



Penitencjarne aspekty współpracy funkcjonariuszy służby więziennej z personelem specjalistycznym oddziałów psychiatrii sądowej

*The penitentiary aspects of co-operation between prison service officials
and the professional staff of forensic psychiatric wards*

ŚLAWOMIR ULCHURSKI

Z Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Szczecinie

STRESZCZENIE. Opracowanie poświęcone jest możliwościom prawnym, organizacyjnym i kadrowym, jakie aktualnie występują w aresztach śledczych, a których wykorzystanie w dużym stopniu ułatwia personelowi specjalistycznemu oddziałów psychiatrii sądowej proces wydawania opinii sądowo-psychiatrycznych i sądowo-psychologicznych. Autor wskazuje, że takiej możliwości nie zapewniają oddziały psychiatrii sądowej na terenie szpitali psychiatrycznych, funkcjonujących poza strukturą organizacyjną więziennictwa.

SUMMARY. This article deals with the current legal, organisational and staff potential of inquiry detention wards. Utilisation of this potential makes it much easier for forensic-psychiatric professionals to issue forensic psychiatric and psychological opinions. Forensic-psychiatric wards located in psychiatric hospitals rather than within the organisational structure of the prison do not provide such favourable conditions.

Słowa kluczowe: oddział psychiatrii sądowej / działalność penitencjarna

Key words: forensic-psychiatric ward/ penitentiary operations

Mija 40 lat od czasu utworzenia pierwszego oddziału sądowo-psychiatrycznego w szpitalu więziennym. W dniu 1 lipca 1959 r. powstał bowiem 60-lóżkowy Szpital Psychiatrii Sądowej Aresztu Śledczego w Grodzisku Mazowieckim. Powołanie tej placówki nastąpiło w wyniku kompromisowego porozumienia ministerstw: Sprawiedliwości, Zdrowia i Prokuratury Generalnej. Był to efekt odczuwanej przez organy procesowe potrzeby sprawnego wykonania badań psychiatrycznych połączonych z obserwacją sprawców przestępstw, w warunkach zapewniających dochowanie prawidłowego toku postępowania karnego. Nie bez znaczenia był też fakt, iż takie rozwiązanie eliminowało w zasadzie przypadki samouwalniania się osadzonych w trakcie prowadzonych badań.

Użyte powyżej słowo kompromis ma swoje uzasadnienie, gdyż działalność oddziałów psychiatrii sądowej w szpitalach więziennych jest finansowana w całości ze środków budżetowych przyznawanych więziennictwu, gdy tymczasem jest to *de facto* realizacja zadań karno-procesowych, a nie karno-wykonawczych. Biorąc jednak pod uwagę rangę i znaczenie tego problemu, więziennictwo przyjęło na siebie ten ciężar i jak sądzę, z zadania tego wywiązuje się na ogół prawidłowo. To, co z początku miało być z założenia marginalnym uzupełnieniem działalności opiniodawczej innych publicznych zakładów psychiatrycznych, stało się istotnym podmiotem tej działalności. Wg pierwotnego porozumienia do szpitali więziennych mieli być kierowani tylko podejrzeni i oskarżeni „wymagający na

okres obserwacji warunków szczególnego zabezpieczenia z uwagi na osobę sprawcy przestępstwa albo rodzaj zarzucanego jej czynu (np. zagrożonych karą śmierci lub więzienia na czas nie krótszy niż 5 lat)”, a także badani przenoszeni ze społecznych szpitali psychiatrycznych „w związku z zachowaniami zagrażającymi bezpieczeństwu, którym nie można było dostatecznie przeciwdziałać środkami pozostającymi w dyspozycji tych szpitali” [Cytaty z nie publikowanego okólnika nr 2/59/Org 527/59 Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 1959 r. w sprawie zasad kierowania podejrzanymi i oskarżonymi do zakładu psychiatrycznego na obserwację].

W sumie, w latach 1960–1987 utworzono w jednostkach więziennych łącznie 6 oddziałów sądowo-psychiatrycznych w następujących aresztach śledczych: w Warszawie, Poznaniu, Szczecinie, Wrocławiu, Krakowie, Łodzi. Placówki te dysponują łącznie 206 łózkami dla pacjentów i zatrudniają 31 psychiatrów i 11 psychologów. Corocznie wydają one około 20–25% wszystkich opinii z badań psychiatrycznych realizowanych w szpitalach podległych resortowi zdrowia (i tak np. w 1997 i 1998 r. oddziały te wydały po obserwacji szpitalnej odpowiednio 899 i 817 opinii sądowo-psychiatrycznych).

