

Przymusowe leczenie sprawców czynów zabronionych popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych

Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej są w oczach społeczeństwa czynami zasługującymi na szczególne potępienie. W ostatnich latach możemy zaobserwować, że skala tej przestępczości utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie¹ i w związku z tym zachodzi potrzeba podjęcia odpowiednich kroków mających na celu zmniejszenie wymiaru tego typu zachowań. Z danych statystycznych udostępnionych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej wynika, że na dzień 31 marca 2010 r. orzeczenia za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wykonywane są wobec 3668 osób². Warto

¹ Zob. *Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (197–205)*, http://statystyka.policja.pl/portal/st/1108/63496/Zgwalczenie_art_197.html, dostęp: 10 czerwca 2010; *Atlas przestępczości w Polsce 4*, red. A. Siemaszko, Oficyna Naukowa, Warszawa 2009, s. 26 i n.

² Podana liczba stanowi sumę orzeczeń prawomocnych (2861 orzeczeń), nieprawomocnych (127 orzeczeń) i o tymczasowym aresztowaniu (680 orzeczeń), wydanych na podstawie obowiązującego kodeksu karnego (ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94, zob. Ministerstwo Sprawiedliwości. Centralny Zarząd Służby Więziennej, *Kwartalna informacja statystyczna za I kwartał 2010 r.*, tabela 2, <http://sw.gov.pl/Data/Files/kunickim/statystyki/kwartalne/1-kw-2010.pdf>, dostęp: 10 czerwca 2010.

podkreślić, że wśród 2861 prawomocnych orzeczeń wydanych za tego typu przestępstwa największy odsetek stanowią te określone w art. 197 § 1, 2 i 3 k.k. – łącznie 1897 osób; prawomocne orzeczenia za czyny zabronione określone w art. 198–204 k.k. wydano łącznie wobec 941 osób.

Badania statystyczne dokonane przez J. Warylewskiego³ wskazują, że przestępstwami seksualnymi niosącymi faktyczne zagrożenie dla społeczeństwa są przede wszystkim zgwałcenie i seksualne wykorzystanie małoletniego poniżej 15. roku życia. Pozostałe typy czynów zabronionych z rozdz. XXV k.k. zajmują jedynie marginalne miejsce w ogólnej liczbie przestępstw seksualnych⁴.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 5 listopada 2009 r. uchwalił ustawę⁵ zmieniającą między innymi kodeks karny. Weszła ona w życie 8 czerwca 2010 r. Pośród licznych zmian wprowadzonych tą ustawą do kodeksu karnego znalazły się także, zamieszczone w rozdziale X k.k., przepisy nowelizujące środki zabezpieczające. W niniejszym opracowaniu zajmę się związanym przedstawieniem zmian dokonanych w tej materii.

Jednym ze znowelizowanych przepisów, który wywołał dyskusje zarówno w społeczeństwie, jak i w doktrynie, jest art. 95a k.k., w którym ustawodawca wprowadził do polskiego systemu prawnego nieznaną w nim dotychczas instytucję określaną potocznie mianem kastracji chemicznej. Znowelizowany art. 95a k.k. otrzymał brzmienie:

„§ 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, sąd może orzec umieszczenie sprawcy, po odbyciu tej kary, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne, w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy. Terapii farmakologicznej nie stosuje się, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia skazanego.

³ J. Warylewski, *Reakcja karna na przestępstwa seksualne*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2007, nr 54, s. 29.

⁴ W 2005 r. liczba przestępstw stwierdzonych poszczególnych typów czynów zabronionych, przedstawiała się następująco: art. 197 – 1987, art. 198 – 126, art. 199 – 54, art. 200 – 1697, art. 201 – 49, art. 202 – 183, art. 203 – 35, art. 204 – 484. J. Warylewski, *Reakcja karna...*, s. 45–51.

⁵ Ustawa z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2009 r. Nr 206, poz. 1589.

§ 1a. Sąd orzeka umieszczenie sprawcy, o którym mowa w § 1, skazanego za przestępstwo określone w art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne.

§ 2. W okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary sąd ustala:

1) potrzebę i sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1,

2) sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1a.

§ 2a. Sąd może zarządzić zmianę sposobu wykonywania środka zabezpieczającego określonego w § 1 lub 1a.

2b. Sąd zarządza umieszczenie w zakładzie zamkniętym, jeżeli sprawca uchyła się od leczenia ambulatoryjnego określonego w § 1 lub 1a,

§ 3. Przepisy art. 94 § 2 i 3 stosuje się odpowiednio⁶.

