

Beata ZAJĘCKA

Terapia osób uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych

Wprowadzenie

Z raportu ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, opublikowanego w 2000 roku wynika, że alkohol jest substancją, która w sposób niezaprzeczalny stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi na całym świecie. Szacuje się, że jest bezpośrednią lub pośrednią przyczyną 3,5% wszystkich zgonów i inwalidztwa, podczas gdy narkomania, która wydaje się o wiele groźniejszym zjawiskiem, stanowi 0,6% wymienianych przypadków¹.

Skutki alkoholizowania się obejmują nie tylko sferę zdrowotną człowieka, ale również wpływają na jego funkcjonowanie społeczne. D. Pstrąg² wyróżnia następujące społeczne skutki nadużywania alkoholu:

- straty ekonomiczne spowodowane spadkiem produktywności wywołanej spożywaniem alkoholu;
- skutki związane z popełnianiem przestępstw pod wpływem alkoholu, w tym prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwym;
- skutki w obrębie najbliższego otoczenia alkoholika, szczególnie dotyczące członków jego rodziny: pogorszenie sytuacji materialnej rodziny alkoholika; konflikty małżeńskie; współzależnienie członków rodziny; dezorganizacja środowiska rodzinnego i w efekcie negatywna socjalizacja dzieci; zaburzenia w relacjach rodzinnych; przemoc wobec innych członków rodziny; współwystępowanie innych rodzajów patologii.

Alkoholizm nie wybiera, nie zna podziałów społecznych. Dotyka zarówno ludzi z marginesu społecznego, jak i osoby wykształcone i zamożne. W wyniku tej choroby ludzie często popełniają błędy, których nie popełniliby gdyby nie byli pod wpływem działania alkoholu. Związek alkoholu z przestępczością jest

¹ K. Godorowski, *Alkohol wciąż najgroźniejszy*, „Problemy Alkoholizmu” 2001, nr 4.

² D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*, Rzeszów 2000.

wyraźny. Spożywanie alkoholu powoduje rozluźnienie hamulców społecznych, a także podwyższenie poziomu agresji. Z. Majchrzyk³ uważa, że spożywanie alkoholu powoduje u jednostki przejście od sterowania racjonalnego do emocjonalnego, tak więc powoduje obniżenie jakości oceniania sytuacji, w jakiej się ta jednostka znalazła. Osoba taka słabiej kontroluje swoje postępowanie, co jest szczególnie ważne w sytuacjach, gdy ofiara zachowuje się prowokująco.

B. Hołyst⁴ podkreśla, że alkoholizm może występować u osób, które już wcześniej popełniały przestępstwa, bądź też może stać się jednym z głównych czynników demoralizacji jednostki. Analizując kryminogenną rolę alkoholu, należy wskazać, że najczęściej przestępstw jest popełnianych przez osoby uzależnione od tej substancji lub pozostające w niebezpiecznym stanie alkoholowym. Niebezpieczny stan alkoholowy może przybrać trzy formy: jako pogranicze zachowań przestępczych, jako cecha konstruktywna przestępstwa, lub jako okoliczność świadcząca o osobowości sprawcy.

K. Badźmirowska-Masłowska⁵, badając młodocianych sprawców zabójstw, wykazała, że 71,3% z nich piło alkohol przed popełnieniem tego czynu. Natomiast u 66% badanych stwierdzono stan nietrzeźwości.

Alkohol odgrywa istotną rolę również w przypadku wypadków drogowych. W 2005 roku wszyscy nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego spowodowali łącznie 5748 wypadków. Najwięcej wypadków było spowodowanych z winy pijanego kierującego – 4005, w wypadkach tych zginęło 490 osób, a 5 609 zostało rannych⁶.

Konieczne jest wyraźne podkreślenie, że alkohol nie zawsze jest główną przyczyną popełniania przez ludzi przestępstw, jednakże, nie sposób jest nie dostrzec kryminogennej roli tej substancji, przynajmniej, jeżeli chodzi o pewne typy przestępstw. W takim przypadku uzależnienie od alkoholu w miarę nasilania się prowadzi na drogę przestępczą i wprost do zakładu karnego. Warto zaprezentować, na jaką ofertę mogą liczyć w jednostkach penitencjarnych osoby uzależnione od alkoholu; jak przebiega organizacja procesu terapeutycznego oraz na jakich podstawach prawnych się ona opiera, jaka jest jej specyfika oraz różnice pomiędzy pacjentami więziennych programów odwykowych czy grup AA, a programów czy grup wolnościowych.

³ Z. Majchrzyk, *Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie*, Warszawa 1995.

⁴ B. Hołyst, *Alkohol a przestępstwo w świetle teorii i statystyki*, „Problemy Alkoholizmu” 2002, nr 1.

⁵ K. Badźmirowska-Masłowska, *Młodociani sprawcy zabójstw w Polsce*, Kraków 2000.

⁶ Dane Komendy Głównej Policji, www.kgp.gov.pl.

Podstawy prawne i organizacja oddziaływań terapeutycznych w zakładach karnych

Podstawowymi aktami prawnymi dotyczącymi leczenia odwykowego w zakładach karnych w Polsce są przede wszystkim:

- Kodeks karny wykonawczy z dnia 6 czerwca 1997 roku, obowiązujący od dnia 1 września 1998 roku (DzU 1997, Nr 88, poz. 553);
- Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (DzU 1982, nr 35, poz. 230);
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 roku w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (DzU 2003, nr 152, poz. 1493);
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 sierpnia 2000 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego, readaptacyjnego, w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w Aresztach Śledczych i Zakładach Karnych (DzU 2000, nr 77, poz. 880);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2001 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia, rehabilitacji, readaptacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających, lub substancji psychotropowych (DzU 2001, nr 101, poz. 1111);
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 marca 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad, zakresu, i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zespoły opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (DzU 2002, nr 37, poz. 346);
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 marca 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (DzU 2002, nr 55, poz. 490).

