

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 niepełnosprawnością w izolacji penitencjarnej – pozór a/i rzeczywistość

**Abstrakt:** W artykule podjęto próbę opisanego wycinka rzeczywistości penitencjarnej osób z niepełnosprawnością dotyczącego podejmowanych wobec nich działań pomocowych. Istotę 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 niepełnosprawnością (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 niepełnosprawnością, co w konsekwencji przekłada się na ich znikomą skuteczność.

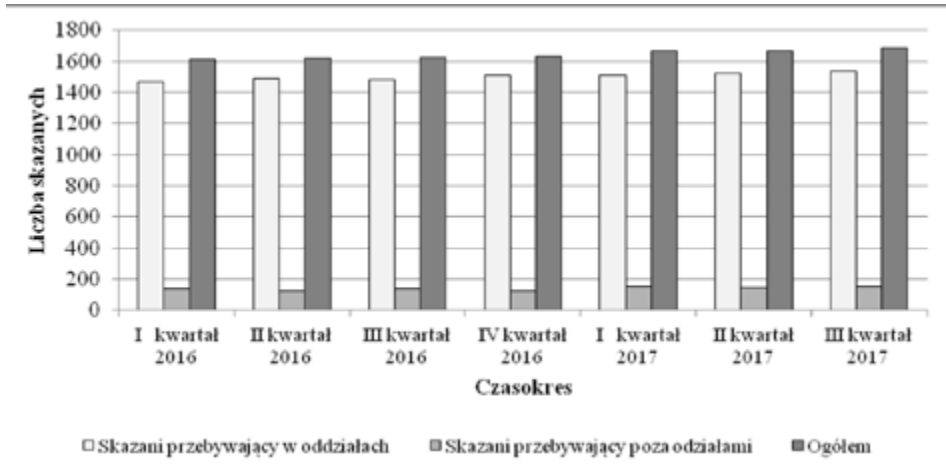
**Słowa kluczowe:** Izolacja penitencjarna, niepełnosprawność, oddziaływania terapeutyczne, normalizacja.

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. pobytami 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 (motywy do ich podjęcia były m.in. przypadki osadzonych nagłośnione 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.”<sup>1</sup>

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

.....

<sup>1</sup> 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/wieznio-wie-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 niepełnosprawnością

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 przeciwstawną 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 konstytuuje 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 samo-realizację (inkluzyjna społeczna). To również optymalne rozwiązanie w dążeniu do społecznej readaptacji i reintegracji osadzonych z niepełnosprawnością przebywających w jednostkach penitencjarnych.

## Osoby z niepełnosprawnością 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 podkreślone 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 sprostanania 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 higienicznych. 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) <sup>w</sup> 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 przewyciężanie 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 wspomaganego.

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 niepełnosprawnością 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 odmierzonej 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 niepełnosprawnością. Budynek, w którym mieści się oddział, dostosowano do potrzeb lokalizacyjnych i komunikacyjnych osób z niepełnosprawnością, 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 niepełnosprawnością, 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 niepełnosprawnością przebywających w jednostkach penitencjarnych jest ich miejsce w społeczności osadzonych. Charakterystycznym zjawiskiem, jakiemu podlegają wszyscy więźniowie, również z niepełnosprawnością, 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 niepełnosprawnością, 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 niepełnosprawnością 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 grypserska 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 niepełnosprawnością 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, skazany 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 penitencjarnego, 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 przywiezionych 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 osadzonemu 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 osadzonemu 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 Socjologica”, 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. Sępnia, 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:] Dorosli 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:] Diagnostyka 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 niepełnosprawnością 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](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/Wyciąg - ZK Bydgoszcz Fordon 2016.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyciąg_-_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-umyslowsosc-dziec-chorzy-psychicznie-rpo-opowiada-o-wynikach-badan-w-wiezieniach>, [data pobrania: 15.10.2017].

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

University of Białystok [\*agnieszka.sakowicz@uwb.edu.pl \*\*d.otapowicz@uwb.edu.pl  
\*\*\*d.koda@uwb.edu.pl]

## Persons with disability in penitentiary isolation – appearances and reality

**Abstract:** 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.

**Keywords:** Penitentiary isolation, disability, therapeutic effects, normalization.

Disability as a complex and multidimensional phenomenon is of interest to representatives of various scientific disciplines. Among the multiplicity of theoretical and empirical studies on the issues of disability and psychosocial functioning of people with disabilities, there are still neglected, abandoned or absent problem threads that require further in-depth research penetration. Such “white spots” in

the scientific discourse include issues concerning the penitentiary reality of people with disabilities and the effectiveness of aid measures (rehabilitation and social rehabilitation) taken towards them.

