

Życie po opuszczeniu zakładu karnego: readaptacja społeczna kobiet uzależnionych od narkotyków w Polsce

Life after prison:
social readaptation of female drug users in Poland

Justyna Klingemann, Ewa Miturska, Jacek Moskalewicz

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykologią
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Abstract – Introduction. The main aim of the study presented in the article was the identification of good practice in rehabilitation of female drug users prison populations. The article discusses the issues of social functioning of that group after their release from prison.

Method. The study was conducted between 2003 and 2006 in five European countries: Austria, Germany, Poland, Spain and United Kingdom. In the Polish study 45 women were included. The first part of the study – the survey (structured baseline questionnaire) was carried out among respondents during their imprisonment, and the second part as follow-up after their release from prison (structured follow-up questionnaire). Qualitative in-depth interviews were conducted with 12 members of the Polish sample and triangulation techniques applied to analyze the qualitative data.

Conclusions. After prison release the respondents had problems with employment, continuing their education or professional training, and finding accommodation. They reported emotional problems and lack of social skills. They indicated health problems as well. Some women experienced a relapse. Identified risk factors of relapse include: lack of family support, financial problems and being in touch with old friends who continue drug taking. Social support (from the family, partner or professional helpers), assuming new social roles (as wife, mother, employee, student) and adequate help during imprisonment were identified as protective factors.

Key words: social readaptation, drug dependence, prison

Streszczenie – Wstęp. Celem badania prezentowanego w artykule była identyfikacja dobrych praktyk w zakresie readaptacji społecznej kobiet uzależnionych od narkotyków, przebywających w zakładach karnych. W artykule omawiane są zagadnienia związane z funkcjonowaniem społecznym tej grupy po opuszczeniu placówki penitencjarnej.

Metoda. Badania prowadzono w latach 2003–2006 w pięciu krajach Unii Europejskiej: Austrii, Hiszpanii, Niemczech, Polsce i Wielkiej Brytanii. W badaniach realizowanych w Polsce próba liczyła

Praca w całości finansowana z programu Unii Europejskiej „AGIS” (numery projektów JAI/2003/AGIS/191 oraz JAI/2005/AGIS/072)

45 kobiet, z 12 z nich przeprowadzono swobodne wywiady ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji. Badania przebiegały dwuetapowo, tj. przeprowadzano wywiady ankietowe z respondentkami odbywającymi aktualnie karę pozbawienia wolności w zakładach karnych oraz ponownie po opuszczeniu przez nie placówki penitencjarnej. Dane zebrane w ramach tych wywiadów poddane były jakościowej analizie prowadzonej równoległe przez dwóch badaczy.

Wyniki. Po wyjściu z zakładu karnego niektóre respondentki miały kłopoty ze znalezieniem stałego zatrudnienia, kontynuowaniem nauki czy zdobyciem własnego mieszkania. Brakowało im umiejętności w radzeniu sobie ze zwykłymi codziennymi problemami, co znacznie utrudniało ich readaptację społeczną. Respondentki miały również problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. Część z nich nie utrzymała abstynencji narkotykowej. Czynnikiem ryzyka w zakresie nawrotów były przede wszystkim: brak wsparcia społecznego, problemy finansowe oraz utrzymywanie kontaktów z dawnym „narkomańskim” środowiskiem. Czynnikiem chroniącym wydają się być pomoc ze strony najbliższego otoczenia oraz podjęcie nowych ról społecznych, takich jak rola matki, żony, ucznia czy pracownika. Istotna jest również jakość uzyskanej pomocy penitencjarnej i postpenitencjarnej.

Słowa kluczowe: readaptacja społeczna, narkomania, zakład karny

WSTĘP

Jedną ze specyficznych podgrup wśród osób przebywających w zakładach karnych są skazani nadużywający lub uzależnieni od substancji psychoaktywnych. Badania nad tą populacją wskazują, że w zależności od kategorii wiekowej ok. 15–30% więźniów ma za sobą doświadczenia w zakresie okazjonalnej konsumpcji narkotyków na wolności (1, 2, 3). W większości są to osoby między 20 a 30 rokiem życia, wywodzące się ze środowiska miejskiego (1, 2). Większość leczonych w systemie penitencjarnym (87%) pierwszy kontakt z narkotykami miało w wieku kilkunastu lat. Najczęściej zażywany substancjami w okresie bezpośrednio poprzedzającym pozbawienie wolności są przetwory konopi, leki uspokajające i nasenne nieprzepisane przez lekarza oraz stymulanty, takie jak amfetamina, ecstasy czy kokaina (3, 4).

Odrębną podgrupę stanowią osoby leczone na oddziałach terapeutycznych, które trafiają do zakładu karnego z rozpoznaniem uzależnienia. Jak pokazują badania wśród więźniów leczonych z uzależnienia od narkotyków, większość nie jest skazana za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, lecz na mocy kodeksu karnego, a odbywana przez nich kara pozbawienia wolności nie jest pierwszą. Ponad połowa leczonych odsiadyuje krótkie wyroki (do 3 lat). Substancjami najczęściej używanymi w ciągu ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności były opiaty (62%), stymulanty (65%) i przetwory konopi (28%). Narkotyki w drodze iniekcji przyjmowało ok. 39% osób. Kobiety stanowią około 6% ogółu leczonych w systemie penitencjarnym – jest to odsetek znacznie niższy niż odsetek kobiet leczonych w systemie stacjonarnym w warunkach wolnościowych (24%) (4).

Część osób uzależnionych od narkotyków to nosiciele wirusa HIV, co w określonych okolicznościach może stwarzać ryzyko zarówno dla ich zdrowia, jak i osób z otoczenia. Personel medyczny i penitencjarny różnie reaguje na tę kategorię pacjentów – jeszcze w latach 90. zdarzało się, że kadra więzienna protestowała przed

przyjmowaniem na oddziały nosicieli wirusa HIV. Odnotowywano wówczas przypadki lęku i oporu w udzielaniu zakażonym nieodzwonnych świadczeń (5–9). Od połowy lat dziewięćdziesiątych można jednak zauważyć zmianę podejścia zarówno w stosunku do narkomanów, jak i osób seropozytywnych. Oznaką tego jest m.in. zaprzestanie izolowania tych podgrup od pozostałych skazanych, zapewnienie specjalistycznej opieki oraz włączanie ich do oferty programowej, adresowanej do ogółu skazanych. Wymagało to przełamania stereotypów wśród kadry i osadzonych (10).

Innym problemem systemu penitencjarnego jest – wedle ocen i doświadczeń więźniów – obecność narkotyków w zakładach karnych (3). Wydaje się, że substancje te łatwiej, niż alkohol, przemyścić na teren zakładu karnego, ukrywając je w ciele, bagażu czy paczkach żywnościowych. Zdarzają się także próby organizowania handlu narkotykami na terenie aresztu (11).

Pierwsze oddziały dla osób skazanych uzależnionych od narkotyków powstały w latach 80. (12). Specjalistyczne pododdziały dla kobiet uzależnionych od narkotyków utworzono w 1987 roku w zakładach karnych w Grudziądzu i Lublińcu. Rok później pododdział w Lublińcu przekształcono w samodzielny oddział specjalny dla kobiet uzależnionych od narkotyków, likwidując ten w Grudziądzu (13). Rehabilitację dla osób uzależnionych od narkotyków prowadzi się w otwartych oddziałach lub w zamkniętych pododdziałach terapeutycznych w ramach terapeutycznego systemu odbywania kary pozbawienia wolności (14–18).

Terapia skazanych różni się od terapii pacjentów wolnościowych innym stylem relacji terapeutycznej, przymusem uczestniczenia w oddziaływaniach terapeutycznych oraz większymi potrzebami pacjentów, wynikającymi z ich kryminalnej przeszłości (12). Podstawowym celem terapii prowadzonej w warunkach więzennych jest utrzymanie abstynencji, co sprowadza się do kształtowania i utrwalania motywacji do zerwania z nałogiem, nauki umiejętności zapobiegania nawrotom czy opanowania zdolności do kontroli emocji i radzenia sobie ze stresem (18, 19). Istotą tej terapii jest także przygotowanie do ponownego życia na wolności bez powrotu do zachowań przestępczych oraz zminimalizowanie konsekwencji długotrwałej izolacji (2, 12). Terapia w warunkach penitencjarnych ma zarówno charakter indywidualny, jak i grupowy. Oddziały terapeutyczne opracowują własne formy realizacji zadań diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych i resocjalizacyjnych. Nie istnieje jeden wybrany model, który stanowiłby podstawę teoretyczną działalności tych oddziałów (20).

