

Błażej Kmieciak

Wprowadzenie tzw. specustawy dotyczącej kierowania groźnych przestępców do ośrodków terapii osobowości – kontekst społeczno-prawny

The introduction of the so-called special law on referral of dangerous offenders to personality treatment centers – socio-legal context

Zakład Prawa Medycznego, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik: dr hab. n. praw. Rafał Kubiak
Correspondence to: Zakład Prawa Medycznego, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: bkmieciak@o2.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Ustawa o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób to jeden z najbardziej krytykowanych w ostatnich miesiącach aktów prawnych. Liczne grono prawników oraz psychiatrów wskazuje, iż proponowane rozwiązania są sprzeczne ze standardami ochrony praw człowieka, które wiele lat temu zostały przyjęte przez Polskę. Podkreśla się ponadto, że przyjęcie ustawy otworzy drogę do wykorzystywania psychiatrii do celów politycznych. Z drugiej strony osoby broniące przywołaną ustawę twierdzą, że część osadzonych osób, z powodu doświadczania zaburzeń osobowości bądź zaburzeń preferencji seksualnych, zamierza powrócić do działań przestępczych, skierowanych często przeciwko życiu i zdrowiu dzieci. Należy wspomnieć, iż pod koniec lat 80. XX wieku podobne działania doprowadziły do orzeczenia kary śmierci wobec ww. osób. Co istotne, przez ponad 20 lat nie podejmowano tematu sytuacji więźniów, którym karę śmierci następnie zamieniono na karę 25 lat pozbawienia wolności. Czy prawdą jest zatem, iż omawiana ustawa łamie fundamentalne prawa i wolności człowieka? Czy istnieje realna obawa wykorzystywania przywołanego aktu prawnego do celów politycznych? Czy psychiatrzy mogą zostać zobowiązani do wykonywania zadań wyłącznie o politycznym charakterze? Czy obecnie nie ma innego rozwiązania zapewniającego poszanowanie bezpieczeństwa publicznego? W prezentowanym artykule odpowiedzi na powyższe pytania będą udzielane na podstawie analizy oficjalnych materiałów prawnych oraz medialnych informacji i komentarzy odnoszących się do omawianej ustawy.

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa, przymus leczenia, prawa człowieka, prawa pacjenta, przymus bezpośredni

Summary

The Act on the procedures related to people with mental disorders posing a danger to other people's life, health or sexual freedom has been one of the most criticized legal acts over the recent months. A large group of lawyers and psychiatrists indicates that the proposed solutions are contrary to human rights standards which Poland adopted many years ago. It is emphasized that the law will create in our country the practice of using psychiatry for political purposes. On the other hand, those who defend the mentioned law indicate that some of the prisoners because of their personality disorders or sexual preference disorders intend to return to criminal activities, often directed against the life and health of children. It should be noted that at the end of the 80s in the 20th century a similar action led to the capital punishment of the mentioned people. Interestingly, for over 20 years no one undertook the subject of those prisoners whose capital punishment was later replaced with 25 years imprisonment. So is it true that the law concerned violates

fundamental human rights and freedoms? Is there a real threat that the mentioned legal act could be used for political purposes? May psychiatrists be required to accomplish exclusively tasks of political nature? Is it possible that there is no other solution which would protect the public safety? Answers to such questions will be derived from analysis of official legal materials and media information and commentaries related to the said Act.

Key words: forensic psychiatry, coercive treatment, human rights, the patient's rights, direct coercion

WPROWADZENIE

W 1989 roku na terenie Polski została wykonana po raz ostatni kara śmierci. Na mocy art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 7 grudnia 1989 roku o amnestii zamieniono ją na „karę 25 lat pozbawienia wolności”⁽¹⁾. Wprowadzenie przywołanego aktu prawnego miało na celu wyjście naprzeciw oczekiwaniom społeczeństwa związanym z humanitarnym traktowaniem więźniów, którym orzeczono karę więzienia w okresie PRL-u, ale także – jak wskazywali ówcześni dyrektorzy zakładów karnych – samych osób osadzonych, którzy liczyli na ogłoszenie amnestii przez polskie władze. Podkreślano, iż jedynie objęcie wszystkich więźniów ww. działaniem jest w stanie uspokoić napiętą sytuację na terenie instytucji izolacyjnych^(2,3). Jak już wspomniano, omawiana amnestia objęła swoim działaniem również sprawców najcięższych przestępstw. Tym samym po 1989 roku mimo orzekania tej kary nie była ona wykonywana. Sukcesywnie poszczególne sądy apelacyjne w odniesieniu do konkretnych przypadków modyfikowały decyzję dotyczącą wyroku skazującego sprawców najcięższych przestępstw na ww. karę o najwyższym wymiarze⁽⁴⁾.

To właśnie ta sytuacja była podstawą rozpoczęcia przez Ministerstwo Sprawiedliwości działań zmierzających do stworzenia odrębnych przepisów uniemożliwiających opuszczenie więzień przez szczególnie niebezpieczne osoby, które w 2014 roku i w następnych latach miały odzyskać wolność. Projektodawcy ustawy w kolejnych wywiadach wskazywali, iż utrwalone zaburzenia psychiczne obserwowane u wspomnianych sprawców przeczą tezie, jakoby ich resocjalizacja zakończyła się sukcesem. Przywołane pojęcie zaburzenia psychicznego zaczęło w tym kontekście odgrywać fundamentalną rolę. Okazało się bowiem, że już ze wstępnej analizy zapisów *Ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób* (dalej – ustawa o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie)⁽⁵⁾ wynika, iż nowe przepisy rozszerzają grupę osób, wobec której można stosować izolacyjne formy terapii. Od ponad dwudziestu lat polskie prawo, odnosząc się do problematyki psychiatrycznej, w ściśle określonych sytuacjach zezwala na przymusowe leczenie osób chorych psychicznie, które bądź to stwarzają zagrożenie dla własnego życia lub zdrowia i życia innych osób, bądź też dokonały czynności karanej, ale z uwagi na doświadczane objawy nie były w pełni świadome podejmowanych przez siebie działań. Ministerstwo Sprawiedliwości w swej propozycji odchodzi od występujących w ww. kategoriach pojęć: zaburzeń