Leczenie odwykowe osób przebywających w Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych zgodnie z artykułem 5 ustawy z 7 sierpnia 2000 prowadzone jest:

- w ambulatoriach zakładów karnych;
- na pododdziałach detoksykacyjnych;
- na oddziałach terapeutycznych.

Kodeks karny wykonawczy z 6 czerwca 1997 roku (art. 81) wprowadził trzy systemy odbywania kary pozbawienia wolności: terapeutyczny, programowanego oddziaływania, oraz zwykły. Artykuł 96 k.k.w. określa, że „w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu, lub innych środków odurzających, lub psychotropowych, oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający od-

działywania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej, rehabilitacyjnej”⁷.

Osoby skazane wyrokiem sądu (lub przebywające w aresztach śledczych), po przybyciu do jednostki penitencjarnej zostają poddane badaniom. Jeżeli lekarz stwierdzi u takiej osoby zatrucie alkoholem, to pacjent zostaje oddelegowany na oddział detoksykacyjny. Wówczas psycholog więzienny diagnozuje uzależnienie. Jeśli powikłania związane z odstawieniem środka odurzającego nie są tak silne, pacjent trafia do ambulatorium zakładu karnego i tam podaje się mu odpowiednie leki. W przypadku stwierdzenia uzależnienia psycholog więzienny informuje osadzonego o możliwości podjęcia leczenia w jednostce penitencjarnej.

W artykule 62 obowiązującego Kodeksu karnego wykonawczego, ustawodawca stwierdza, że sąd może określić rodzaj i typ zakładu karnego, a także orzec o wykonywaniu kary pozbawieniu wolności w systemie terapeutycznym. Zdarza się tak, szczególnie w tych przypadkach, w których przestępstwo zostało popełnione w związku z nadużywaniem, lub używaniem substancji psychoaktywnych lub odurzających. Jeśli skazany wyrazi na nie zgodę, wówczas jest kwalifikowany do zwykłych oddziałów terapeutycznych, natomiast, artykuł 117 k.k.w. określa, że „skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających, lub psychotropowych, obejmuje się za jego zgodą leczeniem i rehabilitacją, a w razie jej braku – o stosowaniu leczenia, lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny”. Jeśli osadzony wyrazi zgodę na leczenie, wówczas zostaje on zakwalifikowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, jeśli nie wyrazi zgody, wówczas trafia na oddział terapeutyczny, który przyjmuje osadzonych bez ich zgody (są trzy takie oddziały)⁸.

Artykuł 4 ustawy z dn. 7 sierpnia 2000 roku mówi, że dyrektor zakładu, w którym przebywa skazany, może wystąpić z wnioskiem do sądu penitencjarnego o orzeczenie obowiązku poddania się leczeniu i rehabilitacji. Sąd penitencjarny może zmienić decyzje sądu orzekającego o odbywaniu kary przez skazanego w danym rodzaju bądź typie zakładu, lub też o systemie terapeutycznym, jeśli wystąpią nowe okoliczności, uzasadniające podjęcie takiej decyzji. Natomiast, jeśli sąd ten już raz podjął decyzję, wówczas decyzję o kolejnej zmianie (oczywiście, gdy znów wystąpią odpowiednie okoliczności) może podjąć komisja penitencjarna (art. 74 k.k.w.). Tak więc w efekcie o kierowaniu osadzonych do systemu terapeutycznego orzekają:

1. sądy orzekające (art. 62 k.k.w.);
2. komisje penitencjarne aresztów śledczych i zakładów karnych (art. 76 k.k.w.);

⁷ T. Głowik, *System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5, s. 9.

⁸ J. Fudała, *Leczenie w więzieniu*, „Świat Problemów” 1997, nr 4.

3. sądy penitencjarne (art. 74 paragraf 1 k.k.w. w drodze zmian sąd orzekający).

System ten jest z założenia systemem przejściowym, dlatego też osoby, które ukończyły terapię, zostają przeniesione do zwykłego systemu odbywania kary bądź też programowanego oddziaływania.

System terapeutyczny wykonuje się przede wszystkim w oddziałach terapeutycznych, ale nie tylko, system ten może być wykonywany także poza tymi oddziałami⁹. Jest to spowodowane przede wszystkim małą liczbą miejsc na oddziałach. W przeznaczonych na potrzeby terapii miejscach (są to wytypowane zakłady karne), pod okiem specjalistów (psychologów, wychowawców, terapeutów, lekarzy, oczywiście po odpowiednim przeszkoleniu), prowadzona jest terapia, która może przybierać różne formy. Do form tych zwykle należą:

1. edukacja w zakresie uzależnień;
2. uczestnictwo w grupach terapeutycznych tzn. w grupach rozwoju osobistego, samopomocowych, wsparcia;
3. kontakty, rozmowy z psychologiem lub wychowawcą do spraw uzależnień;
4. profilaktyka i motywowanie do podjęcia terapii¹⁰.

