anna, *Szczególne przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia przy środkach zabezpieczających*, Probacja 2013, Nr II.
98. **Jurewicz** Justyna, *Kryteria podobieństwa przestępstw w ujęciu kodeksu karnego*, Państwo i Prawo z 2008, Nr 11.
99. **Kaczmarek** Tomasz (red.) *System prawa karnego*. Tom 5. *Nauka o karze. Sądowy wymiar kary*, Warszawa 2015.
100. **Kalisz** Tomasz, **Kwieciński** Adam, *Kontrola i nadzór nad wykonywaniem leczniczych* środków *zabezpieczających*, Prokuratura i Prawo 2011, Nr 7-8.
101. **Kalisz** Tomasz, **Kwieciński** Adam, *Projektowane zmiany w zakresie stosowania i wykonywania* leczniczych *środków zabezpieczających (uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw w wersji z 17 kwietnia 2014 r.)*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014, Nr 83.
102. **Kalitowski** Michał, **Sienkiewicz** Zofia, **Szumski** Jerzy, **Tyszkiewicz** Leon, **Wąsek** Andrzej, *Kodeks karny. Komentarz*, tom II, Gdańsk 1999.
103. **Kalitowski** Michał (w:) *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa* pod red. T. Dukiet-*Nagórskiej*, Warszawa 2010.
104. **Kardas** Piotr, **Łabuda** *Grzegorz*, **Razowski** Tomasz, *Kodeks karny skarbowy. Komentarz*, Warszawa 2010.

105. **Kernberg** Otto F., **Selzer** Michael A., **Koenigsberg** Harold W., **Carr** Arthur C., **Appelbaum** *Ann* H., *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*, Gdańsk 2007.
106. **Kędzierska** Grażyna, *Kryminologiczna i kryminalistyczna analiza wybranych elementów udziału kobiet w realizacji przestępstwa* (w:) *Kryminologia wobec współczesnych wyzwań cywilizacyjnych*, pod red. G. Kędzierskiej, W. Pływaczewskiego, Olsztyn 2005.
107. **Kładoczny** Piotr, *Reforma czy rewolucja? Nowy kształt środków zabezpieczających*, Studia Iuridica, 2016, t. 65.
108. **Kmieciak** Błażej, *„Ustawa o bestiach" czy też bestialska ustawa? Człowiek między więzieniem a szpitalem psychiatrycznym* (w:) Nawój-Śleszyński Aldona, Niewiadomska-Krawczyk Magdalena, *Oddziaływania wobec skazanych na karę pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym, Rozważania w 100-lecie więziennictwa polskiego*, Łódź 2020.
109. **Kolasiński** Błażej, Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 11 grudnia 1998 r., sygn. III KKN 219/97, Prokuratura i Prawo, 2000, Nr 11.
110. **Konarska-Wrzosek** Violetta (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018.
111. **Konikowska-Kuczyńska** Justyna, *Procesowe aspekty postępowania wobec uzależnionych sprawców przestępstw*, Prokuratura i Prawo 2013, Nr 3.
112. **Kotowska** Monika, *Kariery* kryminalne *członków zorganizowanych grup przestępczych,* Warszawa 2019.
113. **Kowalski** Piotr, Zastosowanie *art. 4 § 1 kodeksu karnego do środków zabezpieczających*, Palestra 2017, Nr 1-2.
114. **Krakowiak** Damian, *Psychopatia, socjopatia i charakteropatia a odpowiedzialność karna*, Prokuratura i Prawo 2019, Nr 3.
115. **Królikowski** Michał, **Zawłocki** Robert, Prawo karne, Warszawa 2016.
116. **Kubiak** Rafał, *Przymusowe leczenie w ramach środków zabezpieczających* (w:) *System prawa medycznego.* Tom II. Część 1. *Regulacja prawna czynności medycznych* pod red. M. Boratyńskiej, P. Konieczniaka, E. Zielińskiej.
117. **Kulesza** Cezary, **Starzyński** Piotr, *Kastracja chemiczna - opinia do projektu o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji z 9 października 2008 r.*, Palestra 2009, Nr 11-12.