Efektywność leczenia w warunkach zamkniętych jest dyskusyjna. Polskie badania z lat 90. pokazują, że wielu narkomanów po zwolnieniu z zakładu karnego nie uzyskuje niezbędnej pomocy i w konsekwencji wraca do uzależnienia. Tylko 27% badanych po roku od opuszczenia placówki ciągle zachowywało abstynencję (1, 2). Trudno jest ustalić przyczyny tej sytuacji. Zdaniem badaczy tzw. „przymus terapeutyczny” to tylko jeden z powodów wysokiego wskaźnika nawrotów. Wprawdzie skazani często decydują się na udział w programie terapeutycznym ze względu na spodziewane korzyści (przepustki, większe szanse uzyskania warunkowego, przedterminowego zwolnienia), ale dobrowolność nie jest niezbędnym

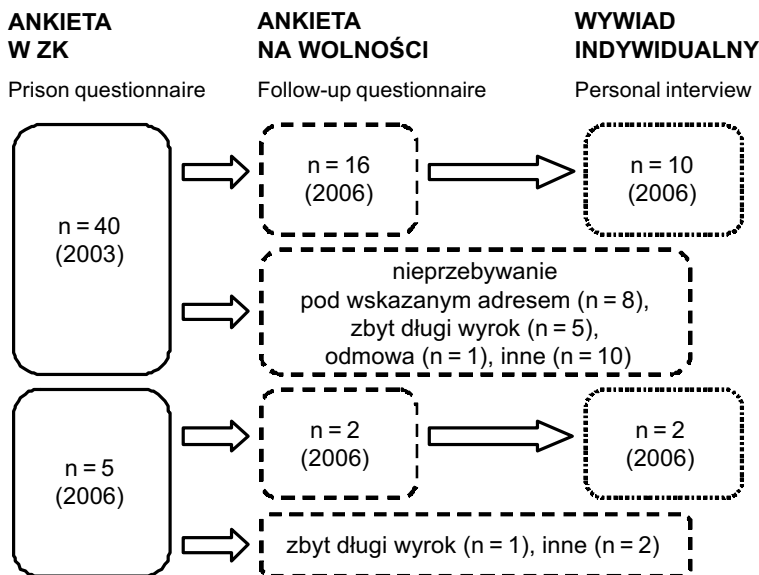
kryterium skuteczności terapii osób uzależnionych. Jak wynika z badań empirycznych, terapia przymusowych pacjentów może być równie efektywna, co terapia pacjentów deklarujących motywację wewnętrzną (21–23). Czasami długotrwała izolacja jest jedyną szansą na rozpoczęcie leczenia przez pacjenta. Wskaźnikiem zwiększającym efektywność leczenia uzależnień w warunkach izolacji jest dłuższe pozostawanie pacjentów w terapii i rzadsze ich wypadanie z programu (12). Czynnikiem utrudniającym readaptację społeczną może być jednak brak perspektyw życiowych dla tych osób, problemy w znalezieniu zatrudnienia, niewystarczająca pomoc socjalna czy brak wsparcia w środowisku innym niż patologiczne (24). Psychologiczna bariera tkwi w konieczność życia z etykietką „byłego więźnia”. Adaptacja jest także trudna z powodu deficytów w zakresie podstawowych umiejętności życiowych i kontroli emocji, jakie dodatkowo są wzmacniane w warunkach izolacji (25, 26). Te i szereg innych czynników mogą warunkować skuteczność resocjalizacji osób uzależnionych.

W ostatnich latach coraz więcej dyskutuje się na temat funkcjonowania społecznego byłych więźniów, w tym również osób uzależnionych od narkotyków. Problem nawrotów u osób uzależnionych od narkotyków skłania do podejmowania działań zapobiegawczych. Istotna wydaje się identyfikacja dobrych praktyk w zakresie readaptacji społecznej osób skazanych na karę pozbawienia wolności oraz czynników wzmacniających ich efektywne funkcjonowanie społeczne po wyjściu na wolność. Jest to cel badań prezentowanych w tym artykule. Istotna z perspektywy poznawczej jest także charakterystyka populacji kobiet leczonych na oddziałach terapeutycznych w zakładach karnych.

MATERIAŁ I METODA

Prezentowane w artykule badania były prowadzone przy współpracy z sześcioma europejskimi instytucjami: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung w Hamburgu, Bisdro University w Bremie, European Centre for Social Welfare Policy and Research w Wiedniu, General Directorate of Substance Abuse and AIDS w Barcelonie i Department of Psychology Caledonian University w Glasgow.

W latach 2003–2006 w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie realizowano dwufazowe badania. Faza pierwsza to zbieranie informacji przy użyciu kwestionariusza *baseline* (pomiar wstępny) z respondentkami aktualnie przebywającymi w zakładzie karnym ($n = 40$ w 2003 r., $n = 5$ w 2006 r.) Etap drugi to wypełnianie kwestionariusza *follow-up* (pomiar końcowy, $n = 18$ w 2006 r.) oraz przeprowadzanie wywiadów indywidualnych z wybranymi respondentkami ($n = 12$ w 2006 r.) W kwestionariuszach zbierano szczegółowe informacje na takie tematy jak historia zażywania narkotyków, przestępczość i pobyt w więzieniu, korzystanie ze świadczeń i programów prewencyjnych, funkcjonowanie społeczne i zdrowotne, plany i ich realizacja po wyjściu z zakładu karnego oraz doświadczenia z życia na wolności. Schemat badania obrazuje rysunek 1.



Rys. 1.
Schemat blokowy badania
Flow chart of the study

Próba pierwotna z badań polskich liczyła 45 kobiet, odbywających karę pozbawienia wolności w trybie oddziaływania terapeutycznego w związku z postawioną diagnozą uzależnienia od narkotyków. Artykuł prezentuje charakterystykę społeczno-demograficzną tych kobiet oraz dane zebrane w 12 swobodnych wywiadach, jakie zostały przeprowadzone z niektórymi badanymi. Kryterium doboru respondentek do wywiadu indywidualnego to minimum 3-miesięczny pobyt na wolności po opuszczeniu zakładu karnego, w ramach terminowego lub przedterminowego zwolnienia. Materiał zebrany w ten sposób posłużył do jakościowej analizy wypowiedzi respondentek w kontekście wybranych aspektów funkcjonowania psychologicznego i społecznego po opuszczeniu placówki penitencjarnej. Analizę treści wypowiedzi badanych prowadziło równolegle dwóch badaczy. Procedura ta w metodologii badań społecznych nazywana jest triangulacją badacza i polega na wprowadzeniu do badań wielu obserwatorów i kontrolerów w celu obiektywizacji wniosków (27). Swobodne wywiady, ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji, skoncentrowane były na następujących wątkach tematycznych:

- ocena pobytu w zakładzie karnym oraz uzyskana pomoc penitencjarna,
- funkcjonowanie psychospołeczne i warunki socjalno-bytowe po opuszczeniu zakładu karnego,
- doświadczenia z zażywaniem narkotyków po wyjściu z zakładu karnego,
- korzystanie z pomocy postpenitencjarnej.

Wśród 45 badanych kobiet zarysowują się pewne różnice w wymiarze demograficznym, widoczne szczególnie pomiędzy podgrupą pierwszą, tj. respondentkami

uczestniczącymi we wszystkich etapach badania (ankieta w ZK, ankieta na wolności oraz wywiad indywidualny) a podgrupą drugą, tj. respondentkami odpowiadającymi jedynie na pytania obu kwestionariuszy. Wśród 12 badanych, z którymi przeprowadzono wywiady indywidualne, jest więcej młodszych respondentek w wieku 20–24 lata (67%) w stosunku do tej samej kategorii wiekowej w podgrupie drugiej (39%). Średnia wieku badanych w całej próbie wynosi 27 lat. Struktura respondentek pod względem stanu cywilnego była zbliżona w obu podgrupach. Aby zobaczyć, czy w okresie funkcjonowania na wolności respondentki mogły liczyć na wsparcie ze strony partnera, zmienną stan cywilny zrekodowano do dwóch kategorii: życie z partnerem (małżeństwo lub konkubinaty) oraz życie bez partnera (separacja, rozwód, wdowieństwo lub stan wolny). Znacznie więcej kobiet żyjących z partnerem jest w podgrupie drugiej 39% w stosunku do 25% kobiet uczestniczących we wszystkich etapach badania. Badane, z którymi przeprowadzano wywiady indywidualne rzadziej miały wspierającego je partnera. Różnice między tymi dwoma podgrupami dotyczą także długości pobytu w zakładzie karnym w ramach aktualnego wyroku. Ponad połowa respondentek uczestniczących we wszystkich fazach badania (58%) miała wyroki krótkie, do roku. Z kolei

Tabela 1.

Porównanie badanych podgrup respondentek pod względem wieku, stanu cywilnego i długości pobytu w zakładzie karnym (ZK)

Comparison of the participants of the study according to age, living situation and length of prison sentence

		Respondentki uczestniczące w jakościowej części badania <i>Participants of the qualitative part of the study</i> (N = 12)	Respondentki uczestniczące tylko w ilościowej części badania <i>Participants of the quantitative only part of the study</i> (N = 33)
Wiek <i>Age</i>	20–24 lata	8 (67%)	13 (39%)
	25–29 lat	0	11 (33%)
	30–48 lat	4 (33%)	9 (27%)
Stan cywilny <i>Living situation</i>	życie z partnerem (zameżna lub konkubinaty) (having partner)	3 (25%)	13 (39%)
	życie bez partnera (separacja, rozwód, wdowa lub panna) (without partner)	9 (75%)	20 (61%)
Długość pobytu w ZK <i>Length of prison sentence (months)</i>	0–6 miesięcy	4 (33%)	6 (18%)
	7–12 miesięcy	3 (25%)	7 (21%)
	13–24 miesiące	3 (25%)	8 (24%)
	25–60 miesięcy	2 (17%)	12 (36%)

Tabela 2.

Porównanie badanych podgrup respondentek pod względem używania substancji psychoaktywnych przed osadzeniem w zakładzie karnym

Comparison of the participants of the study according to their substance use prior to imprisonment

Konsumpcja narkotyków przed osadzeniem w zakładzie karnym <i>Substance use prior to imprisonment</i>	Respondentki uczestniczące w jakościowej części badania <i>Participants of the qualitative part of the study</i> (N = 12)	Respondentki uczestniczące tylko w ilościowej części badania <i>Participants of the quantitative only part of the study</i> (N = 33)
Heroina <i>Heroin</i>	6 (50%)	16 (49%)
Polska heroina (kompot) <i>Polish heroin (kompot)</i>	5 (42%)	19 (58%)
Kokaina <i>Cocaine</i>	2 (17%)	4 (12%)
Crack	1 (8%)	2 (6%)
Amfetamina <i>Amphetamine</i>	6 (50%)	19 (58%)

aż 67% osób z podgrupy drugiej odsiadywało wyroki dłuższe niż 12 miesięcy, z czego 36% miało wyroki zasądzone powyżej 2 lat. Średnia długość wyroku dla pierwszej podgrupy badanych wynosi 13, 5 miesiąca, zaś dla drugiej – 21 miesięcy. Poszczególne dane liczbowe i procentowe przedstawiono w tabeli 1.