Na podkreślenie zasługuje też fakt, że więzienne oddziały sądowo-psychiatryczne, mimo że należą organizacyjnie do szpitali zakładów penitencjarnych, zachowały swoją odrębność merytoryczną w stosunku do nadzoru administracji penitencjarnej, a pracujący w nich lekarze psychiatry i psycholodzy mają pełną swobodę w zakresie realizacji zadań opiniodawczych.

Nowe przepisy prawa szczegółowo i precyzyjnie regulują zakres i formy działalności oddziałów psychiatrii sądowej [10], a także określają wieloaspektową płaszczyznę współpracy między personelem specjalistycznym a kadrą penitencjarną [5]. Egzemplifikacją powyższej tezy są następujące formy współpracy i współdziałania w zakresie nowych uregulowań prawnych w postępowaniu wykonawczym.

Klasyfikacja skazanych, poprzez ustalenie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, stopnia demoralizacji i zagrożenia społecznego [art. 82 §2 pkt. 6 i 7 kkw]. Podstawą tych działań są w szczególności badania osobopoznawcze [4]. Całość postępowania klasyfikacyjnego zmierzać powinna do zapewnienia skazanemu indywidualnych oddziaływań resocjalizacyjnych, w tym doboru odpowiedniego systemu wykonania kary, rodzaju i typu zakładu karnego, zapobieganiu negatywnym wpływom skazanych zdemoralizowanych, zapewnienia bezpieczeństwa osobistego.

Wykonywanie badań psychologicznych i psychiatrycznych wobec skazanych [art. 83 kkw], w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania kary pozbawienia wolności, a w szczególności do określenia form i metod oddziaływania penitencjarnego, jak również przygotowania do życia po zwolnieniu z zakładu karnego. Badania te winny być prowadzone przede wszystkim w ośrodkach diagnostycznych, znajdujących się na terenie wytypowanych aresztów śledczych.

Prowadzenie oddziaływań wobec skazanych odbywających karę w systemie terapeutycznym ze względu na zaburzenia psychiczne, upośledzenie umysłowe, uzależnienie od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych, inwalidztwo fizyczne [art. 96 kkw]. Oddziaływania te obejmują w szczególności opiekę psychologiczną, lekarską i rehabilitacyjną [3]. Wykonywanie kary w systemie terapeutycznym wymaga przede wszystkim określenia indywidualnego programu terapeutycznego, w którym określa się rodzaje i formy leczenia i rehabilitacji, nauczania i zatrudnienia. W postępowaniu z tą kategorią skazanych należy dążyć do zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego [art. 97 kkw].

Prowadzenie działalności leczniczej w stosunku do osadzonych w ramach wyodrębnionych miejsc w oddziałach sądowo-psychiatrycznych [art. 117, 118 kkw].

Zgodnie z art. 115 kkw skazanym zapewnia się *bezpłatną opiekę lekarską oraz bezpłatne zaopatrzenie w leki* (włącznie z niezbędnymi protezami). W szczególnie uzasadnionych przypadkach można zezwolić na leczenie na koszt skazanego przez wybranego przez niego lekarza. W myśl tych uregulowań ustawowych zakładami opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności są m.in. poradnie i oddziały odwykowe dla uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i psychotropowych, szpitale i oddziały szpitalne. Skazany ma obowiązek poddania się przewidzianym przepisami badaniami, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, w tym związanych z przepisami dotyczącymi zwalczania chorób zakaźnych, wenerycznych, gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii [art. 116 pkt 3 kkw]. W razie sprzeciwu skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, o zastosowaniu leczenia, rehabilitacji, czy też dokonania zabiegu orzeka sąd penitencjarny [art. 117 kkw].