118. **Kulik** Marek, *Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich, Prawo w działaniu*, tom 13, Warszawa 2013.
119. **Kurzępa** Bolesław (w:) *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, pod red. A. *Ważnego*, Warszawa 2019.
120. **Kwieciński** Adam, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, *Wrocław* 2009.
121. **Kwieciński** Adam, *Karać czy leczyć? Budowa polskiego systemu postępowania ze skazanymi wykazującymi zaburzenia preferencji seksualnych. Raport z badań* (w:) *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, pod red. A. Kwiecińskiego, Warszawa 2013.
122. **Kwieciński** Adam, *Środki zabezpieczające po zmianach z 2015 roku*, Wrocław 2021.
123. **Lachowski** Jerzy, *Warunkowe zwolnienie z reszty kary pozbawienia* wolności, Warszawa 2010.
124. **Lachowski** Jerzy, **Marek** Andrzej, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2021.
125. **Leiblum** Sandra R., **Rosen** Raymond C., *Terapia zaburzeń* seksualnych, Gdańsk 2005.
126. **Lelental** Stefan, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2020.
127. **Lew-Starowicz** Zbigniew, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000.
128. **Liżyńska** Katarzyna, *W sprawie środka zabezpieczającego z art. 95a k.k.*, Państwo i Prawo 2012, Nr 4.
129. **Ładoś** Sebastian, Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi, Warszawa 2013.
130. **Maćkowiak** Radosław, *Środki zabezpieczające a stopień społecznej szkodliwości czynu zabronionego* (w:) *Środki zabezpieczające w prawie karnym. Zagadnienia prawnomaterialne i procesowe*, red. I. Zwoliński i W. Juchacz, Inowrocław 2020.
131. **Makarewicz** Juliusz, *Kodeks karny z komentarzem*, (reprint wyd. 5 z 1938 r.), pod red. A. *Grześkowiak*, K. Wiak, Lublin 2012.
132. **Malczewski** Artur, **Kidawa** Michał, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Warszawa 2018.

133. **Malec** Jan, *Elementy osobopoznawcze w procesie karnym*, Państwo i Prawo 1971, Nr 1.
134. **Malinowski** Adolf, *Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*, Warszawa 1961.
135. **Małecka-Kowalczyk** Katarzyna, *Katalog środków zabezpieczających w Kodeksie karnym* **skarbowym**, Probacja 2015, Nr IV.
136. **Marek** Andrzej, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999.
137. **Marwick** Katie, **Birrell** Steven, *Psychiatria*, Wrocław 2014.
138. **Melezini** Mirosława (w:) *System prawa karnego. Kary i środki karne. Poddanie sprawcy próbie*, Tom 6 pod. red. M. Melezini, Warszawa 2010.
139. **Modrzyński** Robert, Psychoedukacja *w terapii uzależnienia od alkoholu*, cześć 1, Warszawa 2020.
140. **Muszyńska** Anna, *Środki zabezpieczające o charakterze leczniczym według kodeksu karnego z 1997 r.* (w:) *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, red. L. Bogunia, Wrocław 1999, t. 4.
141. **Muszyńska** Anna, *Zróżnicowanie leczniczych środków zabezpieczających* stosowanych *wobec sprawców przestępstw popełnionych w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innych środków odurzających*, Palestra 2007, Nr 9-10.
142. **Mozgawa** Marek (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2012.
143. **Namysłowska-Gabrysiak** Barbara, **Berg** Julia, *Prawo karne - część ogólna*, Warszawa 2019.
144. **Nasierowski** Tadeusz (w:) *Psychiatria.* Tom 1. *Podstawy psychiatrii*, pod red. J. Rybakowskiego, S. Pużyńskiego i J. Wciórki, Wrocław 2010.
145. **Nelken** Jan, *W* sprawie *zmian w unormowaniu stosowania leczniczych środków zabezpieczających*, Nowe Prawo 1985, Nr 4.
146. **Niewiadomska-Krawczyk** Magdalena, *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. Tom L. Warszawa 2018.
147. **Nita** Barbara, **Światłowski** Andrzej R., *Zakaz łącznego stosowania przepisów ustawy nowej oraz ustawy dawnej na tle art. 4 § 1 k.k.*, Prokuratura i Prawo 2011, Nr 3.
148. **Nowak** Stefan, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa 1970.

