

Maciej Tarnawski

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu

Palestra 29/11(335), 75-85

1985

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

łeczna prawa karnego, a mianowicie poręczenie społeczne, z reguły działające na korzyść oskarżonego i składane niekiedy właśnie z jego inicjatywy albo z inicjatywy jego rodziny lub kolegów. Jeżeli tak się to przedstawia, to udział społeczny w procesie karnym mogłaby w pewnym stopniu ożywić znana w innych krajach socjalistycznych instytucja obrońcy społecznego. Obrońca ten nie byłby w stanie wyrećzyć obrony zawodowej, nie groziłoby to więc eliminowaniem tej ostatniej. Interesujące jest to, że w wypadkach udziału przedstawicieli społecznych w postępowaniu karnym — tak przecież rzadkim — dominowało działanie ich w jednym kierunku: na korzyść oskarżonych. Było ono zresztą bardzo ograniczone, bo sprowadzało się przeważnie do pozytywnych charakterystyk oskarżonych i oświadczeń, że zostaną dołożone starania, by oskarżeni nie popełnili ponownie przestępstwa.³⁸

Także krąg podmiotów uprawnionych do desygnowania przedstawicieli społecznych nie powinien być tak wąski jak obecnie. Wreszcie, w celu rozszerzenia pola działalności przedstawiciela społecznego, należałoby przyznać mu pewne uprawnienia już w postępowaniu przygotowawczym, zwłaszcza gdy organizacja złożyła ofertę poręczenia. W innych krajach socjalistycznych niektóre uprawnienia, jak np. do delegowania społecznego oskarżyciela albo społecznego obrońcy, przysługują także kolektywom pracowniczym. To też jest problem do przemyślenia.

³⁸ W. Daszkiewicz: Głosa do wyroku Sądu Najwyższego z 25.X.1976 r. R.w 408/76, „Nowe Prawo” 1977, nr 7—8, s. 1163—1167.

MACIEJ TARNAWSKI

LECZENIE ODWYKOWE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

W opracowaniu skoncentrowano się na analizie oraz ocenie aktualnego stanu ustawodawstwa polskiego w zakresie leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu, mając na uwadze przepisy prawa karnego oraz ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Jak podkreślają autorzy programu usprawnienia lecznictwa odwykowego, liczbę osób uzależnionych od alkoholu w Polsce szacuje się obecnie na 600 do 900 tysięcy. Tylko 15 do 20 procent tej zbiorowości objęte jest opieką lecznictwa odwykowego.¹

W tym opracowaniu skoncentrujemy się na analizie oraz wstępnej ocenie aktualnego stanu ustawodawstwa polskiego w zakresie leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu, mając na uwadze przede wszystkim przepisy prawa karnego.

Przepisy prawne regulujące podstawy i przesłanki do leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu nie mają charakteru jednolitego, a nawet można stwierdzić, że są one niejako hybrydowe. Jedna grupa przepisów ma charakter wyraźnie prawnokarny, druga zaś (przynajmniej w założeniu) charakter prawnoleczniczy.

I. Przepisy prawa karnego przewidują możliwość stosowania leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu w wielu wypadkach. Wiąże się to zapewne z przyjmowanym powszechnie w kryminologii twierdzeniem o istnieniu związku między alkoholizowaniem się a przestępczością. Związek ten jest różnorodny, jeśli

¹ A. Żmudzki, J. Morawski, A. Szcześ: Program usprawnienia lecznictwa odwykowego, PR. Alk. 1982 nr 12, s. 11.

chodzi o rodzaje przestępstw, a także gdy chodzi o rodzaj tego powiązania. Największe powiązanie między alkoholizowaniem się a przestępczością występuje wtedy, gdy przedmiotem przestępstw są: bójki i pobicia, naruszanie nietykalności cielesnej, znieważenie lub czynna napaść na funkcjonariuszy publicznych, znęcanie się nad członkami rodziny, napady rabunkowe.² Jak podkreśla się w „Raporcie o problemach polityki w zakresie alkoholu”, alkohol odgrywa istotną rolę w przestępczości, co przejawia się w popełnianiu przestępstw przez osoby będące pod wpływem alkoholu, we współwystępowaniu nadużywania alkoholu z procesami wykojenia przestępnego, w popełnianiu przestępstw w wyniku psychodegradacji alkoholowej.³ Inaczej mówiąc, wpływ alkoholu na zachowanie się przestępne może być trojaki:

— bezpośredni, kiedy sprawca znajduje się *tempore criminis* pod wpływem spożytego alkoholu;

— pośredni, kiedy sprawca nie znajduje się w chwili czynu pod wpływem alkoholu, jednakże wskutek jego długotrwałego używania stał się osobą uzależnioną, co z kolei może być połączone z wystąpieniem psychodegradacji alkoholowej;

— kombinowany, kiedy na zachowanie się sprawcy wywiera wpływ zarówno uzależnienie od alkoholu, jak i fakt znajdowania się, w chwili czynu, pod wpływem użytego alkoholu.