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu ustawy⁶ powodem wprowadzenia zmian w tym zakresie jest zmniejszenie prawdopodobieństwa dopuszczenia się przez sprawcę kolejnych czynów zabronionych, skierowanych przeciwko wolności seksualnej, popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych. Głównym celem ustawodawcy jest więc wprowadzenie szerszej ochrony społeczeństwa przed osobami, które dopuściły się czynów zabronionych popełnionych w związku z zaburzeniami ich preferencji seksualnych, przez obniżanie ich zaburzonego popędu seksualnego. Należy zwrócić w tym miejscu uwagę na dominujące w nauce stanowisko, że ze względu na charakter zaburzeń preferencji seksualnych (tzw. dewiacji seksualnych), podobnie jak ma to miejsce w przypadku alkoholizmu czy skłonności do innego typu uzależnień, zaburzeń seksualnych nie da się wyleczyć w sensie medycznym, a co najwyżej można je jedynie „zaleczyć”⁷. Osoba cierpiąca na zaburzenia preferencji seksualnych co do zasady nigdy nie zostanie w stu procentach uleczona, ale należy zrobić wszystko, aby zaburzenia te w jak najmniejszym możliwym zakresie wpływały na podejmowane przez nią zachowania⁸. Czy zabezpieczenie społeczeństwa przed takimi sprawcami nie zostało przez prawodawcę określone zbyt daleko i czy nie odbywa się to kosztem naruszenia konstytucyjnych praw i wolności? Odpowiedź na to pytanie wymaga na wstępie dokonania analizy tego przepisu.

⁶ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji – druk Nr 1276, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/1276>, dostęp: 10 czerwca 2010.

⁷ J. Nawój, *Budowanie polskiego modelu oddziaływania na przestępców seksualnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 51, s. 26; K. Pospiszyl, *Powrotność do przestępstw seksualnych (ocena ryzyka i sposoby zabezpieczeń)*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2001, nr 32–33, s. 82.

⁸ K. Pospiszyl, *op. cit.*, s. 82.

Określony w art. 95a k.k. środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym lub skierowania na leczenie ambulatoryjne sprawców przestępstw seksualnych popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych zaliczany jest zarówno do środków zabezpieczających terapeutycznych o charakterze izolacyjnym, jak i do środków zabezpieczających terapeutycznych o charakterze nieizolacyjnym⁹. Sąd, orzekając taki środek zabezpieczający, może sam zdecydować (mając na względzie opinie psychologa, lekarzy psychiatrów oraz seksuologa)¹⁰, czy umieścić sprawcę w zakładzie zamkniętym, czy też skieruje go na leczenie ambulatoryjne. Regulacja taka stanowi swoiste *novum*¹¹ w kodeksie karnym, ponieważ spośród wszystkich przewidzianych dotychczas środków zabezpieczających sąd, jeżeli spełnione zostały przesłanki orzeczenia określonego środka zabezpieczającego, nie miał wyboru pomiędzy orzeczeniem środka o charakterze izolacyjnym i nieizolacyjnym¹².

Stosowanie środka zabezpieczającego z art. 95a k.k. uwarunkowane jest spełnieniem licznych przesłanek. Przede wszystkim musi zostać spełniona ogólna przesłanka gwarancyjna dotycząca stosowania wszystkich środków izolacyjnych i nieizolacyjnych, zawarta w art. 93 k.k. Zgodnie z treścią tego przepisu umieszczenie sprawcy, o którym mowa w art. 95a k.k., w zakładzie zamkniętym lub skierowanie go na leczenie ambulatoryjne możliwe jest tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez tego sprawcę czynu zabronionego związanego z zaburzeniami preferencji seksualnych. Stosowanie środków zabezpieczających o charakterze izolacyjnym jest uprawnione tylko na zasadzie *ultima ratio*, tzn. mogą być one stosowane tylko wtedy, gdy brak jest innych środków zmniejszających ryzyko popełnienia przez sprawcę czynu zabronionego¹³. W doktrynie występuje pogląd, że stosowanie środków zabezpieczających

⁹ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna. Podręcznik*, Znak, Kraków 2010, s. 549 i 556.

¹⁰ Zgodnie z art. 93 k.k. sąd ma obowiązek wysłuchać lekarzy psychiatrów, lekarza seksuologa oraz psychologa.

¹¹ A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Kolonia, Wrocław 2009, s. 110.

¹² Pewną modyfikację środka zabezpieczającego przewiduje art. 96 k.k. Zgodnie z nim sąd może wobec sprawcy, który popełnił przestępstwo w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, orzec leczenie ambulatoryjne, ale jest ono orzekane jako kontynuacja orzeczonej wcześniej terapii w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego. W. Wróbel, A. Zoll, *op. cit.*, s. 557.

¹³ Z. Ćwiąkański, Rozdział X. Środki zabezpieczające [w:] G. Bogdan *et al.*, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, t. 1, red. A. Zoll, Zakamycze, Kraków 2004, s. 1249.

ma charakter subsydiarny¹⁴. Przed orzeczeniem takiego środka sąd ma obowiązek zasięgnąć opinii lekarzy psychiatrów, lekarza seksuologa oraz psychologa. Zgodnie z ukształtowanym poglądem orzecznictwa sądowego sama opinia biegłych nie jest wystarczająca do podjęcia decyzji o zasadności stosowania środka zabezpieczającego, a co warto podkreślić, decyzję o zasadności zastosowania środka zabezpieczającego w ostateczności podejmuje zawsze sąd, a nie biegli¹⁵.