149. **Nowak** Stefan, *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 2010.
150. **Paprzycki** Lech K., *Problematyka psychiatryczna w nowej kodyfikacji karnej*, Prokuratura i Prawo, 1997, Nr 11.
151. **Paprzycki** L. K, *Psychiatria środowiskowa – wyzwania i zagrożenia. IV Konferencja szkoleniowo-naukowa w Szpitalu Psychiatrycznym w Tworkach – 22-23 września 1995 r*., Palestra 1995, Nr 11-12.
152. **Paprzycki** Lech K., *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające – o potrzebie nowelizacji przepisów art. 31 oraz 93–95 k.k. z 1997 r.*, w: *Państwo* prawa *i prawo karne. Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, t. II, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel, Warszawa 2012.
153. **Pieter** Józef, *Ogólna metodologia pracy naukowej*, Wrocław 1967.
154. **Pietrak** Maciej, *Środki zabezpieczające w świetle nowelizacji prawa karnego z 20.2.2015 r*., Monitor Prawniczy 2015, Nr 13.
155. **Pilecki** Maciej w: *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. Janusz Heitzman, Warszawa 2007.
156. **Pohl** Łukasz, *Prawo* karne. *Wykład części ogólnej*, Warszawa 2019.
157. **Pospiszył** Kazimierz, *Powrotność do przestępstw seksualnych (ocena ryzyka i sposoby zabezpieczeń),* Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2001, Nr 32-33.
158. **Postulski** Kazimierz, *Wykonywanie środków zabezpieczających przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii*, Prokuratura i Prawo 2008, Nr 1.
159. **Postulski** Kazimierz, *Nowe zasady wykonywania przez sąd środka zabezpieczającego określonego w art. 95a kodeksu karnego*, Prokuratura i Prawo 2010, Nr 10.
160. **Postulski** Jacek, *Gwarancje stosowania środków zabezpieczających w świetle* aktualnego *orzecznictwa Sądu Najwyższego*, Prokuratura i Prawo 2008, Nr 11.
161. **Przybysz** Jerzy, *Psychiatria sądowa cz. I. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2007.
162. **Pyrcak-Górowska** Małgorzata, *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badań aktowych*, Warszawa 2017.
163. **Pyrcak-Górowska** Małgorzata, *Wybrane problemy związane z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym w sprawach o zastosowania środka zabezpieczającego po 1.07.2015r.*, Palestra 2021, Nr 3.

164. **Pyrcak-Górowska** Małgorzata, *Czy nowelizacja kodeksu karnego z 2015 r. wpłynęła na praktykę stosowania środków zabezpieczających? Raport z badań?* Probacja 2021, Nr 2.
165. **Raglewski** Janusz, *Podstawy orzekania środków zabezpieczających o charakterze administracyjnym w Kodeksie karnym z 1997 roku*, Prokuratura i Prawo 2002, Nr 4.
166. **Raglewski** Janusz (w:) *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz* pod. red. Włodzimierza Wróbla, Kraków 2015.
167. **Ramirez Basco** Monica, **Rush** A. John, M. Ramirez Basco, *Zaburzenia* afektywne *dwubiegunowe. Terapia poznawczo-behawioralna*, Kraków 2005.
168. **Rejman** Genowefa (red.) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 1999.
169. **Rutkowski** Ryszard, **Fleszar-Szumigaj** Jadwiga, *Lekarskie aspekty stosowania środków leczniczo-zabezpieczających*, Problemy Wymiaru Sprawiedliwości 1981, Nr 20.
170. **Rutkowski** Ryszard, *O potrzebie utworzenia ośrodka psychiatrii sądowej w Polsce*, Nowe Prawo 1987, Nr 4.
171. **Rutkowski** Ryszard, *Postulaty nowelizacji ustaw karnych w przedmiocie stosowania środków zabezpieczających ze strony psychiatrów*, Nowe Prawo 1988, Nr 9.
172. **Sienkiewicz** Zofia (w:) *Prawo karne materialne. Cześć ogólna i szczególna* pod red. Marka Bojarskiego, Warszawa 2004.
173. **Sieracki** Władysław, *Środki zabezpieczające według nowego kodeksu karnego*, Państwo i Prawo 1969, Nr 12.
174. **Siewierski** Mirosław, *Kodeks karny i prawo wykroczeń. Komentarz*, Warszawa 1958.
175. **Skrzydło-Niżnik** Iwona, Zalas Grażyna, *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i* przeciwdziałaniu *alkoholizmowi. Komentarz. Doktryna. Orzecznictwo*, Kraków 2002.
176. **Sołoma** Luba, Metody *i techniki badań socjologicznych. Wybrane zagadnienia*, Olsztyn 1995.
177. **Spada** Marcantonio, *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu problemu alkoholowego. Podręcznik terapeuty*, Warszawa 2019.