psychotycznych oraz niepoczytalności i proponuje przyjęć kategorię osób, które są niebezpieczne z powodu doświadczenia utrwalonych objawów wynikających z zaburzenia psychicznego. Propozycja ta spotkała się z krytyką zarówno ze strony prawników, jak i psychiatrów. W ciągu ponad dwuletniego okresu prac nad ustawą zakres owej krytyki w większości nie uległ zmianie. Odnosiła i nadal odnosi się ona do takich zagadnień, jak: powtórne karanie osób, które odbyły już karę, stygmatyzowanie osób chorych oraz całej psychiatrii, niepokojące rozszerzenie grupy osób, wobec której można zasądzić przymusową terapię itd. We wspomnianym okresie doszło jednak do zmiany medialnego postrzegania problemu. Początkowo media w większości milczały na wspomniany temat. Dopiero w okresie wakacyjnym w 2013 roku, w chwili, gdy znany był już kształt ustawy, duże zainteresowanie problemem ujawniło środowisko naukowe, które częstokroć we własnym gronie poddawało krytyce znane już zapisy projektu omawianego aktu prawnego. Z kolei pod koniec 2013 roku w przekazach medialnych zaczęły regularnie pojawiać się informacje o terminie opuszczenia więzień przez osadzonych, którzy mają być poddani „działaniu” ustawy. Wskazywano przy tym szczególnie, jakich przestępstw dokonały te osoby, przedstawiano informacje uzyskane przez ekspertów, którzy badali przywołanych więźniów itd. W materiałach medialnych zwracano uwagę na trudność dokonania obiektywnej oceny tych przepisów – z jednej strony podkreślano, iż państwo polskie, wprowadzając ustawę, może spotkać się z zarzutami łamania praw człowieka, z drugiej – że cały czas mowa jest o osobach niebezpiecznych⁽⁶⁾. Ze względu na złożoność sytuacji warto przeanalizować treść tytułowej ustawy, a jednocześnie skorelować jej zapisy z już istniejącymi rozwiązaniami prawnymi dotyczącymi przymusowej terapii psychiatrycznej. Zasadne wydaje się również rozważenie, czy kierowane w stronę Ministerstwa Sprawiedliwości zarzuty odnoszące się do omawianej ustawy ukazują realne, niedostrzeżone przez urzędników problemy. Warto zastanowić się również, czy w obecnej sytuacji posiadamy konstruktywną, prawno-medyczną alternatywę dla proponowanych rozwiązań.

TREŚĆ USTAWY

Omawiany dokument składa się z dziewięciu rozdziałów, dokładnie informujących o zasadach kierowania do Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, formie stosowania tzw. nadzoru prewencyjnego, specyfice postępowania sądowego odnoszącego się do

przywołanego zagadnienia oraz prawach pacjenta przebywającego w ww. ośrodku.

Kluczowa informacja dotycząca interesującego nas zagadnienia została zamieszczona w analizowanej ustawie na samym jej początku. W pierwszym rozdziale określono precyzyjnie, kogo będzie dotyczyć tytułowy dokument prawny – ustawa o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie odnosi się przede wszystkim do osób odbywających karę i spełniających następujące warunki:

- wspomnianą, prawomocnie orzeczoną karę oraz karę 25 lat pozbawienia wolności odbywają w systemie terapeutycznym;
- w trakcie odbywania kary zaobserwowano u nich występowanie upośledzenia umysłowego, zaburzeń osobowości lub zaburzeń preferencji seksualnych;
- przywołane obserwacje skłaniają do stwierdzenia, iż ze względu na charakter ww. zaburzeń przywołani więźniowie mogą stwarzać zagrożenie dla innych osób poprzez podejmowanie działań zabronionych, zagrożonych „karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat” (art. 1).

Warto wspomnieć, iż w omawianym rozdziale znalazły się również tak kluczowe informacje, jak określenie miejsca, w którym powinno się toczyć postępowanie sądowe, oraz wskazanie, że każde powyższe działanie musi się odbywać w obecności prokuratora. To właśnie w pierwszym rozdziale ustawy sformułowano kategorię „osoby stwarzającej zagrożenie”. Kategoria ta ma w tym miejscu kluczowe znaczenie, gdyż określenie stopnia zagrożenia uprawnia do zastosowania jednej z form oddziaływań: nadzoru prewencyjnego lub umieszczenia osoby opuszczającej więzienie w ww. ośrodku (art. 3).

Kolejna część ustawy szczegółowo omawia sposób funkcjonowania Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym. W akcie prawnym wskazano, iż ośrodek ten będzie bezpośrednio podlegać ministrowi zdrowia, który powoła jego kierownika. Stwierdzono, iż ośrodek będzie podmiotem leczniczym udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej⁽⁷⁾. Za bezpieczeństwo na terenie ośrodka odpowiadać ma specjalnie powołana w tym celu Służba Ochrony. W tej części ustawy odniesiono się również do zagadnienia prawa pacjenta do poszanowania intymności w trakcie udzielania mu oświadczeń zdrowotnych – określono zasady monitorowania oraz rejestrowania stałego nadzoru nad pacjentami, w tym nadzoru stosowania przymusu bezpośredniego (art. 4–8).