Z faktu, że podstawą orzeczenia o leczeniu odwykowym osób uzależnionych od alkoholu są w omawianych obecnie wypadkach przepisy prawa karnego, wynikają dwie konsekwencje.

Po pierwsze, orzeczenie w sprawie leczenia musi być związane z faktem popełnienia przestępstwa (czynu zabronionego) przez osobę uzależnioną od alkoholu (co więcej, niejednokrotnie istnieje związek pomiędzy tym uzależnieniem a popełnieniem przestępstwa).

Po drugie, leczenie to ma charakter przymusowy, co najmniej w sensie nałożenia obowiązku leczenia. Niewykonanie tego obowiązku może powodować dla osoby zobowiązanej do leczenia daleko idące konsekwencje prawne.

Podkreślić jednak należy, że we wszystkich wypadkach, w których na podstawie przepisów prawa karnego przewidziana jest możliwość orzeczenia o leczeniu odwykowym, kładzie się przede wszystkim nacisk na moment leczniczy, celem naczelnym jest tu leczenie osób uzależnionych od alkoholu. Nie zmienia to faktu, że leczenie związane jest ze stosowaniem (możliwością) różnorodnych środków przymusu.

W obowiązującym obecnie stanie prawnym można wyróżnić trzy grupy środków związanych z przymusowym leczeniem osób uzależnionych od alkoholu. Są nimi:

- 1) lecznicze środki probacyjne,
- 2) lecznicze środki zabezpieczające,
- 3) lecznicze środki penitencjarne.

Ad 1. Pojęcie środków probacyjnych nie jest jednoznacznie i jednolicie rozumiane. Na użytek tych rozważań można przyjąć, że są to środki, których rola sprowadza się do nałożenia na sprawcę przestępstwa obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu z zagrożeniem ujemnymi konsekwencjami prawnokarnymi w razie niezastosowania się do poleceń sądu w tym zakresie.

Kodeks karny z 1969 roku możliwość orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu

² Por. A. Ratajczak: Alkoholizm i przestępczość, SKKiP 1975 nr 2, s. 123—133; I. Wald, T. Kulisiewicz, J. Morawski, A. Bogusławski: Raport o problemach polityki w zakresie alkoholu, Warszawa 1981, s. 36; S. Szelhaus: Znaczenie nadużywania alkoholu i alkoholizm w genezie przestępczości w Polsce, praca zbiorowa pod red. J. Jasińskiego, Wrocław—Warszawa—Kraków—Gdańsk 1978, s. 243 i nast.

³ Op. cit., s. 36.

odwykowemu przez sprawcę uzależnionego od alkoholu przewidział w trzech sytuacjach:

- a) na mocy art. 63 § 3 pkt 5
- b) na mocy art. 75 § 2 pkt 7
- c) na mocy art. 94

Ad a. Zgodnie z tym przepisem sąd, orzekając nadzór ochronny, może (a więc nie musi) nałożyć na skazanego recydywistę polecenie poddania się leczeniu (w tym odwykowemu). Rozwiązanie to znajduje swe uzasadnienie w fakcie istnienia dużego odsetka osób uzależnionych od alkoholu wśród recydywistów (przestępców powrotnych). Jak wynika z badań kryminologicznych,⁴ jednym z istotnych czynników utrudniających przystosowanie społeczne badanych przestępców i mających wpływ na trwałość ich przestępczości było uzależnienie od alkoholu. Prawie 88% badanych piło 3 i więcej razy tygodniowo co najmniej 1/4 l wódki. U przeszło połowy (53%) stwierdzono zespół objawów zaawansowanego uzależnienia od alkoholu, a 21% dotkniętych było psychodegradacją alkoholową.

