

Agnieszka Sakowicz-Boboryko*, Dorota Otapowicz**,
Dorota Wyrzykowska-Koda***

Uniwersytet w Białymstoku [*agnieszka.sakowicz@uwb.edu.pl **d.otapowicz@uwb.edu.pl
***d.koda@uwb.edu.pl]

Osoby z niepełnosprawnościami w izolacji penitencjarnej – pozór a/i rzeczywistość

Abstrakt: W artykule podjęto próbę opisanego wycinka rzeczywistości penitencjarnej osób z niepełnosprawnościami dotyczącego podejmowanych wobec nich działań pomocowych. Istotą rozważań stanowi pytanie: jak człowiekowi „podwójnie” naznaczonemu społecznie – wskutek niepełnosprawności i izolacji więziennej – pomóc w odzyskaniu godności osobistej oraz zdolności do samodzielnego, na miarę jego możliwości i potrzeb, uczestnictwa w życiu społecznym. Przyjmując za podstawę rozważań holistyczny model niepełnosprawności, sytuację osadzonych w zakładach karnych rozpatrywano w perspektywie interakcyjnej, z uwzględnieniem działań ukierunkowanych bezpośrednio na osoby z niepełnosprawnościami (działania terapeutyczne/rehabilitacyjne) oraz ich środowisko fizyczne i społeczne (działania normalizacyjne). W wyniku analizy dostępnych źródeł (literatury przedmiotu, raportów i materiałów publicystycznych) wskazano na liczne mankamenty w organizacji i przebiegu działań pomocowych podejmowanych w jednostkach penitencjarnych na rzecz osadzonych z niepełnosprawnościami, co w konsekwencji przekłada się na ich znikomą skuteczność.

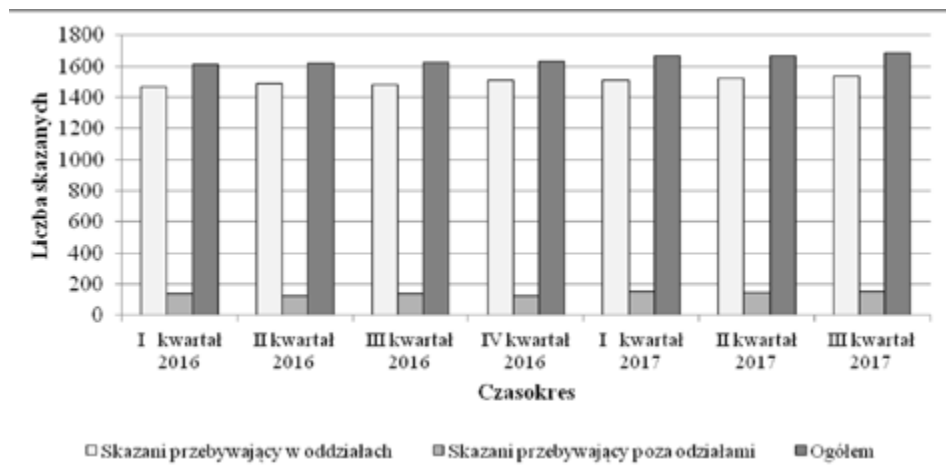
Słowa kluczowe: Izolacja penitencjarna, niepełnosprawność, oddziaływania terapeutyczne, normalizacja.

Niepełnosprawność jako zjawisko złożone i wielowymiarowe stanowi przedmiot zainteresowań przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Wśród wielości opracowań teoretycznych i empirycznych poświęconych problematyce niepełnospraw-

ności i psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością nadal można wskazać zaniedbane, zaniechane lub nieobecne wątki problemowe, które wymagają dalszych dogłębnych penetracji badawczych. Do takich „białych plam” w dyskursie naukowym należą zagadnienia dotyczące rzeczywistości penitencjarnej osób z niepełnosprawnością oraz skuteczności podejmowanych wobec nich oddziaływań pomocowych (rehabilitacyjnych i resocjalizacyjnych).

Struktura osadzonych z niepełnosprawnością w jednostkach penitencjarnych

O niedostatecznym zainteresowaniu powyższą problematyką świadczy już sam fakt braku dokładnych danych o ogólnej liczbie osadzonych z niepełnosprawnością przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych. Z dostępnych źródeł można wywnioskować, że nie jest to zupełnie marginalna liczba, którą szacuje się na kilka tysięcy osób (Stanisławski 2008). Zdaniem naczelnego lekarza Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej zdarza się nawet po kilku więźniów z niepełnosprawnością w jednostce (Korona 2013, s. 19). Służba Więzienna nie posiada statystyk nie tylko na temat ogólnej liczby więźniów z niepełnosprawnością, ale także ze względu na rodzaj, stopień i etiologię ich niepełnosprawności. Jedyne dane, jakimi dysponuje, dotyczą osadzonych zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnych intelektualnie (bez podziału na obie kategorie niepełnosprawności), w tym z zaburzeniami preferencji seksualnych. Analiza statystyk więziennych za okres ostatnich szesnastu miesięcy (styczeń 2016 – wrzesień 2017) wskazuje, że odsetek osadzonych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych utrzymywał się na podobnym poziomie z nieznaczną tendencją wzrostową, wyraźnie zauważalną od 2017 roku (rys. 1). W trzecim kwartale 2017 roku ich liczba wynosiła 1690, z czego 1536 osób przebywało w oddziałach terapeutycznych, 154 osoby – poza tymi oddziałami. Jest to wskaźnik wyższy (o 65 osób) w porównaniu do danych odnotowanych w trzecim kwartale 2016 roku (1625 osób). Brak dokładnych statystyk uniemożliwia zweryfikowanie przyczyn zasygnalizowanego stanu rzeczy, a mianowicie na ile warunkowany jest on dynamiką wzrostu ogólnej liczby osadzonych z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną w zakładach karnych, a w jakiej mierze stanowi efekt zintensyfikowania wobec tej grupy osadzonych działań w kierunku zapewnienia im odpowiedniej opieki terapeutycznej. Z drugiej strony za niepokojącą należy uznać sytuację, w której tak znaczna liczba osób zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych pozostaje poza nimi. Taki stan rzeczy, warunkowany m.in. pobytem na leczeniu, ale także udziałem w postępowaniu sądowym, skutkuje koniecznością pozostawiania osadzonych w jednostkach, w których pozbawieni są właściwych oddziaływań terapeutycznych (Iwanowska, Jezierski, 2014, s. 49–50).



Rys. 1. Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawni intelektualnie zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych – przebywający w tych oddziałach i poza nimi

Źródło: opracowano na podstawie statystyk kwartalnych Służby Więziennej, <http://www.sw.gov.pl/strona/Statystyka-kwartalna>, [data pobrania: 25.10.2017].