W trzecim rozdziale szczegółowo opisano procedurę sądową, na podstawie której ustalany jest stopień zagrożenia. Jak wynika z treści ustawy, osobą odpowiedzialną za skierowanie sprawy do sądu jest dyrektor zakładu karnego. Powyższe działania może on podjąć po przekazaniu przez terapeutyczno-resocjalizacyjną kadrę więzienia informacji o potencjalnym zagrożeniu dla społeczeństwa, jakie może stanowić osoba kończąca odbywanie kary. Podobnie jak w innych tego typu postępowaniach, sąd jest

obowiązany powołać biegłych do oceny stanu zdrowia więźnia – w ustawie mowa jest o dwóch biegłych psychiatrach, psychologu bądź seksuologu, którym może być lekarz i/lub certyfikowany seksuolog kliniczny o wykształceniu psychologicznym (art. 9–13). W trzecim rozdziale, co wydaje się szczególnie istotne, wskazano także, że osoba, wobec której prowadzone jest postępowanie sądowe, ma prawo do darmowej obrony. Stwierdzono ponadto, iż możliwe jest zarządzanie maksymalnie czterotygodniowej obserwacji sądowo-psychiatrycznej, która oceni, czy wobec opuszczającego więźnia zasadne jest zastosowanie nadzoru prewencyjnego, czy też konieczne jest umieszczenie go w ośrodku.

Nadzór prewencyjny stanowi odrębny element szczegółowo analizowany w ustawie. Ma on być formą mniej uciążliwego nadzoru nad osobą uznaną przez sąd za stwarzającą wysokie zagrożenie. W trakcie trwania nadzoru uprawniono komendantów (miejskich oraz rejonowych) Policji do zbierania wszelkich istotnych danych na temat poddanych im osób – miejsca zamieszkania, planowanych wyjazdów, podejmowanych działań terapeutycznych. Policja w celu zebrania większej ilości informacji ma prawo do podejmowania czynności operacyjno-rozpoznawczych, w tym takich działań, jak zasądzona przez sąd kontrola operacyjna prowadzona w chwili, gdy zachodzi podejrzenie, iż osoba poddawana nadzorowi planuje podejmowanie działań zagrożonych karą, której górna granica wynosi co najmniej 5 lat (art. 22–24).

Kończąc tę część rozważań, warto wskazać zapisy dwóch kolejnych rozdziałów odnoszących się do pobytu danej osoby w ośrodku, w tym stosowania wobec niej przymusu bezpośredniego, oraz wypisania jej z ww. miejsca.

Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym został w ustawie określony jako zakład opieki zdrowotnej, w którym danej osobie udzielane są świadczenia zdrowotne zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Osobom poddawanych w nim terapii przysługuje możliwość kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 29 ust. 3). Osoby leczone w ośrodku mają prawo do darmowej opieki zdrowotnej. Podobnie jak pacjenci innych szpitali nie mogą wnioskować o zmianę lekarza prowadzącego. Wskazano, iż personel zobowiązany jest do poszanowania prywatności oraz intymności pacjenta, dodano jednak, że dyrektor ośrodka może podjąć decyzję o obowiązkowej obecności innych osób w trakcie udzielania danych świadczeń (art. 26 ust. 4), a także o konieczności przeprowadzenia kontroli osobistych rzeczy pacjenta. Ma on również prawo zdecydować o cofnięciu zgody na kontakt pacjenta z określonymi osobami, z wyjątkiem opiekuna prawnego, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Nadmienić należy, iż na ww. arbitralne decyzje kierownika ośrodka – wydawane w trybie zarządzeń – pacjentowi przysługuje skarga do sądu (art. 28–30).

W art. 34–45 scharakteryzowano z kolei zasady podejmowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Ustawa

o osobach stwarzających zagrożenie oprócz znanych już z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁽⁸⁾ form przymusu bezpośredniego – przytrzymania, przymusowego podania leków, unieruchomienia oraz izolacji – wprowadza kilka innych możliwości zastosowania siły wobec agresywnego pacjenta. Należy zwrócić uwagę, że ww. cztery formy przymusu mogą być stosowane przez personel medyczny, który podobnie jak w znanych do tej pory rozwiązaniach ma obowiązek uprzedzić pacjenta o zamiarze zastosowania przymusu. Omawiana ustawa od powyższej zasady wprowadza wyjątek. Art. 34 ust. 3 stanowi, że „przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której ma być zastosowany przymus bezpośredni, chyba że natychmiastowe zastosowanie przymusu bezpośredniego jest niezbędne dla zapobieżenia niebezpieczeństwu dla życia lub zdrowia”. Wspomniane nowe formy przymusu stosowanego wobec pacjenta przewidują możliwość użycia: kajdanek, pałki służbowej oraz ręcznego miotacza substancji obezwładniającej (art. 36 ust. 1 pkt 5). Podobne działania może podjąć jedynie pracownik ochrony ośrodka. Ustawa dokładnie definiuje każde z powyższych działań, jednocześnie dookreślając, kiedy mogą być podjęte czynności przymusowe. Do znanych już z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego sytuacji, w których można podjąć działania zabezpieczające, analizowany akt prawny dodaje możliwość zastosowania tzw. przymusu prewencyjnego stosowanego, jak stanowi art. 35 ust. 2 ustawy, „w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się osoby pozostającej pod nadzorem służby ochrony poza Ośrodkiem” oraz „jeżeli zachowanie osoby stwarzającej zagrożenie wskazuje, że jest to niezbędne dla zapobieżenia jej agresji lub autoagresji”. Ustawodawca wskazał jednakże, iż prewencyjnie można wyłącznie przytrzymać pacjenta i zastosować przymusowo środki lecznicze, jak również kajdanki. W stosunku do osób z widoczną niepełnosprawnością, kobiet w ciąży oraz osób powyżej 70. roku życia ustawa zabrania stosowania pałki oraz ręcznego miotacza substancji obezwładniającej (art. 38 ust. 3).