Kolejna przesłanka, zawarta już w art. 95a k.k., to skazanie sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. W związku z tym, że nie wszystkie przestępstwa seksualne popełnione są z zamiarem pobudzenia lub zaspokojenia potrzeb popędu płciowego, należy przyjąć, że kastracja chemiczna nie może być skutecznie stosowana wobec wszystkich sprawców takich czynów¹⁶. Do przestępstw przeciwko wolności seksualnej zaliczamy czyny określone w art. 197, 198, 199, 200, 201 i 203 k.k.¹⁷ Brak jest w doktrynie zgody co do tego, czy przedmiotem ochrony określonym w art. 202 k.k. jest wolność seksualna czy obyczajność¹⁸. Rozbieżności te mogą odgrywać istotną rolę w aspekcie stosowania omawianego środka w praktyce. Jeżeli uznamy, że przedmiotem ochrony w tym przepisie jest wolność seksualna, to możemy stosować regulację z art. 95a k.k. Jeśli staniemy na stanowisku, że przedmiotem ochrony jest tu obyczajność, to stosowanie środka zabezpieczającego na podstawie art. 95a k.k. nie jest możliwe, ponieważ ustawodawca pominął w tym przepisie przestępstwa przeciwko obyczajności.

Wskazane w poprzednim brzmieniu art. 95a k.k. znamię „w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym” zostało zastąpione przez określenie „w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych”. Zmiana

¹⁴ A. Kwieciński, *op. cit.*, s. 104; W. Wróbel, A. Zoll, *op. cit.*, s. 550.

¹⁵ Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 18 czerwca 1996 r. (VKKN 35/96, „Prokuratura i Prawo” 1997, z. 2, poz. 4) oraz postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 18 kwietnia 2001 r. (U II AKZ 180/01, OSA 2001, z. 10, poz. 64) w: Z. Cwiakalski, [w:] G. Bogdan *et al.*, *op. cit.*, s. 1259 i n.

¹⁶ J. Warylewski, *Kastracja jako środek ograniczenia przestępczości seksualnej*, „Jurysta” 2003, nr 6, s. 18.

¹⁷ P. Hofmański, L. Paprzycki, Rozdział XXV kodeksu karnego, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. O. Górniok, LexisNexis, Warszawa 2006, s. 360.

¹⁸ Zob. L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 13, C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 258. W doktrynie brak jest zgodnego stanowiska co do przedmiotu ochrony typu czynu zabronionego określonego w art. 202 k.k.; zob. J. Warylewski, *Komentarz do rozdz. XXV k.k. Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności*, [w:] *Kodeks karny. Część szczególna*, t. 1, *Komentarz do artykułów 117–221*, red. A. Wąsek, wyd. 3, C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 958 i n.

ta zasługuje w moim przekonaniu na uznanie. Terminologia użyta obecnie przez prawodawcę stosowana jest powszechnie przez profesjonalne organizację zajmujące się problematyką zdrowia¹⁹. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w swojej Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych – ICD 10²⁰ posługuje się określeniem „zaburzenia preferencji seksualnych”, oznaczonym kodem F.65. Do zaburzeń preferencji seksualnych zaliczono dziewięć kategorii zachowań, m.in.: parafilie, fetyzizm, transwestytyzm fetyszystyczny, ekshibicjonizm, oglądactwo, pedofilie, sadomasochizm, oraz inne zaburzenia preferencji seksualnych, np. urofilie, koprofilie, nekrofilie czy froterizm. Z całą pewnością można więc stwierdzić, że ustawodawca ma tu na myśli tylko takie preferencje seksualne, które uznane są w naukach medycznych za patologiczne, a nie preferencje odbiegające wyłącznie od powszechnie akceptowanych norm obyczajowych²¹.

Należy następnie wyjaśnić stosunek art. 95a k.k. do art. 94 k.k. Zaburzenia preferencji seksualnych zaliczane są do tzw. niepsychotycznych zaburzeń psychicznych²². Jeżeli sprawca jest niepoczytalny, w rozumieniu art. 31 § 1 k.k., to stosujemy w stosunku do niego, co do zasady, środek zabezpieczający określony w art. 94 k.k. Powody uznania sprawcy za osobę niepoczytalną wskazane są w art. 31 § 1 k.k. (choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe oraz inne zakłócenie czynności psychicznych). Czy użyte w art. 95a k.k. określenie „zaburzenia preferencji seksualnych” należy rozumieć jako „inne zakłócenie czynności psychicznych”, o których mowa w art. 31 k.k.? Odpowiedź na to pytanie powinna być raczej twierdząca²³. Jak możemy przeczytać w opinii Biura Analiz Sejmowych²⁴ do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji (druk nr 1276), termin „zaburzenie preferencji seksualnych sprawcy” należałoby wyklądać zgodnie z art. 31 § 1 k.k., czyli uznać, że jest to

¹⁹ E. Darmorost-Sierocińska, *Kierunek zmian prawa karnego materialnego w zakresie zwalczania przestępczości na tle zaburzeń seksualnych*, „Jurysta” 2009, nr 3–4, s. 24.

²⁰ *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*, <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>, dostęp: 9 czerwca 2010.

²¹ W. Wróbel, A. Zoll, *op. cit.*, s. 552.

²² J. Malec, *Problemy związane ze środkiem zabezpieczającym wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 50, s. 44.

²³ Z. Ćwiakalski, [w:] A. Barczak-Oplustil *et al.*, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, t. 2, red. A. Zoll, Zakamycze, Kraków 2006, s. 1071.