Analogicznie, porównując badane podgrupy pod względem zażywania wybranych środków psychoaktywnych, można dostrzec, iż respondentki, z którymi zrealizowano wywiady częściej używały heroiny, kokainy lub cracku. Wśród pozostałych badanych głównym środkiem zażywanym na wolności były opiaty – heroina i polska heroina (kompot) oraz amfetamina. Dane te obrazuje tabela 2.

WYNIKI

Wyniki zostały podzielone na trzy części. W pierwszej zaprezentowano dane dotyczące pobytu w zakładzie karnym, w drugiej – funkcjonowanie psychospołeczne respondentek po opuszczeniu placówki penitencjarnej, a w ostatniej – oceny badanych na temat oczekiwanego i otrzymanego wsparcia społecznego w wymiarze instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym.

Pobyt w zakładzie karnym i uzyskana pomoc penitencjarna

Znaczną część wypowiedzi badanych zajmowały refleksje na temat pobytu w zakładzie karnym oraz ocena uzyskanej pomocy psychologicznej. Wspominając ten okres życia respondentki mówiły o trudnych emocjach przeżywanych podczas izolacji – stanach depresyjnych, poczuciu osamotnienia, nudzie, lękach i stresie w związku z wyjściem na wolność: *w kółko myślałam, że nie wyjdę i byłam z tym raczej sama. Jak się dowiedziałam, że wychodzę, to też się przerażałam, bo nagle*

pomyślałam, że nie mam pojęcia jak żyć, jak będzie na wolności? 17 miesięcy w zamknięciu może z człowieka zrobić dzikusa (21 lat). Respondentki mówiły także o półrocznym programie terapeutycznym, kontaktach z psychologiem i wychowawcą lub spotkaniach z przedstawicielami różnych służb społecznych spoza zakładu karnego. Opinie badanych dotyczyły pomocy psychologicznej uzyskanej w zakładzie karnym, przygotowania do wyjścia na wolność oraz propozycji odnoszących się do organizacji pomocy penitencjarnej.

1. Pomoc psychologiczna w zakładzie karnym

Niektóre respondentki były usatysfakcjonowane z uzyskanego wsparcia, inne rozczarowane jakością lub dostępnością tej pomocy.

Wśród zalet pomocy psychologicznej w zakładzie karnym respondentki najczęściej wymieniały kompetencje personelu i jakość ich pracy. Duże znaczenie miała dla nich praca nad zapobieganiem powrotowi do nałogu: *ciekawe wykłady były, cała terapia. No też mnie bardzo mobilizowały do życia w trzeźwości (40 lat), ale także ogólna praca w zakresie rozwoju osobistego: bardzo jestem z tej terapii zadowolona (...)* *Oni [w ZK] przekonali mnie, że coś znaczę, że mam swoją wartość i że jestem wystarczająco młoda, by jeszcze tym swoim życiem pokierować (...)* *np. iść do szkoły, przyznać się, że jestem narkomanką i z tym zerwać. Uświadomili mi, że mam jeszcze czas na swoje marzenia, tylko muszę się postarać i włożyć w to dużo pracy (21 lat).*

Najwięcej kontrowersji wzbudzał przymusowy charakter terapii w zakładzie karnym: *zresztą w więzieniu to terapia wygląda tak, że to jest takie oszukiwanie. To nie jest tak jak w ośrodku, tu [w ZK] wszystkiego się nie powie na terapii (...)* *więzienie to jest więzienie (26 lat).* Respondentki zwracały także uwagę na czas trwania terapii: *jest za krótka, moim zdaniem, to powinno być około roku, a teraz trwa 6 miesięcy (46 lat)* oraz jej dostępność: *wszystkie osoby, które brały narkotyki powinny być na terapii – jest tak, że większość czeka, nie ma dużo miejsc (26 lat).*

2. Przygotowanie do wyjścia na wolność

W wypowiedziach dotyczących pomocy otrzymanej w zakładzie karnym badane wspomniały także o przygotowywaniu do wyjścia na wolność. Większość z nich z powodu długotrwałej izolacji odczuwa silny lęk przed opuszczeniem zakładu.

Najbardziej pozytywnie, w ramach działań przygotowujących do życia na wolności, oceniono kontakt z przedstawicielami różnych służb społecznych spoza więzienia: *przyjeżdżali raz w tygodniu, była pani z opieki społecznej, kurator, prokurator. Różni ludzie przyjeżdżali i można było zadawać im pytania (...)* *mówili, gdzie się udać zaraz po wyjściu, aby dostać pomoc materialną czy rzeczową, że można coś tam zdziałać na tej wolności jak się wyjdzie (24 lata).* W opinii respondentek taka forma pomocy penitencjarnej była niezwykle korzystna. Bezpośredniemu przygotowaniu do życia na wolności miała także służyć konkret-

na pomoc materialna, np. opłacenie przez zakład biletu powrotnego do domu czy pomoc rzeczowa.

Niektóre respondentki krytycznie oceniały pomoc zakładu karnego. Mówiły o tym, iż nie zaoferowano im wystarczającej pomocy socjalnej i w efekcie wypuszczono je nieprzygotowane „na ulicę”. Ich zdaniem, pomoc ta przychodzi zbyt późno (bezpośrednio przed wyjściem), a jej mankamentem jest brak rzetelnej informacji o instytucjach postpenitencjarnych, wspomagających w zakresie takich spraw jak mieszkania przejściowe, żywność, pomoc finansowa czy prawna: *wiedziałam wychodząc, że mogę się zgłosić tu i tu po pieniądze. A tak więcej to nie wiedziałam, gdzie mam iść i po co albo nawet, co od nich otrzymać* (25 lat).

Wśród badanych były też osoby, które pomocy instytucjonalnej po prostu nie oczekiwały i nie miały tym samym zastrzeżeń co do jakości oferowanego im wsparcia instytucjonalnego.

3. Rekomendacje dla pomocy penitencjarnej

Respondentki podkreślały potrzebę poradnictwa psychologicznego i akcentowały, że do potrzeb osób osadzonych należy podchodzić indywidualnie: *ja myślę, że to trzeba tak bardzo indywidualnie spojrzeć, której pani co jest potrzebne, a nie tylko, czy ma odzież i pieniądze, aby dojechać do miejsca zamieszkania. Zwłaszcza że są takie wywiady prowadzone, są teczki osobowo-poznawcze i każdy wychowawca wie, jaką sytuację która pani ma* (39 lat). Podkreślały wagę informacji o instytucjach postpenitencjarnych, świadczących pomoc w zakresie readaptacji, szczególnie rekomendowały pomoc uzyskaną w zakładach karnych od przedstawicieli instytucji postpenitencjarnych: *wydaje mi się, że powinno być więcej takich osób, które przyjeżdżają tam i mówią, co taka osoba po wyjściu na wolność ma robić, gdy nie ma mieszkania, nie ma gdzie wrócić. Wydaje mi się, że taka osoba nie może być puszczona i niech sobie idzie, gdzie chce. Powinni przyjeżdżać tam i moim zdaniem mówić, gdzie się udać do opieki społecznej. Gdzie ewentualnie można dostać jakąś taką pomoc, jak np. żywność. Nawet nie chodzi o to, ale żeby taka osoba miała gdzie pójść, są przecież jakieś ośrodki, żeby można tam było zamieszkać przez ten okres, kiedy się nie ma żadnych swoich pieniędzy. Aby taki człowiek stanął jakoś na nogi* (24 lata).

W ich wypowiedziach zwracała też uwagę kwestia podtrzymania kontaktów z bliskimi. Kobiety uważały, że w ostatnim okresie przed wyjściem na wolność ważna jest intensyfikacja kontaktów z rodziną, choćby poprzez umożliwianie częstszych widzeń. Ich zdaniem, pomogłoby to skazanej i jej rodzinie nie tylko oswoić się z nową sytuacją, ale przede wszystkim przełamać pewną barierę komunikacyjną po długim okresie odosobnienia: *powinien być ułatwiony kontakt ze światem zewnętrznym, więcej przepustek, jeśli ktoś ma rodzinę i ma kontakt z rodziną, to nie powinien być tak rzucony, że był taki czas izolacji i nagle wychodzi* (32 lata). Potrzebna jest pomoc psychologiczna dla rodzin osadzonych, które nierzadko same mają trudności z odbudowaniem relacji z dawno nieobecnym członkiem rodziny:

teraz jeszcze pomyślałam, że może przydałoby się takie przygotowanie, no na przykład dla rodziny właśnie. To nie jest łatwo przyjąć taką osobę. O czym tu gadać...co mogłoby pomóc, bo to przecież trudne tematy, nie? (21 lat).

Badane podkreślały znaczenie, jakie ma dla nich nawiązanie kontaktu z placówką terapeutyczną na wolności jeszcze w momencie ich pobytu w zakładzie karnym: *może też ewentualnie kontakt już wcześniej z kimś, na czyją pomoc się potem trafi (...) chodzi mi o to, żeby np. poznać wcześniej swojego terapeutę. Żeby już na wolności nie iść jak do obcego, może tak by różniej było (21 lat).*

Respondentki oczekują też pomocy ze strony zakładu karnego w zdobyciu wykształcenia, podniesieniu kwalifikacji zawodowych oraz w nabyciu podstawowych umiejętności życiowych: *jak się zachować, jak się stara o pracę, pokazać jak wypełnia się dokumenty, nauczyć podstawowych rzeczy. To powinno być, a tego nie ma. Człowiek jest pozostawiony sam sobie, brama się zamyka i nikogo nie interesuje, co ty dalej zrobisz (32 lata).* Innego rodzaju oczekiwanym wsparciem jest nauka spędzania wolnego czasu czy rozwijanie zainteresowań: *uczyć kobiety innego spędzania czasu, niż picie alkoholu czy bezmyślne siedzenie w domu, czy gapienie się w telewizor, ale pokazać, że można robić dużo fajnych rzeczy (39 lat).*

Funkcjonowanie psychospołeczne po opuszczeniu zakładu karnego

Badane doświadczają wielu problemów w obszarze funkcjonowania psychospołecznego. Życie na wolności okazało się dla nich wyzwaniem, z którym nie wszystkie umiały sobie poradzić, szczególnie, jeśli nie otrzymały wsparcia ze strony innych osób: *nie bardzo umiałam sobie dać radę. Naprawdę zdałam sobie sprawę, jak wyszłam z zakładu, jak bardzo jestem zacofana. Niby człowiek żył w tym świecie, ale nie żył, wegetował. Nie umiałam iść do biura i ja nic nie umiałam załatwić, nie umiałam rozmawiać (46 lat).* Bezpośrednio po opuszczeniu placówki penitencjarnej respondentki mają kłopoty z rozwiązaniem problemów mieszkaniowych i finansowych, a przede wszystkim ze znalezieniem pracy. Trudności dotyczą też aktualnego stanu zdrowia. Znaczna ich część w okresie przeprowadzania wywiadów utrzymywała abstynencję od narkotyków. Mając na uwadze ogólne wskaźniki funkcjonowania psychospołecznego, wypowiedzi badanych pogrupowano według następujących kategorii: zdrowie fizyczne i psychiczne, doświadczenia związane z zażywaniem narkotyków (nawroty i abstynencja), przestępczość i wiktyalizacja, warunki socjalno-bytowe (mieszkaniowe, źródła dochodu) oraz edukacja.