Konieczność nakładania na recydywistów obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu jest oczywista. Jednakże ciężar spada na fazę wykonania tego obowiązku. Z przytoczonych badań wynika, że wprawdzie 40% recydywistów uzależnionych od alkoholu podejmowało na wolności leczenie przeciwalkoholowe, „porzucali je jednak po kilku wizytach w poradni”.⁵

Trzeba sobie uzmysłowić, że proces leczenia recydywistów uzależnionych od alkoholu jest szczególnie trudny. Są to z reguły osoby, które alkoholizowanie się rozpoczęły we wczesnej młodości, były niejednokrotnie poddawane wieloletniemu, szkodliwemu wpływowi alkoholu. Proces psychodegradacji alkoholowej jest już u nich zaawansowany, stąd też zdolności readaptacyjne często są bardzo ograniczone.

Jeżeli przestępca powrotny uchyla się od wykonania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, to wtedy — zgodnie z art. 64 k.k. — sąd orzeka (a więc musi) umieszczenie go w ośrodku przystosowania społecznego. Pomijając to, że w ostatnich latach ośrodki te były i są zresztą nadal ostro krytykowane w piśmiennictwie (aż do zgłaszania postulatu ich likwidacji), należy stwierdzić, że rozwiązanie zawarte w art. 64 k.k. nie jest zadowalające. Jest ono wyrazem zwiększenia represji wobec recydywistów. Umieszczenie w ośrodku przystosowania społecznego recydywisty uzależnionego od alkoholu tylko do pewnego stopnia zapewnia abstynencję jego od alkoholu. Samo wykonywanie tego środka następuje w warunkach nie pozabawienia, lecz ograniczenia wolności (art. 95 § 1 k.k.w.). Co więcej, umieszczony w ośrodku recydywista może uzyskać zgodę na swobodne poruszanie się w pobliżu ośrodka (art. 100 k.k.w.), co tym samym stwarza możliwość łatwego dostępu do alkoholu. Mankamentem jest brak odpowiednich ośrodków przystosowania społecznego dla recydywistów uzależnionych od alkoholu, wymagających szczególnego, zintensyfikowanego oddziaływania leczniczo-wychowawczego. W literaturze przedmiotu już kilkanaście lat temu wskazywano na celowość umieszczania tej kategorii recydywistów w ośrodkach przystosowania społecznego o szczególnym profilu lekarsko-penitencjarnym na okres co najmniej 2 lat.⁶

⁴ Por. Z. Ostrihańska, B. Szamota: Problematyka kryminologiczna recydywy (w:) Problemy recydywy i drobnej przestępczości w prawie Polski i RFN, Wrocław—Warszawa—Kraków—Gdańsk—Łódź 1984, s. 51.

⁵ Z. Ostrihańska: op. cit., s. 51.

⁶ S. Batawja: Leczenie odwykowe alkoholików według projektu kodeksu karnego, Pr. Alk. 1968 nr 12, s. 6; W. Kotowski: Leczenie odwykowe z wyroków sądowych i realizacja postanowień art. 102 k.k., Pr. Alk. 1971 nr 4, s. 10.

Ad b. Na mocy tego przepisu sąd, zawieszając warunkowo wykonanie kary pozbawienia wolności, może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu odwykowemu. Zdaniem M. Leonieniego,⁷ obowiązek ten musi być nakładany w razie ustalenia związku pomiędzy czynem przestępnym a złym stanem zdrowia sprawcy jako jedną z przyczyn tego czynu. Stanowisko to jest dyskusyjne, albowiem k.k. warunku istnienia wymienionego związku wcale nie stawia. Nie zmienia to oczywiście faktu, że zapewne najczęściej obowiązek ten jest nakładany w wypadkach podanych przez M. Leonieniego. Znacznie ważniejsze jest, by ten środek probacyjny był w praktyce sądowej wykorzystywany. W dotychczasowym orzecznictwie sądowym stwierdza się bardzo rzadkie jego stosowanie.⁸ Istotna jest także kwestia egzekwowania tego obowiązku, kontrola przez sąd tego, czy warunkowo skazany zastosował się do orzeczenia zobowiązującego go do poddania się leczeniu odwykowemu. Nie można bowiem pominąć, że zgodnie z art. 78 § 2 k.k. sąd może zarządzić wykonanie kary pozbawienia wolności między innymi wtedy, gdy skazany uchyla się od nałożonego na niego obowiązku poddania się leczeniu. Z drugiej strony poddanie się leczeniu może być niekiedy skutecznym sposobem eliminowania przyczyny przestępstwa osoby uzależnionej od alkoholu, a ponadto czynnikiem powstrzymującym przed popełnieniem dalszych przestępstw. Słuszny jest postulat M. Leonieniego, by niekiedy z obowiązkiem poddania się leczeniu odwykowemu sąd łączył obowiązek powstrzymania się przez warunkowo skazanego od alkoholu (art. 75 § 2 pkt 6 k.k.). Obserwuje się bowiem wypadki, że sprawca poddając się formalnie leczeniu odwykowemu, faktycznie nadużywa nadal alkoholu.⁹ Wprawdzie cytowany przepis mówi o zobowiązaniu do powstrzymania się od nadużywania alkoholu, jednakże wydaje się, że należałoby tu mówić w wymienionych wypadkach o użyciu alkoholu. Dla osoby uzależnionej od alkoholu podstawowym warunkiem skuteczności jej leczenia jest całkowita abstynencja od alkoholu.

