

## **Wymiar sprawiedliwości wobec osób z rozpoznaniem choroby psychicznej**

### **The handling of individuals with a diagnosis of mental illness by the justice system**

Anna Więcek-Durańska, Maryla Malewicz-Sawicka

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Psychologii,  
Zakład Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego

#### **Summary**

The source literature points to the increasing number of crimes committed by people with mental diseases. Based on international data, it is estimated that the incidence of mental disorders among inmates is increasing at a disproportionate rate in prisons around the world. It is estimated that even every fourth convict may have a diagnosis of mental illness. It is worth noting that repeat offence rates among mentally ill people are also higher than in the general population of repeat offenders. The repeat offence rate among offenders with a diagnosis of mental illness ranges from 60% to 80%.

This paper is intended to describe the situation of people diagnosed with mental illness in Poland, with reference to the available statistical data and international research.

**Słowa kluczowe:** przestępczość, niepoczytalność, choroba psychiczna

**Key words:** crimes, insanity, mental illness

#### **Wprowadzenie**

Przestępczość osób chorujących psychicznie jest zagadnieniem bardzo trudnym. Mamy tu bowiem do czynienia z naruszeniem jakiegoś dobra, działaniem szkodliwym, powodującym cierpienie oraz stratę (fizyczną, ekonomiczną, moralną) u osób pokrzywdzonych (społeczeństwa), ale też osoby chorujące psychicznie traktowane są przez wymiar sprawiedliwości w nieco inny sposób, co oznacza, że nie ponoszą odpowiedzialności w takim samym zakresie i na takich samych zasadach jak osoby zdrowe.

Warto również w tym miejscu odnieść się do mitów związanych z chorobą psychiczną. W społeczeństwie wciąż funkcjonuje pogląd, że poważne przestępstwa, szczególnie te najbardziej brutalne, popełniane są przez osoby chore psychicznie.

Pogląd ten jest niewątpliwie szkodliwy, stygmatyzujący i utrudnia proces zdrowienia oraz powrót do funkcjonowania w naturalnym środowisku społecznym osobom chorym. Podejście to wzmacnia też lęk społeczny przed osobami chorującymi. Ilekroć w mediach pojawiają się informacje o czynach popełnionych przez osoby chorujące psychicznie, budzi to niepokój społeczny oraz poczucie zagrożenia. I odwrotnie – wiele przestępstw w oglądzie społecznym zostało popełnionych przez osoby chore psychicznie, pomimo braku jakichkolwiek danych, które by na to wskazywały [1, 2]. Pojawia się zatem pytanie, jaka jest skala zjawiska, o którym mówimy, a także jakie są możliwości i podejmowane działania w ramach szeroko pojętej profilaktyki, zapobiegania oraz terapii tychże osób.

W niniejszym artykule zwrócono uwagę na dwa obszary, w których wymiar sprawiedliwości spotyka się z osobą z rozpoznaniem choroby psychicznej. Pierwszy obejmuje sytuacje, gdy przestępstwo zostało popełnione przez osobę chorującą psychicznie i tutaj w grę wchodzi przepisy dotyczące poczytalności i odpowiedzialności karnej. Drugi obszar obejmuje postępowanie wykonawcze i dotyczy sytuacji, gdy podczas toczącego się postępowania sądowego lub wykonawczego nastąpił rzut choroby.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że zakłady penitencjarne zastąpiły szpitale psychiatryczne jako instytucje opieki dla osób chorych psychicznie [3]. W stałym kontakcie z osobami cierpiącymi na chorobę psychiczną poza służbą więzienną pozostają także funkcjonariusze policji oraz innych służb pomocowych. Przy czym służby te nie są w pełni przygotowane do kontaktu z osobami chorymi psychicznie, nie wiedzą jak z nimi rozmawiać i interpretować zachowania chorego. W związku z tym dochodzi do wielu nieporozumień i błędnych interpretacji sytuacji [4].

Aktualnie stosowanym podejściem do problemów osób chorych psychicznie wchodzących w konflikt z prawem wydaje się nie merytoryczna dyskusja w celu rozwiązania problemu, lecz wzajemne obwinianie się resortów wymiaru sprawiedliwości i lecznictwa psychiatrycznego. Szpitale lecznictwa psychiatrycznego są przeciążone osobami popełniającymi przestępstwa, wobec których stosuje się zalecenie umieszczenia w placówce jako środek detencyjny. Pracownicy szpitali psychicznych z kolei obwiniają organy ścigania za niepotrzebne aresztowanie osób, których jedyną „zbrodnią” jest choroba psychiczna [5–7]. Pracownicy wymiaru sprawiedliwości natomiast oczekują zaopiekowania się podejrzanym/oskarżonym czy skazanym ze względu na jego stan psychiczny. Opinia publiczna zaś znajduje winę zarówno w systemach zdrowia psychicznego, jak i wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych za narażenie ich na tak bardzo realnie postrzegane zagrożenie ze strony chorych psychicznie [8].

Wedle danych amerykańskich każdego roku około 2 milionów ludzi cierpiących na schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową lub inne zaburzenie zostaje aresztowanych za różne przestępstwa lub wykroczenia [9]. Według Raportu Biura Statystyki Sprawiedliwości [10] co czwarta osoba objęta oddziaływaniem amerykańskiego wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych zgłasza poważną chorobę psychiczną. Wedle tego samego raportu 1/3 dorosłych więźniów i 44% osadzonych przyznało się w wywiadzie do zaburzeń psychicznych, a ponad 60% do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych [10]. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i SUD są bardziej narażone na aresztowanie niż osoby bez zaburzeń.