Wysoki poziom profesjonalizmu kadry specjalistycznej oddziałów psychiatrii sądowej, a także możliwości, jakie niosą za sobą m.in. wyżej wymienione uregulowania prawne, pozwalają na prowadzenie skutecznej działalności penitencjarnej w zakresie pracy osobopoznawczej i ułatwiają dobór adekwatnych i efektywnych metod i środków oddziaływań w stosunku do skazanych odbywających karę pozbawienia wolności właściwie we wszystkich systemach oddziaływań [7]. Innym niebagatelnym aspektem współpracy pomiędzy personelem oddziałów psychiatrii sądowej a kadrą więzienną jest czynnik edukacyjny. Wiedza oraz doświadczenie, jak również sposób oddziaływania na osadzonych personelu specjalistycznego, w dużym zakresie wpływają na pogłębianie wiadomości i umiejętności postępowania funkcjonariuszy służby więziennej z osadzonymi przejawiającymi zaburzenia osobowości. Przyczyniają się również do wzrostu efektywności ich pracy i doskonalenia warsztatu zawodowego [2].

Ze strony służby więziennej oddziały psychiatrii sądowej obsługiwane są przez oddziałowych działów ochrony i wychowawców działów penitencjarnych. Funkcjonariusze ci z reguły nie posiadają, co prawda, specjalistycznego przygotowania *sensu stricto* do służby w oddziałach sądowo-psychiatrycznych, niemniej jednak są starannie dobierani spośród ogółu osób z tych pionów służb, a wszelkie propozycje zmian kadrowych w obrębie tychże oddziałów odbywają się przy akceptacji lub na wniosek ordynatorów. Taki dobór kadry, nie związanej bezpośrednio z funkcją diagnostyczną, jest szczególnie ważny biorąc pod uwagę populację osadzonych poddawanych badaniom psychiatrycznym (obserwanci – to w większości osoby podejrzane o groźne przestępstwa kryminalne, często działający w zorganizowanych grupach przestępczych, wykazujący się zaburzoną osobowością). Jedynie w oddziałach dla osadzonych niebezpiecznych kryteria doboru kadry penitencjarnej i wymagania wobec funkcjonariuszy są zbliżone [6].

Oddziałowi i wychowawcy skierowani do pracy w oddziałach psychiatrii sądowej – to na ogół osoby o długoletnim stażu zawodowym, umiejący kształtować odpowiednią atmosferę wychowawczą w grupie osadzonych. Funkcjonariusze ci znają mechanizmy psychologiczne i socjologiczne zachowań osób pozbawionych wolności, a często wiedza ta poparta jest nie tylko doświadczeniem zawodowym, lecz również zdobytym wykształceniem pedagogicznym (dotyczy to zwłaszcza wychowawców).

Niewłaściwy dobór wychowawcy lub oddziałowego często może skutkować natychmiastowym pogorszeniem się atmosfery wychowawczej w oddziale, zarówno w zakresie interakcji między personelem a osadzonymi, jak również między samymi osadzonymi. Dlatego też każda uwaga ordynatora oddziału w zakresie doboru kadry ochronnej i penitencjarnej winna być skrupulatnie rozpatrywana i analizowana przez kierownictwo jednostki więziennej, a nietrafne decyzje personalne – niezwłocznie zmieniane.

Na poparcie tezy o właściwym doborze kadry penitencjarnej należy wskazać, że w latach dziewięćdziesiątych nie odnotowano w żadnym oddziale psychiatrii sądowej w kraju groźnych zakłóceń porządku i bezpieczeństwa, zbiorowych wystąpień, buntów itp.

Biorąc powyższe pod uwagę trudno nie zasygnalizować zjawiska zbyt małego wykorzystania oddziałowych i wychowawców do prowadzenia obserwacji pacjentów, mimo szerokiej możliwości w tym zakresie. Funkcjonariusze ci z racji częstych i bezpośrednich kontaktów z tymi osadzonymi mogliby wiele wnieść do prowadzonej obserwacji, gdyż są liczne przykłady na to, że poczynione przez nich spostrzeżenia w zakresie zachowania i postaw pacjentów przyczyniły się do większej obiektywizacji w ocenie stanu psychicznego osób przebywających na obserwacji, by nie rzec, że spowodowały wykluczenie zaburzeń psychicznych, co jest przecież rzeczą kluczową przy ocenie winy sprawcy przestępstwa i wymierzenia ewentualnej kary. Powyższa konkluzja ma swoje odzwierciedlenie w codziennym działaniu funkcjonariuszy pionu ochrony, realizowanym poprzez wykonywanie obowiązkowych czynności, tj. systematycznej kontroli zachowania się osadzonych w celach zarówno w porze dziennej, jak i nocnej (tzw. „prześwietlanie cel”), przeszukań osobistych oraz celi, kontroli podczas spacerów, zajęć kulturalno-oświatowych, kąpieli w łaźni, udzielaniu widzeń itp. – z jednoczesnym obowiązkiem pisemnego udokumentowania tych kontroli. Niejednokrotnie przeszukania skazanych lub cel doprowadzały do ujawnienia narkotyków, środków psychotropowych i innych leków u osób poddawanych obserwacji psychiatrycznej, a tym samym pozwalały wyjaśnić przyczyny „dziwnego zachowania” pacjenta. Przykładem tego typu zjawisk może być zdarzenie z czerwca 1997 r., kiedy to w wyniku przeszukania celi w Oddziale Psychiatrii Sądowej Aresztu Śledczego w Szczecinie znaleziono w rzeczach osobistych skazanego A.Ś. różne leki, m.in. obniżające ciśnienie krwi, co miało doprowadzić do jego zwolnienia z aresztu