DYSKUSJA MEDIALNA

Na temat prezentowanej ustawy głos zabierali przede wszystkim prawnicy oraz lekarze psychiatrzy. Znaczna większość debat medialnych odnoszących się do ww. aktu prawnego zawierała w sobie silny element krytyki. W dyskusjach wskazywano, iż ustawa o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie stanowi przykład wprowadzania prawa naruszającego standardy poszanowania wolności człowieka. Dodawano, że objęcie ustawą osób, które w przeszłości były skazane na karę śmierci, jest w istocie działaniem prawa wstecz. Z kolei psychiatrzy, wśród nich prof. Janusz Heitzman oraz dr Marek Balicki, podkreślali, iż tytułowa ustawa stoi w całkowitej opozycji do zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która jest podstawowym polskim aktem prawnym regulującym możliwość przymusowej hospitalizacji osób chorych

psychicznie. Podkreślali, iż zaburzenia osobowości nie są stanem, który obecnie może być wyleczony za pomocą farmakoterapii. Ukazując specyfikę zaburzeń osobowości, komentatorzy przypomnieli, iż zaburzenie to jest utrwaloną, patologiczną formą postępowania danej osoby skierowanego do siebie samego, innych osób lub społeczeństwa. Zwrócili uwagę, iż psychopatia nie jest chorobą psychiczną i zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego oraz zapisami polskich przepisów karnych władze nie mają prawa izolować w szpitalach osób doświadczających tego typu stanów. W opinii Marka Balickiego podobne rozstrzygnięcia mogą z czasem przyczynić się do powstania w Polsce tzw. psychuszek, a więc szpitali psychiatrycznych, w których dana osoba jest izolowana nie ze względu na rozpoznaną chorobę/zaburzenie, ale dlatego, iż przeciwstawia się np. polityce prowadzonej przez władzę państwową⁽⁹⁾.

Analizując stanowiska zajmowane przez przedstawicieli środowiska prawniczego, można dostrzec silny wewnętrzny podział w zakresie opinii dotyczących omawianych rozstrzygnięć prawnych. Część ekspertów, w tym prof. Monika Płatek oraz środowisko Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, w jednoznaczny sposób wskazywała na niekonstytucyjność rozstrzygnięć proponowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości. Podkreślano, iż proponowany model izolacji ma charakter punitywny, co w bezpośredni sposób narusza kardynalną zasadę niekarania dwukrotnie danej osoby za ten sam czyn oraz niekarania bez podstawy prawnej⁽¹⁰⁾. Podobną krytyczną opinię wyraziło Ministerstwo Spraw Zagranicznych, podkreślając, iż ustawa o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie może naruszać zapisy Europejskiej Konwencji Praw Człowieka⁽¹¹⁾.

W środowisku prawników pojawiły się jednak głosy umiarkowane. Prokurator Generalny RP Andrzej Seremet, podkreślił, że obecnie znaleźliśmy się w sytuacji, „w której na jednej szali stawia się stworzenie ustawy, która budzi konstytucyjne wątpliwości, a na drugiej bezpieczeństwo ludzi. Wybierając którąś z tych wartości, podjęto decyzję o uchwaleniu tej ustawy”⁽¹²⁾. Z kolei zdaniem prof. Andrzeja Zolla, byłego Rzecznika Praw Obywatelskich, należy zwrócić uwagę na dwa fundamentalne problemy: niekonstytucyjność proponowanych przepisów oraz bezpieczeństwo polskich obywateli. W opinii eksperta władze państwa nie powinny podejmować jakiegokolwiek ryzyka związanego szczególnie z drugim z wymienionych elementów⁽¹³⁾.

Z kolei jeden z twórców ustawy, wiceminister sprawiedliwości Michał Królikowski, w kolejnych dyskusjach odniósł się do zarzutu promowania rozstrzygnięć stwarzających niebezpieczeństwo politycznego wykorzystywania psychiatrii. Przywołany karnista zwracał uwagę, iż ustawa dotyczy osób, które uprzednio zostały skazane wyrokiem sądu na karę pozbawienia wolności za czyn, który penalizowany jest przez zapisy polskiego prawa karnego. Nie ma tu możliwości kierowania osób do Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, na przykład w trybie wnioskowym. Królikowski zaznaczał ponadto, iż omawiane przepisy nie

odnoszą się do sytuacji z końca lat 80. XX wieku, ale stanowią propozycję związaną z oceną obecnego stanu psychicznego osób opuszczających więzienia. Wiceminister wielokrotnie zwracał uwagę, iż proponowane rozwiązania są całkowicie zgodne z linią orzeczniczą, jaką w sprawach przymusowego leczenia psychiatrycznego wypracował Europejski Trybunał Praw Człowieka⁽¹⁴⁾.

OCENA USTAWY

Zaprezentowanie wniosków związanych z omawianym aktem prawnym musi się odnosić do standardów wypracowanych w trakcie dwóch dekad obowiązywania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej ustawa o o.z.p.). Jak słusznie bowiem wskazuje Marek Balicki, ten fundamentalny dla polskiej psychiatrii dokument stworzył wzorce postępowania w tak szczególnych sytuacjach, jak przyjęcie pacjenta do szpitala bez zgody czy też zastosowanie wobec niego środków przymusu bezpośredniego⁽¹⁵⁾. W tym miejscu należy również wskazać na zapisy polskiego kodeksu karnego oraz kodeksu karnego wykonawczego, odnoszące się do prawnop-psychiatrycznego problemu internacji⁽¹⁶⁾.

Z dokładnej analizy ustawy o izolacji szczególnie niebezpiecznych osób doświadczających zaburzeń psychicznych wynika, iż akt prawny stworzony przez Ministerstwo Sprawiedliwości łączy filozofię działań, do jakich uprawnia ustawa o o.z.p., jednak w omawianym dokumencie bez trudu dostrzec można odniesienia do utrwalonych w polskim prawie karnym praktyk związanych ze stosowaniem środka zastępczego w postaci przewidzianych w przepisach karnych środków zabezpieczających.