Zakwalifikowanie skazanego do systemu terapeutycznego poza oddziałem następuje na wniosek psychologa. Powinien on być zawarty w wydawanej przez niego opinii psychologicznej na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań. Do tego rodzaju systemu odbywania kary są kierowane przede wszystkim osoby:

1. zdolne do uczestnictwa i pracy w grupie;
2. mające trudności w przystosowaniu się do funkcjonowania w warunkach zakładu karnego;
3. które mają stworzony Indywidualny Program Terapeutyczny i wyrażają chęć jego realizacji;
4. które odbyły terapię na oddziale terapeutycznym i wykazują motywację do pozostania w abstinencji;
5. potrafiące kontrolować swoje zachowanie.

Leczenie w systemie terapeutycznym poza oddziałem jest raczej uzupełnieniem oferty oddziałów. Może tu nastąpić przygotowanie do pracy na oddziale lub opieka post terapeutyczna po zakończeniu terapii. Poza oddziałami terapeutycznymi na dzień 31.12.2006 odbywało terapię 492 więźniów, w tym 22 kobiet,

⁹ L. Tużnik, *Organizacja leczenia odwykowego zakładach karnych w świetle uregulowań Kodeksu Karnego Wykonawczego z 1997 roku*, [w:] *Problemy organizacji i zarządzania więziennictwem. Materiały II Krajowego Sympozjum Penitencjarnego*, red. W. Ambroziak, P. Stępiak, Poznań – Kalisz – Warszawa 1999.

¹⁰ K. Różański, *Terapia alkoholików w zakładach karnych*, „Problemy Alkoholizmu” 2000, nr 1.

11 młodocianych, 260 pierwszy raz skazanych i 221 recydywistów penitencjarnych¹¹.

L. Tużnik¹² dzieli całe leczenie osadzonego na trzy organizacyjne etapy:

1. detoksykacja i pobyt w areszcie śledczym. Leczenie na tym etapie obejmuje według autora przede wszystkim: detoksykację, udzielenie niezbędnej pomocy medycznej (ma to miejsce w ambulatoriach AŚ i ZK), oraz motywowanie uzależnionych do podjęcia leczenia w czasie pobytu w zakładzie karnym w przypadku wyroku skazującego;
2. czas, od podjęcia decyzji przez komisję penitencjarną o wykonywaniu kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, aż do podjęcia przez osadzonego terapii;
3. właściwe leczenie zazwyczaj na oddziale terapeutycznym, trwa ono do końca odbywania kary i jest zakończone „oddaniem” uzależnionego pod odpowiednią opiekę społecznej placówki służby zdrowia na wolności.

Specyfika leczenia odwykowego w zakładach karnych

W jednostkach penitencjarnych nie jest możliwe przeniesienie form pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu z warunków wolnościowych. Specyfika pracy w zakładach karnych z osobami uzależnionymi od alkoholu wynika przede wszystkim ze specyficznego miejsca oddziaływań oraz ze specyfiki samych pacjentów. Pociąga to za sobą oczywiście konieczność prowadzenia terapii nieco różniącej się, od tej prowadzonej na wolności, oraz wymusza tworzenie odmiennych ofert pracy z uzależnionymi¹³.

Sam pobyt w zakładzie karnym jest przyczyną abstynencji, która jednak, by wytrwać w trzeźwości, sama nie wystarcza. Leczenie alkoholizmu w warunkach izolacji przebiega bez możliwości sprawdzania siebie lub daje nikłą możliwość¹⁴. Dlatego ważny jest moment podjęcia leczenia. Jak podkreśla J. Malec¹⁵, znaczna część specjalistów opowiada się za rozpoczęciem terapii sześć miesięcy przed zakończeniem odbywania kary, niezależnie od wcześniejszych deklaracji skazanego o gotowości podjęcia leczenia. Badacze ci uważają, że terapia w zakładzie ma za zadanie przysposobić osadzonego do funkcjonowania i radzenia

¹¹ www.czsw.gov.pl.

¹² L. Tużnik, dz. cyt.

¹³ R. Pomianowski, *Czy można mówić o specyfice więziennego odwyku?*, „Świat Problemów” 1997, nr 9.

¹⁴ E. Czudek, *Trudniej im zdrowieć*, „Świat Problemów” 2005, nr 1.

¹⁵ J. Malec, *Problematyka odwykowa w jednostkach penitencjarnych*, „Biuletyn RPO” nr 34, *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, cz. III, Warszawa 1998.

sobie w warunkach wolnościowych. Dlatego też okres między zakończeniem leczenia a zakończeniem odbywania kary nie może być zbyt długi, ponieważ wiąże się to z możliwością zapomnienia pewnych informacji, które byłyby niezbędne w środowisku otwartym. Inna grupa specjalistów uważa, że trzeba wykorzystać moment, w którym osadzony deklaruje gotowość do podjęcia leczenia, niezależnie od ilości czasu pozostałego do zakończenia odbywania kary, ponieważ taki moment zdarza się niezwykle rzadko.

Leczenie uzależnienia w zakładach karnych ma swoje pozytywy. Już samo umieszczenie w jednostce penitencjarnej stwarza dogodną sytuację dla osób, które w warunkach wolnościowych nigdy by się leczeniu nie poddały. Na samym początku odbywania kary można zdiagnozować osobę uzależnioną i zaoferować jej pomoc, jeśli oczywiście skazany nie został wcześniej sądownie zobligowany do leczenia. Leczenie w zakładzie karnym jest tańsze niż leczenie na wolności, gdyż pacjenci – niezależnie od tego, czy są objęci terapią czy nie – są i tak utrzymywani przez jednostkę penitencjarną, w której aktualnie przebywają.