1. Zdrowie fizyczne i psychiczne

Badane skarżyły się na problemy związane ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. W większości wykazywały się jednak dużą troską i dbałością o swoje zdrowie. Część z nich była pod stałą kontrolą lekarską.

Dolegliwości somatyczne. Respondentki cierpią na astmę, anemię, epilepsję, choroby zakaźne: HIV, HCV, mają problemy z układem krążenia, wzrokiem czy z zębami. Są to typowe choroby somatyczne towarzyszące długoletniemu zażywaniu narkotyków: *jestem chora na epilepsję, czyli padaczkę (23 lata) albo: przestałam chodzić, nogi moje były w strasznym stanie – nie mogłam na nich stanąć, nie mogłam się ruszać. Ja przez 8 miesięcy w ogóle nie chodziłam (...) na jedno oko nie widzę, mam kataraktę (46 lat).*

Dolegliwości psychiczne. W pierwszych tygodniach pobytu na wolności respondentki musiały borykać się przede wszystkim z poczuciem bezradności: *bo w więzieniu jest tak trochę jak z braniem narkotyków. Tam jest też wszystko nie-realne. (...) Bo jeśli się dostosujesz: wstać, ubrać się, pościelić łóżko to (...) nikt od ciebie nic więcej nie wymaga (39 lat).* Innym problemem było poczucie nudy i monotonii. Badane mówiły o tym, jak ważne w tym pierwszym okresie było zagospodarowanie sobie czasu wolnego, posiadanie zatrudnienia i nawiązanie nowych znajomości, szczególnie po to, aby oderwać swoje myśli od chęci zażycia narkotyku: *żeby praca była możliwa, obojętnie jaka, ale żeby była, żeby człowiek miał zajęcie, obowiązek (...) żeby nie było głupot w głowie (...) i można poznać ciekawych ludzi, a nie tylko kryminalistów (23 lata).* Zdaniem niektórych respondentek, pomocna w adaptacji jest zmiana środowiska: *najlepiej, jak się ma możliwości po prostu wyjechać na jakiś czas. W szkole, jak ktoś chodzi do szkoły, tam też można normalne osoby zapoznać (25 lat).* Jeśli chodzi o samopoczucie psychiczne w tym czasie, to część respondentek wykazuje dużą labilność emocjonalną. Zauważalne jest u nich szczególnie przygnębienie i rozgoryczenie w związku z trudną sytuacją życiową: *często miewam też okresy, że przesypiam ten czas, tę monotonię, tę nudę i ciężko mi z tym, że nie pracuję, że nie mam zajęcia. Staram się coś robić w domu, pomagać...no ale ile można sprzątać czy się kręcić w kółko (...) Myślałam, że będzie lepiej, byłam pełna euforii i zapału po wyjściu, a tu, kurcze, fajnie wygląda, jak się jest za kratkami, takie marzenia. Ale już po wyjściu jest jednak bardzo ciężko rozpocząć życie w trzeźwości (...) miewam bardzo duże huśtawki nastrojów – raz euforia, jak się coś uda, coś załatwię, jestem dumna jak mnie terapeuta chwali, czy w ogóle w poradni... Jednak stać mnie na coś. Ale niekiedy mi też źle z samą sobą, miewam takie dołki, co jestem warta? (40 lat)* Niektóre badane wspominały o poczuciu winy w stosunku do dzieci i rodzin zaniedbanych w okresie, kiedy używały narkotyków czy podczas pobytu w więzieniu. Poczucie winy towarzyszyło także tym, które nie potrafią przyznać się bliskim do bycia nosicielem wirusa HIV i samotnie borykają się z chorobą.

2. Doświadczenia związane z narkotykami (nawroty i abstynencja)

Większości respondentek proponowano zażycie narkotyku. Nie wszystkie potrafiły odmówić. Niektóre mają za sobą okazjonalną konsumpcję narkotyków, a inne od momentu opuszczenia zakładu karnego utrzymują całkowitą abstynencję. Są też takie, które powróciły do regularnego używania narkotyków.

Propozycje zażycia narkotyków

Większość badanych w ramach strategii radzenia sobie z uzależnieniem starała się nie utrzymywać kontaktów z dawnym środowiskiem narkomańskim. Część z nich mówiła o sytuacjach, w których proponowano im zażycie narkotyku: *jak jeżdżę do poradni chorych na HIV po leki retrowirusowe, to tam jest przychodnia metadonowa, więc spotykam całe środowisko, tam odchodzi handel przy tym punkcje, więc są propozycje (46 lat)*. Lub o lęku, jaki się z tym wiązał: *bałam się także tego, że jak wyjdę znowu będą za mną łązić i namawiać do brania. (...) Co prawda proponowano mi, ale potrafiłam powiedzieć nie (...) miałam takich sytuacji ze trzy lub cztery, ale teraz mi nie proponują. Ja głośno wyraziłam swoje zdanie, że choćby mnie nawet położyli, to nie wezmę. Wolę już sobie wypić piwo. I teraz nawet nikt mi już nie proponuje (25 lat)*.

Głód narkotykowy i abstynencja

Opisy doświadczeń respondentek w zakresie konsumpcji narkotyków zostały uszeregowane ze względu na dwa kryteria: odczuwanie lub nieodczuwanie głodu narkotykowego oraz utrzymanie bądź nieutrzymanie abstynencji.

Niektóre respondentki nie miały żadnych problemów z narkotykami po opuszczeniu zakładu karnego – nie odczuwały głodu narkotykowego i zachowały abstynencję: *nie, nie odczuwałam [głodu] (...) ja po prostu teraz nie miałabym nawet czasu iść i naćpać się. Ani też siedzieć i rozmyślać o tym (25 lat)*.

Inne mówiły o tym, że czasem doświadczają uczucia głodu, jednak udaje im się to różnymi metodami przetrzymać: *tak [odczuwałam głód] narkotykowy, ale powiem Pani, że starałam się z nikim nie spotykać. Z nikim, kto był związany z tamtym okresem i jakoś się udało. Ale przyznam się szczerze, że to nawraca, naprawdę. To nie jest tak, że raz a porządnie, jeden głód i po sprawie. To cały czas nawraca, ale już teraz sama wiem, że sobie radzę, trzeba sobie po prostu w głowie coś przestawić. Jak mi się coś w głowie pojawi [uczucie głodu], to po prostu idę spać. Staram się o tym po prostu nie myśleć. Przeanalizowałam straty i zyski. Zysków nie ma wcale, a tyle pieniędzy, co w to poszło, to naprawdę (23 lata)*.

Niektórym badanym zdarzyło się, że mimo braku chęci zażycia narkotyku, zła- mały abstynencję. Były to sytuacje epizodyczne: *nie, właśnie nie, absolutnie nie odczuwałam [głodu narkotykowego]. Powiedzmy, że to było towarzystwo [raz zażyła amfetaminę]. Dałam się zbajerować, chociaż wcale nie miałam na nią ochoty. Mój były partner poczęstował mnie, namówił mnie, kiedy poszłam się z nim przywitać. Ale to był tylko ten jeden raz (40 lat)*.

W badanej grupie 12 kobiet, cztery powróciły do regularnego brania narkotyków. Dwie z nich poradziły sobie z nałogiem zażywając metadon – jedna jest pacjentką programu metadonowego, druga kupowała przez półtora miesiąca metadon na czarnym rynku i systematycznie redukowała dawki, aż do osiągnięcia abstynencji (zgodnie ze wskazówkami dealera). Pozostałe dwie kontynuowały zaży-

wanie narkotyku – jedna trafiła ponownie do zakładu karnego, druga jest nadal czynną narkomanką: *mam brata narkomana i jak weszłam do domu to widziałam od razu, że on jest naćpany. Taką rozterkę miałam dziwną, tak dziwnie się poczułam (...) później (...) wróciłam tutaj, no i zaczęłam brać (26 lat).*

3. Przystępczość i wiktymizacja

Trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym w życiu na wolności dotyczyły także przestępczości oraz wiktymizacji. Problemem adaptacyjnym okazały się zarówno zaległe sprawy karne, jak i ponowne popełnienie czynów karalnych. Losy badanych w tym względzie są różne. Wypowiedzi obrazujące doświadczenia respondentek zostały poklasyfikowane według trzech kategorii: bycie ofiarą przestępstwa, bycie sprawcą przestępstwa oraz kryminalna przeszłość.