178. **Spett** Karol (w:) Marian Cieślak, Karol Spett, Władysław Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968.
179. **Stefański** Ryszard A., *Prawo karne materialne część ogólna*, Warszawa 2008.
180. **Stefański** Ryszard A. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2017.
181. **Steppa** Wojciech, Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2006 r., sygn. I KZP 23/06, Prokuratura i Prawo 2012, Nr 10.
182. **Sójka-Zielińska** Katarzyna, *Historia prawa*, Warszawa 1995.
183. **Szczechowicz** Krystyna, *Postępowanie w przedmiocie umorzenia postępowania i orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy w zakładzie psychiatrycznym* (w:) *Doprawdy litość to zbrodnia, Księga jubileuszowa z okazji 70. urodzin Profesora Bogusława Sygita,* Łódź 2018.
184. **Szostak** Jacek, *Psychologia sądowa. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa 2002
185. **Sztumski** Janusz, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1999.
186. **Szwed** Marcin, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020.
187. **Szwejkowska** Małgorzata, *Skazani z zaburzeniami preferencji seksualnych*, Olsztyn 2013.
188. **Szwejkowska** Małgorzata, *Model postępowania wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych w Republice Federalnej Niemiec (w:) Doprawdy litość to zbrodnia, Księga jubileuszowa z okazji 70.urodzin Profesora Bogusława Sygita* pod red. B. Hołysta i innych, Łódź 2018.
189. **Szymanowski** Teodor, *Nowelizacja kodeksu karnego w 2015r*., Przegląd Więziennictwa Polskiego 2015, Nr 87.
190. **Szymusik** Adam, **Moczulski** A. W., *Psychiatryczne problemy nowelizacji prawa karnego*, Problemy Praworządności, Warszawa 1981, Nr 10.
191. **Śliwiński** Stanisław, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946.
192. **Świda** Witold, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 1970.
193. **Świda** Witold, *Prawo karne*, Warszawa 1986.