## **Structure of detainees with disabilities in penitentiary units**

The fact that there is no precise data on the total number of disabled detainees held in penal institutions and detention centers proves that there is not enough interest in the above issues. From the available sources it can be concluded that this is not a completely marginal number, which is estimated at a couple of thousand people (Stanisławski 2008). According to the Chief Doctor of the District Inspectorate of Prison Service, there are even a few prisoners with disabilities per unit (Korona 2013, p. 19). The Prison Service does not have statistics not only on the total number of prisoners with disabilities, but also on the type, degree and etiology of their disabilities. The only data they have concern prisoners qualified for therapeutic wards for persons with non-psychotic mental disorders or with intellectual disabilities (without distinction between the two categories of disability), including those with disorder of sexual preferences. The analysis of prison statistics for the last sixteen months (January 2016 – September 2017) shows that the percentage of prisoners with non-psychotic mental disorders and intellectual disabilities qualified for therapeutic wards remained at a similar level, with a slight upward trend clearly noticeable from 2017 (Fig. 1). In the third quarter of 2017, their number amounted to 1690, of which 1536 persons were staying in therapeutic wards and 154 persons outside those wards. This is a higher number (by 65 persons) compared to the data recorded in the third quarter of 2016 (1625 persons). The lack of accurate statistics makes it impossible to verify the reasons for the reported state of affairs, namely to what extent it is conditioned by the dynamics of growth in the overall number of prisoners with mental and intellectual disabilities in prisons, and to what extent it is a result of intensified efforts to provide this group of prisoners with appropriate therapeutic care. On the other hand, it is worrying that such a large number of persons qualified for therapeutic wards remain outside them. Such a state of affairs, conditioned, *inter alia*, by staying for medical treatment and participating in court proceedings, results in prisoners staying in units where they are deprived of appropriate therapeutic effects (Iwanowska, Jezierski, 2014, p. 49–50).

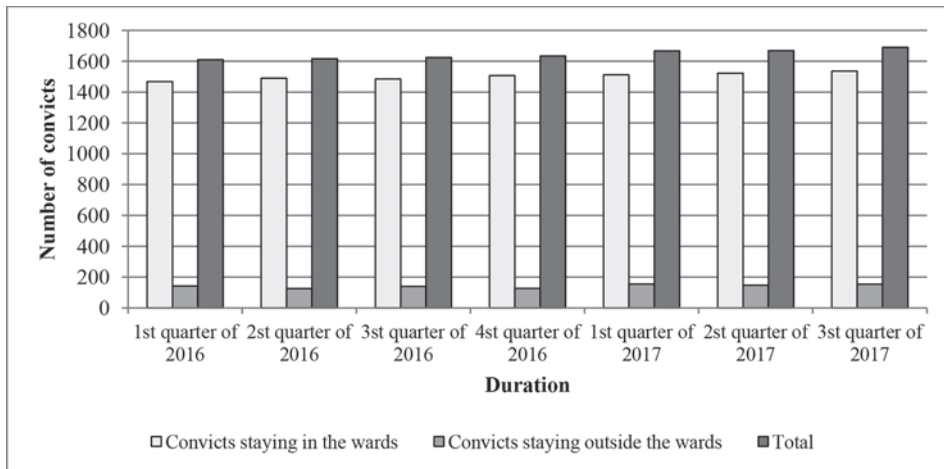


Fig. 1. Convicts with non-psychotic mental disorders and with intellectual disabilities qualified to therapeutic wards, staying in and outside these wards

Sources: Based on quarterly statistics of Prison Service, <http://www.sw.gov.pl/strona/Statystyka-kwartalna>, [retrieved on 25 October 2017].

The research shows that in the prison population, depression and various types of psychoses are the most common mental disorders. About 50% of convicts have incomplete symptoms of depression, while 30% of all inmates have full symptoms of depression. The most severe depression symptoms are observed in the youngest prisoners (below 20 years of age) and in persons serving their first prison sentences (Boothby, Durham 1999, p. 116–117). Disorders of dissocial personality are equally frequently diagnosed. The proportion of people with these disorders is estimated to be between 5 and 52% (Ostrihanska, 1989; after: Niewiadomska, 2007, p. 196). Among the inmates there are also people with mild or moderate intellectual disabilities, with a diagnosis of psycho-organic syndromes, epilepsy or neuroticism (Gordon, 2006, p. 211). In many cases these are people with double or even triple diagnosis, usually because of a confirmed addiction to alcohol or psychoactive substances with coexisting non-psychotic disorders or intellectual disabilities (Iwanowska, Jezierski, 2014, p. 47).

The fact that prisoners with mental disorders and intellectual disabilities who, due to the different specificity of psychosocial functioning require different methods and forms of therapeutic measures from the staff, are qualified to the same therapeutic ward, is controversial. Furthermore, it should be borne in mind that we are dealing with groups of people, each of whom is very diverse internally. Putting them in the same therapeutic ward with people with disorders of sexual preferences also seems to be an ill-considered decision, both in substantial and in practical terms. The research conducted by the Ombudsman Office in every fourth Polish penitentiary unit (the motive for undertaking such research were, among

others, cases of prisoners publicized in the media) shows that some of the convicts with mental disorders or intellectual disabilities should never have been put in prison. The deprivation of liberty of those persons should be a measure of last resort, proportionate and taken in conditions adapted to their needs. The report states that “these people are now being taken to penitentiary units because information about disabilities escapes attention or is not considered relevant:

- policemen do not record such information,
- prosecutors do not appoint experts in case of doubts concerning the mental health of a given person,
- courts ignore indications that a person may have difficulty exercising their rights (no mandatory defense is provided!) and there are sentences that do not take into account the convict’s ability to serve his/her sentence,
- probation officers request imprisonment of people who have not paid the imposed fine or performed socially useful work as indicated in the sentence – without seeing the person, and the court does not check whether such a person is able to perform the sentence at all,
- Prison Service officers do not provide important information about detainees to prosecutors, courts and prison judges. They do not know how to react in such a situation, because they are not sufficiently trained.
- the prison judges do not receive signals that would lead them to take action within the scope of their competence: to meet a prisoner whose situation requires intervention, to make recommendations to the Prison Service, to apply for a break from their sentence<sup>1</sup>.