Po powrocie na wolność dwie badane zostały napadnięte, jedna okradziona. Sprawy zostały zgłoszone na policję. Respondentki zapytane, jak się czuły w sytuacji, kiedy były ofiarami przestępstwa, mówiły o silnym lęku przed zemstą ze strony znajomych sprawcy napadu czy przede wszystkim o obawach przed byciem zamieszaną w sytuację, która mogłaby spowodować odwieszenie wyroku: *teraz nie do końca czuję się bezpiecznie, bo jak mnie spotka, to szczerze powiem – nie wiem, czy mam się bać czy nie? (...) teraz nie wszędzie mogę iść (23 lata).*

Większość badanych po opuszczeniu zakładu karnego nie popełniła przestępstw. Kilka z nich sięgnęło w tym okresie po narkotyki, ale tylko jedna potraktowała to jako złamanie prawa: *nie, tylko te dwa przypadki przyćpania (...) nawet bilet teraz kasuję, jak jadę tramwajem, co mi się kiedyś nie zdarzało (46 lat).* Te kobiety, które naruszyły prawo (kradzież, paserstwo, handel i posiadanie narkotyków) miały trudną sytuację finansową. Z czasem zaniechały dalszej działalności, ponieważ towarzyszył im zbyt silny strach przed „wpadką” i ponownym powrotem do zakładu karnego: *ogólnie coś brałam z rzeczy, żeby sprzedać i mieć do domu, mieć spokój. No, ale na dłuższą metę to tak się nie dało. Bałam się, że wrócę do zakładu, więc już przestałam kraść (23 lata).* Respondentki, których przestępstwa zostały ujawnione, miały nowe sprawy karne, jednak nie wróciły do zakładu – decyzją sądu otrzymały wyrok w zawieszeniu i/lub karę grzywny. Tylko jedna została ponownie skazana w związku z niedotrzymaniem wyznaczonych jej warunków zawieszenia kary pozbawienia wolności – zaczęła brać narkotyki, straciła pracę oraz przerwała terapię.

Problemów przysparzają badanym także „zaległe sprawy”, związane z przestępstwami popełnionymi przez nie jeszcze przed pobytem w zakładzie karnym. Jednak i w tych sytuacjach, ponieważ badane miały z reguły dobrą opinię kuratora, popartą podjęciem pracy, rozpoczęciem nauki lub kontynuacją terapii – sąd wymierzał wyroki w zawieszeniu: *zaległe sprawy to mnie ściagały do niedawna. Też byłam zdziwiona, bo już 2 lata minęło jak wyszłam na wolność. Już z pierwszej za posiadanie dostałam wyrok na leczenie. Druga sprawa zakończyła się szybko. Po zrobieniu (...) wywiadów z kuratorem, gdy mówił, jak dobrze się zachowuję, pracuję i nie popełniam żadnych przestępstw, że chodzę na terapię (26 lat).*

4. Warunki socjalno-bytowe

Respondentki skarżą się na swoją obecną sytuację bytową. Prawie wszystkie na początku życia na wolności mają problemy w znalezieniu zatrudnienia. Część nie ma też jasnej sytuacji mieszkaniowej i boryka się ze znalezieniem lokum. Prawie dla każdej z nich wartością jest posiadanie mieszkania i pracy.

Warunki mieszkaniowe

Większość respondentek w czasie realizacji badań miało warunki mieszkaniowe umożliwiające im normalną egzystencję, choć niektóre z nich żyły w bardzo skromnych warunkach. Część z nich mieszka samotnie we własnym lub w wynajmowanym mieszkaniu. Najbardziej zadowolone ze swoich warunków lokalowych są te, które po wyjściu z zakładu karnego ponownie zamieszkały z rodziną (mężem i dziećmi, rodzicami lub dalszą rodziną) oraz które zamieszkały z partnerem (zwykle w związku z planowanym ślubem). Prawie każda z nich docenia wartość posiadania własnego lokum: *najważniejsze jest mieć gdzie mieszkać i mieć pracę. To od tego należy zacząć* (26 lat).

Źródło dochodu

Większość respondentek ma problemy finansowe lub miała je bezpośrednio po opuszczeniu zakładu karnego. Trudny okres udaje się zwykle przetrwać dzięki pomocy finansowej rodziny, badanym często jednak towarzyszy uczucie bycia „ciężarem dla najbliższych”: *przez rok czasu można powiedzieć że żyłam «żebrając», będąc na utrzymaniu mamy. Mamusia przysyłała pieniądze do cioci, ona przychodziła robiła mi zakupy, co mi było potrzeba, żeby zobaczyć, co się faktycznie ze mną dzieje (...) wszystko mama finansowała* (46 lat). Rodziny stosują czasem „zasadę ograniczonego zaufania” – nie dają pieniędzy do ręki, kontrolują wydatki etc.

Badane, które stosunkowo szybko znalazły pracę są w znacznie lepszej sytuacji finansowej. Mówią wówczas, że „im się szczęści”, ponieważ znalazły partnera bądź pracodawcę nie wymagał od nich zaświadczenia o niekaralności: *cieszę się, że mam pracę, że jest na razie dobrze. Nie wyobrażam sobie, co by było gdybym nie miała pracy. Pracuję w hipermarkecie. Akurat tam nie potrzebowali danych o karalności, bo zazwyczaj chcą. Przyjęli mnie bez problemu, złożyłam tylko podanie po prostu przechodząc. Nie jest z finansami super, ale jest w miarę dobrze. Jako tako sytuację z finansami udało się ustabilizować* (25 lat). Wiele respondentek docenia w swoich wypowiedziach znaczenie posiadania pracy w kontekście stabilnego źródła dochodu oraz możliwości nawiązania nowych kontaktów: *żeby chociaż ta praca była możliwa, obojętnie jaka, ale żeby była, żeby człowiek miał zajęcie, obowiązek. Zarobione pieniądze mieć na swoje potrzeby. To jest chyba najważniejsze. Żeby były z tego dochody, żeby się z tego cieszył, że za swoje pie-*

niądze pójdzie na zakupy. Dzięki niej jest zajęcie, żeby nie było głupot w głowie, zajęcie od rana do piątej czy do szóstej. I można poznać ciekawych ludzi, a nie tylko kryminalistów i nie wiadomo kogo na osiedlu, bo wiadomo jak to jest, co druga osoba ćpa. A idzie się do pracy, to tam nie ma takich ludzi, jest normalne środowisko (23 lata).

W badanej grupie są też osoby, które nie mogą liczyć na finansową pomoc najbliższych i same nie są zatrudnione. W takiej sytuacji ich jedynym źródłem dochodu jest zasiłek z pomocy społecznej czy renta inwalidzka: *co miesiąc składam podanie o zasiłek celowy, jak są pieniądze to dostają. Mamy dotację do mieszkania i teraz było 230 zł, to zależy ile mają pieniędzy, nieraz było 500 zł, to różnie jest i co miesiąc dostają te pieniądze i zasiłek rodzinny. Pani z opieki robi wywiad, ja daję wszystkie zaświadczenia i dostają pieniądze (32 lata).*

Niektóre respondenci, aby poradzić sobie z trudnościami finansowymi sprzedawały narkotyki lub kradły: *co robiłam? Drobne rzeczy kradłam, żeby mieć po prostu na jedzenie głównie, bo musiałam z czego mieć ugotować (23 lata).*

5. Edukacja

Podjęcie nauki jest jednym z podstawowych wskaźników poprawy funkcjonowania społecznego. W badanej grupie niewiele respondentek kontynuowało edukację po wyjściu z zakładu karnego.

Część respondentek po wyjściu z zakładu ukończyła szkołę (dzięki pomocy finansowej rodziny) lub chodziła na dodatkowe kursy (prawo jazdy). Niektóre deklarują jednak chęć kontynuowania nauki w przyszłości: *technikum eksternistyczne ekonomiczne [zaraz po wyjściu z ZK] Już je skończyłam. (...) Maturę miałam w styczniu zrobić, ale do pracy poszłam, czasem na noce zostawałam, bo się zamieniałam z koleżankami, jak potrzebowały. Nie dałam rady. Ale myślę, że jak po tylu latach poszłam do szkoły, szybko ją skończyłam, to nic nie stoi na przeszkodzie i może za jakiś czas znowu spróbuję i uda mi się zrobić maturę (25 lat).*

W przypadku problemów z podjęciem dalszej edukacji badane mówiły najczęściej o braku odwagi, trudnościach pogodzenia szkoły z pracą zmianową, ograniczeniach finansowych: *aby podjąć naukę trzeba mieć pieniądze. Potrzebne są, żeby chociażby głupie zeszyty kupić. Naprawdę mi nie starcza, już nawet jakbym kupiła zeszyt, to nie miałabym na jedzenie (23 lata)* lub o niechęci szkół do przyjmowania w poczet uczniów osób karanych: *ja też bym chciała iść do tej szkoły, ale patrz na karalność. Dyrektorka pytała się mnie, dlaczego mam taką przerwę w nauce. Powiedziałam, że wyjechałam do ojca za granicę, bo on tam mieszka i tam u niego byłam. Powiedziałam, że nie miałam możliwości tutaj mieszkania, bo rodzice się rozwiedli, więc wziął mnie do siebie do Niemiec. I w ten sposób przyjęła ode mnie papiery (...) i po paru dniach poszedł mój kurator powiedzieć, donieść, żeby wiedzieli, że ja opuściłam zakład karny i żeby mieli to na uwadze. Jak poszłam potem zapytać się, o której godzinie mam przyjść do szkoły, to pani dyrektor powiedziała, że moje papiery niestety zostały odrzucone. I miałam już po szkole (23 lata).*

Wsparcie społeczne

Wypowiedzi badanych były bardzo często skoncentrowane na oczekiwanej i doświadczanej pomocy ze strony bliskich oraz instytucji. W tym pierwszym okresie życia na wolności respondentki mają dużą potrzebę wsparcia społecznego. Liczą przede wszystkim na wyrozumiałość i akceptację ze strony rodziny czy przyjaciół. Chcą, by im wybaczone, by zostały zrozumiane: *żeby przyjęli cię z kolejną dawką kredytu, że będzie dobrze, dali kolejną szansę* (39 lat). Oczekują kontaktu z najbliższymi, wsparcia w radzeniu sobie z problemami, mobilizacji do podejmowania działań, podtrzymania motywacji do zachowania abstynencji oraz pomocy finansowej. Zgłaszają problemy w radzeniu sobie z załatwianiem urzędowych spraw i akcentują konieczność pomocy w organizacji życia codziennego: *może przydałby się ktoś, kto na początku pomoże, żeby to jakoś ogarnąć. Wskazałaby taka osoba, gdzie pójść, co załatwić, i co ważne – żeby wspierała i mówiła, że nie wszystko z początku jest takie łatwe, bo czasem człowiek pójdzie coś załatwić, a się nie uda i taka beznadzieja* (21 lat). Ze strony placówek pomocy osobom uzależnionym respondentki oczekują fachowego poradnictwa psychologicznego zarówno dla siebie, jak i dla swoich rodzin, a szczególnie dzieci.