Z badań wynika, że w populacji więziennej w zakresie zaburzeń psychicznych zaznaczają się przede wszystkim depresja oraz różnego rodzaju psychozy. Niepełne symptomy depresji występują u około 50% skazanych, depresja pełnoobjawowa zaś jest szacowana u 30% ogółu osadzonych. Największe nasilenie objawów depresyjnych odnotowuje się u najmłodszych więźniów (poniżej 20 r.ż.) oraz u osób po raz pierwszy odbywających karę pozbawienia wolności (Boothby, Durham 1999, s. 116–117). Równie często diagnozowane są zaburzenia osobowości dyssocjalnej. Odsetek osób z tymi zaburzeniami szacuje się między 5 a 52% (Ostrowska, 1989; za: Niewiadomska, 2007, s. 196). Wśród pensjonariuszy występują również osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym, z rozpoznaniem zespołów psychoorganicznych, padaczki czy neurotycy (Gordon, 2006, s. 211). W wielu przypadkach są to osoby z podwójną, a nawet potrójną diagnozą, zazwyczaj ze względu na stwierdzone uzależnienie od alkoholu lub środków psychoaktywnych przy współistniejących zaburzeniach niepsychotycznych lub niepełnosprawności intelektualnej (Iwanowska, Jezierski, 2014, s. 47).

Kontrowersje budzi fakt kwalifikowania do jednego oddziału terapeutycznego więźniów z zaburzeniami psychicznymi i z niepełnosprawnością intelektualną, którzy ze względu na różną specyfikę psychospołecznego funkcjonowania wymagają ze strony personelu odmiennych metod i form oddziaływania terapeutycznego. Ponadto należy mieć na uwadze fakt, że mamy do czynienia z grupami osób, z których każda wewnętrznie jest silnie zróżnicowana. Ich usytuowanie w jednym oddziale terapeutycznym z osobami z zaburzeniami preferencji seksualnych rów-

niez wydaje się być zdecydowanie nieprzemyślaną decyzją zarówno w wymiarze merytorycznym, jak i praktycznym. Z badań Biura Rzecznika Praw Obywatelskich przeprowadzonych w co czwartej polskiej jednostce penitencjarnej (motywem do ich podjęcia były m.in. przypadki osadzonych nagłośnie w mediach) wynika, że część skazanych z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną nigdy nie powinna znaleźć się w więzieniach. Pozbawienie wolności wobec tych osób powinno być środkiem ostatecznym, proporcjonalnym i podejmowanym w warunkach dostosowanych do ich potrzeb. W raporcie czytamy, że „osoby te trafiają dziś do zakładów penitencjarnych, ponieważ informacje o niepełnosprawności umykają uwadze albo nie są uważane za istotne:

- policjanci ich nie odnotowują,
- prokuratorzy nie powołują biegłych w przypadku wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego danej osoby,
- sądy ignorują przesłanki świadczące o tym, że dana osoba może mieć kłopot z korzystaniem ze swoich praw (nie zapewnia się obligatoryjnego obrońcy!), zapadają też wyroki nieuwzględniające możliwości skazanego do odbycia kary,
- kuratorzy wnioskują o umieszczenie w zakładzie karnym kogoś, kto nie zapłacił zasądzonej grzywny albo nie wykonał wskazanych w wyroku prac społecznie użytecznych – nie widząc tej osoby, a sąd nie sprawdza, czy taka osoba może w ogóle zasądzony wyrok wykonać,
- funkcjonariusze Służby Więziennej nie przekazują ważnych informacji o osadzonych prokuratorom, sądom, sędziemu penitencjarnemu. Nie wiedzą, jak reagować w takiej sytuacji, ponieważ nie są dostatecznie szkoleni.
- sędziowie penitencjarni nie otrzymują sygnałów, które skłaniałyby do podjęcia działań w ramach ich kompetencji: spotkania z osadzonym, którego sytuacja wymaga interwencji, wydania zaleceń Służbie Więziennej, wystąpienia z urzędu o przerwę w odbywaniu kary.”¹

Odrębną grupę stanowią osadzeni z niepełnosprawnością przebywający w oddziałach o zwykłym reżimie. Należą do nich osoby z niepełnosprawnością fizyczną (np. z uszkodzonym narządem ruchu) oraz niepełnosprawnością sensoryczną (wadą słuchu, wzroku). Jak już wcześniej wspomniano, statystyki nie uwzględniają szczegółowych danych względem orzeczenia lekarskiego czy rodzaju niepełnosprawności. Tym samym trudno oszacować, jak duża liczba osób z niepełnosprawnością odbywa karę pozbawienia wolności poza systemem terapeutycznym. Więzienie jako rodzaj przymusowej izolacji społecznej prowadzi do dużego nasilenia zachowań o charakterze autoagresywnym (Babiker, Arnold 2003, s. 406). Jak stwierdza Marek M. Kamiński (2006) autoagresją za murami się gra

.....

¹ Rzecznik Praw Obywatelskich. Więźniowie z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. RPO opowiada o wynikach badań w więzieniach i o tym, co zrobi, by pomóc osobom, które nigdy nie powinny były trafić do więzienia, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wiezniewie-umyslowosc-dzieci-chorzy-psychicznie-rpo-opowiada-o-wynikach-badan-w-wiezieniach> [data pobrania: 15.10.2017].

– po to, żeby uzyskać określony cel. W większości przypadków samookaleczenie nie jest działaniem irracjonalnym, ale pragmatyczną metodą, za pomocą której skazani próbują coś osiągnąć, np. przerwę w odbywaniu kary, zmianę niekorzystnej decyzji sądu, przewiezienie do szpitala, odroczenie terminu rozprawy itp. (Jaworska, 2012). Autoagresja, niestety, niejednokrotnie staje się również przyczyną trwałego uszkodzenia organizmu (narządu wzroku, ruchu czy słuchu).

Przedstawiony w ogólnym zarysie materiał obrazuje, z jak ważnym a jednocześnie złożonym zjawiskiem społecznym mamy do czynienia. Istotę problemu stanowi pytanie: jak człowiekowi „podwójnie” naznaczonemu społecznie – wskutek niepełnosprawności i izolacji więziennej – pomóc w odzyskaniu godności osobistej oraz zdolności do samodzielnego, na miarę jego możliwości i potrzeb, uczestniczenia w życiu społecznym.

Modelowe strategie pomocy osobom z niepełnosprawnościami

W literaturze przedmiotu strategie pomocy osobom z niepełnosprawnością przedstawiane są w kontekście trzech podstawowych koncepcji niepełnosprawności: medycznej, społecznej i holistycznej (rozwojowo-funkcjonalnej).

W tradycyjnym (medycznym) ujęciu zjawisko niepełnosprawności zredukowane zostaje do jednego wymiaru – biologicznego stanu jednostki (uszkodzenia ciała/utruty sprawności) z zupełnym pominięciem aspektów psychologicznych (osobistych doświadczeń, potrzeb i zasobów jednostki), a także społecznych i interakcyjnych. Traktowane jest w kategoriach osobistego problemu jednostki, którego rozwiązanie możliwe jest wyłącznie przez medyczną interwencję lub rehabilitację prowadzoną przez specjalistów. Celem owych działań pomocowych jest takie „medyczne zrehabilitowanie jednostki (tj. „wyleczenie” lub „skorygowanie”), aby mogła ona przystosować się do życia w społeczeństwie i sprostać jego wymaganiom, tak jak osoba pełnosprawna. Prezentowaną modelową strategię pomagania osobom z niepełnosprawnością „określa się mianem „kierowanej diagnozy”, wskazując tym samym, że redukuje się w niej osobę do zaburzenia, choroby czy deficytu, które dotyczy jednostki, tym samym ją samą uprzedmiotowiając” (Wiliński, 2010, s. 75). Osoba z niepełnosprawnością jest pozycjonowana w roli podwójnej ofiary: 1) pokrzywdzonej przez los, oraz 2) pozbawionej możliwości samodecydowania.