Ad c. Przepis art. 94 k.k. stanowi, że „przepisy art. 75 § 2 i 3 (...) dotyczące (...) nałożenia obowiązków na skazanego (...) stosuje się odpowiednio do warunkowego zwolnienia”.

Ranga tego przepisu jest duża. Jeśli w toku postępowania sądowego zostanie stwierdzony fakt uzależnienia od alkoholu sprawcy przestępstwa i jeżeli zostanie orzeczona bezwzględna kara pozbawienia wolności, to wówczas w pełni uzasadnione jest stosowanie leczenia odwykowego już w trakcie wykonywania tejże kary. Zrozumiałą jest rzeczą, że okres leczenia skazanego w zakładzie karnym może w konkretnym wypadku być niewystarczający; ze względów czysto medycznych celowe jest kontynuowanie tego leczenia w warunkach wolnościowych. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy sąd penitencjarny postanawia zastosować wobec skazanego warunkowe przedterminowe zwolnienie. W literaturze prawa karnego,¹⁰ wyrażony jest trafny pogląd, że w wypadku gdy skazany jest osobą uzależnioną od alkoholu, to regułą powinno być — w razie stosowania warunkowego zwolnienia — orzeczenie poddania się przez zwalnianego leczeniu odwykowemu. Jednocześnie wskazuje się, że można uzależniać stosowanie warunkowego przedterminowego zwolnienia od po-

⁷ M. Leonieni: Warunkowe zawieszenie wykonania kary w polskim prawie karnym, Warszawa 1974, s. 141.

⁸ M. Leonieni: loc. cit. Analogicznie bardzo rzadko ten środek jest stosowany wobec toksykomanów (narkomanów). Por. T. Szewiła: O potrzebie szerszego stosowania środków leczniczo-wychowawczych wobec sprawców przestępstw popełnionych w związku z nadużyciem środków odurzających, NP 1983 nr 7-8, s. 125-128.

⁹ M. Leonieni: op. cit., s. 142 i przytoczone tam wyniki badań praktyki sądowej.

¹⁰ A. Tobis: Zasady orzekania w sprawach o warunkowe zwolnienie, Warszawa 1972, s. 163.

zytywnego stosunku skazanego do konieczności poddania się leczeniu odwykowemu.¹¹

Ad 2. Kodeks karny z 1969 roku przewiduje dwa rodzaje środków zabezpieczających o charakterze leczniczym, zwane także izolacyjno-leczniczymi.¹² Ta druga nazwa jest bardziej adekwatna, uwzględnia bowiem to, że sprawca czynu przestępnego (zabronionego) jest izolowany (w szpitalu psychiatrycznym, w innym odpowiednim zakładzie leczniczym, czy też w zakładzie leczenia odwykowego) oraz że w toku tej izolacji jest poddawany procesowi leczniczemu.

a) Pierwszy środek izolacyjno-leczniczy — to umieszczenie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo innym odpowiednim zakładzie leczniczym.

b) Drugi środek izolacyjno-leczniczy — to umieszczenie sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego.

W obu sytuacjach uwidacznia się prawnokarny charakter tych środków, chodzi bowiem o związek sprawcy z czynem przestępnym (zabronionym).

Ad a. Orzeczenie tego środka może nastąpić na mocy art. 99 k.k. („Jeżeli uznano, że sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności określonej w art. 25 § 1, a jego pozostawanie na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, sąd orzeka umieszczenie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie”) oraz art. 100 § 1 k.k. („Jeżeli nastąpiło skazanie za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 25 § 2, a pozostawanie sprawcy na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, sąd może orzec jego umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym albo w innym odpowiednim zakładzie”).