z uwagi na zły stan zdrowia. Dlatego spostrzeżenia funkcjonariuszy SW pracujących w oddziale psychiatrii sądowej oraz prowadzona przez nich dokumentacja może stanowić ważne źródło informacji o zachowaniu osoby obserwowanej. Szczególną rolę w tym zakresie spełniają wychowawcy działu penitencjarnego, również zatrudnieni w oddziałach psychiatrii sądowej. Utrzymując stały, indywidualny kontakt z osadzonym ma on wszechstronną wiedzę o poddawanym obserwacji, dotyczącą jego właściwości osobistych, kontaktów interpersonalnych z osobami najbliższymi, innymi osadzonymi, personelem oddziału. W tym celu, zgodnie z przepisami, prowadzi się akta osobopoznawcze osadzonego, w których odnotowuje się istotne ustalenia z obserwacji, rozmów i korespondencji, świadczące o stosunku osadzonego do: zasad i norm współżycia społecznego, popełnionego przestępstwa, rodziny, pracy, nauki i innych obowiązków wynikających z regulaminu oraz planowanych sposobów oddziaływania resocjalizacyjnego. Nadto, w aktach tych znajdują się odpisy decyzji komisji penitencjarnej, projekty ocen okresowych w procesie resocjalizacji, opinie dotyczące warunkowych zwolnień, przerw w karze, ulaskawień itp. Do dokumentacji tej dołącza się również wnioski o wymierzenie kar dyscyplinarnych, o udzielenie nagród i ulg regulaminowych, protokoły z użycia środków przymusu bezpośredniego. Akta osobopoznawcze stanowią odzwierciedlenie działalności wychowawczej w stosunku do osadzonego i dają kompendium wiedzy o jego osobie [12].

Dodatkowym elementem wiedzy o osadzonym jest prowadzona indywidualna książka zdrowia (Książka Zdrowia Tymczasowo Aresztowanego). Rejestruje się w niej wszystkie wyniki badań lekarskich, udzielone porady medyczne, przebyte choroby i podjęte leczenie.

Ważnym przejawem współpracy między personelem specjalistycznym oddziałów psychiatrii sądowej a kadrami penitencjarną jest kształtowanie właściwej atmosfery wychowawczej poprzez stosowany system wymie-

rzania kar dyscyplinarnych i udzielania ulg dla tymczasowo aresztowanych (lub nagród dla skazanych) [11]. Trudno jest bowiem sobie wyobrazić kreowanie polityki nagradzania i karania pacjentów oddziału psychiatrii sądowej bez udziału, i to aktywnego, lekarzy prowadzących, psychologów, czy wreszcie ordynatora oddziału. Przy czym rola personelu specjalistycznego wzrasta istotnie przy postępowaniu dyscyplinarnym wobec pacjentów. Dotyczy to zwłaszcza opiniowania wniosków o wymierzenie kary dyscyplinarnej, zarówno w sferze winy sprawcy jak i wysokości kary. W postępowaniu tym musi jednak zachodzić relacja wzajemności, rozumianej jako respektowanie celów, które przyświecają wymierzającemu karę dyscyplinarną lub udzielającemu ulgę a oczekiwaniami personelu specjalistycznego. Chodzi bowiem o to, aby nie zburzyć istoty tych środków oddziaływania na pacjentów (mobilizowania do poprawnego zachowania i respektowania obowiązujących przepisów), a jednocześnie nie dopuścić do utraty optymalnych warunków do obserwacji. Warto przy tym zaznaczyć, że zgodnie z § 12 ust. 2 pkt 15 regulaminu wykonywania tymczasowego aresztowania dyrektor jednostki penitencjarnej może wyznaczyć osoby upoważnione do przyznawania ulg oraz wymierzania kar dyscyplinarnych. Należy więc rozważyć, czy nie wskazane by było, aby ordynatorzy oddziałów psychiatrii sądowej występowali z taką inicjatywą do dyrektorów jednostek i korzystali z tej możliwości?!