²⁴ Opinia Biura Analiz Sejmowych do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji – druk Nr 1276, z dnia 9 stycznia 2009 r., s. 5.

„inne zakłócenie czynności psychicznych” (art. 31 § 1 k.k.), ale ograniczone jedynie do podłoża seksualnego. Jeśli więc uznamy, że sprawca dopuścił się czynu zabronionego na skutek innego zakłócenia czynności psychicznych zaburzającego jego preferencje seksualne, to powinniśmy wtedy zastosować w stosunku do niego środek zabezpieczający z art. 95a k.k. Art. 95a k.k. pełni więc w tym zakresie rolę *lex specialis* w stosunku do art. 94 k.k. W związku z tym w przywoływanej opinii podniesiono problem, czy art. 95a k.k. nie stanie się przepisem, na podstawie którego sprawcy przestępstw, którzy byli poczytalni w czasie czynu²⁵, a u których stwierdzono jedynie bliżej nieokreślone zaburzenie psychiczne o podłożu seksualnym, będą poddawani bezterminowej izolacji w zakładzie zamkniętym. Powyższe uwagi mają zastosowanie także do art. 95 k.k., który stanowi podstawę orzekania środków zabezpieczających w stosunku do osób z poczytalnością ograniczoną. W konkluzji możemy stwierdzić, że w stosunku do sprawcy, który dopuścił się przestępstwa przeciwko wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, u którego stwierdzimy poczytalność lub poczytalność ograniczoną²⁶ w czasie czynu, możemy zastosować środki zabezpieczające na podstawie art. 95a k.k., jeżeli spełnione są kumulatywnie warunki do ich orzeczenia. W stosunku do sprawcy niepoczytalnego stosuje się natomiast środek zabezpieczający z art. 94 k.k.

Ustawodawca wskazał w art. 95a § 1 k.k. cel orzeczenia określonego tu środka zabezpieczającego. Umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym lub skierowanie go na leczenie ambulatoryjne są dopuszczalne wyłącznie w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w szczególności przez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego. Ustawodawca określił tu więc wyraźnie cel stosowania owego środka zabezpieczającego. Celem umieszczenia sprawcy w zakładzie zamkniętym albo skierowania go na leczenie ambulatoryjne jest przeprowadzenie terapii farmakologicznej lub psychoterapii, która ma skutkować przede wszystkim obniżeniem jego popędu seksualnego, co z kolei ma zapobiec ponownemu popełnieniu przestępstwa przeciwko wolności seksualnej, którego dopuszczono się w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych²⁷.

Środek zabezpieczający z art. 95a k.k. orzeka się już w wyroku skazującym, czyli w momencie skazania sprawcy na karę pozbawienia wolności bez warunko-

²⁵ W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazane jest wprost, że „zakresem podmiotowym projektowanej regulacji objęci będą wyłącznie sprawcy, którzy w chwili dokonywania czynu zabronionego nie byli niepoczytalni ani nie stwierdzono u nich choroby psychicznej. Sprawcy, u których w toku postępowania karnego stwierdzono niepoczytalność określoną w art. 31 §1 k.k., podlegają bowiem zasadom określonym w art. 94 k.k. [...]”, Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy..., s. 2.

²⁶ A. Kwieciński, *op. cit.*, s. 104.

²⁷ W. Wróbel, A. Zoll, *op. cit.*, s. 552.

wego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej popełnione w związku zaburzeniem preferencji seksualnych. *De lege lata* okres, na który sprawca zostanie umieszczony w zakładzie zamkniętym lub w czasie którego będzie poddawany leczeniu ambulatoryjnemu, nie zostaje z góry określony przez sąd. Zgodnie z art. 95a § 3 k.k. mają tu odpowiednio zastosowanie przepisy art. 94 § 2 i 3 k.k., dotyczące umieszczenia w zakładzie zamkniętym osób niepo czytalnych, które stanowią, że czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry, a sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie lub leczenie ambulatoryjne nie są konieczne. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym lub skierowanie go na leczenie ambulatoryjne, jeżeli przemawiają za tym okoliczności wymienione w § 1 lub 1a art. 95a k.k. lub w art. 93 k.k. Zarządzenie takie nie może być wydane po upływie pięciu lat od zwolnienia z zakładu lub leczenia ambulatoryjnego.

Zgodnie z § 2 art. 95a k.k. w okresie sześciu miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary sąd ustala potrzebę i sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1, oraz sposób wykonania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1a. Ustawodawca przesądził tu, że orzeczenie środka zabezpieczającego z art. 95a § 1a k.k. (obligatoryjne umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub skierowanie do leczenia ambulatoryjnego) następuje bez konieczności ustalenia przez sąd potrzeby jego stosowania. Przyjął on tym samym pewną fikcję prawną, zgodnie z którą w stosunku do każdego sprawcy czynu zabronionego określonego w art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 k.k., popełnionego związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, zachodzi potrzeba wykonania orzeczonego środka.