Omawiany akt prawny, jak wskazują jego twórcy, ma określać nową formę stosowanego w Polsce środka zabezpieczającego, który docelowo zostanie uwzględniony w zmodyfikowanym kodeksie karnym. Tym samym wobec osób opuszczających więzienie – w chwili gdy ujawniają wynikające z zaburzeń psychicznych niebezpieczne zachowania – może zostać wszczęte szczególne postępowanie sądowe. Trzeba jednak zwrócić uwagę, iż nie jest to postępowanie o charakterze karnym. Na temat więźnia wypowiadać ma się sąd okręgowy – należy się spodziewać, iż do podobnych spraw kierowani będą sędziowie orzekający uprzednio w sprawach rodzinno-opiekuńczych. W debacie publicznej podkreślano, iż pomimo podobnej konstrukcji prawnej nowa ustawa umożliwi powtórne karanie osoby za popełniony w przeszłości czyn. Krytycy stoją na stanowisku, że już obserwujemy zadziałanie prawa wstecz⁽¹⁷⁾. Pogląd ten wzmocniony jest przez kolejne doniesienia medialne. Zarówno prasa, jak i telewizja w ostatnich kilku miesiącach ze szczegółami przypominały konkretne czyny skazanych osób, które mają być objęte ustawą. W omawianym przekazie dominuje pogląd, iż poszczególni sprawcy, których nazwiska nierzadko są znane, zostają skierowani do ośrodków terapii osobowości w związku z czynami, jakich dokonali pod koniec lat 80. XX wieku. Należy jednak

podkreślić, że proponowana przez Ministerstwo Sprawiedliwości nowa forma środka zabezpieczającego odnosi się do późniejszej sytuacji tych osób. W tym momencie następuje połączenie aktu przestępczego, za który danym osobom nierzadko zasądzono karę śmierci, z zachowaniem się danej osoby w trakcie tak zwanego postępowania wykonawczego, a więc w okresie pobytu w więzieniu. Trzeba przy tym zwrócić uwagę, iż przywoływani w pracy potencjalni „adresaci” nowych rozwiązań prawnych będą badani przez biegłych tuż przed opuszczeniem zakładu karnego. Zadaniem ekspertów nie będzie odnoszenie się do czasu przeszłego, lecz udzielenie odpowiedzi na temat aktualnego stanu zdrowia psychicznego danego więźnia⁽¹⁸⁾. Zarówno psychiatrzy, jak i psycholog i/lub seksuolog zostaną zobowiązani przez sąd do przeanalizowania, czy w danym momencie konkretny więzień może stwarzać istotne zagrożenie dla innych osób, ze względu na stwierdzone utrwalone zaburzenia psychiczne. W tym miejscu pojawia się jednak kolejny zarzut, który wymaga komentarza.

Polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego uprawnia do stosowania przymusowej hospitalizacji jedynie wobec czterech grup prawdopodobnych pacjentów. Mowa o osobach:

- upośledzonych, „umysłowo niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia” – art. 22 ust. 2 ustawy o o.z.p.;
- podejrzanych o występowanie choroby psychicznej, a jednocześnie stwarzających zagrożenie dla własnego życia lub zdrowia i życia innych osób – art. 24 ustawy o o.z.p.;
- chorych psychicznie stwarzających zagrożenie dla własnego życia lub zdrowia i życia innych osób – art. 23 o o.z.p.;
- chorych psychicznie, u których zaobserwowano niepokojące, nagle pogorszenie się stanu zdrowia, przejawiające się między innymi brakiem umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych – art. 29 o o.z.p.

Co istotne, wspomniana ustawa o o.z.p. jako jedyny w Polsce akt prawny wprowadza legalną definicję zaburzeń psychicznych, do których, jak stanowi art. 3, zaliczamy: upośledzenie umysłowe, chorobę psychiczną (związaną z dostrzeganiem objawów psychotycznych) oraz „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”. Podobny trójpodział ukazany został w definicji karnej niepoczytalności. Jak wskazuje art. 31 par. 1 Kodeksu karnego (k.k.), „nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”. Porównując zapisy przywołanych aktów prawnych (ustawy o o.z.p. oraz k.k.) z poszczególnymi rozdziałami omawianego w pracy aktu prawnego, można dostrzec, iż nowe rozwiązania nie odnoszą się do osób chorych psychicznie. We wprowadzonej na początku 2014 roku ustawie mowa jest

o osobach doświadczających utrwalonych zaburzeń osobowości, które zgodnie z polskim prawem do tej pory nie mogły być poddane przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej. W opinii przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości zastosowanie podobnych działań leczniczych wobec wspomnianej grupy osób możliwe jest po dokładnej analizie zapisów Europejskiej Konwencji Praw Człowieka oraz orzekającego na jej podstawie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Jak czytamy w uzasadnieniu do projektu omawianej ustawy: „Trybunał ustalił wymagania konieczne do zapewnienia zgodności pozbawienia wolności ze standardem wynikającym z Konwencji: (1) stwierdzenie na podstawie obiektywnej opinii medycznej zaburzenia umysłowego (ang. *mental disorder*) pacjenta, (2) zaburzenie umysłowe jest takiego rodzaju lub stopnia, że wymaga przymusowego zamknięcia, (3) zasadność kontynuowania pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się zaburzeń umysłowych. Projektowane przepisy odpowiadają wymienionym kryteriom”⁽¹⁹⁾. Warto podkreślić, że w przywoływanym europejskim orzecznictwie nie wskazuje się na rozróżnienie pomiędzy chorobą a zaburzeniem psychicznym. Podobnie zapisy nieobowiązującej jeszcze w Polsce Europejskiej Konwencji Bioetycznej – w art. 7 – nie wprowadzają jakiegokolwiek rozróżnienia klinicznego ww. stanów. Wprowadzają natomiast jednolitą kategorię poważnych zaburzeń psychicznych uprawniających do stosowania izolacyjnych form terapii⁽²⁰⁾.