A separate group are prisoners with disabilities detained in wards with regular regimes. These include people with physical disabilities (e.g. reduced mobility) and sensory impairments (hearing, visual impairments). As already mentioned, the statistics do not include details of the medical certificate or the type of disability. It is therefore difficult to estimate how many people with disabilities are serving imprisonment outside the therapeutic system. Prison as a kind of forced social isolation leads to a high intensity of auto-aggressive behavior (Babiker, Arnold 2003, p. 406). As Marek M. Kamiński (2006) states, auto-aggression inside the prison is being used in order to achieve a specific goal. In most cases, self-harm is not an irrational act but a pragmatic method by which prisoners try to achieve something, e.g. a break in their sentence, a change in an unfavorable decision of the court, transfer to hospital, postponement of the trial, etc. (Jaworska, 2012). Auto-aggression, unfortunately, often becomes a cause of permanent damage to the body (vision, motion or hearing).

.....

<sup>1</sup> Ombudsman. Prisoners with intellectual or mental disabilities. The Ombudsman talks about findings of research carried out in prisons and what they will do to help people who should never have been sent to prison, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wieznioiwie-umyslowosc-dziec-chorzy-psychicznie-rpo-opowiada-o-wynikach-badan-w-wiezieniach> [access date: 15.10.2017].

The material presented briefly illustrates how important, and at the same time complex, social phenomenon we are dealing with is. The essence of the issue 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.

## **Model strategies for assisting people with disabilities**

In the literature, strategies for assisting people with disabilities are presented in the context of three basic concepts of disability: medical, social and holistic (developmental and functional).

In the traditional (medical) approach the phenomenon of disability is reduced to one dimension – the biological condition of the individual (damage to the body / loss of fitness) with complete disregard for psychological aspects (personal experiences, needs and resources of the individual), as well as social and interactive aspects. It is considered as a personal problem of the individual, which can only be solved through medical intervention or rehabilitation carried out by specialists. The goal of these assistance activities is such a “medical rehabilitation of an individual (i.e. “healing” or “correcting”), so that they could adapt to living in the society and meet its requirements, just like a person without disabilities. The presented model strategy for assisting people with disabilities is called “directed diagnosis”, thus indicating that it reduces a person to a disorder, illness or deficit that affects the individual, thus making them objectified” (Wiliński, 2010, p. 75). A person with disabilities is positioned as a double victim: 1) disadvantaged, and 2) deprived of the possibility of making independent decisions.

Extremely opposed to the medical strategy of influencing the problem of disability is the strategy of providing assistance focused on the process of emancipation. This method of action closely corresponds to the social model of disability. It assumes that “(...) injury is in no way part of the definition of disability. The existence of any personal injury or functional impairment shall not be the basis for treating a person as disabled, only the lack or restriction of participation in the life of the community or of normal functioning shall be such a basis. The factor that constitutes this lack of opportunity to participate and lead a normal life are various barriers: 1) physical – related to the occurrence of obstacles and difficulties (e.g. to move freely) within an environment that has been transformed by a human at least minimally 2) social – connected with the occurrence of stigmatization, stereotypes and beliefs related to the difference between persons with bodily injuries and those modifying attitudes towards them presented by a “fully functional (normal)” part of the society” (Vilnius 2010, p. 79–80). Therefore, the problem of disability has a social dimension and is reduced to those aspects that hinder, restrict or prevent an individual with disabilities from integrating into the



normal structures of society. According to the social concept of disability, it is the society that must change and adapt to the needs of people with disabilities (e.g. by eliminating physical and mental barriers), while the individuals with disabilities themselves are positioned as a client – customer.

In recent years, a paradigmatic understanding of disability has become common, taking the form of a holistic model (integrating medical and social models), which underlies the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability is treated as a multidimensional phenomenon resulting from the individual's interaction with the physical and social environment. This means that the axis around which thinking about a person with a disability focuses is not the person themselves but their position in the system of mutual interactions and links with other social systems. The ecosystem approach therefore implies a two-track approach to undertaking assistance measures, i.e. targeted:

- 1) to an individual with disabilities – assistance should focus not only on overcoming the limitations of the individual, but above all on strengthening their resources and capabilities and using them to achieve optimal functioning of the individual. A person with a disability is treated as a subject, as an originator of direction and dynamics of activity;
- 2) to their living environment (physical and social) – by creating such conditions of existence and organization of social space which will enable the maximum use of potential skills and abilities of the individual to achieve the greatest possible independence and activity (standardization activities).

The assistance strategy understood in this way, based on the principles of subjectivity and normalization, creates an opportunity to achieve the intended objective, which is to prepare a person with disabilities, according to their needs and abilities, to perform specific social roles in a dignified manner and ensuring their self-realization (social inclusion). It is also an optimal solution in the pursuit of social readaptation and reintegration of disabled prisoners in penitentiary institutions.