### **Odpowiedzialność za przestępstwa popełnione przez osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej**

Kwestia wpływu poczytalności oskarżonego na odpowiedzialność karną została uregulowana przez ustawodawcę w art. 31 § 1 k.k. Przepis ten nie zwalnia jednak w procesie karnym sądu z obowiązku ustalenia, czy oskarżony popełnił zarzucany mu czyn [11, 12].

W kodeksie karnym nie znajdziemy definicji niepoczytalności, zostały jedynie opisane sytuacje, w których ona występuje. Przyjmuje się bowiem zasadę, że człowiek dojrzały z reguły jest zdolny do rozpoznania znaczenia swoich czynów i do pokierowania swoim postępowaniem, zatem można przypisać mu winę za czyn zabroniony i obciążyć go tym samym odpowiedzialnością karną [11].

Sprawca, który dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności, nie zostaje ukarany za popełniony czyn, ale przepisy pozwalają na zastosowanie wobec niego odpowiednich środków zabezpieczających wymienionych w art. 93a k.k., takich jak:

- elektroniczna kontrola miejsca pobytu;
- terapia;
- terapia uzależnień;
- pobyt w zakładzie psychiatrycznym.

Środki zabezpieczające mają odmienny charakter i pełnią inną funkcję niż kara za popełniony czyn. Mogą być zastosowane łącznie (np. kontrola miejsca pobytu oraz terapia) lub samodzielnie. Przede wszystkim sąd nie określa z góry czasu ich stosowania. Ocena zasadności i długości stosowania środków zabezpieczających zależy od postępów terapeutycznych sprawcy oraz ryzyka, że w dalszym ciągu będzie on stanowił zagrożenie dla innych, a zatem przede wszystkim od opinii i diagnozy psychiatrycznej. Co więcej, jeżeli zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi jednak konieczność jego stosowania, sąd (nie później niż w ciągu trzech lat od uchylenia stosowania danego środka) może ponownie orzec środek zabezpieczający.

Najdalej idącym i budzącym najwięcej kontrowersji środkiem jest umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym. Stosuje się go jedynie wówczas, kiedy inne środki nie są wystarczające dla zapewnienia bezpieczeństwa, a istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony.

Wspomniane środki zabezpieczające stosuje się także wobec innych grup sprawców, którzy jednak mogą jednocześnie podlegać karom, w szczególności karze więzienia. Mowa tu o sprawcach, u których wystąpiła w chwili popełnienia czynu ograniczona poczytalność, to znaczy mieli istotnie ograniczoną zdolność rozpoznawania znaczenia czynu ze względu na zakłócenie funkcji psychicznych, ale nie nastąpiło całkowite jej zniesienie. Nadto środki zabezpieczające stosuje się również w razie skazania za ciężkie przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, a także w razie skazania na karę pozbawienia wolności za niektóre przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego

z użyciem przemocy [12]. Wreszcie środki zabezpieczające stosuje się w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od jakichś substancji. W każdym przypadku potrzeba zastosowania określonego środka oceniana jest przez biegłych psychiatrów oraz psychologów.

Zgodnie z art. 31 § 2 k.k., jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary. Nadzwyczajne złagodzenie kary polega na wymierzeniu kary sprawcy poniżej dolnej granicy ustawowego zagrożenia przewidzianego w sankcji za dane przestępstwo albo kary łagodniejszej rodzajowo. Jeżeli sprawca wprawił się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć, omawianych przepisów się nie stosuje.

Jak się wskazuje, całkowita niepoczytalność sprawcy w momencie popełnienia czynu należy do sytuacji rzadkich. Musi być potwierdzona opinią psychiatryczną (opracowaną przez dwóch biegłych psychiatrów) oraz psychologiczną, a występuje w przypadku skrajnego nasilenia zaburzeń takich funkcji psychicznych jak świadomość bądź głębokiego zaburzenia czynności poznawczych: spostrzegania (np. złudzenia), myślenia (np. urojenia) lub zaburzenia toku myślenia (np. splątanie). Występują one także w głębokich zaburzeniach emocjonalnych (takich jak skrajny lęk, wściekłość lub przerażenie) oraz w znacznie nasilonych zaburzeniach aktywności i działań ruchowych (np. w przypadku skrajnego pobudzenia ruchowego w schizofrenii lub padaczki). Wśród najczęściej występujących przyczyn wyłączenia poczytalności diagnozuje się: schizofrenię, uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne, psychotyczne postacie zaburzeń nastroju, zaburzenia psychotyczne na podłożu organicznym, zaburzenia psychotyczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych [14].

Ponadto w sytuacji ujawnienia się choroby psychicznej u osoby podejrzanej/oskarżonej o popełnienie przestępstwa może być podjęta decyzja o zawieszeniu lub umorzeniu postępowania [15]. Podkreślić jednak należy, że zawieszenie postępowania może nastąpić tylko wtedy, gdy sprawca zachorował na chorobę psychiczną po popełnieniu czynu przestępczego [16]. Gdyby bowiem zachorował na chorobę psychiczną w czasie czynu, wówczas postępowanie karne zostałoby umorzone na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. w związku z art. 31 § 1 k.k. albo też oskarżony zostałby uniewinniony w trybie przewidzianym w art. 414 § 1 k.p.k. [17].