W tym miejscu należy odnieść się krytycznie do powyższych rozstrzygnięć. Polskie „prawo psychiatryczne” obecnie bardzo szczegółowo ukazuje, kto może zostać poddany przymusowemu leczeniu. Już twórcy ustawy o o.z.p. podkreślali, iż podobne działanie terapeutyczne bez zgody pacjenta możliwe jest jedynie w odniesieniu do osób, u których stwierdzono występowanie objawów psychotycznych, przy jednoczesnym współistnieniu zachowań zagrażających ich życiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Stanisław Dąbrowski, odnosząc się do powyższego problemu, wskazywał, iż nie można zgodzić się z tezą, zgodnie z którą możliwe jest przymusowe leczenie osób zagrażających własnemu zdrowiu. Dana osoba ma bowiem prawo sama dysponować własnym zdrowiem, a interwencja państwa możliwa jest jedynie wówczas, gdy obserwuje się zagrożenie dla życia, które jest dobrem najwyższym⁽²¹⁾.

We wprowadzonych na początku 2014 roku rozwiązaniach dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi z całą pewnością mamy do czynienia z sytuacją realnego zagrożenia dla zdrowia i życia innych osób. W tym miejscu jednak nie mówimy o chorobie psychicznej. Jak słusznie bowiem podkreślał w ostatnim czasie prof. Janusz Heitzman, „psychopatia jest zaburzeniem osobowości, nie chorobą. Nie ma na to tabletki. Elektrowstrząsy nie pomogą. (...) Nie leczy się osobowości”⁽²²⁾. Mając świadomość potencjalnego zagrożenia, jakie mogą stwarzać osoby opuszczające więzienia, warto podkreślić, iż obecnie nie znamy etiologii powyższych stanów. Jak wskazuje prof. Kazimierz Pospiszyl, w stosunku do podobnych osób podejmowane

są różnorodne formy terapii oraz resocjalizacji mające na celu zrekonstruowanie zaburzonej osobowości. Nie znamy jednak, jak dotąd, skutecznych form leczenia podobnych stanów⁽²³⁾, a zatem nie można stwierdzić, jak długo trwać będzie izolacja osób, wobec których zostanie zastosowana ustawa. Poza tym omawiana terapia dotyczyć będzie osób, które miały świadomość popełnianych czynów – częstokroć z zaskakującą dokładnością opisywały poszczególne przestępstwa. Nie mamy zatem do czynienia z osobami w stanie niepoczytalności (perspektywa karna) lub ograniczonego rozeznania sytuacji z powodu doświadczanych objawów psychotycznych trwałych lub stanu upośledzenia umysłowego (perspektywa cywilna). To w istocie paradoks, że ustawa o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie z perspektywy prawnej wprowadza możliwość leczenia osób zdrowych.

Warto odnieść się przy tej okazji do zarzutu, zgodnie z którym podobne praktyki umożliwią kierowanie do ośrodków psychiatrycznych osób niewygodnych dla danej władzy politycznej. Teza o tzw. psychuszkach, podnoszona w dyskusji przez Marka Barlickiego i jednocześnie ostro krytykowana przez Michała Królikowskiego⁽²⁴⁾, wydaje się posiadać liczne wady. Warto wspomnieć, że podobne ośrodki istniejące przez wiele lat na terenie byłego ZSRR pojawiły się w związku z apelem władz, które głosiły, iż jakakolwiek forma ataku na komunistyczny system musi być uznana za objaw choroby psychicznej. Konsekwencją podobnych hasel było pojawienie się poglądów o istnieniu tzw. schizofrenii bezobjawowej. Analizując jednak historyczne zapisy – w Polsce podobnych praktyk nigdy nie stwierdzono – należy wskazać, że środowisko psychiatrów już pod koniec lat 70. XX wieku stanowczo odcięło się od podobnych praktyk, jednoznacznie je potępiając⁽²⁴⁾. Nie można w tym kontekście zapomnieć, że Polska od wielu lat jest stroną międzynarodowych konwencji dotyczących ochrony praw i wolności człowieka, które umożliwiają przeprowadzenie w tej kwestii zewnętrznej kontroli. Od ponad 20 lat istnieją również krajowe organy, takie jak Rzecznik Praw Obywatelskich, które mają prawo dokonywać niezależnej oceny sytuacji osób kierowanych lub przebywających w instytucji izolacyjnej⁽²⁵⁾.

KARA I ALTERNATYWA

Na koniec warto odnieść się do dwóch fundamentalnych pytań, jakie nasuwają się przy lekturze ustawy o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie: 1) czy omawiany akt prawny wprowadza możliwość powtórnego karaniania osób opuszczających więzienia po odbyciu kary? oraz 2) czy obecnie można dostrzec alternatywę dla rozwiązań proponowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości?

Bazując na lekturze omawianej ustawy, trzeba udzielić negatywnej odpowiedzi na pierwsze z powyższych pytań. Wspomniany akt prawny opisuje proces kierowania na przymusową terapię określonej grupy osób. Wychodzący