## **Persons with intellectual and physical disabilities in the therapeutic system of penitentiary measures**

The solution to ensure separate conditions of serving sentences by people with disabilities is a therapeutic system, implemented in therapeutic wards with specific specialization: for people with intellectual disabilities or non-psychotic mental disorders, addicted to alcohol, addicted to narcotic drugs or psychotropic substances, with physical disability (with medical indications for rehabilitation). The current legal regulations clearly define the entities subject to separate treatment, the principles of directing them to separate wards and appropriate procedures for the performance of tasks in this respect (Kalaman, Kalaman, 2012, p. 139).

Piotr Braun (2013, p. 139) presents an example showing that, in therapeutic wards, people with intellectual and physical disabilities stay together with other people with various disorders: with organic disorders, personality disorders, addictions not eligible for treatment in wards for addicts, having sexual preferences disorders, affected by somatic diseases, and showing difficulties in adapting to the conditions of detention.

From the point of view of treatment (therapeutic) needs, each clinical group requires different measures, which illustrates the complexity of the problems undertaken by the team of specialists. This accumulation of people with different adaptation problems does not enable prevention of additional difficulties and the necessary interventions that disrupt the planned work. These assumptions are confirmed by Katarzyna Korona (2013, p. 14), who also points out that these difficulties concern not only interpersonal relationships, but also the lack of personnel and suitable premises.

The aim of the conducted therapeutic measures is as follows: preventing the deepening of pathological personality traits, restoring psychological balance, shaping the ability of social coexistence (applies to people with intellectual disabilities and mental disorders), preventing deterioration of their health (applies to physically disabled people), as well as preparation for an independent life (Braun, 2013, p. 136). The therapeutic work uses both individual forms of psychological therapy as well as various forms of group work, i.e. psychological trainings and workshops, educational classes, occupational therapy, physical culture and sports activities, education and prevention in terms of addictions, cultural and educational activities, including interest groups (computer, film, foreign language learning and so on, depending on current needs and opportunities), as well as activities compensating for educational deficiencies (learning to write and read) (Braun, 2013, p. 138). A wide range of therapeutic and educational measures is to ensure the possibility of rehabilitation as a triad consisting of therapy, correctional education and social support (within the framework of post-penitentiary assistance as an aid in ensuring conditions allowing for living in accordance with the law: in terms of accommodation, material support, counseling, etc.). The duration of therapy in the therapeutic ward is individualized and depends on the progress of the convicted person in therapy (Kalamán, Kalamán 2012, p. 140). However, it seems unrealistic and insufficient to achieve therapeutic effects as a result of short-term programs in the case of people with intellectual disabilities. Meanwhile, by definition, this is a transitional system, from which – after the application of specialist measures – there will be a transfer to the system of ordinary or programmed measures (Braun, 2013, p. 136).

People with intellectual disabilities constitute a fairly large proportion of prisoners. According to Irena Dybalska (2012, p. 37–38), in 2010, 31.4% of people staying in therapeutic wards were people with intellectual disabilities, including 29.4% with a disability of a mild degree, 4.4% of a moderate degree, and even 0.1% (4 people) of a severe degree.

The work with prisoners in therapeutic wards, from the very beginning of their existence, has essentially focused on the use of various programs of psychological measures. Currently, varied programs based on a cognitive and behavioral approach are considered to be the most modern ones in the penitentiary work. According to supporters of such an approach, the arguments in favor of using such programs are: precisely formulated procedures of application, defined time frames and emphasized belief in their high therapeutic effectiveness (Barczykowska, 2013, p. 87–113). As Henryk Machel (2010, p. 185–187) points out, the basis of modern rehabilitation programs in penitentiary work, apart from behavioral methods, are the introduced exercises of mental capacity or elements of “training of consciousness”, discussions, persuasions aimed at triggering deeper reflection on the causes, and above all on the effects of negative behavior, emphasizing the change in thinking. It should be noted that professional psychological therapy programs, based on mental work processes, are often intended for people within the so-called intellectual standard and are difficult to adapt to the needs of people with intellectual disabilities. Even a mild intellectual disability causes the thought processes to stop at a perceptual level, which means that people with a mild degree of intellectual disability are able to refer only to the specific situation they are currently experiencing (Orzeł 2013, p. 82). They also show difficulties in perceiving, focusing, remembering content, they have limited ability of abstract thinking, generalizing, comparing, making conclusions and cause-effect reasoning. People with more severe (moderate and severe) cognitive development disabilities remain at the pre-operative level, which means that they are slower to notice and recognize even few elements, often misidentifying the links and relationships between phenomena (Matczak, Sobczak, 2014). Therefore, people with intellectual disabilities find it very difficult to conclude that punishment is the result of their improper conduct, and the process of making them aware of the extent of their guilt requires special psychophysical rehabilitation programs adapted to their abilities (Kiev, 2013, p. 46). The problem is also the considerable susceptibility of these people to suggestions, which poses a particular risk of being undesirably influenced by the prison environment. An important issue determining their social and personal development is the inability to meet the requirements of the environment (Matczak, Sobczak, 2014, p. 100). It should be emphasized that people with intellectual disabilities may reach even the average level of social development, but usually external factors cause its deconstruction or inhibition (Matczak, Sobczak, 2014, p. 100). Prison isolation can undoubtedly be considered as one such factor.