Charakterystyczną cechą osób objętych terapią w zakładzie karnym jest to, że występują oni w podwójnej roli a mianowicie, są przede wszystkim więźniami oraz są pacjentami. Skazani w każdej swojej roli mają innego przełożonego, tzn. terapeutę lub dyrektora zakładu. Czasami zdarza się tak, że ci przełożeni nie potrafią ze sobą skutecznie współpracować. Różnice zdań dotyczą w szczególności udziału osadzonych w mityngach Anonimowych Alkoholików, organizowanych poza zakładem, oraz wyposażenia oddziałów terapeutycznych. Często zajęcia terapeutyczne zazębiają się z innymi, czego skutkiem jest ograniczenie udziału w terapii i w efekcie wydłużenie jej czasu trwania¹⁶.

Ważnym problemem jest postawa funkcjonariuszy służby więziennej wobec pacjentów. Czasami nie akceptują odmiennego ich traktowania. Uważają, że jest to „psucie” więźniów. Prezentują swoją siłę i przewagę nad osadzonymi, wynikającą ze swojej pozycji. Zdarza się, że nie szanują zgody więźniów na podjęcie leczenia, argumentując to chęcią zdobycia przez nich nagrody, najczęściej w postaci przepustki lub zwolnienia warunkowego. Postępowanie takie rodzi wiele konfliktów¹⁷. Oczywiście większa część skazanych podejmujących leczenie w jednostkach penitencjarnych liczy na odmienne traktowanie, na różnorodne ulgi, wreszcie na warunkowe przedterminowe zwolnienie. To właśnie jest głównym motywem podjęcia leczenia, ale zdarza się i tak, że część z tych osób pod wpływem terapii naprawdę chce przestać pić. Innym ważnym powodem podjęcia leczenia jest zmniejszona sprawność fizyczna, co powoduje odsuwanie

¹⁶ J. Fudała, *Inne miejsce, inny pacjent*, „Świat Problemów” 2005, nr 1.

¹⁷ J. Fudała, T. Głowik, S. Witek, *Specyfika leczenia odwykowego w zakładach penitencjarnych*, [w:] *Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*, red. B. Bukowska, Warszawa 1997.

od planów przestępczych. Osoby takie czują się mniej sprawne w swoim fachu, dlatego zaczynają terapię. Chcą przestać pić, by być „lepszym” przestępcą.

Również praca terapeutów w zakładach karnych ma swoje specyficzne cechy. Odpowiadają oni za ofertę profilaktyczną, jej jakość, efektywność oddziaływań, a zarazem za bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i jednostki penitencjarnej, w której pracują. Poza tym, z jednej strony ich praca objęta jest tajemnicą zawodową, z drugiej zaś strony, wymaga się od nich pomocy przy formułowaniu prognoz kryminologicznych i społecznych.

Czynnikiem utrudniającym pracę terapeutyczną z osadzonymi jest niezaprzeczalnie fakt istnienia podkultury więziennej. Zasady „drugiego życia” ściśle określają panujący porządek, stosunek do funkcjonariuszy, „grypsujących” do „frajerów”. Skazany „grypsujący” nie może mówić o swoich słabościach, otworzyć się przed innymi, a przede wszystkim przed „frajerami”. Leczenie najczęściej odbierane jest jako współpraca z „klawiszami”, co oczywiście jest nie do przyjęcia w podkulturze więziennej. Również postawa alkoholików, którzy nie podjęli leczenia i nie zostali do tego zobligowani przez sąd, jest czynnikiem utrudniającym terapię, gdyż często śmieją się oni i drwią ze współtowarzyszy¹⁸.

Przed wszystkim jednak w warunkach izolacji leczą się specyficzni pacjenci. Są to osoby zazwyczaj słabo wykształcone. Rzadko zdarzają się przypadki ukończenia szkoły średniej, większość z nich ukończyła zasadniczą szkołę zawodową (często dopiero w więzieniu), lub szkołę specjalną. Czasami mają problemy z czytaniem i pisaniem. Jest to zazwyczaj spowodowane długoletnią recesją w pracy umysłowej. Również doświadczenia zawodowe są znikome. Izolacja, która ogranicza dopływ bodźców, wpływa niekorzystnie na aktywność jednostki, dlatego też pacjenci są spowolnieni, apatyczni, bierni. Podstawowe umiejętności życiowe, takie jak: inicjowanie i podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi, wyrażanie swoich emocji i własnego zdania, nawyk systematycznej pracy, czy umiejętność podejmowania decyzji są często niewykształcone lub po prostu zanikają na skutek ich nieużywania. Dlatego bardzo ważne jest uwzględnienie tych umiejętności podczas terapii.

Wyróżniającą cechą pacjentów więziennych oddziałów odwykowych jest też to, że są oni bardziej złośliwi niż alkoholicy przebywający na wolności. Większą część z nich można zaliczyć do chronicznych złoźników. Charakterystyczne jest również to, że u znacznej części osadzonych uzależnionych od alkoholu występują poważne zaburzenia osobowości lub występuje uzależnienie od środków chemicznych zmieniających nastrój. Czasami jest to efekt stosowania przez lekarzy więziennej służby zdrowia leków uspokajających i psychotropowych na

¹⁸ T. Dudziński, *Nie tak jak na wolności*, „Świat Problemów” 2005, nr 1.

różnorakie dolegliwości, np.: związanych z odstawieniem alkoholu, czy z trudnościami w zakresie adaptacji do warunków izolacji¹⁹.