z zakładów karnych więźniowie, przy spełnieniu kryteriów ustawowych, będą mogli być kierowani do ośrodków znajdujących się pod bezpośrednim nadzorem Ministerstwa Zdrowia. Ponadto ww. ośrodki będą funkcjonować na podstawie zapisów ustawy o działalności leczniczej. W tym kontekście przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości wskazywali, iż „sposób i miejsce wykonywania pozbawienia wolności to obok celu i dolegliwości orzeczonego środka – zasadnicze elementy odróżniające ten środek prewencyjny od kary. Rozróżnienie tych dwóch postaci pozbawienia wolności jest szczególnie istotne z punktu widzenia zgodności z art. 7 Konwencji, który określa zakaz wstecznego stosowania kar na niekorzyść oskarżonego”⁽¹⁹⁾. Udzielenie pełnej odpowiedzi na zadane pytania wymaga jednak głębszej analizy, w tym językowej analizy porównawczej. Na wstępie warto zwrócić uwagę, iż w ustawie o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie jedynie raz pada słowo *pacjent*. Pojawia się ono w nazwie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, z którym osoba izolowana ma prawo kontaktować się na terenie ośrodka. Gdy porównamy przywołane zapisy z treścią ustawy o o.z.p., okaże się, iż w ostatnim z wymienionych aktów prawnych słowo *pacjent* występuje 16 razy – 14 razy odnosi się do osoby rzecznika oraz nazwy aktu prawnego, 2 razy – do sytuacji pacjenta na terenie szpitala. Dalsza analiza powyższych dokumentów ukazuje inne istotne zjawiska. Poza znanymi z art. 18 ustawy o o.z.p. formami przymusu bezpośredniego omawiany w pracy akt prawny zezwala na stosowanie środków siłowych w postaci: kajdanek, pałki służbowej oraz ręcznego miotacza substancji obojętnej. O podobnych formach działania nie będzie decydować personel medyczny, ale specjalnie powołana w tym celu Służba Ochrony, którą przez pierwsze pół roku obowiązywania ustawy mogą zastępować delegowani funkcjonariusze Służby Więziennej. Podobnych rozwiązań nie znajdziemy w innych polskich aktach prawnych odnoszących się do zagadnienia hospitalizacji psychiatrycznej. Nawet w dokumentach ustawowych oraz aktach wykonawczych opisujących zjawisko internacji nie spotykamy omawianych form działania skierowanych wobec pacjenta. Warto zwrócić uwagę, iż w wypadku leczenia pacjentów w warunkach wzmocnionego oraz maksymalnego stopnia zabezpieczenia personel ma możliwość stosowania przymusu bezpośredniego jedynie w formie przewidzianej w przywoływanym już art. 18 ustawy o o.z.p. Zastosowanie np. kajdanek jest możliwe jedynie w czasie doprowadzania – jak wskazują przepisy Kodeksu karnego wykonawczego – sprawcy przez Policję do wskazanego oddziału psychiatrycznego^(26,27).

Zaledwie pobieżnego porównania zapisów ustawy o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie z treścią ustawy o o.z.p. oraz zapisami Kodeksu karnego, Kodeksu karnego wykonawczego oraz treścią aktów wykonawczych odnoszących się do zagadnienia internacji wynika, iż wprowadzona na początku 2014 roku ustawa posiada liczne elementy świadczące o jej punitaryjnym charakterze.

Tym samym pomimo braku formalnej, karnej formy oddziaływania omawiana ustawa będzie spełniać nade wszystko podobną funkcję. O prawdziwości powyższej tezy świadczy przede wszystkim treść analizowanego aktu prawnego, która wskazuje, iż funkcjonowanie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym będzie się odwoływać do realiów wypracowanych w praktyce resocjalizacyjnej (więziennej), a nie terapeutycznej (szpitalnej). W tym miejscu warto powrócić do drugiego pytania dotyczącego możliwych alternatywnych rozwiązań w stosunku do ustawy uchwalonej na początku 2014 roku i analizowanej w artykule. Przypomnijmy: omawiane przepisy mają dotyczyć w pierwszej kolejności osób, którym karę śmierci zamieniono na karę 25 lat pozbawienia wolności. Zaproponowane przez Ministerstwo Sprawiedliwości rozwiązania mają na celu:

„1) wprowadzenie do prawa polskiego rozwiązań przewidzianych terapię, w warunkach izolacji, sprawców przestępstw, którzy z powodu zaburzonej psychiki mogą ponownie popełnić groźne przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu, bezpieczeństwu powszechnemu lub wolności seksualnej;

2) umożliwienie tym sprawcom, w wyniku odbytej terapii, readaptacji do społeczeństwa i funkcjonowania w nim zgodnie z zasadami współżycia społecznego;

3) umożliwienie efektywnego monitorowania zachowania tych spośród sprawców, którzy po odbyciu kary będą przebywać na wolności”⁽¹⁹⁾.

W pierwszych dniach po wprowadzeniu ustawy zwracano uwagę, iż w miejsce omawianych przepisów odnoszących się do nowej formy izolacji zasadne jest wprowadzenie rozwiązań umożliwiających realne nadzorowanie sytuacji osób opuszczających więzienie, wobec których istnieją wątpliwości dotyczące przebytej resocjalizacji.

Wskazywano ponadto na konieczność budowania systemu informowania społeczeństwa o osobach opuszczających więzienia. Podobna dyskusja była prowadzona kilka lat temu w USA. Jak wskazuje Krzysztof Motyka, wprowadzenie pod koniec XX wieku tzw. prawa Megan wywołało dyskusję dotyczącą relacji pomiędzy prawem do prywatności (w tym wypadku osoby wychodzącej z więzienia) a prawem społeczeństwa do bezpieczeństwa. W Stanach Zjednoczonych obecne rozwiązania prawne zobowiązują byłych więźniów skazanych w przeszłości za przestępstwa o charakterze seksualnym do dokładnego informowania lokalnej społeczności o przyczynach odbywania kary. Rozwiązania te powodują jednak, iż na terenie USA psychiatrzy coraz częściej wskazują, iż promowanie podobnych, wolnościowych rozwiązań jest wtórną formą karaniami byłych więźniów, którzy nie mogąc znaleźć pracy po opuszczeniu zakładu karnego, niejednokrotnie wracają na przestępczą drogę⁽²⁸⁾.