Skrajnie przeciwną do medycznej strategii oddziaływania na problem niepełnosprawności jest strategia niesienia pomocy skoncentrowana na procesie emancypacji. Ten sposób działania ściśle koresponduje z modelem społecznym niepełnosprawności. Przyjmuje się w nim, że „(...) uszkodzenie nie stanowi w żadnej mierze komponentu definicyjnego niepełnosprawności. Występowanie uszkodzenia ciała czy ograniczenia funkcjonalnego w dowolnym zakresie nie jest równoznacz-

ne z uznaniem osoby za niepełnosprawną, dopiero brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa w życiu społeczności czy normalnego funkcjonowania czyni ją taką. Czynnikiem, który konstituuje ten brak możliwości uczestnictwa i prowadzenia normalnego życia, są rozmaite bariery: 1) fizyczne – związane z pojawianiem się przeszkód i utrudnień (np. w poruszaniu się) w obrębie środowiska, które przynajmniej w minimalnym stopniu zostało przekształcone przez człowieka; 2) społeczne – związane z występowaniem stygmatyzacji, stereotypów oraz przekonań odnoszących się do odmienności osób z uszkodzeniami ciała i modyfikujących postawy prezentowane wobec nich przez ‘sprawną (normalną)’ część społeczeństwa” (Wiliński 2010, s. 79–80). Problem niepełnosprawności ma więc wymiar społeczny i jest zredukowany do tych aspektów, które utrudniają, ograniczają lub uniemożliwiają jednostce z niepełnosprawnością włączenie się w normalne struktury życia społecznego. W myśl społecznej koncepcji niepełnosprawności to zatem społeczeństwo musi się zmienić i dostosować do potrzeb osób z niepełnosprawnością (np. przez likwidację barier fizycznych i mentalnych), same jednostki z niepełnosprawnością zaś są pozycjonowane w roli klienta – konsumenta.

W ostatnich latach powszechne staje się paradygmatyczne rozumienie niepełnosprawności, przyjmując postać modelu holistycznego (scalającego model medyczny i społeczny), leżącego u podstaw Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Niepełnosprawność traktowana jest jako wielowymiarowe zjawisko wynikające z wzajemnych interakcji jednostki ze środowiskiem fizycznym i społecznym. Oznacza to, że osią, wokół której koncentruje się myślenie o osobie z niepełnosprawnością, nie jest ona sama, ale jej usytuowanie w układzie wzajemnych interakcji i powiązań z innymi systemami społecznymi. Podejście ekosystemowe implikuje zatem dwutorowość podejmowania działań pomocowych, tj. ukierunkowanych:

- 1) na jednostkę z niepełnosprawnością – pomoc powinna skupiać się nie tylko na pokonywaniu ograniczeń jednostki, ale przede wszystkim na wzmacnianiu jej zasobów i możliwości oraz ich wykorzystywaniu w dążeniu do optymalnego funkcjonowania jednostki. Osoba z niepełnosprawnością traktowana jest podmiotowo, jako sprawca ukierunkowania i dynamiki aktywności;
- 2) na jej środowisko życia (fizyczne i społeczne) – przez tworzenie takich warunków bytu i organizację przestrzeni społecznej, które umożliwią maksymalne wykorzystanie potencjalnych zdolności i możliwości jednostki do osiągnięcia jak największej samodzielności i aktywności (działania normalizacyjne).

Tak rozumiana strategia pomocowa, oparta na zasadach podmiotowości i normalizacji, stwarza szansę na osiągnięcie zamierzonego celu, jakim jest przygotowanie osoby z niepełnosprawnością, odpowiednio do jej potrzeb i możliwości, do pełnienia określonych ról społecznych, w sposób godny i zapewniający jej samorealizację (inkluzyja społeczna). To również optymalne rozwiązanie w dążeniu do społecznej readaptacji i reintegracji osadzonych z niepełnosprawnością przebywających w jednostkach penitencjarnych.

Osoby z niepełnosprawnościami intelektualną i fizyczną w terapeutycznym systemie oddziaływań penitencjarnych

Rozwiązaniem służącym zagwarantowaniu odrębnych warunków odbywania kary przez osoby z niepełnosprawnością jest system terapeutyczny, realizowany w oddziałach terapeutycznych o określonej specjalizacji: dla osób z niepełnosprawnością intelektualną lub niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu, uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, z niepełnosprawnością fizyczną (posiadających lecarskie wskazania do objęcia rehabilitacją). Obecne uregulowania prawne w jasny sposób określają podmioty odrębnego traktowania, zasady kierowania do odrębnych oddziałów oraz odpowiednie procedury realizacji zadań w tym zakresie (Kalamán, Kalamán, 2012, s. 139).

Piotr Braun (2013, s. 139) przedstawia przykład obrazujący, że w oddziałach terapeutycznych osoby z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną przebywają wraz z innymi osobami posiadającymi zróżnicowane zaburzenia: z zaburzeniami organicznymi, zaburzeniami osobowości, uzależnieniami niekwalifikującymi się do leczenia w warunkach oddziału dla uzależnionych, posiadającymi zaburzenia preferencji seksualnych, dotkniętymi schorzeniami somatycznymi, a także wykazującymi trudności adaptacyjne do warunków detencji.

Z punktu widzenia potrzeb leczniczych (terapeutycznych) każda grupa kliniczna wymaga odmiennych oddziaływań, co obrazuje złożoność problemów podejmowanych przez zespół specjalistów. Takie skumulowanie osób przejawiających zróżnicowane problemy adaptacyjne nie pozwala zapobiec dodatkowym trudnościom i koniecznym interwencjom, zakłócającym planowaną pracę. Przypuszczenia te potwierdza Katarzyna Korona (2013, s. 14), wskazując także, że owe trudności dotyczą nie tylko samych relacji interpersonalnych, ale też braków kadrowych i stosownej bazy lokalowej.

Celem prowadzonych oddziaływań terapeutycznych jest: zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywrócenie równowagi psychicznej, kształtowanie zdolności współżycia społecznego (dotyczy osób z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi), zapobieganie pogorszeniu się ich stanu zdrowia (dotyczy niepełnosprawnych fizycznie), a także przygotowanie do samodzielnego życia (Braun, 2013, s. 136). W pracy terapeutycznej wykorzystywane są zarówno indywidualne formy terapii psychologicznej, jak i różne formy pracy grupowej, tj. treningi i warsztaty psychologiczne, zajęcia edukacyjne, terapia zajęciowa, zajęcia z zakresu kultury fizycznej i sportu, edukacja i profilaktyka uzależnień, zajęcia kulturalno-oświatowe, w tym koła zainteresowań (komputerowe, filmowe, nauki języków obcych i tak dalej, w zależności od aktualnych potrzeb i możliwości), a także zajęcia wyrównujące braki edukacyjne (nauka pisania