Omawiany środek zabezpieczający stosowany jest po odbyciu przez skazanego kary pozbawienia wolności. Należy więc przyjąć, że ma on charakter postpenalnego środka zabezpieczającego²⁸. Na temat charakteru przyjętego w art. 95a k.k. rozwiązania wypowiada się J. Warylewski, który podnosi wątpliwości, czy wprowadzony ustawą z dnia 27 lipca 2005 r.²⁹ art. 95a k.k., umożliwiający umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym lub skierowanie go na leczenie ambulatoryjne, określa środek zabezpieczający (na co wskazywałoby umieszczenie go w rozdz. X k.k.), czy też nowy rodzaj kary, polegający w swojej istocie na faktycznym pozbawieniu wolności, i to w dodatku na czas z góry nieoznaczony³⁰.

Problem ten chcę w tym miejscu jedynie zasygnalizować, ponieważ ze względu na jego doniosłość, wymaga on głębszej analizy w odrębnym opracowaniu.

²⁸ *Ibidem*, s. 551.

²⁹ Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 2005 r. Nr 163, poz. 1363.

³⁰ J. Warylewski, *Reakcja karna...*, s. 38.

Wymagającą rozważenia kwestią w związku z art. 95a k.k. jest propozycja, by leczenie można było stosować w czasie odbywania kary pozbawienia wolności. Leczenie sprawców przestępstw seksualnych w ramach wykonywania orzeczonego przez sąd środka zabezpieczającego w czasie wykonywania kary pozbawienia wolności jest stosowane na przykład w Czechach³¹. Przyjęta w Polsce regulacja wskazuje, że środek zabezpieczający orzeczony na podstawie art. 95a k.k. może być wykonywany tylko po odbyciu kary pozbawienia wolności³². Osoby skazane na karę pozbawienia wolności za czyny zabronione z art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, zgodnie z art. 96 k.k.w.³³ odbywają tę karę w systemie terapeutycznym³⁴. Według informacji uzyskanych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej program oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw seksualnych w 2009 r. realizowany był zaledwie w 7 z pośród 22 oddziałów terapeutycznych. Są to oddziały terapeutyczne w: Zakładzie Karnym w Oleśnicy, Zakładzie nr 2 w Łodzi, Areszcie Śledczym w Starogardzie Gdańskim oraz zakładach karnych w Sztumie, Rawiczu, Rzeszowie i Goleniowie³⁵. W doktrynie podnoszone są wątpliwości co do skuteczności stosowania tego systemu terapeutycznego w Polsce³⁶. Główne mankamenty tego systemu to mała liczba miejsc na oddziałach terapeutycznych, niedobory wyspecjalizowanej kadry oraz ograniczenia dotyczące indywidualnych programów terapeutycznych³⁷.

W obowiązującym stanie prawnym sprawca, w stosunku do którego wykonana została kara pozbawienia wolności, może więc faktycznie zostać ponownie pozbawiony wolności przez skierowanie go do zakładu zamkniętego na leczenie farmakologiczne lub psychoterapię, a czas stosowania tego środka nie jest z góry określony.

Jak wspomniałem wcześniej, omawiany środek zabezpieczający nie ma na celu wyleczenia sprawcy, a jedynie obniżenie jego popędu seksualnego. Jeżeli na przykład przeprowadzone na sprawcy badania wykazały, że na skutek

³¹ R. Musidłowski, J. Nawój, *Postępowanie ze sprawcami przestępstw seksualnych w Czechach*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2002, nr 34–35, s. 170.

³² Opinia Biura Analiz Sejmowych do projektu ustawy..., s. 6.

³³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.

³⁴ Odbywanie kary w tym systemie możliwe jest także na podstawie art. 76 § 1 pkt 2 k.k.w., art. 117 k.k.w., art. 62 k.k.

³⁵ Informacje własne, uzyskane w rozmowie telefonicznej z Zespołem Komunikacji Społecznej i Wewnętrznej Centralnego Zarządu Służby więziennej 9 czerwca 2010 r.

³⁶ J. Warylewski, *Reakcja karna...*, s. 40; A. Kwieciński, *op. cit.*, s. 112.

³⁷ J. Warylewski, *Reakcja karna...*, s. 40.

zaprzestania stosowania takiego środka będzie nadal stwarzał zagrożenie dla społeczeństwa związane z prawdopodobieństwem popełnienia przestępstw przeciwko wolności seksualnej, potrzeba jego internacji będzie trwała do końca jego życia.

Najwięcej kontrowersji w zakresie omawianej nowelizacji art. 95a k.k. wzbudziła kwestia tzw. przymusowego leczenia sprawców przestępstw seksualnych. Co do zasady, stosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym albo skierowania na leczenie ambulatoryjne zależy od uznania sądu (art. 95a § 1 k.k.). Jeżeli sąd orzeknie, że sprawca ma się poddać terapii farmakologicznej lub psychoterapii, to zgoda sprawcy na taką terapię nie jest potrzebna. Jeżeli sprawca dopuścił się przestępstwa przeciwko wolności seksualnej, popełnionego w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, określonego w art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 k.k., sąd orzeka obligatoryjnie umieszczenie takiego sprawcy w zakładzie zamkniętym lub kieruje go na leczenie ambulatoryjne. Każdy sprawca, który z powodu zaburzeń preferencji seksualnych dopuścił się zgwałcenia osoby małoletniej poniżej 15. roku życia lub w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, musi zostać, po odbyciu kary pozbawienia wolności, umieszczony w zakładzie zamkniętym albo skierowany na leczenie ambulatoryjne w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej (kastacja chemiczna) lub psychoterapii. Rozwiązanie takie budzi poważne wątpliwości.