Among people with more severe intellectual disabilities there are also people who require care in performing basic self-service activities, including hygienic ones. Their presence is undoubtedly a heavy burden and, in principle, gives rise to objections as to whether they should actually stay in prison. Similar observations are made by Beata Tomecka-Nabiałczyk (2016, p. 125–127) in relation to people

with severe, four-limb forms of cerebral palsy. Meanwhile, institutions which are unable to provide them with appropriate care expose them to degrading living conditions. The Prison Service tries to solve this problem by placing this group of prisoners with people without disabilities, who help them in their daily hygiene and health activities, although such a solution is contrary to international standards. However, there are situations where people without disabilities oppose such a situation, and after a certain period of time prisoners refuse to provide such services (Braun, 2013, p. 140).

Summarizing the applied strategy of measures carried out within the therapeutic system, it can be noticed that its feature is medicalization consisting, among others, in the fact that non-medical problems, i.e. those related to both disability and the committed act, are defined in categories of illness and disorders. As a consequence, overcoming problems consists mainly in medical intervention (Wiliński, 2010, p. 68), in this case mainly in the use of pharmacology and psychotherapy (included in non-invasive treatment methods), aiming at restoring missing or correcting deficit functions. Thus, the object of influence is not a person in all its complexity, but some “defect” isolated within it, resulting in more or less serious limitations and reduction of the scope of control that an individual can have over their own life, behavior and cognitive or emotional processes (Wiliński, 2010, p. 72).

A major disadvantage and the reason of criticism of such a bio-psychophysical approach is the ineffectiveness and inadequacy of medical interventions for the majority of people with disabilities, at the same time neglecting, underestimating and not using other possible measures. Objections concern too marginal treatment of educational measures of rehabilitation or satisfying other needs of disabled persons – both persons with intellectual disabilities and persons with physical disabilities.

According to the currently applied approach in rehabilitation, therapeutic work with people with disabilities is based primarily on positive/functional diagnosis – assessment of their adaptability and coping with difficulties in everyday and social life. These remaining opportunities form the basis of the concept of participation, which consists in supporting development as a process of becoming a member of society, acquiring specific skills, learning values and attitudes as well as functioning in social roles (Żółkowska, 2011, p. 80–82).

The professional role of adults with disabilities is particularly important in their life, as it enables them to acquire the social competences necessary to manage their own lives. As Tadeusz Majewski (2011, p. 90) points out, most people with intellectual disabilities have a specific professional potential and are able to perform specific activities. However, it is necessary to recognize the existing possibilities and develop them by selecting appropriate educational and rehabilitation measures.

People with mild intellectual disabilities having vocational training can work in the open labor market. They need properly selected tasks and supervision. People with moderate intellectual disabilities can learn simple professional activities. A severe degree of disability allows people to master only simple everyday activities and uncomplicated works (Majewski, 2011, p. 95). People with more severe degree of disability require broad support from other people, which is provided under a new, special form of the so-called supported employment (Domańska, 2016, p. 91–97).

The form preceding employment is occupational therapy workshops, where work is one of the elements of therapy aimed at increasing independence and resourcefulness. They prepare to take up employment, as far as possible, under the conditions of sheltered employment (Ratajczak, 2006, p. 55–56).

An important task is also to prepare people with intellectual disabilities to organize their leisure time independently. Good conditions for such understood approach to the process of interactions in the work with prisoners with disabilities are created by current, yet underestimated, forms of educational work, i.e. occupational therapy, educational or sports activities, and in particular those using creative working methods, which activate the development potential of a disabled person. Their role should not be limited to filling spare time and alleviating the effects of prison boredom. The theoretical basis for their use, in accordance with the modern approach to rehabilitation, is provided by the concept of creative rehabilitation of Marek Konopczyński (2006). It seems that the already applied practices of including prisoners without disabilities in work with people with disabilities may apply to the creation of opportunities for various forms of rehabilitation work with people with intellectual and physical disabilities on the basis of assisted participation.

Standardization of social and living conditions in prisons in terms of adapting them to the needs resulting from different types of disability remains an issue independent from the system of serving sentences.

## **Normalization of living conditions of prisoners with disabilities in penitentiary isolation – reality or fiction?**

In order to achieve positive changes in the attitude and behavior of prisoners with disabilities, apart from therapeutic and rehabilitation measures, it is also necessary to provide them with decent social and living conditions, adequate to their needs and development possibilities. This problem affects all prisoners with disabilities, in particular prisoners with physical disabilities and impaired vision.

Currently, there are several dozen penitentiary units in Poland adapted to the needs of people with disabilities. Unfortunately, according to reports of the National Preventive Mechanism, there are still many prisons that do not meet the basic

functional requirements. An example can be the Bydgoszcz-Fordon Prison – a penitentiary unit for people with disabilities, in which prisoners with reduced mobility and sensory disabilities (sight and hearing) are detained. According to experts, the movement of a person with reduced mobility, particularly in wheelchairs, in prison conditions is in most places significantly impeded by the presence of numerous architectural barriers: door thresholds (exceeding the height of 2 cm), too narrow doors, lack of adequate maneuvering space, e.g. at the entrance to the waiting room, medical facility, court hall, dental office, in cells or in the bathroom, lack of railings on both sides of the stairs. Many problems for prisoners are caused by incorrect placement of basic devices (light switch, call system, hangers, shower seat, hand shower positioned too high) and inappropriate furniture (e.g. too high beds, no chairs with armrests in the rooms). There is also no designated communication route. There are also cases of prisoners with reduced mobility being placed in cells located on the floors of residential pavilions, which makes it impossible for them to function efficiently – to go down to the walking area, to the bathhouse, to the visitor's room, etc., by on their own.