i czytania) (Braun, 2013, s. 138). Bogaty zakres środków leczniczych i wychowawczych ma zapewniać możliwość prowadzenia resocjalizacji jako triady składającej się z terapii, wychowania korekcyjnego i wsparcia społecznego (w ramach pomocy postpenitencjarnej jako pomoc w zapewnieniu warunków pozwalających na życie zgodne z prawem: w zakresie zakwaterowania, wsparcia materialnego, poradnictwa itp.). Czas trwania terapii w oddziale terapeutycznym jest zindywidualizowany i uzależniony od postępów skazanego w terapii (Kalaman, Kalaman 2012, s. 140). Jednak wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną uzyskanie efektów terapeutycznych w wyniku realizacji krótkoterminowych programów wydaje się być mało realne i niewystarczające. Tymczasem z założenia jest to system przejściowy, z którego – po zastosowaniu specjalistycznych oddziaływań – nastąpi przeniesienie do systemu zwykłego bądź programowanego oddziaływania (Braun, 2013, s. 136).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią dość znaczny odsetek osadzonych. Jak podaje Irena Dybalska (2012, s. 37–38) w 2010 roku w oddziałach terapeutycznych przebywało 31,4% osób z niepełnosprawnością intelektualną, w tym 29,4% w stopniu lekkim, 4,4% w umiarkowanym, a nawet 0,1% (4 osoby) ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Praca z osadzonymi w oddziałach terapeutycznych, od początku ich powstania, zasadniczo koncentrowała się na stosowaniu różnych programów oddziaływań psychologicznych. Obecnie za najbardziej nowoczesne w pracy penitencjarnej uważane są zróżnicowane programy oparte na podejściu kognitywno-behawioralnym. Według zwolenników takiego podejścia argumentami przemawiającymi za stosowaniem takich programów są: precyzyjnie sformułowane procedury stosowania, określone ramy czasowe oraz podkreślane przekonanie o ich wysokiej skuteczności terapeutycznej (Barczykowska, 2013, s. 87–113). Jak wskazuje Henryk Machel (2010, s. 185–187), podstawę nowoczesnych programów resocjalizacji w pracy penitencjarnej, oprócz metod behawioralnych, stanowią wprowadzane ćwiczenia sprawności umysłowych czy elementy „treningu świadomości”, dyskusje, perswazje zmierzające do wyzwolenia głębszej refleksji nad przyczynami, a przede wszystkim nad skutkami negatywnego zachowania, kładące nacisk na zmianę sposobu myślenia. Należy zauważyć, że profesjonalne programy terapii psychologicznej, oparte na procesach pracy umysłowej, często przeznaczone są dla osób w tzw. normie intelektualnej i trudno je dostosować do potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną. Już lekka niepełnosprawność intelektualna powoduje zatrzymanie procesów myślowych na poziomie konkretno-obrazowym, co sprawia, że osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej są w stanie odnosić się tylko i wyłącznie do konkretnej, doświadczanej aktualnie sytuacji (Orzeł, 2013, s. 82). Przejawiają też trudności w spostrzeganiu, koncentracji uwagi, zapamiętywaniu treści, mają ograniczoną zdolność myślenia abstrakcyjnego, uogólniania, porównywania, wnioskowania i rozumowania przyczynowo-skutkowego. Osoby z głębszą niepełnosprawnością (w stopniu umiarkowanym i znacznym) w rozwoju poznaw-

czym pozostają na poziomie przedoperacyjnym, co znaczy, że wolniej spostrzegają i dostrzegają mniej elementów, często błędnie rozpoznają powiązania i zależności między zjawiskami (Matczak, Sobczak, 2014). Dlatego też osoby niepełnosprawne intelektualnie z dużym trudem dokonują konstatacji, że kara stanowi wynik ich niewłaściwego postępowania, a uświadomienie przez nie rozmiaru własnej winy wymaga specjalnych, dostosowanych do ich możliwości psychofizycznych programów resocjalizacyjnych (Kijak, 2013, s. 46). Problemem jest też znaczna podatność tych osób na sugestie, co stanowi szczególne zagrożenie ulegania niepożądanym wpływom otoczenia więziennego. Istotną kwestią decydującą o ich społeczno-osobowościowym rozwoju jest niemożność sprostanienia wymaganiom otoczenia (Matczak, Sobczak, 2014, s. 100). Podkreślić należy, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą osiągać nawet przeciętny poziom rozwoju społecznego, jednak zazwyczaj czynniki zewnętrzne powodują jego dekonstrukcję lub hamowanie (Matczak, Sobczak, 2014, s. 100). Do takich czynników należy niewątpliwie izolacja więzienna.

Wśród osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną są też osoby wymagające opieki w wykonywaniu podstawowych czynności związanych z samoobsługą, w tym higienicznymi. Ich obecność stanowi niewątpliwie duże obciążenie i w zasadzie wzbudza obiekcje, czy rzeczywiście powinny przebywać w zakładzie karnym. Podobne spostrzeżenia czyni Beata Tomecka-Nabiałczyk (2016, s. 125–127) w odniesieniu do osób z ciężkimi, czterokończynowymi postaciami porażenia mózgowego. Tymczasem zakłady, nie będąc w stanie zapewnić im stosownej opieki, narażają je na uwłaczające godności warunki egzystencji. Problem ten Służba Więzienna stara się rozwiązywać przez umieszczanie tej grupy osadzonych z osobami pełnosprawnymi, które pomagają im w codziennych czynnościach higieniczno-sanitarnych, choć takie rozwiązanie jest sprzeczne z międzynarodowymi standardami. Pojawiają się jednak sytuacje, gdy osoby niepełnosprawne sprzeciwiają się takiemu położeniu, a po pewnym czasie i więźniowie odmawiają świadczenia takich usług (Braun, 2013, s. 140).

Podsumowując stosowaną strategię oddziaływań realizowaną w ramach systemu terapeutycznego, można zauważyć, że jej cechą jest medykalizacja polegająca m.in. na tym, że problemy niemedyczne, czyli odnoszące się zarówno do niepełnosprawności, jak i popełnionego czynu, określane są w kategoriach choroby oraz zaburzeń. W konsekwencji przezwyciężanie problemów polega głównie na interwencji medycznej (Wiliński, 2010, s. 68), w tym przypadku na stosowaniu przede wszystkim farmakologii i psychoterapii (zaliczanej do nieinwazyjnych metod leczenia), zmierzając do przywrócenia brakujących bądź korekcji deficytowych funkcji. Przedmiotem oddziaływania jest zatem nie osoba w całej swojej złożoności, ale jakaś wyizolowana w jej obrębie „wada”, skutkująca mniej lub bardziej poważnymi ograniczeniami i zmniejszeniem zakresu kontroli, którą jednostka może mieć nad własnym życiem, zachowaniem oraz procesami poznawczymi czy emocjonalnymi (Wiliński, 2010, s. 72).

Szczególnym mankamentem i powodem krytyki takiego biopsychofizycznego podejścia jest nieskuteczność i niewystarczalność interwencji medycznych wobec większości osób z niepełnosprawnością, z jednoczesnym pomijaniem, niedocenianiem i niewykorzystywaniem innych możliwych oddziaływań. Zastrzeżenia dotyczą zbyt marginalnego traktowania wychowawczych środków resocjalizacji czy zaspokajania pozostałych potrzeb osób niepełnosprawnych – zarówno osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak i osób niepełnosprawnych fizycznie.

Zgodnie z aktualnym podejściem w rehabilitacji praca terapeutyczna z osobami z niepełnosprawnością bazuje przede wszystkim na diagnozie pozytywnej/funkcjonalnej – ocenie ich możliwości adaptacyjnych oraz radzenia sobie z trudnościami w życiu codziennym i społecznym. To zachowane możliwości stanowią podstawę koncepcji uczestnictwa, polegającej na wspomaganiu rozwoju jako procesu stawania się członkiem społeczeństwa, nabywania określonych umiejętności, uczenia się wartości i ustosunkowań oraz funkcjonowania w rolach społecznych (Żółkowska, 2011, s. 80–82).