W wypadku art. 99 k.k. orzeczenie tego środka jest obligatoryjne, a w wypadku art. 100 k.k. fakultatywne.

Wprawdzie przepisy te nie mówią wyraźnie o możliwości orzeczenia tego środka zabezpieczającego wobec osób uzależnionych od alkoholu, jednakże brak jakichkolwiek postanowień kodeksu, które uczyniłyby niemożliwym stosowanie go wobec wymienionej kategorii sprawców.

Ad b. Orzeczenie tego środka może nastąpić na mocy art. 102 k.k. („Jeżeli nastąpiło skazanie za przestępstwo popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed odbyciem kary w zakładzie leczenia odwykowego”). Przepis ten już wyraźnie odnosi się do osób uzależnionych od alkoholu, a ponadto konieczne jest ustalenie związku przyczynowego między uzależnieniem od alkoholu a popełnieniem przestępstwa. Jak trafnie podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 1978 roku II KR 198/78, „związek popełnionego przestępstwa z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego w rozumieniu art. 102 § 1 k.k. zachodzi zarówno wtedy, gdy przestępstwo zostało popełnione — pod wpływem alkoholu lub innego środka odurzającego — przez sprawcę dotkniętego wspomnianym nałogiem, jak i wtedy, gdy nałóg sprawcy przestępstwa jest przyczyną jego popełnienia”.¹³ Wprawdzie umieszczenie sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego ma charakter środka zabezpieczającego, jednakże nie wymaga się do stosowania art. 102 k.k., by ze strony sprawcy groziło poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego. Słusznie odnotował to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 marca 1973 r. I KR

11 S. Ilkowska-Beer: Leczenie alkoholików w zakładzie karnym, Pr.Alk. 1974 nr 1, s. 6.

12 M. Tarnawski: Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające, Pal. 1973, nr 5.

13 OSNPG 1979, nr 4, poz. 61.

411/72 stwierdzając, że „środka zabezpieczającego określonego w art. 100 k.k. nie można utożsamiać ze środkiem zabezpieczającym określonym w art. 102 k.k.”¹⁴

Dużą doniosłość dla praktyki sądowej ma kwestia, czy do orzeczenia środka zabezpieczającego z art. 102 k.k. konieczne jest zasięgnięcie opinii biegłych psychiatrów. Na gruncie przepisów art. 99 i 100 k.k. taka potrzeba jest przyjmowana zarówno przez doktrynę prawa karnego jak i przez orzecznictwo sądowe. M. Cieślak¹⁵ zwraca uwagę — przytaczając liczne wyroki Sądu Najwyższego — że jest rzeczą oczywistą, iż kwestia poczytalności sprawcy w chwili czynu jest zawsze zagadnieniem specjalnym (art. 176 k.p.k.), wymagającym ekspertyzy psychiatrycznej w rozumieniu art. 183 k.p.k. Natomiast zdaniem tego autora okoliczności takie, jak 1) pozostawanie sprawcy na wolności grożące poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, 2) nałogowe używanie środka odurzającego, 3) związek czynu z nałogowym używaniem tego środka, 4) celowość zastosowania środka zabezpieczającego, mają charakter mieszany, co oznacza, że okoliczności te muszą być ustalone przez sąd także na podstawie wszelkich dostępnych dowodów, ale wśród nich nie od zważna jest opinia psychiatryczna.¹⁶

W orzecznictwie Sądu Najwyższego można spotkać wyroki kładące zbyt mały nacisk na opinię psychiatryczną. Na przykład w wyroku z dnia 28 listopada 1973 roku III KR 272/73 Sąd Najwyższy stwierdził: „Orzeczenie o umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym albo innym odpowiednim zakładzie (art. 100 § 1 k.k.) nie jest uwarunkowane stwierdzeniem przez biegłych psychiatrów *expressis verbis*, że pozostawanie sprawcy na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego. Wystarczy, aby okoliczność ta wynikała z całokształtu opinii biegłych. Wówczas sąd na podstawie własnej oceny, ukształtowanej we współdziałaniu biegłych, podejmuje decyzję o potrzebie lub jej braku zastosowania środka zabezpieczającego”.¹⁷