Znaczna część pacjentów jest uzależniona nie tylko od alkoholu i środków zmieniających świadomość, lecz również od swoistego stylu życia, w którym dominuje przestępczość. Takim pacjentom nieustannie towarzyszy myśl i chęć dokonania przestępstwa. Jest to związane z potrzebą doznawania silnych bodźców. Uzależnienie to często jest pierwotne w stosunku do alkoholizmu. Pacjenci tacy najpierw myślą o dokonaniu czynu zabronionego, a dopiero później o spożyciu alkoholu.

Alkoholicy podejmujący leczenie w zakładzie karnym wywodzą się najczęściej z rodzin o dużym stopniu patologii społecznej. Zazwyczaj piją całe rodziny, dlatego większość z nich to Dorosłe Dzieci Alkoholików z wszystkimi objawami charakterystycznymi dla tej grupy ludzi. Wychowani w takich warunkach mają niedobór zdrowych zasad moralnych, norm. Po opuszczeniu zakładu nie mają się gdzie udać, nie mają osoby, która pomogłaby im wytrwać w trzeźwości.

Osoby te są bardzo nieufne. Przyczyną tego stanu rzeczy jest przymusowa konieczność przebywania w zakładzie karnym. Pacjent, który leczy się w warunkach wolnościowych, gdy tak zdecyduje, może nie przyjść, zrezygnować, nigdy więcej nie zobaczy osób, które wraz z nim się leczyły. Natomiast w więzieniu nie ma anonimowości, niezależnie od tego czy skazany będzie kontynuował terapię, czy nie – pozostanie w dalszym ciągu w zakładzie. Dlatego bardzo trudno jest dotrzeć do pacjentów, długi okres czasu zajmuje im otwarcie się. Ponieważ chcą mieć poczucie pewnej wewnętrznej stabilizacji, bezpieczeństwa, dlatego właśnie chcą zachować wypracowaną więzienną pozycję np. złodzieja, „grypsera”²⁰.

Charakterystyczną cechą pacjentów-więźniów jest również to, że po opuszczeniu zakładu niezwykle rzadko szukają pomocy w grupach wsparcia. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest nieufność w stosunku do innych ludzi. Często mają oni poczucie niższości, ze względu na fakt przebywania w więzieniu, jak też i ze względu na fakt posiadania pewnych deficytów, zarówno społecznych, jak też i psychologicznych. Innym powodem jest to, że po opuszczeniu zakładu unikają miejsc, które mogłyby jakkolwiek ograniczyć ich wolność.

Również sama terapia w zakładzie karnym posiada specyficzne cechy, a mianowicie:

- dłuższy, bo trwający około trzech, do czterech miesięcy okres leczenia podstawowego;
- mniejsza ilość pacjentów pod opieką jednego specjalisty. Jeden terapeuta ma pod opieką zazwyczaj około siedmiu podopiecznych;

¹⁹ J. Fudała, T. Głowik, S. Witek, dz. cyt.

²⁰ J. Fudała, *Inne miejsce, inny pacjent*, „Świat Problemów” 2005, nr 1.

- wymagana jest indywidualna terapia pacjenta, oparta na rzetelnej diagnozie i wskazaniach lekarza psychiatry lub ewentualnie psychologa, wtedy, gdy istnieje możliwość występowania u osadzonego dodatkowo zaburzeń osobowości;
- zajęcia terapeutyczne prowadzone w zakładach karnych są mniej intensywne niż na wolności. Konieczne jest stosowanie przerw w zajęciach. Pewne formy pracy np.: całonocne lub kilkudniowe maratony są wykluczone;
- ze względu na współwystępowanie kilku rodzajów uzależnień, konieczne jest prowadzenie złożonej terapii;
- w pracy terapeutycznej z uzależnionymi osadzonymi konieczne jest nie tylko modelowanie zachowań, ale również systemów wartości, ze względu na powszechny brak autorytetów i wzorców zachowań w środowisku;
- terapeuta ma dodatkowe zadanie, a mianowicie musi pomóc pacjentowi rozwiązać jego podstawowe problemy życiowe, gdyż bez tego, terapia ma bardzo nikłe szanse powodzenia. Powinien on umożliwić nawiązanie i kontaktowanie się pacjenta z trzeźwiejącymi alkoholikami z wolności;
- podczas terapii występuje konieczność trenowania podstawowych umiejętności ludzkich, koniecznych do prawidłowego funkcjonowania w warunkach wolnościowych;
- ze względu na to, że większość alkoholików leczących się w zakładzie karnym można zakwalifikować do grupy chronicznych złodźników, występuje potrzeba prowadzenia treningów relaksacyjnych i treningów radzenia sobie ze stresem, złością i bezradnością;
- występuje potrzeba, choćby w minimalnym zakresie, pracy z rodziną alkoholika, zajęcie się problemem przemocy w rodzinie;
- określenie kodeksu etyki zawodowej terapeutów i praca w zgodzie z nim²¹.

Programy odwykowe realizowane w warunkach więziennych

Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w jednostkach penitencjarnych jest prowadzone w ramach systemu terapeutycznego odbywania kary pozbawienia wolności. System ten jest realizowany głównie na oddziałach terapeutycznych. Obecnie funkcjonuje piętnaście oddziałów terapeutycznych, w których jest prowadzona terapia uzależnienia od alkoholu. Oddziały te to:

- Zakład Karny nr 1 Grudziądz (kobiety) – 27 miejsc;
- Zakład Karny Przeróbka – 42 miejsca;
- Areszt Śledczy Kraków Podgórze – 39 miejsc;

²¹ J. Fudała, T. Głowik, S. Witek, dz. cyt.