W demokratycznym państwie prawa elementem każdego zabiegu medycznego jest uprzednia zgoda wyrażona przez dysponenta dobrem. Naruszenie wymogu zgody usprawiedliwione jest tylko wyjątkowo i wyłącznie w przypadkach wskazanych w ustawie³⁸. Brak konieczności uzyskania zgody podyktowany jest zazwyczaj ochroną życia lub zdrowia dysponenta dobrem. Wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta jest czynem zabronionym określonym w art. 192 k.k. Ponadto dokonanie jakiegokolwiek zabiegu terapeutycznego bez zgody dysponenta dobrem jest naruszeniem konstytucyjnego prawa do prywatności jednostki, gwarantowanego w art. 47 Konstytucji RP³⁹. Każdej jednostce przysługuje sfera, w obrębie której – korzystając z prawa do prywatności

³⁸ Zob. np.: ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570; ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 437; ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, Dz.U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.; ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485.

³⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.

– kreuje ona własną osobowość, decyduje o sprawach osobistych – fizycznych i psychicznych – wtedy, gdy sobie tego życzy⁴⁰. Dlaczego mamy więc wbrew woli danej osoby zmieniać jej preferencje seksualne, które ktoś uznał za zaburzone? Europejski Trybunał Praw Człowieka zauważa ponadto, że „więźniowie nie tracą swych praw w wyniku skazania i wydania wyroku skazującego i w dalszym ciągu cieszą się podstawowymi prawami i wolnościami gwarantowanymi na podstawie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka⁴¹, w tym prawa do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego [...]”⁴², o którym mowa w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (EKPCz). Regulacja przyjęta w art. 95a k.k. ingeruje więc dość głęboko w prawo do prywatności. Art. 95a § 1a k.k. pozostaje także w kolizji z konstytucyjnym prawem do wolności osobistej (art. 41 Konstytucji RP). Przepis ten stanowi, że każdemu zapewnia się nietykalność i wolność osobistą, a pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie. Z kolei zgodnie z art. 5 ust. 1e EKPCz nikt nie może być pozbawiony wolności z wyjątkiem zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerszeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umysłowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi⁴³. Osoba, o której mowa w art. 95a k.k., nie może być uznana za osobę chorą umysłowo, ponieważ w stosunku do takich osób ma zastosowanie środek zabezpieczający z art. 94 k.k., o czym wprost możemy przeczytać w uzasadnieniu do projektu ustawy. W takim ujęciu tego problemu umieszczenie w zakładzie zamkniętym w celu zastosowania terapii farmakologicznej lub psychoterapii jest naruszeniem prawa do wolności osobistej.

Przepis ten narusza także zasadę proporcjonalności określoną w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Każdorazowe popełnienie jednego ze wskazanych w art. 95a § 1a k.k. czynów będzie zawsze skutkowało orzeczeniem tego środ-

⁴⁰ Opinia Biura Analiz Sejmowych do projektu ustawy..., s. 7.

⁴¹ Europejska konwencja praw człowieka i podstawowych wolności uchwalona 10 grudnia 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

⁴² Art. 8 EKPCz głosi, że „Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”, zob. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 18 kwietnia 2006 r. w sprawie Dickson v. Wielka Brytania, LEX nr 177661.

⁴³ W decyzji Komisji z dnia 18 maja 1984 r. stwierdzono, że unormowanie art. 5 ust. 1 lit. e EKPCz może mieć zastosowanie do prewencyjnego pozbawienia wolności orzeczonego przez sędziego na czas nieokreślony jednocześnie z karą pozbawienia wolności, ale tylko wobec osoby „chorej umysłowo”, Decyzja z 18 maja 1984 r. w sprawie M. v. Niemcy, skarga nr 10272/83, za: M.A. Nowicki, *Europejska Konwencja Praw Człowieka. Wybór orzecznictwa*, C.H. Beck, Warszawa 1999, s. 90 [za:] Opinia Biura Analiz Sejmowych do projektu ustawy..., s. 11.

ka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy w zakładzie zamkniętym lub skierowania go na leczenie ambulatoryjne. Niezależnie od stopnia niebezpieczeństwa, jakie może stwarzać sprawca pozostający na wolności, sąd i tak musi zastosować wobec niego omawiany środek. Jak była o tym mowa powyżej, sąd nie musi także sprawdzać, czy zachodzi potrzeba wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w art. 95a § 1a k.k. Zgodnie z zasadą proporcjonalności na zasadzie *ultima ratio* opiera się nie tylko stosowanie kary pozbawienia wolności, ale także stosowanie środków zabezpieczających, gdy zmierzają one do ograniczenia wolności jednostki⁴⁴.