W życiu dorosłych osób z niepełnosprawnością szczególnie ważna jest rola zawodowa, której pełnienie pozwala im nabywać kompetencje społeczne niezbędne do kierowania własnym życiem. Jak wskazuje Tadeusz Majewski (2011, s. 90), większość osób z niepełnosprawnością intelektualną posiada określony potencjał zawodowy i jest zdolna do wykonywania określonych czynności. Konieczne jest jednak rozpoznanie posiadanych możliwości oraz ich rozwijanie przez dobranie właściwych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych.

Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną, posiadające przygotowanie zawodowe, mogą pracować na otwartym rynku pracy. Potrzebują odpowiednio dobranych zadań i nadzoru. Osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną mogą wyuczyć się prostych czynności zawodowych. Znaczny stopień niepełnosprawności pozwala jedynie na opanowanie porostach czynności dotyczących życia codziennego oraz nieskomplikowanych prac (Majewski, 2011, s. 95). Osoby z głębszym stopniem niepełnosprawności wymagają szerokiego wsparcia ze strony innych osób, które jest dostarczane w ramach nowej, specjalnej formy tzw. zatrudnienia wspomagane (Domańska, 2016, s. 91–97).

Formą poprzedzającą zatrudnienie są warsztaty terapii zajęciowej, gdzie praca jest jednym z elementów terapii ukierunkowanej na zwiększenie samodzielności i zaradności. Przygotowują one do podjęcia pracy, na miarę możliwości, w warunkach pracy chronionej (Ratajczak, 2006, s. 55–56).

Ważnym zadaniem jest także przygotowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną do samodzielnego organizowania czasu wolnego. Dobre warunki do tak ujmowanego procesu oddziaływań w pracy z osadzonymi z niepełnosprawnością stwarzają obecne, a wydaje się niedoceniane formy pracy wychowawczej, tj. terapia zajęciowa, zajęcia edukacyjne czy sportowe, a w szczególności wykorzystujące twórcze metody pracy, uruchamiające potencjał rozwojowy osoby niepełnosprawnej. Ich rola nie powinna sprowadzać się do wypełniania czasu i łagodzenia

skutków nudy więziennej. Podstawy teoretyczne ich wykorzystania, zgodnie z nowoczesnym podejściem w rehabilitacji, stwarza koncepcja twórczej resocjalizacji Marka Konopczyńskiego (2006). Wydaje się, że obecne już praktyki włączania pełnosprawnych osób osadzonych do pracy z osobami niepełnosprawnymi mogą mieć zastosowanie do tworzenia możliwości realizacji różnych form pracy resocjalizacyjnej z osobami z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną na zasadach uczestnictwa wspomagane.

Kwestią niezależną od systemu odbywania kary pozostaje normalizacja warunków socjalno-bytowych w zakładach karnych pod względem dostosowania ich do potrzeb wynikających z różnych rodzajów niepełnosprawności.

Normalizacja warunków życia osadzonych z niepełnosprawnościami w izolacji penitencjarnej – rzeczywistość czy fikcja?

W dążeniu do osiągnięcia pozytywnych zmian w postawie i zachowaniu osadzonych z niepełnosprawnością, obok oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych, niezbędne jest także zapewnienie im godnych warunków socjalno-bytowych, adekwatnych do ich potrzeb i możliwości rozwojowych. Problem ten dotyczy wszystkich skazanych z niepełnosprawnością, a w szczególności więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i wzrokową.

Obecnie na terenie Polski znajduje się kilkadziesiąt jednostek penitencjarnych przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Jak wynika z raportów Krajowego Mechanizmu Prewencji, niestety, nadal istnieją liczne zakłady karne, które nie spełniają podstawowych wymogów funkcjonalnych. Przykładem jest chociażby Zakład Karny Bydgoszcz-Fordon – jednostka penitencjarna dla osób z niepełnosprawnością, w której przebywają osadzeni z dysfunkcją narządu ruchu i niepełnosprawnością sensoryczną (wzroku i słuchu). W ocenie ekspertów przemieszczanie się osoby z niepełnosprawnością ruchową, w szczególności na wózku inwalidzkim, w warunkach zakładu karnego jest w większości miejsc znacznie utrudnione wskutek występowania licznych barier architektonicznych: progów za drzwiami (przekraczającymi wysokość 2 cm), zbyt wąskich drzwi, braku odpowiedniej przestrzeni manewrowej, np. przy wejściu do poczekalni, ambulatorium, sali wokand, gabinetu stomatologicznego, w celach czy w łazience, braku poręczy po obu stronach biegu schodów. Wielu problemów osadzonym dostarcza nieprawidłowe rozmieszczenie podstawowych urządzeń (zbyt wysoko usytuowany włącznik światła, instalacja przyzywowa, wieszaki, siedzisko na prysznic, słuchawka prysznicowa) oraz niedostosowane meble (np. zbyt wysokie łóżka, brak krzeseł z podłokietnikami w salach). Nie ma również wyznaczonego ciągu komunikacyjnego. Zdarzają się również przypadki umieszczenia więźniów z ograniczoną sprawnością ruchową w celach znajdujących się na piętrach pawilonów miesz-

kalnych, co uniemożliwia im sprawne funkcjonowanie – samodzielne zejście na plac spacerowy, do łaźni, sali widzeń itp.

Podobny stan zauważalny jest również w przypadku osadzonych z uszkodzonym narządem wzroku. Do barier fizycznych utrudniających im prawidłowe, codzienne funkcjonowanie w warunkach izolacji więziennej należą m.in. brak skonstruowania stopni schodów, zastosowania odmiennej faktury i kolorystyki nawierzchni (Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji Zakładu Karnego w Bydgoszczy-Fordonie dotyczący stanu postrzegania osób z niepełnosprawnościami, 2016).

Istnieje także ograniczony dostęp osadzonych z różnymi deficytami do informacji. Jako przykład można wskazać niewłaściwe (zbyt wysokie) usytuowanie tablic informacyjnych czy też lokalizację stanowisk komputerowych z dostępem do Internetu oraz kiosku z Biuletynem Informacji Publicznej na wyższych piętrach jednostek penitencjarnych, co uniemożliwia korzystanie z tych źródeł osobom z dysfunkcją ruchu, w tym szczególnie poruszającym się na wózkach inwalidzkich. Umieszczenie zaś aparatów telefonicznych na zbyt dużej wysokości, utrudnia im swobodne kontaktowanie się z rodziną i najbliższymi. Sale widzeń nie zawsze znajdują się na parterze budynku mieszkalnego. Ponadto stanowiska komputerowe nie są dostosowane dla osób z niepełnosprawnością manualną, nie są też wyposażone w programy odczytu dla osadzonych niewidomych czy niedowidzących.

W wielu jednostkach penitencjarnych osobom głuchym nie jest zapewniona pomoc ze strony tłumacza migowego, co przekłada się na występowanie licznych problemów w komunikacji z personelem zakładu i współosadzonymi (Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014; Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, 2016).