- Zakład Karny Nowy Wiśnicz – 30 miejsc;
- Zakład Karny Barczewo – 32 miejsca;
- Zakład Karny Hawa – 30 miejsc;
- Zakład Karny Wronki – 52 miejsca;
- Areszt Śledczy Warszawa – 49 miejsc;
- Areszt Śledczy Warszawa Służewiec – 28 miejsc;
- Areszt Śledczy Radom – 43 miejsca;
- Zakład Karny nr 1 Wrocław – 28 miejsc;
- Zakład Karny Zamość – 27 miejsc;
- Zakład Karny Jasło – 24 miejsca;
- Zakład Karny Jastrzębie Zdrój – 28 miejsc;
- Zakład Karny Biała Podlaska – 24 miejsca²².

Pomimo iż przybywa nowych oddziałów terapeutycznych, to jednak wciąż jest ich o wiele za mało, gdyż oczekujących na objęcie terapią jest z roku na rok coraz więcej. Podkreśla się konieczność podwojenia liczby oddziałów. Skazani zakwalifikowani do objęcia ich terapią muszą czekać na jej rozpoczęcie. W 2002 roku średni czas oczekiwania wynosił prawie 12 miesięcy, natomiast w 2003 roku 10,5 miesiąca. Było to związane z powstaniem trzech nowych oddziałów, niestety obecnie czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii znów się wydłuża i zapewne nie zostanie on skrócony bez ponownego rozszerzenia bazy leczniczej. Na początku 2004 roku 2 111 skazanych oczekiwało na rozpoczęcie leczenia (w porównaniu z rokiem 2003 to 286 osób więcej). Równocześnie wzrasta liczba osadzonych, którzy nie doczekali się na objęcie leczeniem (z powodu braku miejsc lub przedterminowego zwolnienia). W 2003 roku były to 442 osoby. W 2003 terapią objęto 1 767 osadzonych (24,6% więcej niż w roku poprzednim), pełny cykl terapii ukończyło 1 588 osób, o 30,4% więcej niż w roku poprzednim²³.

Liczba objętych leczeniem na mocy decyzji sądu w 2003 roku wynosiła 240 osób. Wzrosła liczba osób zakwalifikowanych do leczenia na mocy art. 117, czyli na podstawie postanowień sądów penitencjarnych. Sytuacja taka ma często niekorzystny wpływ na pracę z uzależnionymi, ponieważ osoby te nie mają żadnej motywacji do podjęcia leczenia i negują sens uczestnictwa w terapii.

Działania terapeutyczne są podejmowane w ramach programów terapeutycznych i Indywidualnych Programów Terapeutycznych, opracowywanych dla każdego skazanego z osobna. Na oddziałach terapeutycznych pracuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: psycholog, terapeuci, wychowawcy, lekarze i pielęgniarki.

²² Według materiałów CZSW, 2005.

²³ Materiały CZSW, 2005.

Istotną sprawą jest stosowanie przez personel określonych założeń w postępowaniu z uzależnionymi, a mianowicie: personel powinien traktować uzależnionych jak pacjentów, a nie jak skazanych; wiedzieć, że uzależnienie od alkoholu nie jest jedynym problemem pacjentów; terapeuta powinien również cenić pracę w zespole oraz traktować oddziaływania prowadzone przez siebie i swoich kolegów zarówno jako formę pomocy, jak i resocjalizacji²⁴.

Podstawą przyjęcia na oddział jest zdiagnozowane przez psychologa uzależnienie. Na oddziałach terapeutycznych prowadzi się różnorodną działalność: funkcjonują grupy terapeutyczne, rozwoju duchowego i osobistego, wsparcia, prowadzone są wykłady, terapie indywidualne oraz różnorakie treningi: asertywności, zapobiegania nawrotom picia, wyrażania złości, relaksacji i komunikacji²⁵.

W polskich zakładach karnych realizowany jest program „Atlantis”. Terapia trwa głównie trzy miesiące, ale może zostać przedłużona na wniosek zespołu terapeutycznego na okres sześciu miesięcy.

„Atlantis” został wprowadzony i pierwszy raz realizowany na terenie Zakładu Karnego Warszawa Służewiec w 1992 roku. Jest to program, autorstwa W. Burgina – psychoterapeuty i konsultanta ds. uzależnień w zakładzie karnym w USA, w stanie Minnesota – który został dostosowany do warunków polskich. Opiera się on na teorii racjonalno-emotywniej A. Ellisa, która zakłada, że gdy człowiek nie zachowuje się w sposób autodestruktywny, może osiągnąć szczęście. Leczenie uzależnień opiera się o dwa modele terapeutyczne, a mianowicie psychologiczny i model Anonimowych Alkoholików²⁶.

Cele ogólne programu:

- przyznanie się uzależnionych do utraty możliwości kontrolowanego spożycia alkoholu;
- wgląd w siebie uzależnionych, poznanie mechanizmów obronnych sprzyjających picciu (np. zaprzeczania);
- kształcenie i nabycie pewnych umiejętności, szczególnie psychologicznych, które pozwoliłyby uzależnionym trwać w trzeźwości²⁷.