194. **Tarnawski** Maciej, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, Palestra 1973, Nr 5.
195. **Tucholska** Stanisława, *Kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego* (w:) Roczniki Psychologiczne, tom I, Lublin 1998.
196. **Turski** Julian, *Stosowanie środków zabezpieczających wobec niepoczytalnych i* mających *poczytalność zmniejszoną*, Nowe Prawo 1965, Nr 7-8.
197. **Tygielski** Maciej, *Lecznicze środki zabezpieczające stosowane wobec* sprawców *przestępstw popełnionych w związku z uzależnieniem,* Warszawa 2018.
198. **Tyszkiewicz** Leon, *Badania osobopoznawcze w prawie karnym*, Warszawa 1975.
199. **Tyszkiewicz** Leon, *Doktryna i ruch „obrony społecznej" we* współczesnym *prawie karnym*, Poznań 1968.
200. **Uleniecki** Marek, Orzekanie *internowania w szpitalu psychiatrycznym oraz ocena skuteczności stosowania tego środka*, Nowe Prawo 1990, Nr 7-9.
201. **Warylewski** Jarosław, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2007.
202. **Warylewski** Jarosław, *Orzeczenie przepadku rzeczy tytułem środka zabezpieczającego wobec* sprawcy *czynu zabronionego,* Prokuratura i Prawo 2000, Nr 6.
203. **Warylewski** Jarosław (w:) *System prawa karnego*. Tom I. *Zagadnienia ogólne* pod red. Andrzeja Marka, Warszawa 2010.
204. **Wdowiarz** Anna, *Stosowanie środka zabezpieczającego wobec* sprawcy *niepoczytalnego i o poczytalności zmniejszonej*, CPKiNP 2002, z. 1.
205. **Wilkowska-Płóciennik** Aneta, *Stosowanie leczniczych środków zabezpieczających – art. 94 k.k.*, Prokuratura i Prawo 2008, Nr 6.
206. **Wilkowska-Płóciennik** Aneta, *Kodeks karny. Komentarz 2021*, wyd. 26, pod red. R. A. Stefańskiego, Legalis.
207. **Wróbel** Włodzimierz, *Z zagadnień retroaktywności prawa karnego*, Przegląd sądowy 1993, Nr 4.
208. **Wróbel** Włodzimierz, *Zmiana normatywna i zasady intertemporalne w* prawie *karnym*, Kraków 2003.
209. **Zalewski** Wojciech, *Przestępca „niepoprawny" – jako problem* polityki *kryminalnej*, Gdańsk 2010.

210. **Zalewski** Wojciech, *Niepoczytalność, poczytalność zmniejszona* – garść *wątpliwości, co do konstrukcji instytucji w kontekście najnowszych rozwiązań wobec „niepoprawnych" przestępców*, Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXIII, 2015.
211. **Zawłocki** Robert, *Reforma prawa karnego materialnego od 1.7.2015r. Uwagi* ogólne *dotyczące najważniejszych zmian w Kodeksie karnym*, Monitor Prawniczy 2015, Nr 11.
212. **Zaworska-Nikoniuk** Dorota, *Diagnoza, profilaktyka i terapia* uzależnień, Olsztyn 2005.
213. **Zduński** Igor, *Środki zabezpieczające w projekcie nowelizacji k.k.*, Prokuratura i Prawo 2015, Nr 3.
214. **Zgryzek** Kazimierz, *W sprawie poważnego niebezpieczeństwa jako* materialnoprawnej *przesłanki stosowania środków zabezpieczających (art. 99 i 100 § 1 k.k.)*, Nowe Prawo 1986, Nr 11-12.
215. **Zgryzek** Kazimierz, *Właściwość sądu do orzekania środków* zabezpieczających *na wniosek prokuratora – de lege lata i de lege ferenda*, Nowe Prawo 1988, Nr 2-3.
216. **Zgryzek** Kazimierz, *Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym*, Katowice 1989.
217. **Zoll** Andrzej (w:) *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, pod red. Kazimierza Buchały, Warszawa 1994.
218. **Zyss** Tomasz (w:) *Psychiatria* pod red. M. Jaremy i J. Rabe-Jabłońskiej. Podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa 2011.
219. **Żywucka-Kozłowska** Elżbieta, *Upośledzenie umysłowe w* perspektywie *prawa karnego*, Kortowski Przegląd Prawniczy Monografie, Olsztyn 2018.
220. Wielki *słownik medyczny* pod red. Janusza Komendera i in., Warszawa 1996
221. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. Lucjana Korzeniowskiego i Stanisława Pużyńskiego, Warszawa 1986.
222. *Leksykon terminów alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia* w tłum. Andrzeja Bidzińskiego, Warszawa 1997.
223. *Słownik* języka *polskiego* pod red. Mieczysława Szymczaka, Warszawa 1981.
224. Uzasadnienie rządowego projektu kodeksu karnego, Nowe kodeksy karne - z 1997 r. z uzasadnieniami, Warszawa 1997.