Funkcjonowanie skazanych z niepełnosprawnością w jednostkach penitencjarnych charakteryzujących się złym stanem technicznym i brakiem wyposażenia odpowiedniego do ich potrzeb świadczy o poniżającym traktowaniu tej grupy osadzonych. Często stosowana jest również praktyka umieszczania niepełnosprawnych pensjonariuszy w celach wieloosobowych. Łączy się to z całkowitym pozbawieniem prywatności życia codziennego osadzonych oraz generuje sytuacje zagrożenia, konfliktów i przemocy ze względu na odmienny sposób i poziom ich funkcjonowania (Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji Zakładu Karnego w Bydgoszczy-Fordonie, 2016). Powyższa sytuacja, niestety, ale ma miejsce w wielu jednostkach penitencjarnych (Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014).

W ostatnich latach sytuacja bytowa osadzonych z niepełnosprawnością poprawiła się. Podjęte zostały działania w celu dostosowania wybranych jednostek penitencjarnych do potrzeb tych osób, a w szczególności osadzonych z dysfunkcją ruchową (Jarecka, Wolak, 2008, s. 693–694). Z uwagi na wzrost ich liczby w więzieniach tworzy się w niektórych zakładach karnych i aresztach śledczych odrębne oddziały dla pensjonariuszy z niepełnosprawnością ruchową.

Przykładem jednostki penitencjarnej, w której nastąpiły pozytywne zmiany, jest Areszt Śledczy w Gdańsku, w którym od 2003 roku funkcjonuje oddział dla skazanych z niepełnosprawnościami. Budynek, w którym mieści się oddział, dostosowano do potrzeb lokalizacyjnych i komunikacyjnych osób z niepełnosprawnościami, likwidując przy tym wszelkie bariery architektoniczne ograniczające ich sprawne funkcjonowanie. Zmianie uległa struktura, usytuowanie i wielkość cel mieszkalnych przeznaczonych dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, poszerzono drzwi poszczególnych pomieszczeń, zlikwidowano progi wejściowe, ograniczono liczbę schodów dzielącą pensjonariuszy od wszelkich form życia poza celą mieszkalną (tj. salą widzeń, placem spacerowym, kaplicą), zamontowano zewnętrzną platformę umożliwiającą osadzonym poruszającym się w pozycji siedzącej lub leżącej dostanie się do oddziału na najniższej kondygnacji pawilonu, gdzie znajduje się gabinet lekarski, świetlica, dyżurka oddziałowego. W pomieszczeniach mieszkalnych zainstalowano łączność bezpośrednią (domofony), usprawniającą kontakt z oddziałowym oraz kamery umożliwiające ciągłą obserwację stanu pacjentów. Nowoczesna winda zapewnia niepełnosprawnym więźniom przejazd do gabinetu wychowawcy, psychologa, salki terapeutycznej i łaźni. Wyposażenie pomieszczeń, w których przebywają skazani z niepełnosprawnościami, zostało dostosowane do ich możliwości i potrzeb. Cele o zwiększonej powierzchni zapewniają swobodne przemieszczanie się osadzonych na wózkach inwalidzkich (Jarecka, Wolak, 2008).

Obok warunków socjalno-bytowych ważnym elementem charakterystyki sytuacji osób z niepełnosprawnościami przebywających w jednostkach penitencjarnych jest ich miejsce w społeczności osadzonych. Charakterystycznym zjawiskiem, jakiemu podlegają wszyscy więźniowie, również z niepełnosprawnościami, jest istnienie nieformalnych relacji między skazanymi, zwanych drugim życiem (tzw. podkulturą więzienną). W ramach funkcjonującej podkultury osadzeni tworzą własny kodeks, według którego postępują, gwarę, jaką się porozumiewają oraz wiele innych, sobie tylko właściwych, elementów regulujących wzajemne relacje. Powstająca hierarchia determinuje funkcjonowanie każdej jednostki (Braun, 2013).

Osadzeni z niepełnosprawnościami, z uwagi na posiadane ograniczenia umysłowe i fizyczne, przez wiele lat zajmowali w hierarchii więźniów najniższą pozycję. Często narażeni byli na poniżanie, prześladowanie i wykorzystywanie. Na przestrzeni lat, wraz z *dokonującymi* się przeobrażeniami podkultury, zwłaszcza w kontekście pełnienia ról, sytuacja osób z niepełnosprawnościami uległa zmianie. Obecnie o pozycji skazanych w strukturze drugiego życia decyduje nie staż więzienny, sława przestępcza, nieugiętość, odwaga czy siła fizyczna, ale ich zasoby finansowe. Podkultura gryperska przeistoczyła się w tzw. podkulturę pieniądza (Miszewski, 2005, s. 74). Znamienne przy tym jest zjawisko sprzymierzania się uczestników drugiego życia z zamożnymi więźniami w celu czerpania określonych korzyści materialnych (Przybyliński, 2006, s. 87–88). Mimo że osoby z niepełnosprawnościami nie należą do najbogatszych grup społecznych, to w izolacji penitencjarnej ich pozycja w tym względzie znacznie poprawia się. Dysponują

oni różnymi świadczeniami finansowymi otrzymywanymi od państwa. Posiadane przez nich kwoty stanowią w warunkach wolności relatywnie niską wartość, natomiast w więzieniu zapewniają określony standard. Wspomagając materialnie innych osadzonych, skazani z niepełnosprawnością, mimo swoich ograniczeń, dominuje na oddziale, w którym przebywa. Zdarza się również, że wysoka pozycja takiej osoby w hierarchii podkulturowej wynika z przynależności do grupy przestępczej oraz pełnionych w niej funkcji. Skazani za przestępczość zorganizowaną cieszą się w więzieniu szczególnym respektem. Z takim stanem mamy do czynienia w przypadku wielu pensjonariuszy z niepełnosprawnością fizyczną. Inna jest sytuacja osadzonych z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Nie zyskują oni szacunku współwięźniów, a wręcz przeciwnie – są narażeni z ich strony na szykany, poniżanie i przemoc. Istnieje zatem konieczność chronienia tej grupy osadzonych przez umieszczanie ich w odrębnych oddziałach, w tym terapeutycznych (Braun, 2013).

Ważną rolę w procesie resocjalizacji osadzonych z niepełnosprawnością odgrywa stosunek kadry więziennej do skazanych.

Funkcjonariusze oraz pracownicy Służby Więziennej często posiadają specjalistyczne przygotowanie do postępowania z osobami z niepełnosprawnością. Nie ma jednak takiej możliwości, aby dysponowali kompleksową wiedzą dotyczącą specyfiki funkcjonowania każdej grupy skazanych. Istnieją zbiorowości niepełnosprawnych więźniów, których rzeczywiste potrzeby nie zawsze bywają właściwie rozumiane i realizowane. Należą do nich przede wszystkim skazani z uszkodzonym narządem wzroku i z niepełnosprawnością intelektualną. Pojawia się zatem konieczność przeprowadzenia cyklu szkoleń dotyczących specyfiki postępowania z osadzonymi z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Edukacja powinna objąć zarówno kadrę pionu penitencyjnego, administracyjnego, jak i pionu ochrony – oddziałowych mający nieustanny kontakt ze skazanymi (Braun, 2013).