1. Wsparcie instytucjonalne

Wszystkie respondentki w pierwszym okresie życia na wolności korzystały z pomocy świadczonej przez instytucje. Pomoc dotyczyła kwestii zdrowia oraz adaptacji społecznej, a także warunków socjalno-bytowych. Wypowiedzi badanych poklasyfikowano na te, które dotyczą pomocy w zakresie leczenia uzależnień oraz pomocy w zakresie readaptacji społecznej: nadzór kuratora, instytucje pomocy społecznej i pośrednictwa pracy.

Pomoc w leczeniu uzależnień

Wśród badanych można zaobserwować zróżnicowaną motywację do leczenia. Tylko część z nich regularnie korzystała z pomocy psychologicznej lub kontynuowała terapię uzależnień. Niektóre zostały zobowiązane do leczenia odwykowego na drodze sądowej. W ich wypowiedziach można wyodrębnić trzy wątki tematyczne: potrzeba korzystania z profesjonalnej pomocy, terapia uzależnień oraz zobowiązanie do leczenia odwykowego.

Potrzeba korzystania z profesjonalnej pomocy. Część respondentek nie potrzebuje profesjonalnej pomocy kierowanej do osób uzależnionych, uważają, że są w stanie samodzielnie radzić sobie z problemami lub że pomoc, jaką uzyskują ze strony najbliższych jest wystarczająca w tej materii: *co jest złe, to ja sobie sama z tym radzę. Mam z kim porozmawiać, mam duże wsparcie. Nikt się ode mnie nie odwrócił* (25 lat). Dla niektórych respondentek kontakt z placówką terapii uzależnień oznacza bezpośrednią lub pośrednią styczność z innymi uzależnionymi lub

przywołuje wydarzenia, o których wołałyby już zapomnieć: *nie chcę tam jeździć, jak patrzę na tych ludzi, to mi ich żal i włączają mi się jakieś filmy urywkowe z przeszłości* (25 lat). Niektóre badane wspominają o chęci uzyskania profesjonalnej pomocy jedynie w sytuacjach kryzysowych, gdy nagle potrzebują wsparcia. Inne mówią o potrzebie regularnego uczęszczania na terapię: *czułam, że chcę kontynuować to, co zaczęłam, że jeszcze więcej chcę się dowiedzieć na swój temat i na temat, co jeszcze mogę w swoim życiu, w sobie zmienić* (21 lat).

Terapia uzależnień. Ze względu na zróżnicowany charakter motywacji do leczenia, w badanej grupie są osoby, które tylko sporadycznie kontaktują się z personelem placówek pomocy osobom uzależnionym (czasem jest to jedynie kontakt telefoniczny), ale są i takie, które systematycznie uczęszczają na terapię indywidualną. Część z nich jest z tej pomocy bardzo zadowolona. Szczególnie, gdy w trudnych momentach swojego życia uzyskują oczekiwane wsparcie. Podkreślają, że dzięki terapii mają poczucie, że komuś na nich zależy i ktoś się nimi interesuje, co, ich zdaniem, stanowi dodatkowy impuls do własnego rozwoju: *jestem zadowolona z tych kontaktów, wiem że jest ktoś, komu na mnie zależy. Bo rodzina i najbliżsi to jest takie normalne. On [terapeuta] widzi, że ja się staram, żeby wszystko było dobrze. Jest też miło zobaczyć w jego oczach, że jest ze mnie dumny* (32 lata).

Respondentki, które są niezadowolone z leczenia, opowiadały o sytuacjach, w których poczuły się skrzywdzone posądzeniem o zażywanie narkotyków: *powiem szczerze, że ja tam nie za bardzo lubię chodzić. Bo jeśli ja tam chodzę i za każdym razem ta terapeutka mnie się pyta (...) czy nie biorę i ja jej od roku powtarzam, że nie biorę, a ona mi nie wierzy (...) to mnie to strasznie denerwuje. I później już nie mam ochoty z nią rozmawiać. Skoro ja jej mówię, że nie biorę, a ona mi nie wierzy, to po co w ogóle ta rozmowa?* (25 lat) Wspominając o trudnościach w uzyskaniu pomocy psychologicznej, badane podkreślały także brak adekwatnych programów terapeutycznych, adresowanych do osób starszych, mówiły o konieczności przemieszczania się do innej miejscowości. Jedna z respondentek (pacjentka programu metadonowego w Holandii) krytycznie wyrażała się na temat niemożności uzyskania metadonu w Polsce, w związku z jej przedłużającym się pobytem w kraju.

W uzyskaniu pomocy istotna jest, zdaniem respondentek, także bariera psychologiczna, tj. trudność obdarzenia zaufaniem obcej osoby (terapeuty): *tak naprawdę wychodząc na wolność (...) ja tylko liczyłam na MONAR, na nic więcej, na rozmowę z nimi. Ja nie jestem taką ufną osobą, żeby sobie iść i szukać pomocy, miałam ich [terapeuci z zewnątrz poznani w ZK] i im zaufałam* (23 lata). Problemem jest przede wszystkim dostępność takiej pomocy: *znam ludzi, którzy wychodzą z problemu, z ośrodków i nie mają dokąd się zwrócić, nie ma tutaj psychologów i idą na bajzel po prostu, bo nie mają się, gdzie zwrócić. Najbliższe punkty są w K., G. – to jest daleko. Dla narkomana, który ma akurat problem to jest paląca sprawa, to najprościej jest mu jechać do K. kupić sobie ćpania, a nie szukać psychologów, którzy go nie chcą przyjąć, bo są kolejki* (46 lat).

Zobowiązanie do leczenia. Niektóre respondentki zostały sądownie zobowiązane do podjęcia terapii po opuszczeniu zakładu karnego. Część z nich, mimo że

na terapię trafiły pod przymusem, uważa, że wsparcie, jakie otrzymały od terapeuty było pomocne w radzeniu sobie z problemami życia na wolności, szczególnie w zakresie motywacji do radzenia sobie z uzależnieniem: *wyszłam wcześniej, przedterminowo. Okazało się, że wypuszczają mnie pod warunkiem pójścia na terapię. Wtedy poczułam jakiegoś takiego „bata”, że muszę iść, bo inaczej wrócę do narkotyków. To znaczy mogłam tego nie robić, ale taki był warunek i chciałam* (26 lat). Inne uważają, że tego typu pomoc nie jest im potrzebna. Traktują leczenie jak przykry obowiązek, konieczny do zrealizowania lub załatwiają sobie fikcyjne zaświadczenia o podjęciu terapii i nie pojawiają się w placówce: *polega to na tym, że idzie się do psychiatry prywatnie, ponieważ ja mam zaprzyjaźnionego psychiatrę, poszłam i powiedziałam, że potrzebuję zaświadczenie (...) z tym zaświadczeniem do prokuratora (...) i tak zwane leczenie mam podjęte, bo jestem pod stałym nadzorem specjalisty. Tak to wygląda, kolejna fikcja* (39 lat).

Nadzór kuratora

Niektóre respondentki po wyjściu z zakładu karnego nadal pozostają pod nadzorem kuratora. Zwykle nadzór ten ma charakter rutynowych wizyt kontrolnych – szczególnie, gdy sytuacja życiowa respondentek jest ustabilizowana. Zdarzało się, że kurator pomagał w kontaktach z sądem lub z innymi instytucjami, takimi jak urząd pracy czy pomoc społeczna: *tak, mam kuratora, spotykamy się, rozmawiamy (...) z każdym problemem mogłam się zwrócić do kuratorki, co potrzebowałam, czego nie mogłam załatwić to szłam do niej. Nie było czegoś takiego, że mi nie załatwi, zawsze miała dla mnie czas i pomocną dłoń* (32 lata). Niezadowolone z nadzoru kuratora są jedynie te respondentki, które uważają, że kurator poprzez swoje działania przysporzył im dodatkowych problemów, np. występując z wnioskiem o zobowiązanie do leczenia bądź o odwieszenie wyroku.

Instytucje pomocy społecznej i pośrednictwa pracy

Część respondentek, borykając się z trudnymi warunkami socjalno-bytowymi, w początkowym okresie życia na wolności korzystała z placówek świadczących pomoc w zakresie readaptacji społecznej lub reintegracji zawodowej. Opinie badanych dotyczą głównie dwóch rodzajów instytucji: ośrodka pomocy społecznej lub urzędu pracy. Większość respondentek zgłaszała występowanie problemów finansowych po opuszczeniu zakładu karnego. Z ośrodka pomocy społecznej uzyskały miesięczną pomoc finansową w granicach od 100 do 500 złotych. Z różnych przyczyn nie wszystkie korzystały z pomocy społecznej. Część z nich nie spełniała kryteriów uzyskania jakiegokolwiek świadczenia materialnego (ze względu na wysoki dochód rodziców lub partnera), inne rezygnowały zniechęcone nadmierną biurokracją: *próbowałam, ale to strasznie długo by trwało, to jakiś wywiad środowiskowy, coś tam jeszcze. To sobie dałam po prostu spokój* (26 lat).

Z kolei poszukując zatrudnienia, badane rejestrowały się w lokalnym urzędzie pracy. Liczyły szczególnie na oferty pracy i/lub sfinansowanie kursów zawodowych. Tylko jedna respondentka trafiła na taki kurs, ale go nie ukończyła: *to było szkolenie na opiekunkę dla osób chorych i starszych. Ale nie za bardzo mnie to interesowało. Ja jednak nie czuję się do takiej pracy stworzona. Nie mam natchnienia do takiej pracy* (25 lat). Pozostałe badane mówiły o tym, że nigdy nie otrzymały propozycji podjęcia pracy lub zdobycia właściwych kwalifikacji zawodowych.