Wykaz rzecznictwa

1. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 1971 r., V KZP 47/71;
2. Uchwała składu 7 Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 1978 r., VII KZP 12/78;
3. Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 1984 r., III CZP 17/84;
4. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 1999 r., I KZP 9/99;
5. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2002 r., I KZP 38/02;
6. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2004 r., I KZP 6/04;
7. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 listopada 1953 r., I K 632/53;
8. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1973 r., w sprawie I KR 411/72;
9. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1978 r., II KR 198/78;
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1996 r., II KRN 185/95;
11. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2005 r., II KK 494/04;
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2005 r., III KK 283/04;
13. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 października 2008 r., II KK 113/08;
14. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2012 r., WA 45/11;
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2012 r., III KK 384/11;
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 czerwca 2013 r., III KK 167/13;
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2013 r., III KK 208/13;
18. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2013 r., III KK 409/13;
19. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2014 r., III KK 458/13;
20. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2014r., IV KK 67/14;
21. Wyrok Sądu Najwyższego wyrażone z dnia 24 stycznia 2019 r., V KK 459/17;
22. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 października 1971 r., V KRN 368/71;
23. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1983 r., I KZ 96/83;
24. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 maja 1986 r., V KRN 158/86;
25. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1989r., I KZP 13/89;
26. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 czerwca 1997 r., II KKN 216/96;
27. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 1998 r., III KKN 219/97
28. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 04 listopada 2002 r., w sprawie III KKN 269/01;
29. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 lipca 2003 r., II KK 138/03;

30. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2006r, I KZP 23/06;
31. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007r., V CSK 241/07;
32. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007r., V CSK 241/07;
33. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 r., III CSK 178/08;
34. Postanowienie Sądu Najwyższego z 12 kwietnia 2010 r., V KK 38/10;
35. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lipca 2011 r., I KZP 9/11;
36. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 listopada 2012 r., III KK 324/12;
37. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014r., IV KK 337/14;
38. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2015r., I KZP 2/14;
39. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2015 r., II CSK 828/14;
40. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2015 r., I CSK 825/14;
41. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2015 r., IV KK 153/15;
42. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2017 r., V KK 170/16;
43. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2017r., V CSK 477/16;
44. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2018 r., I CSK 538/17;
45. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2018r., II CSK 22/18;
46. Postanowienia: Sądu Najwyższego z dnia 09 sierpnia 2018 r., V CSK 188/18;
47. Postanowienie Pełnego Składu Izby Karnej Sądu Najwyższego z dnia 6 marca 2019r.,V KK 61/18;
48. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 marca 2019 r., II KK 46/19;
49. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2019 r., V CZ 29/19;
50. Postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2019 r., V KK 74/19;
51. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2019 r., V KK 237/18;
52. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2019 r., IV CSK 523/19;
53. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 2020 r., V CSK 506/19;
54. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 2020r., V CSK 287/20;
55. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2021 r., IVKK 33/21;
56. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 30 kwietnia 1991 r., w sprawie II AKz 17/91;
57. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 grudnia 2014 r., II AKa 293/14;
58. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 stycznia 2015 r., II Aka 259/14;
59. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 lutego 2015 r., I ACa 1681/14;
60. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 listopada 1991 r., II Akz 94/91;

61. Postanowienie SA w Katowicach z dnia 18 kwietnia 2001 r., II AKz 180/01;
62. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 listopada 2007r., II Akzw 770/07;
63. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 7 lipca 2010 II AKzw 535/10
64. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 września 2010 r., V Aca 251/18;
65. Postanowienie SA w Łodzi z 11 stycznia 2012 r., sygn. II AKzw 1107/11;
66. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 lutego 2016 r., V Aca 13/16;
67. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 marca 2016 r., II AKz 53/16;
68. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 11 września 2018 r., II AKzw 1216/18

Źródła internetowe

1. Informacja na temat monografii M. Pyrcak-Górowskiej *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badań aktowych:* https://karne24.com/do-szpitala-psychiatrycznego-za-kradziez-pradu/