Niepokoić może także sam fakt podejścia Służby Więziennej do problemu rewalidacji osób z niepełnosprawnością, szczególnie z niepełnosprawnością ruchu. „Podkreślając stosunek znikomej aktywności osadzonych z dysfunkcją narządu ruchu względem oferowanych im programów i rozrywek oraz trudności w pracy z nimi, spowodowane ich obsesją na punkcie własnych chorób, przyjmują tę sytuację za element rzeczywistości penitencjarnej” (Łapińska, 2012, s. 24). Istotnym problemem zauważalnym w rzeczywistości penitencjarnej jest instrumentalne podejście wobec skazanych z niepełnosprawnością. Do najczęściej występujących nieprawidłowości w zakresie traktowania niepełnosprawnych więźniów należą uchybienia związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego (Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014). Wciąż nieodosobnione pozostają przypadki wulgarnego i poniżającego zwracania się funkcjonariuszy do osadzonych z niepełnosprawnością, nieuzasadnionego podnoszenia głosu, niechęć do pomocy w załatwianiu spraw czy brak umiejętności w przekazywaniu informacji niezbędnych do

funkcjonowania w jednostce (Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014; Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, 2016).

W procesie społecznej readaptacji osadzonych istotne znaczenie przypisuje się edukacji. Niestety, sytuacja osób z niepełnosprawnością również w tym obszarze przedstawia się niekorzystnie. W przypadku pensjonariuszy z dysfunkcją narządu ruchu uczęszczanie do przywieziennych szkół – wskutek braku odpowiednich warunków architektonicznych i sprzętowych – jest w znacznym stopniu ograniczone, a niekiedy staje się wręcz niemożliwe. Z kolei brak organizowania szkolnictwa specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (Braun, 2013) powoduje, że ta grupa osadzonych praktycznie pozbawiona jest możliwości edukacji w izolacji więziennej.

Ze względu na specyfikę posiadanej dysfunkcji poważne trudności napotykają także więźniowie z uszkodzonym narządem wzroku. Osadzeni niewidomi i niedowidzący skarżą się na brak zajęć z rehabilitacji, w tym podstawowych i niezbędnych do ich sprawnego funkcjonowania w warunkach więziennych, zajęć z orientacji przestrzennej, brak pozwolenia na posiadanie specjalistycznych urządzeń pomagających im w życiu codziennym, trudności w korespondencji, dostępie do książki i prasy w piśmie Braille’a (Braun, 2013; Tomaszewski, 2011). Sytuacja ta, jak wynika z raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji (2016) znacznie uległa poprawie.

Ważnym elementem resocjalizacji więźniów jest także wykonywana przez nich praca. Przez wiele lat, obok wielu działań podejmowanych wobec osadzonych z niepełnosprawnością, znikome były oddziaływania aktywizacyjne, które mogłyby skutkować poprawą ich sytuacji związanej z zatrudnieniem zarówno w więzieniu, jak i po jego opuszczeniu. Obecnie sytuacja w tym zakresie zmienia się, tj. pojawiają się liczne programy w zakresie aktywizacji zawodowej niepełnosprawnych pensjonariuszy więzień (np. projekt „Aktywizacja społeczno-zawodowa skazanych niepełnosprawnych oraz osób skazanych na karę pozbawienia wolności na podstawie art. 209 § 1 i art. 207 § 1 kodeksu karnego”, umowa o dofinansowanie projektu nr UDA-POKL.01.03.04-00-028/08 z 25 lipca 2009 roku). Istotnym elementem tego typu przedsięwzięć jest obligatoryjne zatrudnianie uczestników projektu w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności w celu nabycia przez nich właściwej praktyki w zakresie wyuczonego zawodu (Nicgorski, 2011). Tego typu inicjatyw nie jest w więziennictwie jednak zbyt wiele, co na pewno nie poprawia sytuacji osób z niepełnosprawnością po opuszczeniu zakładu karnego.

Podsumowanie

Podjęty w artykule problem odbywania kary pozbawienia wolności przez osoby z niepełnosprawnością w ostatnich latach został zauważony w zakładach karnych. Przede wszystkim zaczęto identyfikować takie osoby oraz podejmować waż-

ne inicjatywy wychodzące naprzeciw ich problemom. Do takich należą: pomoc osadzonym w uzyskaniu orzeczenia o niepełnosprawności, zaopatrzenie w środki kompensacyjne, dostosowywanie pomieszczeń do ich potrzeb, a także realizowane projekty w zakresie aktywizacji tej grupy skazanych oraz włączania więźniów pełnosprawnych w działania pomocowe na rzecz osób z niepełnosprawnością. Nadal jednak są to jedynie oddolne inicjatywy Służby Więziennej, niemające oparcia w systemowych rozwiązaniach czy regulacjach prawnych. Osoba z niepełnosprawnością nie posiada odrębnego statusu określającego jej prawa w zakresie dostosowania warunków odbywania kary do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

Rzeczywistość penitencjarna dowodzi, że wiele zakładów karanych nadal nie spełnia podstawowych wymogów funkcjonalnych czy socjalno-bytowych zapewniających osadzonym z dysfunkcją narządu ruchu czy wzroku sprawne i samodzielne funkcjonowanie. Ponadto obserwowany instrumentalizm w podejściu pracowników Służby Więziennej do skazanych z niepełnosprawnością świadczy o ich niedostatecznym stanie wiedzy na temat specyfiki potrzeb tej grupy osadzonych. Są oni postrzegani głównie przez pryzmat słabości i ograniczeń. W świetle powyższego za niezbędne w dążeniu do zwiększenia skuteczności oddziaływań resocjalizacyjnych uważa się podejmowanie dwojakiego rodzaju działań normalizacyjnych – ukierunkowanych na: 1) środowisko fizyczne – poprawę warunków bytu i organizacji przestrzeni więźniów z niepełnosprawnością, oraz 2) środowisko społeczne – działania edukacyjne wobec kadry więziennej w celu zmiany sposobu myślenia o osadzonych z niepełnosprawnością jako osobach z określonym potencjałem zdolności i możliwości, które należy maksymalnie rozwijać i wykorzystywać w procesie ich społecznej readaptacji i reintegracji.

W resocjalizacji penitencjarnej, szczególnie istotne znaczenie przypisuje się pracy. Podkreśla się w szczególności, że dzięki niej więźniowie mają możliwość nabywania wielu nowych umiejętności, a po opuszczeniu zakładu karnego lepiej radzą sobie z dalszą adaptacją społeczną (Kierepka, 2016, s. 17). Niestety, w aktualnych rozwiązaniach i oddziaływaniach resocjalizacyjnych i terapeutycznych wobec osób z niepełnosprawnością, ich rehabilitacja zawodowa pozostaje pominięta. Zasygnalizowane aktualne tendencje w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, w tym intelektualną, wskazują na potrzebę ukierunkowania oddziaływań na wspieranie możliwości ich zatrudnienia i przygotowania do podejmowania zadań zawodowych na miarę ich możliwości. Podkreślić należy także, że ratyfikowana przez Polskę Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych (artykuł 27) zapewnia im prawo do pracy na zasadach równości z innymi osobami. Karalność nie pozbawia tych osób żadnych praw w zakresie przysługującej im pomocy i wsparcia. Ważne jest również, aby oddziaływania rehabilitacyjne, będące integralnym elementem resocjalizacji osób z niepełnosprawnością, podążały za zmianami i trendami, jakie dokonują się w środowisku otwartym.