Art. 95a § 1a k.k. godzi także w jedną z naczelných zasad prawa karnego, którą jest zasada humanitaryzmu określona w art. 3 k.k. Zgodnie z tą zasadą nie powinno się stanowić kar oraz innych środków uwłaczających ludzkiej godności⁴⁵. Zasada ta związana jest z konstytucyjnymi zasadami poszanowania godności (art. 30 Konstytucji RP) oraz zakazem poddawania torturom, okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu (40 Konstytucji RP). Przymusowe leczenie terapeutyczne w zakładzie zamkniętym lub w warunkach ambulatoryjnych po odbyciu kary pozbawienia wolności może być uznane za nieludzkie i poniżające traktowanie, ponieważ istotą leczenia jest znacząca ingerencja medyczna w psychikę sprawców, którzy nie są uznani za osoby niepoczytalne⁴⁶. Ustawodawca podaje w uzasadnieniu, że przymusowe umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub leczenie ambulatoryjne podyktowane są ochroną społeczeństwa przed stwarzającym zagrożenie sprawcą oraz potrzebą poprawienia stanu zdrowia sprawcy. Tymczasem głównym celem podawania leków mających jedynie obniżyć popęd seksualny (takich jak Depo-Provera czy Androcur) nie jest wyleczenie sprawcy. Może na to wskazywać także samo brzmienie art. 95 § 1 k.k., który posługuje się zwrotem „w szczególności poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego”.

Terapia farmakologiczna, czyli tzw. kastracja chemiczna, polega na podawaniu sprawcy leków mających obniżyć lub prawie całkowicie zlikwidować jego popęd seksualny. Najczęściej stosowanymi lekami są obecnie suplementowane środkami antydepresyjnymi antyandrogeny, które zmniejszają wydzielanie testosteronu i hamują jego wpływ na wszystkie narządy. Miesięczny koszt stosowania preparatu dla jednej osoby to około 200 dolarów amerykańskich⁴⁷. Lek podawany jest w postaci tabletek lub zastrzyków.

Kodeks karny stanowi, że terapii farmakologicznej nie stosuje się, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia

⁴⁴ Zob. wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie *Hutchison Reid v. Wielka Brytania*, LEX nr 78078.

⁴⁵ J. Warylewski, *Kastracja...*, s. 18.

⁴⁶ Opinia Biura Analiz Sejmowych do projektu ustawy..., s. 15.

⁴⁷ J. Warylewski, *Kastracja...*, s. 18.

skazanego. Przepis ten dotyczy jednak tylko środka polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym, a nie na skierowaniu go na leczenie ambulatoryjne. Regulacja ta wzbudza poważne kontrowersję, ponieważ wyłączenie terapii farmakologicznej ma zastosowanie jedynie w przypadku fakultatywnego orzeczenia tego środka (art. 95a § 1 k.k. *in fine*); nie ma natomiast, jak się wydaje, zastosowania w przypadku obligatoryjnego jego orzekania (art. 95a § 2 k.k.). Co więc należy zrobić w sytuacji, w której sprawca czynu zabronionego określonego w art. 197 § 3 pkt 2 lub 3 k.k. nie może być poddany terapii farmakologicznej, ponieważ może ona zagrażać jego życiu lub zdrowiu? W takim wypadku sąd może orzec psychoterapię. Skuteczna psychoterapia wymaga jednak współpracy pomiędzy skazanym a psychoterapeutą. Jeżeli zaś skazany, co zostanie na przykład potwierdzone w opinii biegłych, nie nadaje się do skutecznego poddania go procesowi psychoterapii, to rodzi się kolejny problem. Co w takiej sytuacji ma zrobić sąd, który zgodnie z przepisami musi zastosować w stosunku do sprawcy jedną ze wskazanych terapii? Czy należy stosować psychoterapię, która przykładowo z powodu braku chęci współpracy ze strony sprawcy skazana jest od samego początku na niepowodzenie? Czy może sąd ma orzec stosowanie terapii farmakologicznej, która stwarza realne zagrożenie dla zdrowia lub życia sprawcy? Komentowany przepis wymaga więc w tym zakresie doprecyzowania, a ustawodawca powinien na przykład określić w przepisie wprost, że wyłączenie stosowania terapii farmakologicznej ma zastosowanie do wszystkich sprawców przestępstw seksualnych, zarówno tych określonych w § 1, jak i 1a art. 95 k.k.

Na pełne uznanie zasługuje przepis art. 95a § 2a k.k., uprawniający sąd do orzeczenia zmiany sposobu wykonywania środka zabezpieczającego określonego w § 1 lub § 1a art. 95a k.k. Sąd może więc dokonać zmiany sposobu wykonywania orzeczonego środka: z leczenia ambulatoryjnego na umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub z umieszczenia w zakładzie zamkniętym na leczenie ambulatoryjne. W § 2 art. 95a k.k. wprowadzono obowiązek sądu, polegający na zarządzeniu umieszczenia sprawcy w zakładzie zamkniętym, jeżeli uchyla się on od leczenia ambulatoryjnego. Przepis ten ma zastosowanie zarówno w przypadku fakultatywnego, jak i obligatoryjnego orzeczenia leczenia ambulatoryjnego.