Uzależnieni podejmujący leczenie w programie „Atlantis” muszą zrewidować każdy wymiar swojego życia. Program ten stawia alkoholikom konkretne cele do realizacji dotyczące sfery poznawczej, emocjonalnej, zachowaniowej, oraz duchowej człowieka.

²⁴ T. Głowik, *System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5.

²⁵ E. Chmurska, *Tutaj nie ma złodziei, tutaj są pacjenci*, „Świat Problemów” 2002, nr 5.

²⁶ S. Ślaski, *Efektywność terapii więźniów uzależnionych od alkoholu stosujących przemoc*, [w:] *Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*, red. B. Bukowska, Warszawa 1997.

²⁷ M. Uliczka, *Atlantis w polskim wydaniu*, „Świat Problemów” 1995, nr 11.

Metody i zasady terapii uzależnionych prowadzonej według koncepcji W. Burgina są następujące:

1. psychoterapia behawioralna – to ćwiczenie określonych zachowań, ćwiczenie wyrażania złości, trening asertywnych zachowań abstynenckich;
2. psychoterapia racjonalna – dotyczy wyjaśniania przyczyn i istoty nałogu;
3. psychoterapia korektywna – polega na zmianie myślenia, a co za tym idzie – i zachowania, w wyniku odpowiednich doświadczeń emocjonalnych przeżywanych w grupie;
4. psychoterapia grupowa – alkoholicy objęci terapią podczas grupowych spotkań są rozliczani z wykonania zadań wcześniej im zleconych. Są to zwłaszcza prace pisemne mające na celu pokazanie rzeczywistego funkcjonowania osoby uzależnionej, a przede wszystkim konfrontację z jej zachowaniem i postępowaniem z okresu picia. Prace te mogą dotyczyć np.: napisania konsekwencji uzależnienia, systemu wartości uznawanego przez uzależnionego, pożegnania z alkoholem itp.;
5. psychoterapia indywidualna – to przede wszystkim diagnoza samego uzależnienia oraz udzielenie uzależnionemu indywidualnego wsparcia psychologicznego podczas terapii;
6. dzienniczek terapii pacjenta – polegający na zapisywaniu przez leczonego się pacjenta jego myśli, doznań, uczuć;
7. psychoterapia grupowa dla absolwentów programu „Atlantis”, która polega głównie na wsparciu i pomocy w rozwiązywaniu problemów;
8. zajęcia informacyjno-edukacyjne dotyczące uzależnienia i „wychodzenia” z nałogu przeznaczone dla rodzin osób uzależnionych²⁸.

Efektywność oddziaływania programu odwykowego „Atlantis” jest dość duża, świadczy o tym fakt tak powszechnego stosowania w polskim więziennictwie oraz to, że mimo upływu lat funkcjonuje on tylko z nielicznymi modyfikacjami.

Grupy Anonimowych Alkoholików w zakładach karnych

Pierwsze grupy Anonimowych Alkoholików zaczęły powstawać przy szpitalach, przytułkach, zakładach karnych. Szacuje się, że w instytucjach penitencjarnych na całym świecie istnieje około 1 500 grup wsparcia. Często powstawanie grup Anonimowych Alkoholików w zakładach karnych i aresztach śledczych związane jest z ustawodawstwem karnym w wielu krajach świata, łagodzącym lub odstępującym od wymierzenia kary pozbawienia wolności osobom, które

²⁸ E. Chmurska, *Absolwenci programu „Atlantis”*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1998, s. 20–21.

popęlniły przestępstwo pod wpływem alkoholu, a podjęły leczenie, choćby w grupie wsparcia. Jest to związane z wysokim stopniem skuteczności oddziaływań grup Anonimowych Alkoholików na osoby uzależnione²⁹.

Skuteczność oddziaływań terapeutycznych w grupach wsparcia w zakładach karnych wynika z faktu, iż skazanym uzależnionym od alkoholu łatwiej jest się identyfikować z członkami ruchu Anonimowych Alkoholików niż z profesjonalistami, którzy nigdy nie mieli podobnego problemu. Trzeźwiejący alkoholicy z grup wolnościowych AA stanowią dla skazanych autentyczny przykład osób, którym udało się rozwiązać problemy alkoholowe. Innym ważnym czynnikiem, dzięki któremu wspólnota Anonimowych Alkoholików odnosi sukcesy w zakładach karnych, jest to, że uczestnictwo w niej nie jest przymusowe, jest to „namiaszka wolności”. Uczestnictwo w grupie daje możliwości decydowania o sobie i podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby, które to w więzieniu są bardzo ograniczone³⁰.

W zakładach karnych podstawową formą pracy wspólnoty AA są mityngi zamknięte. Są one swoistą terapią grupową, a zarazem podstawową formą pracy każdej grupy AA. Uczestniczą w nich tylko i wyłącznie Anonimowi Alkoholicy z zakładu i z wolności, którzy rozmawiają o swoich problemach. Przestrzegana jest zasada, że każdy mówi o sobie, nikt nikogo nie ocenia. W warunkach zakładu karnego alkoholicy omawiają zazwyczaj tylko pierwszy i drugi z Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików, które stanowią program ideowy ruchu³¹. Uczestnicy spotkania pracują nad uznaniem swojego uzależnienia, nad systemem zaprzeczeń, tak charakterystycznym w chorobie alkoholowej, nad problemami, jakie wywołuje uzależnienie. Zazwyczaj spotkania te odbywają się raz w tygodniu.