Abstract: People with disabilities in penitentiary isolation – appearance and/or reality

In this article an attempt was made to describe a segment of penitentiary reality pertaining to people with disabilities in light of their aid efforts. The essence of the idea is: how to help a "doubly" marked person – due to their disability and prison isolation – regain personal dignity and independence, to the extent of their capacity and needs, and participate in social life. Based on the holistic model of disability, the situation of imprisoned inmates was considered from an interactive perspective, taking into account actions directed at people with disabilities (therapeutic/rehabilitative actions) as well as their physical and social environment (normative activities). As a result of the analysis of available resources (literature of the subject, reports and journalistic materials), numerous shortcomings in the organization and the course of aid activities undertaken in penitentiary units for disabled prisoners were pointed out, which in turn resulted in their negligible effectiveness.

Key words: Solitary confinement, disability, therapeutic activities, normalization and reentry curriculum.

Bibliografia

- [1] Babiker G., Arnold L., 2003, *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [2] Barczykowska A., 2011, *Podejście kognitywno-behawioralne w pracy penitencjarnej i postpenitencjarnej (na przykładzie wybranych programów korekcyjnych stosowanych w USA)*. „Probacja”, nr 2, s. 87–113.
- [3] Boothby J., Durham T., 1999, *Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory*. „Criminal Justice and Behavior”, nr 1, s. 107–124.
- [4] Braun P., 2013, *Osoba niepełnosprawna w izolacji penitencjarnej*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2(7), s. 129–151.
- [5] Czechowski K., Wilmowska-Pietruszyńska A., 2016, *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2(19), s. 35–51.
- [6] Domańska L., 2016, *Zatrudnienie wspomagane szansą dla osób niepełnosprawnych*. „Opuscula Sociologica”, nr 2, s. 89–98).
- [7] Gordon M., 2006, *Resocjalizacja skazanych z zaburzeniami psychicznymi – możliwości i ograniczenia*. [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*, (red.) H. Machel, s. 207–216, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- [8] Iwanowska A., Jezierski P., 2014, *Sytuacja skazanych odbywających karę w oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi*. [w:] *Wizyty Krajowego Mechanizmu Prewencji oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz oddziałów dla tymczasowo aresztowanych*, (red.) J. Lewandowska, R. Czerniawski, s. 42–64, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- [9] Jarecka E., Wolak R., 2008, *Niepełnosprawność osadzonych – problem czy wyzwanie polskiego więziennictwa*. [w:] *Misja służby więziennej wobec aktualnej polityki karnej*

- i oczekiwań społecznych: IV Kongres Penitencjarny*, (red.) W. Ambrozik, H. Machel, P. Stępnia, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz.
- [10] Jaworska A., 2012, *Leksykon resocjalizacji*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [11] Kalaman M., Kalaman M., 2013, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec osób niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie w polskim więziennictwie w przeszłości i obecnie*. „Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości. Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne”, 18 (2), s. 133–149.
- [12] Kamiński M.M., 2006, *Gry więzienne*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- [13] Kijak R.J., 2013, *Niepełnosprawności intelektualna. Między diagnozą a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- [14] Kierepka M., 2016, *Zatrudnianie osób pozbawionych wolności – zarys problematyki*, „Pracownik i Pracodawca”, nr 1, s. 7–19.
- [15] Konopczyński M., 2006, *Metody twórczej resocjalizacji. Resocjalizacja*. PWN, Warszawa.
- [16] Korona K., 2013, *Sytuacja osób niepełnosprawnych przebywających w polskich zakładach karnych*, „Zeszyty Naukowe WSSP”, t. 16, s. 11–23.
- [17] Łapińska A., 2012 *Łamiemy bariery*, „Forum Penitencjarne”, nr 4.
- [18] Machel H., 2010, *Resocjalizacja penitencjarna: istota, dylematy terminologiczne, społeczny sens, kilka uwag teoretycznych i kadrowych*. „Resocjalizacja Polska”, nr 1, s. 174–192.
- [19] Milewski T., 2011, *Problem zatrudnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*. (red.) B. Cytowska, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, s. 89–105.
- [20] Miszewski K., 2005 *Przemiana, słabnięcie czy upadek podkultury więziennej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 49.
- [21] Nicgorski M., 2011, *Projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w latach 2008–2010. Realizacja poddziałania 1.3.4 POKL*, [w:] *Oddziaływania penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych*. (red.) T. Głowik, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa.
- [22] Niewiadomska I., 2007, *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- [23] Orzeł, M., 2013, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób upośledzonych umysłowo*. „Zeszyty Naukowe WSSP”, tom 16, nr 82, s. 79–99.
- [24] Przybyliński S., 2006, *Podkultura więzienna. Wielowymiarowość rzeczywistości penitencjarnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [25] Ratajczak W., 2006, *Osoby niepełnosprawne jako zasoby pracy*. Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica, nr 199, s.43–68.
- [26] Stanisławski P., 2008, *Cela bez taryfy ulgowej – czy niepełnosprawność łagodzi karę?*, „Magazyn Integracja”, nr 2.
- [27] Tomaszewski T., 2011, *Nauczanie w zakładach karnych*. [w:] *Oddziaływanie penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych*. (red.) T. Głowik, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa.
- [28] Tomecka-Nabiałczyk B., 2016, *Niepełnosprawność fizyczna osób pozbawionych wolności i implikacje dla systemu penitencjarnego*. „Przegląd Więziennictwa Polskiego. Kwartalnik poświęcony zagadnieniom kryminologicznymi penitencjarnym”. Wydawnictwo Centralnego Zarządu Służby Więziennej Ministerstwa Sprawiedliwości, Warszawa, nr 91, s. 117–132.

- [29] Wiliński M., 2010, *Strategie pomocy osobom z ograniczeniami sprawności* [w:] *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*. (red.) A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa, s. 60–95.
- [30] Żółkowska T., 2011, *Wspomaganie rozwoju dorosłych osób z niepełnosprawnościami intelektualną – refleksje pedagoga*. [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności* Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań (red.) B. Cytowska, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 72–88.

Dokumenty

- [31] *Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych*, Dziennik Ustaw z 25 października 2012 r., poz. 1169.

Źródła internetowe

- [32] Dybalska I. Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego – między diagnozą a działaniem, <http://irss.pl/wpcontent/uploads/2013/11/Trudno%C5%9Bci%20w%20przystosowaniu%20do%20%C5%BCycia%20po%20zwolnieniu%20z%20zak%C5%82adu%20karnego.pdf>, [data pobrania: 20.11. 2017].
- [33] <http://www.sw.gov.pl/strona/Statystyka-kwartalna> [data pobrania: 25.10.2017].
- [34] Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014, Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonymi umysłowo oraz oddziałów dla tymczasowo aresztowanych, Warszawa, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_z_wizytacji_KMP.pdf, [data pobrania: 29.10.2017].
- [35] Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji Zakładu Karnego w Bydgoszczy-Fordonie dotyczący stanu przestrzegania praw osób z niepełnosprawnościami, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyciag_-_ZK_Bydgoszcz_Fordon_2016.pdf, [data pobrania: 30.10.2017].
- [36] Rzecznik Praw Obywatelskich. Więźniowie z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. RPO opowiada o wynikach badań w więzieniach i o tym, co robi, by pomóc osobom, które nigdy nie powinny były trafić do więzienia, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wiezniewie-umyslowosc-dzieci-chorzy-psychicznie-rpo-opowiada-o-wynikach-badan-w-wiezieniach>, [data pobrania: 15.10.2017].