Zawieszenie postępowania następuje w sytuacji, gdy zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca postępowanie wykonawcze, a w szczególności jeżeli nie można ująć skazanego albo nie można wykonać wobec niego orzeczenia z powodu choroby psychicznej lub innej przewlekłej, ciężkiej choroby. Postępowanie zawiesza się w całości lub w części na czas trwania wspomnianej przeszkody (na podstawie art. 15 § 2 k.k.w.). Przyczyną czasowego wstrzymania biegu procesu są więc okoliczności, których czasu trwania nie można z góry przewidzieć, lecz mają one charakter przemijający [18]. Długotrwały charakter przeszkody oznacza, że z jej powodu postępowanie może być naznaczone przewlekłością niedającą się racjonalnie uzasadnić [19]. Stefański i Zabłocki [20] w komentarzu do kodeksu postępowania

karnego wyrażają pogląd, że „ciężką chorobą” jest schorzenie, które nie rokuje, by oskarżony mógł wziąć udział w czynności w dalszych terminach, przy czym trudno liczyć na jego wyzdrowienie. W tych przypadkach, w których powrót do zdrowia jest niemożliwy (choroby nieuleczalne), można liczyć jednak na remisję choroby czy też poprawę stanu zdrowia.

W wypadku umorzenia sprawy (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.) sądy podkreślają, że osoba niepoczytalna ma wyłączoną winę, w związku z tym nie może popełnić przestępstwa. Umorzenie postępowania następuje bez przeprowadzenia postępowania dowodowego. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że sytuacja taka stwarza niebezpieczeństwo dla wolności i swobód obywatelskich osób chorujących psychicznie [21]. Może się bowiem zdarzyć, że postępowanie karne zostanie umorzone w sytuacji, gdy oskarżony nie popełnił zarzucanego mu czynu. Aby to potwierdzić lub wykluczyć, należałoby przeprowadzić całe postępowanie dowodowe, poddać analizie zgromadzony materiał dowodowy i rozstrzygnąć, czy w ogóle doszło do popełnienia czynu zabronionego, a jeśli tak, to kto był jego sprawcą. Trzeba bowiem pamiętać, że uniewinnienie ma pozytywniejszy wydźwięk społeczny niż umorzenie. Nie można przez umorzenie postępowania pozbawić oskarżonego prawa do uzyskania wyroku uniewinniającego w sytuacji, gdy brak jest podstaw do skazania. Można wyobrazić sobie przypadek, że osoba chora psychicznie zostanie niesłusznie oskarżona o popełnienie przestępstwa, a następnie postępowanie wobec niej zostanie umorzone. Bez przeprowadzenia dowodów i poddania ich kontroli sądu (w tym kontroli instancyjnej) istnieje niebezpieczeństwo, że oskarżony nie będzie mógł się bronić przed zarzutem i zostanie uznany za sprawcę czynu zabronionego (z niebezpieczeństwem zastosowania wobec niego środków izolacyjnych) w sytuacji, gdy dany czyn zabroniony popełniła inna osoba [22].

### **Skala zjawiska przestępczości osób chorujących psychicznie**

Według danych międzynarodowych szacunki dotyczące występowania chorób psychicznych w populacji więziennej stanowią coraz bardziej nieproporcjonalną liczbę wśród osób w więzieniach na całym świecie. Fazel i Seewald [23] przeprowadzili metaanalizę 81 publikacji reprezentujących 24 kraje i około 33,5 tys. więźniów. Około 4% procent więźniów spełniło kryteria zaburzeń psychotycznych, a u 10% zdiagnozowano depresję. Częstość występowania psychoz wahała się od 2% do 11%, a odsetek depresji od 3% do nawet 62% [24]. Wskaźniki chorób psychicznych innych niż psychoza i depresja wśród więźniów również były bardzo wysokie. Wilper i wsp. [25] stwierdzili, że około 15–25% więźniów miało diagnozę choroby psychicznej, a aż około 63% procent więźniów korzystało z pomocy psychiatrycznej w pewnym momencie ich życia. Wśród przebywających w więzieniach kobiet w Wielkiej Brytanii 40% korzystało z jakiejś formy wsparcia zdrowia psychicznego już przed osadzeniem w więzieniu, a 20% wykazywało zaburzenia psychotyczne [26]. Według analiz 26% więźniów płci męskiej w Wielkiej Brytanii ma zdiagnozowane zaburzenia psychiczne [27].

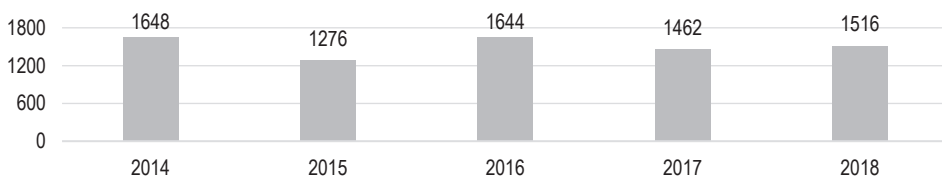
W najnowszym raporcie House of Commons dotyczącym stanu zdrowia psychicznego wśród uwięzionych [28] ujawniono wysoką częstość występowania zaburzeń

zarówno wśród więźniów płci męskiej, jak i żeńskiej i były to: zaburzenia psychotyczne (odpowiednio 7% i 14%), lękowe (21% i 32%), depresyjne (33% i 51%), a także zaburzenia osobowości (64% i 50%). Prawie co piątą więzień przyznał się, że w przeszłości próbował popełnić samobójstwo [29]. W wielu przypadkach problemy ze zdrowiem psychicznym pojawiły się zatem najprawdopodobniej już przed pobytem w placówce penitencjarnej. Można również założyć, że z powodu deprywacji potrzeb na wielu płaszczyznach życia (społecznej, psychologicznej, sensorycznej) środowisko więzienne sprzyja pogłębieniu się problemów, a także pojawianiu się nowych [30].