Inną formą pracy są mityngi spikerskie polegające na publicznym wystąpieniu, przed całą grupą, jednego z jej członków i streszczeniu swojej drogi do uzależnienia oraz ukazaniu swoich własnych sposobów radzenia sobie z nalogiem³².

Mityngi otwarte to następna forma działalności ruchu AA w zakładach karnych. Praca w każdej jednostce rozpoczyna się od tego rodzaju spotkania. Są one organizowane dla osób, które z jakiś przyczyn są zainteresowane wspólnotą,

²⁹ K. Wasylkowska, *Atlantis i AA szansą na resocjalizację*, „Świat Problemów” 2002, nr 5.

³⁰ T. Kolarczyk, *Anonimowi Alkoholicy w zakładach penitencjarnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1995, nr 9.

³¹ B. Zajęcka, *Specyfika i skuteczność wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, red. S. Badora, I. Mudrecka, Opole 2006.

³² A. Kędzierski, *Rola wspólnoty AA w zakładach karnych*, „Arka, Biuletyn Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i innych Uzależnień Fundacji im. S. Batorego” 1997, 21/7.

chciałyby skorzystać z pomocy AA. Często mają charakter informacyjny o ruchu, jego celach i zasadach, wedle których się w nim postępuje. Dla osób pozbawionych wolności są szansą do nawiązania kontaktów z innymi alkoholikami przynależącymi do wspólnoty. Kontakty takie ułatwiają przystosowanie się i dalszą pracę nad sobą i swoim nałogiem na wolności³³.

Kolejnymi formami pracy wspólnoty Anonimowych Alkoholików prowadzonymi zwłaszcza w warunkach izolacji więziennej są mityngi jednoosobowe i korespondencyjne. Mityngi jednoosobowe polegają na obcowaniu z lekturą ruchu AA, natomiast mityngi korespondencyjne to wymiana listów pomiędzy poszczególnymi członkami grupy lub z całą grupą. Te dwie formy pracy są szczególnie ważne i cenne dla osób osadzonych, gdyż mają oni ograniczone możliwości kontaktowania się z grupą³⁴.

Obecnie ilość grup w zakładach karnych i aresztach śledczych ciągle wzrasta. W 2002 roku było ich około 135³⁵. Ponieważ jedyną przesłanką przynależności do grupy jest chęć zaprzestania picia, nie ma żadnych korzyści wynikających z uczestnictwa w spotkaniach, dlatego zdarza się tak, że grupy są bardzo małe. Niektóre z nich liczą od kilku (czasem 3–4) do kilkunastu osób. Prawie wszystkimi grupami opiekuje się jeden lub dwoje posłanników AA z wolności. Ciągłe jednak jest zbyt mało Anonimowych Alkoholików chętnych do pracy z uzależnionymi skazanymi. Kolejnym problemem grup samopomocowych jest nierespektowanie zasady anonimowości. Informacje wypowiedziane podczas spotkania wydostają się poza grupę, często są wtedy zniekształcane i wyolbrzymiane przez współwięźniów, co jest przyczyną plotek i może prowadzić do ukrywania swoich prawdziwych poglądów. Warto podkreślić, iż należy włączyć do procesu leczenia również rodziny skazanych alkoholików.

Podsumowanie

Proces terapeutyczny prowadzony w polskich zakładach karnych czy aresztach śledczych nie jest doskonały i wymaga ciągłych ulepszeń. Terapia uzależnienia powinna być długoterminowa, a osadzeni wyrażający chęć uczestnictwa w niej powinni być zobligowani do systematycznego udziału w spotkaniach. Krótka i sporadyczna terapia nie przynosi żadnych rezultatów. Nie można mówić o korzystnych efektach leczenia tej choroby w przypadku braku podstawo-

³³ M. Gordon, T. Kolarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików*, Warszawa 1993.

³⁴ K. Wasylkowska, *Atlantis i AA szansą na resocjalizację*, „Świat Problemów” 2002, nr 5.

³⁵ Kazimierz-alkoholik, *Początki ruchu AA w zakładach karnych*, „Świat Problemów” 2002, nr 5.

wej wiedzy potrzebnej do walki z nałogiem, tym bardziej, że osadzeni nie mają możliwości sprawdzenia siebie. Konieczne jest prowadzenie mityngów przez posłanników z grup wolnościowych, szerokie edukowanie wszystkich osadzonych w zakresie wiedzy o chorobie alkoholowej, motywowanie do terapii, szczególnie uzależnionych niepodających się na leczenie.

Powinno się przynajmniej w minimalnym stopniu objąć terapią rodzinę alkoholika, edukować poszczególnych jej członków w zakresie wiedzy o chorobie alkoholowej, przygotować na dalszą walkę z uzależnieniem.

Konieczne jest utworzenie kolejnych oddziałów terapeutycznych przeznaczonych dla uzależnionych od alkoholu, aby więźniowie mieli możliwość zmiary siebie podczas izolacji więziennej. Pobyt w więzieniu może tym samym spełniać nie tylko funkcję izolacyjną, ale i resocjalizacyjną.

SUMMARY

The therapy for people addicted to alcohol in penal institutions

The article presents the organization of the treatment process of alcohol addictions in penal institutions. The focus is on the specific character of the therapeutic effects and the differences between the patients of the prison drying-out (detox) programs and the ones of the programs organized at liberty. The article also shows the description of stages and forms of drying-out treatment. The Atlantis program and groups of Alcoholics Anonymous are presented. It's stressed that detox therapy should be long-term and continued after serving a sentence of imprisonment.