A similar condition can also be observed in the case of inmates with impaired vision. Physical barriers hindering their proper, everyday functioning in conditions of prison isolation include, among others, the lack of contrast between stairs steps, the use of different textures and colors of surfaces (Report of representatives of the National Prevention Mechanism on the visit at the Bydgoszcz-Fordon prison on the state of perception of people with disabilities, 2016).

Detainees with various deficits also have limited access to information. As an example, one may point to inappropriate (too high) location of information boards or location of computer stations with access to the Internet and a kiosk with Public Information Bulletin on the upper floors of penitentiary units, which makes it impossible to use these sources for people with reduced mobility, including in particular people in wheelchairs. Placing telephones too high makes it difficult for them to communicate freely with their families and the loved ones. Visiting rooms are not always located on the ground floor of a residential building. In addition, computer workstations are not suitable for people with manual disabilities, nor are they equipped with reading programs for the blind or visually impaired prisoners.

In many penitentiary institutions, deaf people are not provided with assistance from a sign interpreter, which translates into numerous problems in communication with the staff of the institution and co-prisoners (Report of the Commissioner For Human Rights, 2014; Report of representatives of the National Prevention Mechanism, 2016).

The functioning of prisoners with disabilities in penitentiary units characterized by poor technical condition and lack of equipment adequate to their needs proves the degrading treatment of this group of detainees. It is also common practice to place disabled prisoners in multi-bed cells. This is connected with the

complete deprivation of privacy in the daily life of prisoners and generates situations of danger, conflict and violence due to different ways and levels of their functioning (Report of representatives of the National Prevention Mechanism on the visit at the Bydgoszcz-Fordon prison, 2016). The above situation, unfortunately, takes place in many penitentiary units (Report of the Commissioner For Human Rights, 2014).

In recent years, the living conditions of prisoners with disabilities have improved. Measures were taken to adapt selected penitentiary units to the needs of these persons, in particular prisoners with reduced mobility (Jarecka, Wolak, 2008, p. 693–694). Due to the increase in their number in prisons, in some prisons and detention centers separate units for prisoners with mobility disabilities are being set up.

An example of a penitentiary unit that has undergone positive changes is the Detention Center in Gdańsk, which has been operating a unit for disabled prisoners since 2003. The building in which the ward is located has been adapted to the location and communication needs of people with disabilities, at the same time eliminating all architectural barriers limiting their efficient functioning. The structure, location and size of residential cells for people with reduced mobility were changed, doors of individual rooms were widened, entrance thresholds were eliminated, the number of stairs separating prisoners from all forms of life outside the residential cell (i.e. the visiting room, walking area, chapel) was limited, an external platform was installed to allow prisoners moving in a sitting or lying position to get to the ward on the lowest floor of the pavilion, where there is a physician's office, day-room, ward office. The accommodation spaces were equipped with direct communication (intercoms), facilitating contact with the ward and cameras enabling continuous observation of patients' condition. A modern lift provides disabled prisoners with access to the educator's office, psychologist's office, therapeutic room and bathhouse. Equipment of the rooms in which prisoners with disabilities stay was adapted to their capabilities and needs. Cells with an increased surface area ensure the free movement of prisoners on wheelchairs (Jarecka, Wolak, 2008).

In addition to social and living conditions, an important element of the characteristics of the situation of people with disabilities staying in penitentiary institutions is their place in the community of prisoners. A characteristic phenomenon among all prisoners, including those with disabilities, is the existence of informal relations between prisoners, called the second life (the so-called prison subculture). Within the framework of the functioning subculture, prisoners develop their own code of conduct, which they follow, the dialect they communicate with, and many other, relating solely to them, elements regulating their mutual relations. The created hierarchy determines the functioning of each individual (Braun, 2013).

The prisoners with disabilities, because of their mental and physical limitations, have occupied the lowest position in the prisoners' hierarchy for many

years. They have often been exposed to humiliation, persecution and abuse. Over the years, along with the *ongoing* transformations of the subculture, especially in terms of role performing, the situation of people with disabilities has changed. Currently, the position of convicts in the structure of their second life is determined not by prison experience, criminal fame, steadfastness, courage or physical strength, but by their financial resources. The subculture of prison jargon turned into the so-called subculture of money (Miszewski, 2005, p. 74). At the same time, the phenomenon of alliance of participants of the second life with wealthy prisoners in order to derive specific material benefits is significant (Przybyliński, 2006, p. 87–88). Although people with disabilities are not among the richest social groups, in penitentiary isolation their position in this respect improves significantly. They receive various financial benefits from the State. These amounts are relatively low in freedom, while in prison they provide a certain standard of living. By providing material assistance to other prisoners, a disabled prisoner, despite their limitations, dominates on the ward in which they are detained. It also happens that the high position of such a person in the subcultural hierarchy results from their belonging to a criminal group and the functions they fulfill within this group. People convicted of organized crime enjoy special respect in prison. This is the case for many inmates with physical disabilities. The situation of prisoners with intellectual or psychological disabilities is different. They do not gain the respect of their fellow prisoners, but, on the contrary, are exposed to harassment, humiliation and violence. It is therefore necessary to protect this group of prisoners by placing them in separate wards, including therapeutic wards (Braun, 2013).