2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja dziesiąta, tom I, 2008 r.: https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf

3. E. Żywucka-Kozłowska, *Upośledzenie umysłowe w perspektywie prawa* karnego, Kortowski Przegląd Prawniczy Monografie, Olsztyn 2018 r.: http://uwm.edu.pl/kpp/files/numery_kpp/kpp_monografie_uposledzenie_umyslowe.pdf)

4. S. Tucholska, *Kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego* (w:) Roczniki Psychologiczne, tom I, Lublin 1998, s. 182 (materiały): https://www.kul.pl/files/1024/Roczniki_Psychologiczne/1998/RPsych_1998_vol01_181-187_Tucholska.pdf

5. Artykuły prasowe na temat tzw. „kastracji chemicznej": https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/269403,1,kastracja-farmakologiczna-budzi-kontrowersje.read; https://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/37168,cwiakalski-o-kastracji-chemicznej-zgodna-z-konstytucja.html; https://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/374413,prezydent-podpisal-ustawe-o-chemicznej-kastracji-pedofilow.html

6. Opracowanie tematyczne Kancelarii Senatu, Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej: https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf.

7. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska": http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/5Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf

8. J. Heitzman, *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne, Psychiatria Polska 2020*; 54(2): http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2020/187Heitzman_PsychiatrPol2020v54i2.pdf

9. *Wyniki* badań przeprowadzonych przez Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie, opublikowane w czasopiśmie "Frontiers of Psychiatry" pod adresem: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.581426/full

10. E. Grzela, Puls medycyny, artykuł *Pandemia Covid-19 zwiększy liczbę osób uzależnionych*: https://pulsmedycyny.pl/pandemia-covid-19-zwiekszy-liczbe-osob-uzaleznionych-1007628

11. Oświadczenie Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z 20.05.2014 r.: https://www.gov.pl/attachment/3b3ff1d6-1c74-4229-9d9c-03aa8302cc23

12. Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29

13. M. Garwol*, Środki zabezpieczające w świetle ustawy nowelizującej z dn. 20 II 2015r*. Wybrane *zagadnienia*, Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ 2015/1: http://www.tbsp.wpia.uj.edu.pl/documents/4137545/0c9d3365-811b-4ff1-81a7-62beb7b34155

14. A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie,* Warszawa 2018: https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2019/03/mcps-malczewski-kidawa.pdf

15. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r. Analizy statystyczne opublikowane na stronie *Głównego* Urzędu Statystycznego: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/9/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf

16. K. Nowosielska, *Wydatki NFZ na zdrowie psychicznie nie rosną znacząco,* artykuł na *stronie* internetowej Polityka prozdrowotna*:*

https://www.politykazdrowotna.com/74317,wydatki-nfz-na-zdrowie-psychiczne-nie-rosna-znaczaco

Wykaz tabel i wykresów

Tabela 1. Sądy okręgowe województwa warmińsko-mazurskiego.	241
Tabela 2. Sądy rejonowe Okręgu Olsztyńskiego.	242
Tabela 3. Pozostałe sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego.	242
Wykres 1. Łączna liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania terapię w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	245
Wykres 2. Łączna liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania terapię uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	246
Tabela 4. Łączna liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania terapię lub terapię uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	246
Wykres 3. Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	247
Wykres 4. Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	248
Tabela 5. Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	248
Wykres 5. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020	249
Wykres 6. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020	250
Tabela 6. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020	250
Wykres 7. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	251
Wykres 8. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	251

Tabela 7. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	252
Wykres 9. Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	253
Wykres 10. Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	254
Tabela 8. Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2015-2020.	254
Wykres 11. Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020.	255
Wykres 12. Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020.	256
Tabela 9. Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020.	256
Tabela 10. Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczniczym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2010-2015. Orzeczenia wydane na podstawie art. 94, 95a § 1 i 96 Kodeksu karnego.	260
Tabela 11. Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020. Orzeczenia na podstawie art. 93a § 1 pkt 4 Kodeksu karnego.	260
Tabela 12. Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczniczym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce w latach 2010-2015. Orzeczenia wydane na podstawie art. 94 Kodeksu karnego.	261