Jak już zaznaczono wcześniej, sporadycznie włącza się oddziałowych i wychowawców w proces obserwacji pacjentów. W drastycznych przypadkach może dojść do swoistej wzajemnej izolacji dwóch struktur funkcjonujących w oddziale, tj. personelu specjalistycznego i penitencjarnego, gdy każda z nich wykonuje swoje obowiązki z pominięciem potrzeb i oczekiwań drugiej. Takie zjawisko byłoby wysoce niekorzystne zarówno dla pacjentów oddziału, efektów obserwacji, jak i oczekiwań dyrektora jednostki więziennej w zakresie kształtowania odpowiedniej at-

mosfery wychowawczej. Tutaj z kolei należałoby zastanowić się nad instytucjonalnym i merytorycznym włączeniem personelu penitencjarnego do procesu obserwacji, tak aby spostrzeżenia – przede wszystkim wychowawców – miały wartość diagnostyczną. Pierwszym krokiem w tym kierunku byłoby wprowadzenie wychowawcy do codziennego obchodu lekarskiego oddziału.

Praktycznym ogniwem współpracy jest podejmowanie wspólnej decyzji w zakresie rozmieszczania osadzonych w celach. Zagadnienie to jest w zasadzie realizowane prawidłowo, z pełnym zrozumieniem potrzeb obu stron. Jest to o tyle ważne, że na ogół cele w oddziałach psychiatrii sądowej są wieloosobowe, stąd też potrzeba starannego doboru składu osobowego każdej celi, a tym samym konieczność dobrej znajomości stanu psychicznego pacjentów, reguł obowiązujących w środowisku przestępczym (zjawisko podkultury więziennej). Nie wolno bowiem zapomnieć, że zgodnie z art. 108 kkw na administracji jednostki więziennej ciąży obowiązek podejmowania odpowiednich działań w celu zapewnienia osadzonym bezpieczeństwa osobistego w czasie tymczasowego aresztowania. Przez takie działanie należy rozumieć też odpowiedni dobór pacjentów w celi, reagowanie zarówno personelu specjalistycznego, jak i penitencjarnego na każdy przejaw zagrożenia bezpieczeństwa osobistego obserwanta. Jest to o tyle ważne, że wspomniane wyżej zjawisko podkultury więziennej w istotny sposób kształtuje stosunki interpersonalne między osadzonymi, ma też wpływ na relacje z personelem i funkcjonariuszami. Uczestnicy tzw. „grypsery” hołdują bowiem określonym normom postępowania, przyjętym zasadom zachowania się w trakcie izolacji więziennej [8].

Wiele potencjalnych zagrożeń na drodze dobrze funkcjonującej współpracy między personelem specjalistycznym a służbą penitencjarną (zwłaszcza ochronną) wiąże się z przestrzeganiem przepisów ochronnych, przede wszystkim wtedy, gdy mamy do czynienia z pacjentem zakwalifikowanym do

niebezpiecznych. Na ogół w sprawie tej jest pełne zrozumienie ze strony personelu specjalistycznego, chociaż utrudnienia z tym związane – co może mieć wpływ np. na długość prowadzonej obserwacji – naruszają diagnostom komfort pracy. Działania te zmierzają jednak do zapewnienia bezpieczeństwa osobistego dla całości personelu, pozwalają zachować też ogólne bezpieczeństwo w jednostce więziennej [9].

Wielce przydatne dla potrzeb penitencjarnych okazało się polecenie dyrektora biura penitencjarnego Centralnego Zarządu Zakładów Karnych ze stycznia 1994 r. (pismo BP/ZNL-121/94 z dnia 31.01.1994 r.) nakazujące wyodrębnić w ramach oddziału psychiatrii sądowej minimum 5 miejsc na potrzeby diagnozowania i krótkotrwałego leczenia psychiatrycznego skazanych. Pomoc w tym zakresie personelu specjalistycznego, a w szczególności zapewnienie niezbędnej opieki lekarskiej skazanym podejrzanym o choroby psychiczne, zasługuje na jednoznacznie pozytywną ocenę [1].