2. Wsparcie pozainstytucjonalne

Istotnym źródłem wsparcia psychicznego dla respondentek są przede wszystkim ich rodziny i przyjaciele. Respondentki doceniają każdą pomoc ze strony bliskich. Liczy się dla nich poczucie akceptacji, zrozumienia i bezpieczeństwa. Wiele badanych w pierwszym okresie życia na wolności oczekuje od bliskich wsparcia materialnego oraz rad i wskazówek pomocnych w zaadaptowaniu się do nowych warunków. W zależności od rodzaju wsparcia społecznego i na podstawie wypowiedzi badanych podzielono je na wsparcie emocjonalne, materialne i instrumentalne. Wyodrębniono także kategorię „rodzicielstwo” jako szczególną relację, dzięki której respondentki mogły same udzielać wsparcia i czuć się potrzebne, ale również otrzymywać je od swych dorosłych dzieci. Część badanych miała jednak poczucie, że nie otrzymała od bliskich oczekiwanej pomocy.

Wsparcie emocjonalne. Respondentki ceniły sobie szczególnie wsparcie emocjonalne: *jeśli ktoś ma taką rodzinę jak ja, to nawet się nie zastanawia, bo wie, że może na wsparcie liczyć (...) nie chodzi tu o wsparcie materialne, chociaż i to jest dosyć ważne, żeby wiedzieć, że się na ulicy nie wyląduje. Ja myślę o wsparciu psychicznym, duchowym – takiej świadomości, że oni są przy mnie, zależy im na mnie i nie mam powodów do obaw* (21 lat). Najważniejszym elementem tego wsparcia jest poczucie bycia zrozumianą, akceptacją ze strony najbliższych oraz pomoc w nawiązaniu nowych kontaktów z osobami spoza subkultury narkomańskiej: *wszyscy znajomi po wyjściu z zakładu karnego przywitali mnie z otwartymi ramionami, nie było odsunięcia, bo ty siedziałaś w więzieniu to teraz jesteś zła. Znajomi nie zabronili zabawy swoim dzieciom z moimi dziećmi, bo ja byłam w zakładzie, choć trochę się tego obawiałam* (32 lata).

Wsparcie instrumentalne. Rodzina czy znajomi często dostarczali także dodatkowych wskazówek w radzeniu sobie z problemami. Wsparcie to miało najczęściej charakter porad w załatwianiu codziennych spraw, pomocy w znalezieniu pracy lub szkoły: *w tych sprawach zawsze pomaga rodzina, czy mąż pojechał załatwić, czy mama mi pomogła, czy siostra coś podpowiedziała* (32 lata).

Wsparcie materialne. Ważna okazała się także pomoc finansowa bliskich, szczególnie w pierwszym okresie życia na wolności: *cieszyłam się, że są i – Jezus, aż mi wstyd mówić – liczyłam na ich pomoc finansową, żeby jakoś dojść do siebie, żeby mieć jakiś start. Chodziło mi o to, że...ciężko mi było prosić o cokolwiek. Szczerze przyznam, że oczekiwałam, iż sami mi tę pomoc zaoferują (...) udało się.*

Nawet jak nie prosiłam, to sami mi pomagali. Największą pomoc uzyskałam od taty. To było głównie wsparcie finansowe (25 lat).

Rodzicielstwo – dawanie i otrzymywanie wsparcia. Ważnym wątkiem, jaki w swych wypowiedziach poruszają respondentki, jest również rodzicielstwo. Badane wspominały o pomocy, jaką uzyskują od dzieci i o wsparciu, które same starają się im dać: *to, że mam córkę daje mi dużo siły, tym bardziej, że teraz jakbym ją zawiodła... Ona ma 16 lat i jest w takim wieku, że pewnie w jej środowisku są tacy, co sięgają po narkotyki. My o tym rozmawiamy (...) zyskuję jej zaufanie (40 lat).* Jedną z respondentek, która była wówczas w ciąży, mówiła o obawach związanych z przyszłym macierzyństwem oraz o odpowiedzialności za dziecko, motywującej ją do utrzymania abstynencji: *zaczęliśmy się zastanawiać razem nad dzieckiem. Czy ja dorosłam do roli matki, czy sobie poradzę i czy nie będzie takiej sytuacji, że jak zajdę w ciążę, to ja sobie gdzieś pójdę? Czy jak urodzę nie zostawię dziecka? Do tej pory mam takie obawy, ale są to takie obawy, które gdzieś tam w głowie siedzą, ale myślę, że nigdy nie będzie takiej sytuacji, że gdzieś sobie pójdę. Za bardzo zaczęło mi zależeć na moim życiu, na przyszłości dziecka. Obudził się we mnie instynkt matki (lat 23).*

Brak wsparcia. Nie wszystkie badane doświadczały pomocy ze strony najbliższych. Powodem takiego stanu rzeczy była najczęściej kwestia braku zaufania ze strony rodziny. Relacje te są dopiero stopniowo odbudowywane. Czasami jednak sytuacja była odwrotna – mimo początkowych prób zapewnienia respondentce wsparcia, rodzina odsunęła się od niej na skutek narastających konfliktów i nieporozumień: *bo na początku tak było, ona [matka] by mi serce oddała, ja wiem o tym, ale ona nie bardzo wierzyła w te moje wytrzeźwienie, bo było tyle obietnic, ja ją okradłam, sprzedałam całe złoto z domu, sprzedałam telewizory, więc wiadomo ciężko było jej zaufać, musiałam odbudować jej zaufanie (46 lat).*

Wśród badanych znalazły się osoby, które nie oczekiwały od najbliższych pomocy. W tych rodzinach „zasadą” było nieujawnianie uczuć i troska o własne potrzeby: *z rodziną w ogóle nie poruszałam tematu tego, co przeszłam. Rozmawiamy o wszystkim, ale nie o swoich głębokich problemach. Ja nie mówię im o swoich, a oni nie mówią mi o swoich. Nikt za bardzo nie ujawnia swoich problemów w rodzinie, każdy radzi sobie sam. Nie jest to łatwe, bywa ciężko, ale ja od zawsze starałam się radzić sobie sama. I do tej pory tak jest, że jak mam jakiś większy problem, to z nimi nie rozmawiam (25 lat).* Zdaniem części respondentek, niektórzy rodzice są niezdolni do udzielenia wsparcia ze względu na własne nierozwiązane dotychczas problemy.

Poważnym problemem jest także brak wsparcia psychicznego ze strony innych znaczących osób (przyjaciół, znajomych). Większość respondentek nie miała bowiem możliwości nawiązania nowych, satysfakcjonujących i trwałych znajomości. Badane w obawie przed nawrotem świadomie rezygnowały z podtrzymania jakichkolwiek kontaktów z dawnym „narkomańskim” środowiskiem: *przez tyle lat ćpania nie znam normalnych ludzi praktycznie. Nie mam do kogo iść na kawę, no, bo to człowiek ciągle obracał się tylko w jednym kręgu (40 lat).*

DYSKUSJA

Cel readaptacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków to nabycie umiejętności zapobiegania nawrotom i radzenia sobie ze stresem oraz pomoc w podjęciu i pełnieniu akceptowanych ról społecznych. Istotą procesu readaptacji jest także zapobieganie społecznej marginalizacji danej grupy. Cele te próbuje się osiągać za pomocą różnorodnych oddziaływań wychowawczych i resocjalizacyjnych, m.in. kształcenia zawodowego, umożliwienia wykonywania pracy, leczenia uzależnień oraz profilaktyki dotyczącej agresji i przemocy domowej.

Readaptacja społeczna jest procesem złożonym, zachodzi bowiem zarówno w ramach pomocy penitencjarnej, świadczonej jeszcze w momencie odbywania kary pozbawienia wolności, jak i po opuszczeniu placówki w ramach działań postpenitencjarnych. Jej efektywność zależy od wielu czynników społecznych i psychologicznych. Dotychczasowe badania pokazują, że duży odsetek badanych powraca do nałogu i/lub zachowań przestępczych. Szanse na właściwe funkcjonowanie psychospołeczne zwiększa świadczona pomoc instytucjonalna. W świetle tego, a także rekomendacji udzielanych przez badane kobiety, wydaje się, że koniecznością jest poprawa dostępu osób uzależnionych do leczenia uzależnień w zakładach karnych. Być może warto też zastanowić się nad dłuższym okresem terapii. W tej chwili w polskich zakładach karnych podstawowy program terapeutyczny dla osób skazanych i uzależnionych od narkotyków trwa 6 miesięcy. Jest to okres stosunkowo krótki, jeśli uwzględnimy specyfikę więzienia jako miejsca oddziaływań terapeutycznych.

Dodatkowo należy mieć na uwadze cele terapii, oprócz bowiem utrzymania abstynencji konieczne jest nauczenie skazanego zachowań, pozwalających mu tak sobie radzić w sytuacjach życiowych na wolności, aby jego czyny nie miały charakteru przestępstw. Oferując w ramach oddziaływań terapeutycznych jedynie naukę zapobiegania nawrotom i radzenia sobie z uzależnieniem, a zaniedbując pracę nad zachowaniami przestępczymi można łatwo doprowadzić do marginalizacji społecznej tej grupy i wzmocnienia jej zachowań kryminalnych. Program terapii realizowany w warunkach więziennych nie może być więc wierną kopią programu terapeutycznego adresowanego do pacjentów „wolnościowych”.

Dobrą praktyką mogłaby się okazać współpraca zakładów karnych z instytucjami postpenitencjarnymi w ramach działań przygotowujących do życia na wolności. Okazuje się, że badanym kobietom łatwiej było nawiązać współpracę z różnymi instytucjami działającymi na wolności, kiedy jeszcze w zakładzie karnym zdobyły właściwe informacje na temat świadczonej pomocy i poznały osoby pomagające w konkretnej dziedzinie. Częściej kontynuowały wtedy terapię uzależnień na wolności.