Jeśli chodzi o orzeczenie o środku zabezpieczającym z art. 102 k.k., to Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 25 listopada 1971 roku VI KZP 47/71 uznał, że „wydanie na mocy art. 102 § 1 k.k. orzeczenia o umieszczeniu sprawcy skazanego za przestępstwo popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu lub innego środka odurzającego w zakładzie leczenia odwykowego wymaga uprzedniego zasięgnięcia opinii biegłego”.¹⁸ Rozwinięcie tej tezy z uchwały Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 1971 roku nastąpiło w wyroku SN z dnia 29 marca 1979 roku (V KRN 54/79).¹⁹ W orzeczeniu tym rozważano, czy przeprowadzone w postępowaniu sądowym dowody z zeznań świadków-rodziców oskarżonego, wskazujące bezspornie, że oskarżony pił często alkohol i mimo wezwań z poradni odwykowej nie podjął leczenia, są wystarczające do orzeczenia środka zabezpieczającego z art. 102 k.k. Sąd Najwyższy trafnie uznał, że „dowody te nie mogą stanowić przekonującej podstawy faktycznej do orzeczenia w trybie art. 102 § 1 k.k. umieszczenia oskarżonego w zakładzie leczenia odwykowego, skoro decydującym momen-

¹⁴ OSNKW 1973 nr 10, poz. 126.

¹⁵ M. Cieślak (w:) M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter: Psychiatria w procesie karnym, wyd. 2, Warszawa 1977, s. 128. Por. także M. Tarnawski: Zmniejszona poczytalność sprawcy przestępstwa, Warszawa 1976.

¹⁶ M. Cieślak: op. cit., s. 128—129.

¹⁷ OSNKW 1974, nr 3, poz. 47. Por. wyrok SN z 27.IX.1967 IV KR 145/67, OSNKW 1968, poz. 25.

¹⁸ OSNKW 1972 nr 2, poz. 25. J. Skoczkowski (Artykuł 102 k.k. i problemy jego realizacji w odniesieniu do leczenia odwykowego, NP 1976 nr 7—8, s. 1105) ustalił, że w wielu wypadkach sądy bez zasięgnięcia opinii biegłych psychiatrów orzekały środek zabezpieczający na mocy art. 102 k.k.

¹⁹ OSN PG 1979 nr 8—9, poz. 107.

tem jest wykazanie związku zachodzącego między popełnionymi przestępstwami a nałogowym używaniem alkoholu zarówno w chwili popełnienia czynów, jak i wtedy, gdy nałóg stanowi przyczynę popełnienia przestępstwa".

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia częstości stosowania środka zabezpieczającego na podstawie art. 102 k.k. Zwraca się uwagę, że brak zabezpieczenia organizacyjnego (zbyt mała liczba zakładów leczenia odwykowego) utrudnia stosowanie tego przepisu, więcej nawet — można powiedzieć, że jest ono znikome.²⁰ Jak podkreślają autorzy cytowanego wyżej „Raportu o problemach polityki w zakresie alkoholu” „posiadane miejsca w zakładach leczenia odwykowego pozwalają na objęcie leczeniem jedynie niewielkiego odsetka pacjentów, wobec których orzeczone sądownie przymus leczenia. W niektórych województwach (...) czas oczekiwania na leczenie alkoholików z orzeczonym przymusem leczenia wynosi kilka lat”.²¹

W konsekwencji znaczna liczba skazanych, wobec których zastosowano art. 102 k.k., kierowana jest na oddziały lecznictwa odwykowego szpitali psychiatrycznych,²² co trudno uznać za właściwą praktykę w świetle współczesnych trendów w nauce psychiatrii, zarysowanych chociażby w ustawie z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmu. Pacjenci ci stwarzają największe trudności w leczeniu odwykowym na oddziale szpitalnym, łamią regulaminy szpitalne, oddziałują agresywnie i destrukcyjnie na cały system leczenia. Traktują pobyt w szpitalu psychiatrycznym jako dodatkową karę, co nie przynosi pożądaných efektów terapeutycznych i społecznych.²³

Ad 3. Pojęcie leczniczych środków penitencjarnych ma charakter konwencjonalny. Chodzi tu o zwrócenie uwagi na:

a) leczenie stosowane wobec przestępców dorosłych skazanych na karę pozbawienia wolności (poza wypadkami z art. 102 k.k.) oraz

b) leczenie stosowane wobec nieletnich umieszczonych w zakładach poprawczych lub schroniskach dla nieletnich na mocy ustawy z 26 października 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Ad a. Zgodnie z art. 61 k.k.w., niezależnie od obowiązków określonych przepisami o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, skazany ma ponadto obowiązek poddania się badaniom lekarskim, zabiegom sanitarnym oraz zezwolenemu przez lekarza leczeniu odwykowemu. W razie odmowy można do skazanego zastosować przymus bezpośredni.