An important role in the process of social rehabilitation of prisoners with disabilities is played by the attitude of prison staff towards prisoners.

Prison staff and officers often have specialist training to deal with people with disabilities. However, it is not possible for them to have a comprehensive knowledge of the specificities of the functioning of each group of prisoners. There are groups of disabled prisoners whose real needs are not always properly understood and met. These include, in particular, prisoners with impaired vision and intellectual disabilities. It is therefore necessary to conduct a series of training sessions on the specific treatment of prisoners with different types and degrees of disabilities. Both the penitentiary and administrative units staff should be trained, as well as those of the security units – prison guards who are in constant contact with the convicts (Braun, 2013).

The very fact that the Prison Service is treating the problem of revalidation of people with disabilities, especially mobility impairments, may also be a cause for concern. “Emphasizing the relationship between the low level of activity of prisoners with reduced mobility and the programs and leisure activities offered to them, as well as the difficulty of working with them because they are obsessed with their own illnesses, they consider this situation to be a reality in prison” (Łapińska, 2012, p. 24). An important problem that is noticeable in the peniten-



tiary reality is the instrumental approach to disabled prisoners. The most common irregularities in the treatment of disabled prisoners include those related to the use of direct coercion (Report of the Commissioner For Human Rights, 2014). Cases of vulgar and humiliating attitude of officers towards prisoners with disabilities, unjustified raising of voice, unwillingness to help in dealing with matters or lack of ability to provide information necessary to function in the unit are still not solitary (Report of the Commissioner For Human Rights, 2014; Report of representatives of the National Prevention Mechanism, 2016).

In the process of social readaptation of detainees, education is given an important role. Unfortunately, the situation of people with disabilities in this area is also unfavorable. In the case of inmates with musculoskeletal disorders, attendance at prison schools is to a large extent limited, and sometimes even impossible, due to the lack of appropriate architectural and equipment solutions. In turn, the lack of specialized education for people with intellectual disabilities (Braun, 2013) means that this group of prisoners is practically deprived of the possibility of education in prison isolation.

Due to the specific nature of their dysfunction, prisoners with impaired vision are also faced with serious difficulties. Detained blind and partially sighted prisoners complain about the lack of rehabilitation classes, including basic and necessary for their efficient functioning in prison conditions spatial orientation classes, lack of permission to have specialist equipment to help them in everyday life, difficulties in correspondence, access to books and newspapers in Braille (Braun, 2013; Tomaszewski, 2011). This situation, according to the report of the representatives of the National Preventive Mechanism (2016), has significantly improved.

The work carried out by prisoners is also an important element in the social rehabilitation of prisoners. For many years, apart from many actions addressed to prisoners with disabilities, there have been few activation measures that could improve their employment situation both in and out of prison. Currently, the situation in this respect is changing, i.e. there are numerous programs for the professional activation of disabled inmates (e.g. the project “Social and professional activation of disabled prisoners and persons sentenced to imprisonment on the basis of Articles 209 § 1 and 207 § 1 of the Penal Code”, the contract for project financing No. UDA-POKL.01.03.04-00-028/08 of 25 July 2009). An important element of projects of this type is the obligatory employment of their participants during their imprisonment in order to acquire appropriate practice in the field of their profession (Nicgorski, 2011). There are not many such initiatives in the prison system, however, which certainly does not improve the situation of people with disabilities after leaving prison.

## Conclusions

The problem of serving prison sentences by people with disabilities in recent years has been noticed in prisons. First of all, they have started to identify such people and take important initiatives to address their problems. These include: assistance to prisoners in obtaining a certificate of disability, provision of compensatory measures, adaptation of rooms to their needs, as well as projects aimed at activating this group of inmates and involving prisoners with disabilities in assistance activities for people with disabilities. However, these are still only bottom-up initiatives of the Prison Service, which are not based on systemic solutions or legal regulations. A person with a disability does not have a separate status defining his or her right to adapt the conditions of serving a sentence to the needs resulting from the disability.

The reality of the penitentiary system proves that many penitentiary institutions still do not meet the basic functional or social-living requirements to ensure that detainees with reduced mobility or visual impairments can function efficiently and independently. In addition, the instrumentalism observed in the approach of Prison Service staff to prisoners with disabilities proves their insufficient knowledge of the specific needs of this group of inmates. They are seen mainly through the prism of weaknesses and limitations. In the light of the above, in order to increase the effectiveness of social rehabilitation activities, it is considered necessary to undertake two types of standardization activities – aimed at: 1) physical environment – improving living conditions and organization of spaces for prisoners with disabilities, and 2) social environment – educating prison staff to change the way in which people with disabilities are perceived as having a specific potential for abilities and opportunities to be maximized and used in their social readaptation and reintegration.