### Przestępczość osób chorujących psychicznie – doświadczenia polskie

W Polsce brak jest wyczerpujących danych statystycznych ukazujących skalę zjawiska przestępczości osób chorujących psychicznie. Na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości przeprowadzić można jedynie analizy szacunkowe tego zjawiska. Pierwszym źródłem są dane dotyczące osób uznanych za niepoczytalne lub takich, u których stwierdzono poczytalność ograniczoną w trakcie popełnionego czynu. Co oczywiście nie jest jednoznaczne z faktyczną liczbą osób chorych psychicznie popełniających przestępstwa. Z jednej strony bowiem definicyjnie niepoczytalność – jak już wspomniano – obejmuje szersze spektrum przyczyn niż choroba psychiczna, z drugiej zaś gromadzone statystyki nie obejmują takiego rozróżnienia. W odniesieniu do większości przestępstw nie dochodzi też do badania poczytalności sprawcy. Pewnych informacji o skali omawianego zjawiska dostarcza również analiza zawieszonych postępowań wykonawczych w trybie art. 15 § 2 k.k.w. oraz informacji o wykonywaniu środków zabezpieczających orzeczonych na podstawie art. 93a k.k.

Analiza danych statystycznych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości wskazuje, że w sumie w latach 2014–2018 nadzwyczajne złagodzenie kary w związku z ograniczoną poczytalnością sprawcy orzekano w odniesieniu do około 1500–1600 osób rocznie.

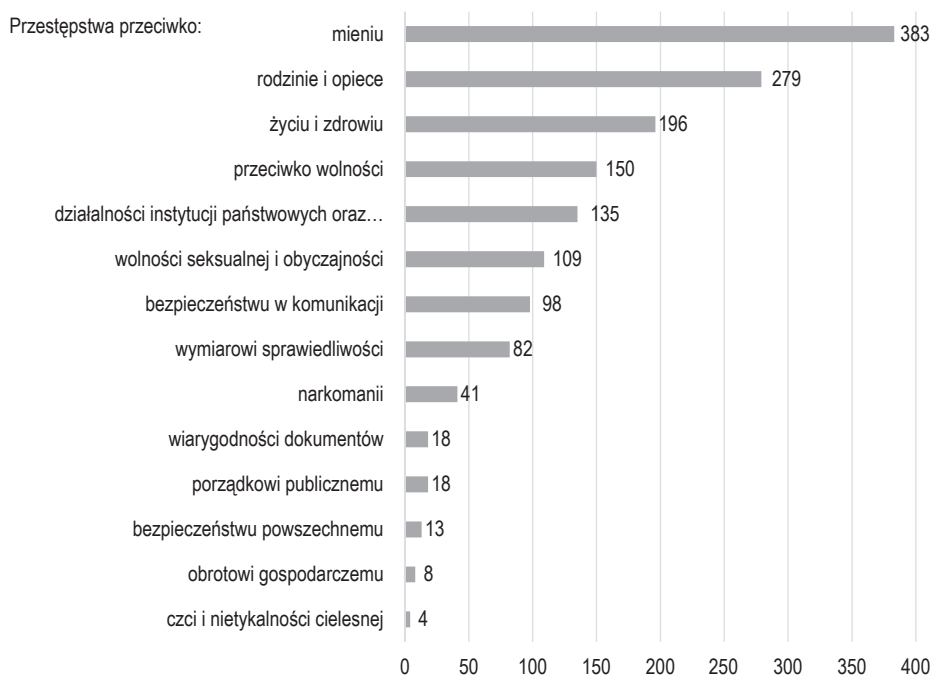


Wykres 1. Orzeczenia z zastosowaniem nadzwyczajnego złagodzenia kary na podstawie art. 31 § 2 k.k.

Zdecydowana większość orzeczeń dotyczyła nadzwyczajnego złagodzenia kary przy pozbawieniu wolności – 56%: odpowiednio 23% przy ograniczeniu wolności, 19% przy orzeczeniu grzywny samoistnej. Pozostałe kary stanowiły około 3%.

Analiza danych dotyczących czynów, w odniesieniu do których ustalono, że sprawca miał ograniczoną poczytalność, wskazuje, że najczęściej były to przestępstwa

przeciwko mieniu, w następnej kolejności były to czyny przeciwko rodzinie i opiece, a tuż za nimi czyny z katalogu przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Dość często pojawiały się przestępstwa skierowane przeciwko wolności oraz wolności seksualnej i obyczajności, a także czyny przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego. Szczegółowy rozkład danych przedstawiono na wykresie 2.



Wykres 2. Rodzaje czynów, wobec których zastosowano nadzwyczajne złagodzenie kary

Analizując powyższe dane, należy mieć na uwadze, że obejmują one poza chorobą psychiczną także upośledzenie umysłowe, uzależnienie lub inne zakłócenie funkcji psychicznych.

W 2020 roku łącznie sądy rejonowe i okręgowe ze względu na stan zdrowia skazanego w 3192 przypadkach zawiesiły postępowanie wykonawcze, na ostatni dzień okresu sprawozdawczego w 2020 roku takich osób było 8047 (a w 2019 roku 7897). Również i w tym wypadku zbierane statystyki nie przewidują podziału ze względu na charakter problemów zdrowotnych.

Opisując skalę zjawiska przestępczości osób z diagnozą choroby psychicznej, warto odnieść się do danych o orzeczeniach środków zabezpieczających na podstawie art. 93a k.k. W 2020 roku środek zabezpieczający orzeczono wobec około 4500 osób, z czego zdecydowana większość (79%) przestępstwo popełniła w stanie niepoczytalności, a 21% poczytalności ograniczonej. Niemalże połowa sprawców w ramach orzeczonego środka zabezpieczającego (47%) umieszczona została w zakładzie



psychiatrycznym, a wobec 37% orzeczono terapię w warunkach wolnościowych. Zastosowane środki zabezpieczające, jak już wspomniano, mogą być ze sobą łączone w różnych konfiguracjach.