Koniecznością wydaje się także zapewnienie więźniom stałej opieki psychologicznej w celu poradzenia sobie ze stresem, emocjami czy negatywnym wpływem podkultury więziennej. Pomoc ze strony psychologów, wychowawców i terapeutów jest też niezbędna dla więźniów w zakresie własnego rozwoju i pracy nad określonymi obszarami, np. spędzaniem czasu wolnego czy umiejętnością komunikowania się

z ludźmi. Większość skazanych pochodzi ze środowisk dysfunkcyjnych, ma różne deficyty poznawcze lub emocjonalne. Nierzadko po wyjściu na wolność nie może liczyć na pomoc rodziny lub bliskich. Długotrwała izolacja, będąca wynikiem pobytu w zakładzie karnym, oraz świadomość stygmatyzacji osób skazanych są przyczynami dużej bezradności i lęku w okresie życia na wolności. Osobom opuszczającym zakład karny należy więc proponować jak najwięcej form pomocy, opartych na ich aktywnym uczestnictwie, takich jak treningi umiejętności, modelowania zachowań czy odgrywania ról. Pomocna może okazać się również psychoedukacja dla rodzin skazanych, ułatwiająca wzajemne porozumienie i uzyskanie wsparcia w walce z uzależnieniem. Być może, częściowym rozwiązaniem tej sytuacji mogłyby stać się częstsze przepustki, dawane w celu adaptacji do warunków wolnościowych.

Kobiety uzależnione od narkotyków trafiają często do zakładów karnych ze słabym wykształceniem, bez pracy i zawodu. Regułą powinna być możliwość zdobycia podstawowych kwalifikacji zawodowych w ramach kursów i szkoleń, a także nauki organizacji czasu wolnego.

Obszary wymagające zmian dotyczą także pomocy na wolności. Większość kobiet uzależnionych od narkotyków ma trudności w znalezieniu pracy czy mieszkania. Konieczna w tym pierwszym okresie życia wydaje się intensywna pomoc socjalna zarówno w postaci świadczeń finansowych, jak i w ramach pracy socjalnej oraz reintegracji zawodowej, umożliwiającej ponowne wejście na rynek pracy. Zdobyć zatrudnienia ma tu szczególne znaczenie – nie tylko w aspekcie materialnym, ale przede wszystkim w zakresie nawiązania nowych kontaktów społecznych, odmiennych od dotychczasowych w ramach subkultury narkomańskiej. Integracja zawodowa pozwala także na wejście w nową rolę społeczną – pracownika, co jak pokazują niniejsze badania wraz z pełnieniem wielu innych obowiązków (uczennicy, matki, żony lub partnerki) może stanowić czynnik chroniący w profilaktyce nawrotów.

Pomoc penitencjarna i postpenitencjarna powinna pełnić coraz większą rolę w systemie usług świadczonych osobom uzależnionym. Uzyskane wyniki potwierdzają bowiem ogromną wartość wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego w powrocie do społeczeństwa kobiet uzależnionych od narkotyków.

PODSUMOWANIE

Większość badanych kobiet po opuszczeniu placówki penitencjarnej ma trudności w obszarze funkcjonowania psychospołecznego. Problemem w pierwszym okresie życia na wolności jest znalezienie stałego zatrudnienia, zdobycie własnego mieszkania czy kontynuowanie nauki. Badane borykają się z różnymi dolegliwościami natury fizycznej i psychicznej. Niektórym z nich nie udaje się utrzymać abstynencji od narkotyków.

Ze względu na długotrwałą izolację, a także często wieloletnie uzależnienie, badane kobiety odczuwają deficyty w zakresie podstawowych umiejętności życio-

wych, co znacznie utrudnia im readaptację społeczną. Mają problemy w organizacji życia, radzeniu sobie ze stresem czy z kontrolą emocji. Czują się bezradne, lękają się życia na wolności. Są nierzadko rozgoryczone trudnymi warunkami życiowymi. W związku z odczuwanymi trudnościami mają dużą potrzebę wsparcia ze strony bliskich i instytucji.

Efektywna pomoc penitencjarna (pomoc psychologiczna w zakresie uzależnień oraz przygotowanie do życia na wolności) oraz postpenitencjarna (pomoc społeczna, reintegracja zawodowa, terapia uzależnień) ułatwia znacznie readaptację społeczną kobiet uzależnionych od narkotyków.

Czynniki ryzyka w zakresie nawrotów to przede wszystkim brak wsparcia społecznego ze strony bliskich i instytucji, trudne warunki socjalno-bytowe, problemy emocjonalne oraz podtrzymywanie kontaktów z osobami uzależnionymi od narkotyków. Czynniki chroniące to pomoc ze strony najbliższego otoczenia oraz pełnienie nowych ról społecznych, takich jak rodzic, partner, uczeń czy pracownik.

PIŚMIENNICTWO

1. Kolarczyk T (1990) Działalność przeciwnarkotyczna w zakładach penitencjarnych. *Resocjalizacja skazanych alkoholików i narkomanów*, 2, 67–81.
2. Wąsik JJ (1993) Zwalczenie narkomanii u osób pozbawionych wolności w Polsce. W: Wąsik JJ, Staniaszek M (red.) *Zwalczenie narkomanii w Polsce i na świecie* (VIII Wrocławskie Sympozjum Kryminologiczne, Wrocław-Karpacz, 1–3 czerwca 1990). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 277–285.
3. Sierosławski J (2003) *Projekt badań nad problemem narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych. Raport za rok 2001*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
4. Sierosławski J (2000) *Projekt badań nad problemem narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych. Raport za rok 2000*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
5. Chmura A (1990) Działalność więziennictwa w zakresie zapobiegania zakażeniom wirusem HIV i zachorowaniom na AIDS. *Resocjalizacja skazanych alkoholików i narkomanów*, 2, 35–49.
6. Bulenda T, Holda Z (1992) Prawa człowieka a zatrzymanie i tymczasowe aresztowanie w polskim prawie i praktyce stosowania. *Archiwum Kryminologii*, 18, 169–182.
7. Lętowska E (1992) Promocja praw człowieka w działalności polskiego Ombudsmana. *Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich*, 13, 5–45.
8. Urbańska I (1995) Działalność leczniczo-wychowawcza w zakładach karnych. W: Benedyczak S, Jędrzejczak K, Nowak B, Szczepaniak P, Urbańska I (red.) *Wprowadzenie do metodyki pracy penitencjarnej*. Kalisz: Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, 126–136.
9. Caban J, Dolezel M (1990) Badania nad występowaniem przeciwciał HIV u więźniów w jednostkach penitencjarnych podległych Okręgowemu Zarządowi Zakładów Karnych w Krakowie. W: Dolezel M (red.) *AIDS problemem społecznym i wychowawczym*. (IV konferencja naukowa, Kraków, 11–12.05.1990 r). Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego, 209–244.
10. Janiszewski B (1999) *HIV i AIDS w zakładach karnych: problemy prawno-karne*. Poznań, Wydawnictwo Poznańskie.
11. Kowalski W (1996) Zwalczenie nielegalnego posiadania narkotyków i leków psychotropowych. W: Hołysz B, Redo S (red.) *Problemy więziennictwa u progu XXI wieku* (I Polski Kongres Penitencjarny. Kalisz 3–5 czerwca 1996 r). Centralny Zarząd Służby Więziennej, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, 352–362.

12. Majcherczyk A (2007) Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 321–342.
13. Gordon M (1990) Postępowanie ze skazanymi kobietami. W: Marek A (red.) *Księga Jubileuszowa Więziennictwa Polskiego: 1918–1988*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze, 477–496.
14. Walczak S (1992) *Postępowanie ze skazanymi w polskim systemie penitencjarnym: zarys polityki penitencjarnej*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
15. Szumski J (1998) Problemy karania i leczenia uzależnionych sprawców przestępstw w świetle przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 18, 49–60.
16. Sobczyński A (2003) *Terapia uzależnień w izolacji więziennej*. Podyplomowe Studium Penitencjarystyki. Kalisz, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
17. Dubiel K, Majcherczyk A (2006) Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 52–53, 51–72.
18. Machel H (1994). *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*. Gdańsk: Wydawnictwa Uniwersytetu Gdańskiego.
19. Kolarczyk T (1995) Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 10, 35–50.
20. Bartnik A (2001) Postępowanie z narkomanami. W: Hołyst B, Ambroziak W, Stępnik P (red.) *Więziennictwo. Nowe wyzwania* (II Polski Kongres Penitencjarny). Warszawa, Poznań, Kalisz: Centralny Zarząd Służby Więziennej, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Polskie Towarzystwo Penitencjarne, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, 8–12.
21. Farabee D, Prendegast M, Anglin D (1998) The effectiveness of coerced treatment for drug abusing offenders. *Federal Probation*, 62, 3–10.
22. Peugh J, Belenko S (1999) Substance involved women inmates: challenges to providing effective treatment. *The Prison Journal*, 79, 23–44.
23. Polcin DL (2001) Drug and alcohol offenders coerced into treatment: a review of modalities and suggestions for research on social model programs. *Substance Use and Misuse*, 36, 589–609.
24. Czarnecka E (1995) Oddział dla narkomanów: Zakład Karny Warszawa-Służewiec. *Nasz Głos*, 9, 8–9.
25. Sawicka A (1990) Metody resocjalizacji skazanych narkomanów na przykładzie Zakładu Karnego Warszawa-Służewiec. *Resocjalizacja skazanych alkoholików i narkomanów*, 2, 105–118.
26. Szymanowska A (2003) *Więzienie i co dalej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
27. Konecki K (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo PWN.

Adres do korespondencji
mgr Ewa Miturska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykologią
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. (4822) 4582 779
e-mail: miturska@ipin.edu.pl

otrzymano 23.04.08
przyjęto do druku 2.06.08