Analizując omawianą ustawę z perspektywy ewentualnych działań alternatywnych, trzeba zaznaczyć, iż w Polsce nie ma obecnie żadnego zwartego oraz spójnego systemu środowiskowej psychiatrii sądowej. Formując opinie

krytyczne na temat nowych rozwiązań prawnych, musimy wskazać przede wszystkim na powyższy element. Z jednej strony ustawodawca zdecydował się wprowadzić wobec osób opuszczających więzienie – jednocześnie stwarzających zagrożenie – kontrowersyjną, sprzeczną z dotychczasową praktyką psychiatryczną formę izolacji, z drugiej omawiany akt prawny daje możliwość stosowania nadzoru prewencyjnego. Wydaje się jednak, iż kluczowy problem, a tym samym luka wprowadzanych przepisów objawia się w braku realnych propozycji dla osób, które mają opuścić więzienie. Po przeanalizowaniu proponowanych – na przykład na terenie województwa łódzkiego – form postpenalnej opieki terapeutycznej można dojść do wniosku, iż konkretne propozycje pojawiają się jedynie w ofertach kilku organizacji pozarządowych^(29,30). Obecnie nie ma przeznaczonych dla byłych więźniów form wsparcia terapeutycznego prowadzonych przez państwowe ośrodki psychiatryczne. Tym samym trudno dostrzec realne możliwości kontynuowania z sukcesem leczenia w warunkach wolnościowych.

Podsumowując rozważania dotyczące *Ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób*, należy podkreślić, iż pomimo dostrzegania złożonego problemu, jaki stara się uregulować omawiany akt prawny, istnieje realne niebezpieczeństwo, że konsekwencją wprowadzania podobnych przepisów będzie stworzenie kontrowersyjnej formy izolacji bez realnej próby rozwiązania problemu.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Ustawa z dnia 7 grudnia 1989 r. o amnestii (DzU nr 64 poz. 390).
2. Autopoprawka do ustawy o amnestii. Druk sejmowy nr 20. Sejm Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, Warszawa 1989: 3.
3. Osiatyński W.: Zrozumieć świat – wywiad z Pawłem Moczydłowskim. Warszawa 2013. Adres: <http://audycje.tokfm.pl/audycja/88>.
4. Kozłowski B.: O karze śmierci w Polsce i gdzie indziej. Adres: <http://bartlomiejkozowski.eu.interiowo.pl/ks.htm>.
5. Ustawa z dnia 7 stycznia 2014 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (DzU z 2014 r. poz. 24).
6. Kowalska K.: Otwarto nowe miejsce dla bestii. Rzeczpospolita. Adres: <http://www.rp.pl/artikul/10,1082435-Otwarto-nowe-miejsce-dla-bestii.html>.
7. Art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2013 r., poz. 217).
8. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
9. Kwaśniewski T.: Alternatywa – wywiad z M. Królikowskim i M. Balickim. Radio TOK FM, Warszawa 23.11.2012 r. Źródło: archiwum autora artykułu.
10. Prawnicy spierają się o specustawę dotyczącą groźnych przestępców. Program Pierwszy Polskiego Radia, Warszawa 24.02.2013 r. Adres: <http://www.polskieradio.pl/7/1691/Artykul/830823,Prawnicy-spieraja-sie-o-specustawe-dotyczacagroznych-przestepcow>.
11. Far-Nowak A.: List do Małgorzaty Hirszel, Sekretarza Komitetu Rady Ministrów. Warszawa 07.06.2013 r.: 1–2.
12. Wypowiedź Andrzeja Seremeta, Prokuratora Generalnego RP, „Fakty po Faktach – TVN”, Warszawa 23.01.2014 r. Adres: <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/seremet-w-moim-przekonaniu-pan-trynkiewicz-wyjdz-na-wolnosc,390702.html>.
13. Siedlecka E.: Skazani na karę śmierci wyjdą z więzień – rozmowa z A. Zollem. Gazeta Wyborcza, Warszawa, 14.11.2013 r. Adres: <http://wyborcza.pl/1,75478,14946931.html>.
14. Kmiecik B.: Psychuszek nie będzie? Medical Tribune 2014; 46: 32.
15. Kwaśniewski T.: Alternatywa – wywiad z M. Królikowskim i M. Balickim. Radio TOK FM.
16. Art. 31 i 94 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88 poz. 553).
17. Łasiczka C.: Konfrontacje – rozmowa z P. Moczydłowskim, S. Murawcem, S. Kowalskim. Radio TOK FM, Warszawa 30.12.2013 r. Źródło: archiwum autora artykułu.
18. Łasiczka C.: Konfrontacje – rozmowa z M. Królikowskim oraz J. Heitzmanem. Radio TOK FM, Warszawa, 12.03.2013 r. Źródło: archiwum autora artykułu.
19. Uzasadnienie do projektu ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2013.
20. Kmiecik B., Mackiewicz J., Skoczylas A.: Uwagi dotyczące ratyfikacji przez Polskę Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa 2013: 16.
21. Dąbrowski S.: Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania. W: Siwiak-Kobayashi M., Leder S. (red.): Psychiatria i etyka. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 1995: 57–59.
22. Siedlecka E.: Psychiatria nie odpowiada za „bestie” – rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem. Gazeta Wyborcza, Warszawa, 25.11.2013 r. Adres: http://wyborcza.pl/1,75478,15008124,Prof_Heitzman_Psychiatria_nie_odpowiada_za_bestie.html.
23. Pospiszyl K.: Psychopatia. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000: 74–79.
24. Heitzman J.: Profesor Stanisław Dąbrowski – wspomnienie pośmiertne. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 716.
25. Kmiecik B.: Prawa człowieka chorego psychicznie – historia i współczesność. W: Maciaszek J. (red.): Ochrona zdrowia psychicznego – wybrane zagadnienia społeczno-prawne. Wydawnictwo KUL, Janów Lubelski 2011: 70–71.
26. Art. 201 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (DzU, 06.226.1648).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (DzU, 04.179.1854 z późn. zm.).
28. Motyka K.: Prawo do prywatności i dylematy współczesnej ochrony praw człowieka. Wydawnictwo Verba, Lublin 2006: 258–259.
29. Stowarzyszenie Samopomocowe „ABACUS”. Adres: <http://lodz.zsawl.pl>.
30. Fundacja Uwolnienie, Program „POMOST – model aktywnej formy wsparcia osób karanych”. Adres: <http://www.uwolnienie.pl/go.php/pl/ogloszenia.html>.