Tabela 13. Liczba skierowanych do wykonania orzeczeń o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym w sądach rejonowych i w sądach okręgowych w Polsce latach 2015-2020, w tym wobec sprawców niepoczytalnych, o których mowa w art. 93c pkt 1 k.k.	262
Tabela 14. Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy okręgowe w województwie warmińsko-mazurskim w I instancji w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt.	265
Tabela 15. Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy rejonowe Okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie w I instancji w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt.	265
Tabela 16. Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez pozostałe sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w I instancji w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt.	266
Tabela 17. Liczba sprawców, wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k. (art. 93c pkt 1 k.k.) i skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	267
Tabela 18. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	267
Tabela 19. Liczba sprawców skazanych za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020	268
Tabela 20. Liczba sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	268
Tabela 21. Liczba skazanych za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, wobec których skierowano do wykonania środki zabezpieczające w postaci terapii lub terapii uzależnień w sądach okręgowych i rejonowych województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	269
Tabela 22. Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy okręgowe w województwie warmińsko-mazurskim w postępowaniu wykonawczym w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt.	271

Tabela 23. Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez sądy rejonowe Okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie w postępowaniu wykonawczym w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt..	272
Tabela 24. Zastosowanie terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie przez pozostałe sądy rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w postępowaniu wykonawczym w okresie od 1 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2020 r. na podstawie danych z akt.	272
Tabela 25. Wariant zastosowania terapii lub terapii uzależnień albo obu środków zabezpieczających łącznie w postępowaniu wykonawczym przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	274
Wykres 13. Płeć sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	276
Tabela 26. Płeć sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	276
Wykres 14. Wiek sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020	277
Tabela 27. Wiek sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020	278
Wykres 15. Miejsce zamieszkania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	279
Tabela 28. Miejsce zamieszkania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	279
Wykres 16. Wykształcenie sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	280
Tabela 29. Wykształcenie sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	281
Wykres 17. Główne źródło utrzymania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	282
Tabela 30. Główne źródło utrzymania sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	282

Wykres 18. Stan cywilny sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	284
Tabela 31. Stan cywilny sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	284
Wykres 19. Uprzednia karalność sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	285
Tabela 32. Uprzednia karalność sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	285
Wykres 20. Uprzednie stosowanie środków zabezpieczających wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	286
Tabela 33. Uprzednie stosowanie środków zabezpieczających wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	286
Wykres 21. Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	287
Tabela 34. Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	287
Wykres 22. Zaburzenia psychiczne stwierdzone przez biegłych wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	289
Tabela 35. Zaburzenia psychiczne stwierdzone przez biegłych wobec sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	290
Tabela 36. Rodzaj rozpoznanej przez biegłych choroby psychicznej sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	291
Tabela 37. Kategoria czynu przypisanego sprawcy, wobec którego zastosowano terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie, w prawomocnym orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	293

Tabela 38. Zgoda sprawcy albo jej brak a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020, liczony od stawienia się w podmiocie leczniczym.	305
Tabela 39. Czas skierowania do wykonania orzeczenia o terapii lub terapii uzależnień a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, wobec których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020, liczony od daty stawienia się w podmiocie leczniczym.	307
Tabela 40. Wsparcie osób bliskich i innych osób a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	309
Tabela 41. Pozostawanie pod dozorem kuratora a podjęcie leczenia i czas trwania terapii lub terapii uzależnień sprawców, co do których sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego stosowały terapię lub terapię uzależnień albo oba środki zabezpieczające jednocześnie w latach 2015-2020.	311
Tabela 42. Rodzaj decyzji określającej podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 93f § 1 i 2 k.k. wydawanych przez sądy okręgowe i rejonowe województwa warmińsko-mazurskiego w latach 2015-2020.	312
Wykres 23. Przeszkoleni sędziowie.	313
Tabela 43. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kategorii opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2015-2024 w tys. zł.	323