Na ostatni dzień okresu sprawozdawczego (tj. grudzień 2020 r.) liczba sprawców przestępstw, co do których środki zabezpieczające podlegały wykonaniu (mowa tutaj o sprawcach niepoczytalnych lub z ograniczoną poczytalnością), wynosiła 8195, z czego  $\frac{1}{3}$  tych środków miała charakter detencyjny. Szczegółowe dane dotyczące wykonywania środków zabezpieczających według ich rodzaju przedstawiono w tabeli.

Tabela. Wykonywanie środków zabezpieczających orzeczonych na podstawie art. 93a k.k.

Dane za 2020 rok	Rodzaj środka zabezpieczającego					
	Razem	Elektroniczna kontrola miejsca pobytu	Terapia	Terapia uzależnień	Pobyt w zakładzie psychiatrycznym	Inne
Liczba sprawców, wobec których orzeczono środek zabezpieczający	4503	56	1672	988	2111	106
co do których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.	3545	16	1338	468	1966	83
skazani za przestępstwo w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k.	277	5	154	103	56	5
Liczba sprawców, co do których środki podlegają wykonaniu (stan na grudzień 2020 r.)	8195	93	3830	2077	2707	246
co do których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.	6406	31	3211	936	2570	198
skazani za przestępstwo w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k.	473	7	287	184	58	7

Dane za 2020 rok na podstawie sprawozdań Ministerstwa Sprawiedliwości MS-S10R oraz MS-S10O.

Problematyka osób chorych psychicznie w wymiarze sprawiedliwości jest zdecydowanie szersza, gdyż nie dotyczy jedynie obszaru odpowiedzialności karnej, ale jest to też kwestia z zakresu części wykonawczej postępowania.



Omawiane zagadnienie znajduje odzwierciedlenie w trendzie światowym, gdzie zwraca się uwagę na nadreprezentację osób chorych psychicznie lub wykazujących inne zaburzenia w zakładach karnych. Wedle badań kanadyjskich w zakładach karnych osób z poważnymi problemami psychicznymi jest aż trzy razy więcej niż w tej samej populacji na wolności [31].

Wedle danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej za rok 2020 według stanu na 31 grudnia w systemie terapeutycznym odbywało karę 4225 skazanych (około 7% ogółu populacji więziennej), z czego ponad połowa to skazani w warunkach recydywy [32]. Ponad 27 tys. skazanych odbywa karę w systemie programowanego oddziaływania (56% populacji skazanych) [32]. Programowane oddziaływanie to pewnego rodzaju umowa między skazanym a placówką penitencjarną o udziale w procesie resocjalizacji, zobowiązanie do pracy nad sobą, deklaracja zmiany i zaangażowania w działania mające na celu readaptację społeczną. Indywidualny Program Oddziaływania jest wstępnie przygotowywany przez wychowawcę, a ustala i weryfikuje go komisja penitencjarna raz na pół roku. Jego zawartość powinna być nie tylko konfrontowana z postępami skazanego, ale też dostosowywana do zmieniającej się sytuacji, z uwzględnieniem wykonywanej pracy nad deficytami [32].

Wskaźniki recydywy osób chorych psychicznie są również wyższe w ogólnej populacji recydywistów. U przestępców z diagnozą choroby psychicznej wskaźnik recydywy oscyluje w granicach od 60% do 80%, a ryzyko ponownego uwięzienia wzrasta o 80–140% w porównaniu z recydywistami, u których nie rozpoznano choroby psychicznej [33, 34]. W Stanach Zjednoczonych około 50% więźniów z diagnozą choroby psychicznej miało trzy lub więcej wyroków skazujących, a 10% nawet jedenaście lub więcej [35]. Dla osób z psychozą wskaźniki recydywy wynosiły około 30% [36].

W wypadku skazanych, u których ujawni się choroba psychiczna, sądy penitencjarne powinny orzekać przerwę w odbywaniu kary i kierować takich skazanych na leczenie do szpitala psychiatrycznego. Według Rzecznika Praw Obywatelskich, który badał te kwestie, uniemożliwia to jednak luka prawna, jako że nie ma wskazanych placówek, do których takie osoby mogłyby trafić [37].

Sytuację osób chorych psychicznie pogarsza również szereg przekonań nierzadko związanych z brakiem wiedzy dotyczącej konsekwencji choroby oraz jej wpływu na funkcjonowanie chorego. Należy do nich przeświadczenie, że większość przypadków zaburzeń psychicznych jest symulowana w celu uniknięcia odpowiedzialności przez sprawców. Według Kudlerka [15] przestępcy symulujący niepoczytalność traktują szpital jak bramę na wolność. Problem jest o tyle istotny, że w ostatniej dekadzie przez szpitale psychiatryczne przewinęło się około 2000 sprawców groźnych przestępstw, z których wielu zdobywało „żółte papiery”, uwalniające ich od odpowiedzialności karnej. Ponadto do tej pory izolowani podejrzani łatwo opuszczali szpital psychiatryczny, po czym popełniali kolejne przestępstwa, łącznie z zabójstwami, i wracali na oddziały [15].