Przymusowe leczenie w zakładach zamkniętych będzie się odbywać w specjalnie do tego celu przygotowanych oddziałach zakładów psychiatrycznych. W niespełna tydzień po wejściu w życie omawianego przepisu brak jest jakiegokolwiek zakładu zamkniętego przystosowanego do wykonywania tego środka. Specyfika zaburzeń preferencji seksualnych wymaga, żeby osoby, które je przejawiają, pozostawały pod opieką specjalistów do końca życia. W tym celu niezbędne jest utworzenie sieci poradni seksuologicznych, w których mogłyby one w każdej chwili zasięgnąć pomocy wykwalifikowanych specjalistów.

Wprowadzona do kodeksu karnego instytucja kastracji chemicznej budzi wiele wskazanych powyżej kontrowersji. Sama próba dążenia do obniżania popędu seksualnego sprawców przestępstw seksualnych zasługuje z pewnością na uznanie. Czy ta regulacja może jednak zostać zaakceptowana w obecnej formie? Ustawodawca chciał wprowadzić narzędzie do walki z przestępcami seksualnymi, ale wydaje się, że przy jego tworzeniu posunął się za daleko. Przymusowa kastracja ingeruje, jak się wydaje, bardzo głęboko w sferę praw i wolności jednostki, przy jednoczesnym braku racjonalnego uzasadnienia takiej ingerencji. Stosowanie tego środka zabezpieczającego powinno się odbywać w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności, zgodnie z ideologią środków izolacyjno-zabezpieczających⁴⁸.

Bibliografia

- Atlas przestępczości w Polsce 4*, red. A. Siemaszko, Oficyna Naukowa, Warszawa 2009.
- Ćwiakalski Z., [w:] G. Bogdan *et al.*, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, t. 1, red. A. Zoll, Zakamycze, Kraków 2004.
- Ćwiakalski Z., [w:] A. Barczak-Oplustil *et al.*, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, t. 2, red. A. Zoll, Zakamycze, Kraków 2006.
- Darmorost-Sierocińska E., *Kierunek zmian prawa karnego materialnego w zakresie zwalczania przestępczości na tle zaburzeń seksualnych*, „Jurysta” 2009, nr 3–4.
- Gardocki L., *Prawo karne*, wyd. 13, C.H. Beck, Warszawa 2007.
- Hofmański P., Paprzycki L., [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. O. Górniok, LexisNexis, Warszawa 2006.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*, <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>, dostęp: 9 czerwca 2010.
- Kwieciński A., *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Kolonia, Wrocław 2009.
- Malec J., *Problemy związane ze środkiem zabezpieczającym wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 50.
- Ministerstwo Sprawiedliwości. Centralny Zarząd Służby Więziennej, *Kwartalna informacja statystyczna za I kwartał 2010 r.*, tabela 2, <http://sw.gov.pl/Data/Files/kunickim/statystyki/kwartalne/1-kw-2010.pdf>, dostęp: 10 czerwca 2010.
- Musidlowski R., Nawój J., *Postępowanie ze sprawcami przestępstw seksualnych w Czechach*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2002, nr 34–35.

⁴⁸ E. Darmorost-Sierocińska, *op. cit.*, s. 26.

- Nawój J., *Budowanie polskiego modelu oddziaływania na przestępców seksualnych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 51.
- Nowicki M.A., *Europejska Konwencja Praw Człowieka. Wybór orzecznictwa*, C.H. Beck, Warszawa 1999.
- Opinia Biura Analiz Sejmowych do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji – druk Nr 1276, z dnia 9 stycznia 2009 r.
- Pospiszyl K., *Powrotność do przestępstw seksualnych (ocena ryzyka i sposoby zabezpieczeń)*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2001, nr 32–33.
- Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (197–205)*, http://statystyka.policja.pl/portal/st/1108/63496/Zgwalcenie_art_197.html, dostęp: 10 czerwca 2010.
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji – druk Nr 1276, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruk/1276>, dostęp: 10 czerwca 2010.
- Warylewski J., *Kastracja jako środek ograniczenia przestępczości seksualnej*, „Jurysta” 2003, nr 6.
- Warylewski J., *Komentarz do rozdz. XXV k.k. Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności*, [w:] *Kodeks karny. Część szczególna*, t. 1, *Komentarz do artykułów 117–221*, red. A. Wąsek, wyd. 3, C.H. Beck, Warszawa 2006.
- Warylewski J., *Reakcja karna na przestępstwa seksualne*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2007, nr 54.
- Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne. Część ogólna. Podręcznik*, Znak, Kraków 2010.
- <http://orka.sejm.gov.pl>.
- <http://sw.gov.pl>.
- <http://www.policja.pl>.

Akty prawne

- Europejska konwencja praw człowieka i podstawowych wolności uchwalona 10 grudnia 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 437.

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, Dz.U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 2005 r. Nr 163, poz. 1363.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570
- Ustawa z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy, oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2009 r. Nr 206, poz. 1589.

Summary

Compulsory Treatment of Perpetrators of Crimes Committed in Connection with Disorders of Sexual Preference

The article concerns the problem of compulsory treatment of perpetrators of crimes committed in connection with disorders of sexual preferences. Amendments to the Penal Code of November 5, 2009, introduces a new, previously unknown to Polish criminal law precautionary measure, popularly called „chemical castration” (Article 95a of the Criminal Code). This issue became the subject of much discussion of society. In addition to general characteristics of the new penal measure in question will also be discussed the merits of this solution from the perspective of the protection of constitutional rights and freedoms.