In penitentiary rehabilitation, particular importance is attached to work. In particular, it is stressed that it provides prisoners with the opportunity to acquire many new skills and, after leaving prison, to cope better with further social adaptation (Kierepka, 2016, p. 17). Unfortunately, in the current social rehabilitation and therapeutic solutions and activities addressed to people with disabilities, their professional rehabilitation remains omitted. The indicated current trends in the social rehabilitation of people with disabilities, including intellectual disabilities, indicate the need to focus the impact on supporting their employment opportunities and preparing them to undertake professional tasks to the best of their abilities. It should also be emphasized that the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Article 27) ratified by Poland provides them with the right to work on an equal basis of others. Criminal record shall not deprive such persons of any right to assistance or support. Social rehabilitation activities, which are an

integral part of the rehabilitation of people with disabilities, should also follow the changes and trends that take place in an open environment.

## References

- [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", No. 2, pp. 87–113.
- [3] Boothby J., Durham T., 1999, *Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory*. "Criminal Justice and Behavior", No. 1, pp. 107–124.
- [4] Braun P., 2013, *Osoba niepełnosprawna w izolacji penitencjarnej*, "Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania", No. 2(7), pp. 129–151.
- [5] Czechowski K., Wilmowska-Pietruszyńska A., 2016, *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej*, "Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania", No. 2(19), pp. 35–51.
- [6] Domańska L., 2016, *Zatrudnienie wspomagane szansą dla osób niepełnosprawnych*. "Opuscula Socjologica", No. 2, pp. 89–98).
- [7] Gordon M., 2006, *Resocjalizacja skazanych z zaburzeniami psychicznymi – możliwości i ograniczenia*. [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*, (eds.) H. Machel, pp. 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*, (eds.) J. Lewandowska, R. Czerniawski, pp. 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*, (eds.) W. Ambrozik, H. Machel, P. Stępiak, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz.
- [10] Jaworska A., 2012, *Leksykon resocjalizacji*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [11] Kalamán M., Kalamán 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), pp. 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", No. 1, pp. 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", Vol. 16, pp. 11–23.

- [17] Łapińska A., 2012 *Łamiemy bariery*, “Forum Penitencjarne”, No. 4.
- [18] Machel H., 2010, *Resocjalizacja penitencjarna: istota, dylematy terminologiczne, społeczny sens, kilka uwag teoretycznych i kadrowych*. “Resocjalizacja Polska”, No. 1 pp. 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*. (eds.) B. Cytowska, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, pp. 89–105.
- [20] Miszewski K., 2005 *Przemiana, słabnięcie czy upadek podkultury więziennej*, “Przeгляд Więziennictwa Polskiego”, No. 49.
- [21] Nicgorski M., 2011, *Projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w latach 2008–2010. Realizacja poddziałania 1.3.4 POKL*, [in:] *Oddziaływania penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych*. (ed.) 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”, Vol. 16, No. 82, pp. 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 Lodziensis, Folia Oeconomica, No. 199, pp.43–68.
- [26] Stanisławski P., 2008, *Cela bez taryfy ulgowej – czy niepełnosprawność łagodzi karę?*, “Magazyn Integracja”, No. 2.
- [27] Tomaszewski T., 2011, *Nauczanie w zakładach karnych*. [in:] *Oddziaływanie penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych*. (ed.) T. Głowik, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa.
- [28] Tomecka-Nabiałczyk B., 2016, *Niepełnosprawność fizyczna osób pozbawionych wolności i implikacje dla systemu penitencjarnego*. “Przeгляд Więziennictwa Polskiego. Kwartalnik poświęcony zagadnieniom kryminologicznymi penitencjarnym”. Wydawnictwo Centralnego Zarządu Służby Więziennej Ministerstwa Sprawiedliwości, Warszawa, No. 91, pp. 117–132.
- [29] Wiliński M., 2010, *Strategie pomocy osobom z ograniczeniami sprawności [in:] Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*. (ed.) A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Wydawnictwo Naukowe “Scholar”, Warszawa, pp. 60–95.
- [30] Żółkowska T., 2011, *Wspomaganie rozwoju dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną – refleksje pedagoga*. [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań* (eds.) B. Cytowska, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 72–88.

## Documents

- [31] *Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych [Convention on the Rights of Persons with Disabilities]*, Journal of Laws of 25 October 2012, item 1169.

## Internet sources

- [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>, [retrieved on: 20.11. 2017].
- [33] <http://www.sw.gov.pl/strona/Statystyka-kwartalna> [retrieved on: 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](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_z_wizytacji_KMP.pdf), [retrieved on: 29.10.2017].
- [35] Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji Zakładu Karnego w Bydgoszczy-Fordonie dotyczący stanu przestrzegania praw osób z niepełnościami, [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyciag - ZK Bydgoszcz Fordon 2016.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyciag_-_ZK_Bydgoszcz_Fordon_2016.pdf), [retrieved on: 30.10.2017].
- [36] Commissioner For Human Rights. 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/wieznio-wie-umyslowosc-dziec-chorzy-psychicznie-rpo-opowiada-o-wynikach-badan-w-wiezieniach>, [retrieved on: 15.10.2017].