Poważnym problemem oddziałów psychiatrycznych jest fakt, że trudno przygotować przymusowo przebywających tam pacjentów do powrotu na wolność, gdy brak jest określonego terminu opuszczenia szpitala i jednocześnie to od postępów

terapii zależy wyjście pacjenta. Konsekwencje tego błędnego koła ponoszą także same szpitale psychiatryczne, gdyż zgoda na opuszczenie szpitala jest decyzją, która stanowi przypuszczenie – daje pewne prawdopodobieństwo, że poza murami szpitala pacjent będzie sobie radził wystarczająco dobrze. Tak więc szpital ponosi tylko częściową odpowiedzialność za tę przyszłość, przez swoje oddziaływania może przygotowywać daną osobę do funkcjonowania na wolności, ale bez wsparcia również instytucjonalnego poza murami placówek nie może dać żadnej gwarancji na to, że resocjalizacja i terapia były skuteczne. Jednocześnie należy zdawać sobie sprawę, że osoby chore psychicznie leczone dobrowolnie czy bez zgody, czy też w wyniku decyzji sądowej, doświadczają takich samych problemów dotyczących akceptacji leczenia farmakologicznego, uzyskania wglądu psychotycznego w swoją sytuację, współpracy terapeutycznej i umiejętności proszenia o wsparcie środowiskowe i korzystania z niego. Kolejny zaś problem wiąże się z możliwością ponownego przyjęcia do społeczeństwa osoby z etykietą choroby psychicznej i takiej, która jednocześnie popełniła przestępstwo.

### Podsumowanie

Wzrost liczby osób posiadających diagnozę choroby psychicznej w systemie wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych jest poważnym problemem. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że jednym z głównych powodów takiego stanu rzeczy jest brak świadomości potrzeb i wsparcia dla osób chorych psychicznie. Ludzie z trudnymi, ale potencjalnie możliwymi do opanowania chorobami – takimi jak schizofrenia, depresja, zaburzenia nastroju i lęku – przez doświadczanie nadużyć, zaniedbanie lub ignorancję, przy braku wsparcia systemowego mogą dopuszczać się pewnych zachowań nieakceptowanych społecznie, a nawet przestępstw [31].

Należy podkreślić, że nie wszystkie osoby chore psychicznie, które popełniają przestępstwa, robią to w sposób zaplanowany i mając na celu świadome wyrządzenie krzywdy [38]. W wypadku niektórych, jak wskazują Vandavelde i wsp. [38], działalność przestępcza jest bezpośrednio związana ze skutkami choroby psychicznej, podczas gdy inne osoby wchodzą do systemu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych w wyniku kryminalizacji ich objawów i braku dostępnych środków na leczenie. Ponadto nie wszystkie osoby chore psychicznie wchodzące w konflikt z prawem stwarzają takie samo ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa w przyszłości [40]. W związku z tym reakcja systemu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych powinna być dostosowana do indywidualnego sprawcy [40]. Tam, gdzie jest to możliwe, osoby z objawami choroby psychicznej powinny być identyfikowane na wczesnym etapie procesu karnego, a osoby, których choroba psychiczna jest główną przyczyną przestępstwa, powinny być przekierowane do odpowiednich placówek leczenia psychiatrycznego poza wymiarem sprawiedliwości [39].

Wczesna identyfikacja problemów psychicznych jest o tyle istotna, że w placówkach penitencjarnych możliwości diagnostyczne bywają ograniczone m.in. ze względu na brak zatrudnionych profesjonalistów takich jak seksuolog, psycholog kliniczny,

psychiatra. Wczesne postawienie diagnozy pozwoli skierować daną osobę do odpowiedniej placówki oraz dobrać odpowiedni sposób oddziaływania.

Celem artykułu nie jest krytyka ani systemu wymiaru sprawiedliwości, ani systemu leczenia psychiatrycznego. Pragniemy jedynie zwrócić uwagę na obszar, który w naszej ocenie często poddawany jest krytyce mediów, polityków, społeczeństwa, nie podejmuje się natomiast konstruktywnych działań nakierowanych na polepszenie sytuacji osób chorujących psychicznie mających w swojej biografii konflikt z prawem.

Placówki wymiaru sprawiedliwości nie mogą i nie są w stanie zaspokajać potrzeb klinicznych chorych ani ich w pełni określać. Jeśli przyjmiemy założenie, że poważne choroby powinny być leczone, pozostaje tylko pytanie: gdzie? W instytucjach penitencjarnych czy w leczniczych, a może w porozumieniu ich obu? Warto zastanowić się nad rozwiązaniami, które dążą do destygmatyzacji chorób psychicznych, zapewniającymi kompleksowe podejście uwzględniające zarówno oddziaływania, profilaktykę, jak i opiekę skoncentrowaną na osobie. Podobny system opieki funkcjonuje w Kanadzie.

Podsumowując, warto więc poza unowocześnianiem i uszczelnianiem luk legislacyjnych skupić się na działaniach systemowych i międzyresortowych. Proponuje się zatem, aby:

- Dla osób chorych psychicznie, które popełniły przestępstwo, zostały opracowane programy skupiające się na człowieku i jego indywidualnych potrzebach i możliwościach, a nie oparte jedynie na opiece instytucjonalnej.
- Kolejnym krokiem jest wytworzenie silnego poparcia i wsparcia ze strony społeczności przez podnoszenie świadomości społecznej na ten temat – ustalenia konkretnych planów i wskazanie zasobów w celu rozwiązania tego złożonego problemu.
- Aby dokładnie zrozumieć, co należy zrobić, jaka jest skala zjawiska, powinny być gromadzone dokładne i kompleksowe dane na temat częstości występowania i konsekwencji problemów ze zdrowiem psychicznym wśród uwięzionych – uwzględniające nie tylko problemy behawioralne, ale także choroby psychiczne.
- Pracownicy wymiaru sprawiedliwości (szczególnie policja i służba więzienna) potrzebują specjalistycznych, dostosowanych do ich potrzeb szkoleń w zakresie kontaktu z osobą chorą psychicznie. Niezależnie od tego, czy są to małe komisariaty ulokowane na prowincji, czy duże komisariaty powiatowe, zarówno policja, jak i służba więzienna powinny wiedzieć, jak rozpoznać objawy, aby funkcjonariusze mogli szybko zidentyfikować osobę w trudnej sytuacji ze słabo kontrolowanymi problemami ze zdrowiem psychicznym. Jeżeli objawy nie zostaną usunięte, mogą eskalować, destabilizować procedury, frustrować, drażnić innych więźniów czy prowadzić do poważnych konfrontacji.
- Powinno się wdrożyć ocenę krótko – i długoterminowych efektów podejmowanych oddziaływań (leczniczych, terapeutycznych, izolacyjnych), wyniki zaś powinny się koncentrować na sukcesie leczenia i reintegracji społecznej.