Na zakończenie ważne jest zasygnalizowanie rozbieżności, a w każdym razie różnic interpretacyjnych, co do przepisów dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób poddawanych badaniom psychiatrycznym poprzez obserwację. Otóż wg art. 18 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego środki przymusu bezpośredniego stosuje się wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które „dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu albo przepis niniejszej ustawy do tego wyraźnie upoważnia”. Decyzje w tej kwestii podejmuje lekarz, a w uzasadnionych przypadkach pielęgniarka. Natomiast przepisy ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o służbie więziennej w art. 19 zezwalają na stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych również w innych sytuacjach, np. w celu przeciwdziałania rażącemu

nieposłuszeństwu, a decyzje podejmuje dyrektor jednostki lub funkcjonariusz go zastępujący. Ponadto, pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej niekoniecznie muszą zdradzać zaburzenia psychiczne, a ich pobyt w oddziale służy celom diagnostycznym a nie leczniczym. Brak jednoznaczności w tej materii może rodzić w konsekwencji wiele nieporozumień między personelem specjalistycznym a służbą penitencjarną przy podejmowaniu decyzji o stosowaniu środków przymusu bezpośredniego.

Sumując powyższe rozważania stwierdzić należy, że mimo generalnie pozytywnej oceny współpracy kadry penitencjarniej z personelem specjalistycznym oddziałów psychiatrii sądowej, współpracy przebiegającej na wielu płaszczyznach wzajemnych kontaktów, nie wykorzystuje się w pełni na rzecz badań diagnostycznych funkcjonariuszy służby penitencjarniej i ochronnej. Korzystanie z ich wiedzy, doświadczenia zawodowego, a także z czynionych spostrzeżeń odnoszących się do postaw i zachowań pacjentów, mogłoby wnieść wiele cennych informacji do prowadzonej obserwacji. Wzajemna komunikacja służyłaby również prowadzonej przez wychowawców pracy osobopoznawczej i dokonywaniu wyboru odpowiednich metod i form oddziaływania wychowawczego na osadzonych.

PIŚMIENNICTWO

1. Cekiera C: Profilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych: metody, programy, modele, środki, zakłady wspólnoty. Lublin 1992.
2. Górski J: Orzecznictwo psychologiczno-penitencjarne w aresztach śledczych. PPIK 1982, 1.
3. Kempa A: Rola diagnozy psychologicznej w programowaniu resocjalizacji skazanych z anomaliami i zespołami uzależnień. Probl. Więziennictwa 1996.
4. Korecki J: Gromadzenie danych osobopoznawczych niezbędnych w praktyce penitencjarniej. Probl. Wymiaru Sprawiedl. 1976, 11.
5. Lelental S: Badanie osobowości sprawców przestępstw dla potrzeb wymiaru sprawiedli-

- wości i wykonania kary pozbawienia wolności. ZNUŁ 1980, 77.
6. Lelental S: Wykonywanie kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania wobec skazanych i tymczasowo aresztowanych za przestępstwa popełnione w zorganizowanej grupie. W: *Policja polska wobec przestępczości zorganizowanej*. Szczytno 1996.
 7. Lewicki A, Paryzek L, Waligóra B: Podstawy psychologii penitencjarnej. W: Lewicki A (red.): *Psychologia kliniczna*. Warszawa 1969.
 8. Malec J: Podkultura więzienna. *Biuletyn RPO – Materiały* 1995, 28.
 9. de Michelis J: Osadzeni niebezpieczni. *Biuletyn RPO – Materiały* 1997, 32.
 10. Paweła S: *Kodeks karny wykonawczy, praktyczny komentarz*. Wyd. Zrzesz. Prawn. Pol., Warszawa 1999.
 11. Sikora J: *Problemy resocjalizacji w świetle badań psychologicznych*. Warszawa 1978.
 12. Szczepaniak P: Indywidualne programy oddziaływań resocjalizacyjnych. *Przeł. Penitencjarny i Kryminologiczny* 1989, 14–15.

*Adres: Dr Sławomir Ulchurski,
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej, Szczecin*