Ocena powinna obejmować również opłacalność polityki publicznej opartej na dowodach, a nie na ideologii.

- Część rozwiązań znajduje się poza wymiarem sprawiedliwości, warto więc zwrócić uwagę na dostępność programów prewencyjnych, które zajmują się problemami na długo przed tym, zanim ktoś popadnie w konflikt z prawem. Programy reintegracji, jeżeli nie mogą zatrzymać, to przynajmniej mogą spowolnić powrotność do placówek lecznictwa z powodu nawrotu choroby. Jak już wcześniej wspomniano,  $\frac{1}{3}$  osób skazanych z diagnozą choroby psychicznej wraca do placówki penitencjarnej.

Odnosząc się do problematyki przestępczości osób z diagnozą choroby psychicznej, nie sposób pominąć zagadnień etycznych związanych z przymusowym pozbawieniem wolności chociażby w odniesieniu do zastosowanych środków zabezpieczających czy leczenia psychiatrycznego. Z jednej strony bowiem mamy na uwadze bezpieczeństwo publiczne i zagrożenie dla społeczeństwa, z drugiej zaś indywidualne swobody. Kara pozbawienia wolności jest określona z góry, ponadto skazany może ubiegać się o warunkowe przedterminowe zwolnienie z kary po połowie odbytego wyroku. Osoby umieszczone w placówkach leczniczych zaś mogą opuścić placówkę dopiero po pozytywnej ocenie procesu terapeutycznego, co może potrwać kilka lat. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że osoby chore psychicznie, które są uwięzione, dłużej przebywają w izolacji niż ich odpowiednicy w placówkach penitencjarnych [40].

Postrzegane ryzyko uwolnienia przestępców z diagnozą choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych ma pierwszeństwo nad potencjalnymi szkodami, jakich sprawca może doświadczyć podczas przedłużonego pobytu w placówce leczniczej. W piśmiennictwie wskazuje się, że potrzeba ochrony społeczeństwa stanowi przeszkodę we wdrażaniu programów po uwięzieniu. Jednym ze sposobów rozwiązania tego problemu jest zidentyfikowanie więźniów z chorobą psychiczną, u których ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa jest co najmniej wysokie [42, 43].

Podsumowując, trzeba podkreślić, że niezależnie od poziomu ryzyka recydywy osoby z diagnozą choroby psychicznej oraz zaburzeniami psychicznymi wymagają jakiejś formy wsparcia przed zwolnieniem i po zwolnieniu zarówno z placówki penitencjarnej, jak i leczniczej [44]. Wciąż jednak zbyt mało jest badań z tego zakresu. Najczęściej naukowcy skupiają się na skuteczności programów korekcyjnych na rzecz zdrowia psychicznego [45, 46]. Programy ukierunkowane na reintegrację więźniów chorych psychicznie powinny być dalej rozwijane i oceniane.

## Piśmiennictwo

1. Dziwota E. *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie*. Curr. Probl. Psychiatrii. 2014; 15(1): 18–23.
2. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(6): 1201–1211.
3. Sung HE, Mellow J, Mahoney AM. *Jail inmates with co-occurring mental health and substance use problems: Correlates and service needs*. J. Offender Rehabil. 2010; 49(2): 126–145.
4. Kitt F, Rogers C. *Policing, crime and mental illness in England and Wales: Insights from the literature*. Rev. Eur. Stud. 2017; 9(2): 248.
5. Steadman HJ, McCarty DW, Morrissey JP. *The mentally ill in jail: Planning for essential services*. New York: Guilford Press; 1989.
6. Rojek-Socha P. *Osadzeni chorzy psychicznie skazani na więzienie z powodu luki prawnej*, 2018. <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/osadzeni-chorzy-psychicznie-skazani-na-wiezienie-z-powodu-luki-prawnej,74677.html> (dostęp: 21.12.2021).
7. Rzeczpospolita. 2019. <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/chorzy-psychicznie-w-polskich-wiezieniach-sytuacja-jest-alarmujaca/f7s1qyr> (dostęp: 21.12.2021).
8. Wciórka J. red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki: raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014.
9. Jorm AF, Reavley NJ. *Public belief that mentally ill people are violent: Is the USA exporting stigma to the rest of the world?* Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2014; 48(3): 213–215.
10. <https://www.drugabuse.gov/> (dostęp: 20.08.2021).
11. Tęcza-Paciorek AM. *Wpływ opinii biegłych psychiatrów dotyczącej poczytalności oskarżonego na tok postępowania karnego*. Przegląd Prawa i Administracji. 2009; 81: 25–35.
12. Włodarczyk-Madejska J. *Zachowania niezgodne z prawem osób ze stwierdzoną niepoczytalnością*. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego im. prof. Stanisława Batawii. 2015; 22: 7–26.
13. Więcek-Durańska A. *Orzekanie i wykonywanie środka zabezpieczającego wobec sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych*. Prawo w Działaniu. Sprawy Karne. 2015; 23: 2015.
14. Gierowski J, Paprzycki LK. *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające: zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo CH Beck; 2013.
15. Kudrelek J. *Choroba psychiczna jako przyczyna zawieszenia postępowania karnego*. Prokuratura i Prawo. 2014; 11: 12.
16. Skorupka J, Brodzisz Z, Gruszecka D, Hańduk-Hawrylak I, Jasiński W, Kosonoga J i wsp. *Kodeks postępowania karnego: komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo CH Beck; 2020.
17. Bieńkowska B, Kruszyński P, Kulesza C, Piszczek P, Pawelec S. *Wykład prawa karnego procesowego*. Warszawa: Temida 2; 2003.
18. Marszał K, Zagrodnik J, Koper R, Zgryzek K. *Proces karny*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2017.
19. Kremens K, Nowicki K, Skorupka J. *Proces karny*. Warszawa: Wydawnictwo CH Beck; 2020.
20. Stefański RA, Zabłocki S. red. *Kodeks postępowania karnego, t. 1: Komentarz do art. 1–166*. Warszawa: Wydawnictwo CH Beck; 2017.

21. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/osoby-chorujace-psychicznie-nie-moga-przebywac-w-wiezieniach-interwencja-rpo-w-sprawie-zmiany-prawa> (dostęp: 20.08.2021).
22. <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/wiezienia-to-nie-miejsce-dla-osob-chorych-psychicznie-rpo,360278.html> (dostęp: 7.07.2021).
23. Fazel S, Seewald K. *Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis*. Br. J. Psychiatry. 2012; 200(5): 364–373.
24. Kondrat DC, Rowe WS, Sosinski M. *An exploration of specialty programs for inmates with severe mental illness*. Best Pract. Ment. Health. 2012; 8(2): 99–108.
25. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. *Health insurance and mortality in US adults*. Am. J. Public Health. 2009; 99(12): 2289–2295.
26. O'Brien M, Mortimer L, Singleton N, Meltzer H. *Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales*. Int. Rev. Psychiatry. 2003; 15(1–2): 153–157.
27. Watt F, Tomison A, Torpy D. *The prevalence of psychiatric disorder in a male remand population: A pilot study*. J. Forensic Psychiatry (Online). 1993; 4(1): 75–83.
28. Hume D. *Of the First Principles of Government*. Published online by Cambridge University Press: Yale University Press; 2018.147–150.
29. Haglund A, Tidemalm D, Jokinen J, Långström N, Lichtenstein P, Fazel S i wsp. *Suicide after release from prison: A population-based cohort study from Sweden*. J. Clin. Psychiatry. 2014; 75(10): 1047–1053.
30. Pękala-Wojciechowska A, Kacprzak A, Pękala K, Chomczyńska M, Chomczyński P, Marczak M i wsp. *Mental and physical health problems as conditions of ex-prisoner re-entry*. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021; 18(14): 7642.
31. MacDonald N, Hucker SJ, Hébert PC. *The crime of mental illness*. CMAJ. 2010 182(13): 1399.
32. <https://www.sw.gov.pl/aktualnosc/Programowane-oddzialywanie> (dostęp: 20.08.2021).
33. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. *Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door*. Am. J. Psychiatry. 2009; 166(1): 103–109.
34. Hopkins WJ. *Managing the successful societal reentry of mentally ill ex-offenders: A Delphi study*. Doctoral dissertation, University of Phoenix; 2017.
35. Ditton PM. *Mental health and treatment of inmates and probationers*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics; 1999.
36. Fazel S, Yu R. *Psychotic disorders and repeat offending: Systematic review and meta-analysis*. Schizophr. Bull. 2011; 37(4): 800–810.
37. <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Zdrowie%20psychiczne%20raport%20dla%20RPO%20z%20ok%5%82adk%4%85.pdf> (dostęp: 20.08.2021).
38. Vandevelde S, Soyez V, Vander Beken T, De Smet S, Boers A, Broekaert E. *Mentally ill offenders in prison: The Belgian case*. Int. J. Law Psychiatry. 2011; 34(1): 71–78.
39. Munetz MR, Griffin PA. *Use of the sequential intercept model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness*. Psychiatr. Serv. 2006; 57(4): 544–549.
40. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services*. Int. J. Forensic Ment. Health. 2011; 10(4): 326–336.
41. Lurigio AJ, Epperson MW, Canada KE, Babchuk LC. *Specialized probation programs for people with mental illnesses: A review of practices and research*. J. Crim. Justice. 2012; 35(2): 317–326.
42. Andrews DA, Bonta J, Wormith JS. *The recent past and near future of risk and/or need assessment*. Crime Delinq. 2006; 52(1): 7–27.

43. Osher FC, D'Amora DA, Plotkin MR, Jarrett N, Eggleston A. *Adults with behavioral health needs under correctional supervision: A shared framework for reducing recidivism and promoting recovery*. New York: Council of State Governments Justice Center; 2012.
44. Blackburn S. *Women and the state in modern Indonesia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
45. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S. *Prevalence of serious mental illness among jail inmates*. Psychiatr. Serv. 2009; 60(6): 761–765.
46. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. *Mental health courts and the complex issue of mentally ill offenders*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(4): 477–481.

Adres: Anna Więcek-Durańska  
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej  
Instytut Psychologii  
Zakład Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego  
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40  
e-mail: a.wieckeduranska@gmail.com

Otrzymano: 1.09.2021

Zrecenzowano: 21.10.2021

Otrzymano po poprawie: 21.12.2021

Przyjęto do druku: 15.01.2022