Przepis ten został już poddany krytyce²⁴ z tego względu, że o ile o przymusowym leczeniu w wypadkach wymienionych wyżej w punkcie 1 i 2 niniejszego opracowania może decydować wyłącznie sąd, o tyle leczenie zarządzone w trybie art. 61 k.k.w. oparte jest na jednoosobowej decyzji lekarza więziennego, co z punktu widzenia gwarancji praw skazanego uznać należy za niewłaściwe. Konieczność synchronizacji przepisów k.k.w. z ustawą z 26.X.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest oczywista!

²⁰ P. Zakrzewski: Szanse realizacji art. 102 nowego kodeksu karnego a celowość leczenia odwykowego w zakładach karnych, *Alkoholologia* Łódzka 1973 nr 1, s. 87; D. Soszyńska-Ulatowska: Leczenie przeciwalkoholowe w zakładach karnych, *Alkoholologia* Łódzka 1973 nr 1, s. 29—30; I. Wald i inni: Raport (...), op. cit., s. 48.

²¹ I. Wald i inni: Raport (...), op. cit., s. 44; Z. Pięchowiak: Problemy leczenia i resocjalizacji alkoholików, *NP* 1974 nr 3, s. 354.

²² J. Skoczkowski: op. cit., s. 1105.

²³ J. Skoczkowski: loc. cit.

²⁴ M. Tarnawski: Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu (w świetle ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), *NP* 1983 nr 6, s. 39.

S. Paweła wskazuje, że „o zakwalifikowaniu skazanego do leczenia odwykowego decyduje lekarz zakładu karnego w porozumieniu z wychowawcą, a w miarę możliwości również z psychologiem. Objawy nałogowego alkoholizmu stwierdza lekarz na podstawie akt sądowych, badań przedmiotowych, wywiadu chorobowego, obserwacji poczynionych przez personel zakładu oraz innych danych. Jeżeli skazany leczył się poprzednio w poradni przeciwalkoholowej, zakład karny zażąda z tej poradni niezbędnych wyciągów z dokumentacji lekarskiej”.²⁵

Nie zmienia to krytycznej oceny przepisu art. 61 k.k.w. tym bardziej, jeśli się zważy, że istnieje możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wobec skazanego, który odmawia poddania się leczeniu odwykowemu.

Rozwiązanie to pozostaje w całkowitej rozbieżności z założeniami ustawy z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (głównie z art. 21 ust. 1 stanowiącym, że poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne). Oczywiście inna rzecz, czy zasada dobrowolności leczenia nie jest iluzoryczna.

Zgodnie z art. 38 teże ustawy „Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia, określa zasady i tryb postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego”. Minister Sprawiedliwości (odnotować tu należy brak wymaganego przez ustawę porozumienia z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej) wydał takie rozporządzenie z dnia 7 maja 1983 roku (Dz. U. z 1983 r. Nr 25, poz. 113). Zgodnie z § 1 tego rozporządzenia, „w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego (...) prowadzi się leczenie odwykowe oraz profilaktykę przeciwalkoholową. Leczeniem odwykowym w zakładach obejmuje się umieszczone w tych zakładach osoby, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu, zwane dalej «osobami uzależnionymi», a profilaktyką przeciwalkoholową — w miarę potrzeby inne osoby umieszczone w tych zakładach”.

Do leczenia odwykowego w zakładach kieruje się osoby uzależnione, w stosunku do których orzeczony został przez sąd obowiązek poddania się leczeniu, jak również osoby zakwalifikowane do takiego leczenia przez lekarzy tych zakładów, a w szczególności osoby, w stosunku do których w postępowaniu przygotowawczym lub przed sądem opinii biegłych zawierały wskazania do leczenia odwykowego (§ 2 rozporządzenia).

Za szczególnie cenne postanowienia tego rozporządzenia uznać należy te przepisy, które precyzują sposoby leczenia w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego, a także przepisy regulujące zasady współdziałania służby zdrowia więziennictwa z poradniami przeciwalkoholowymi, do których zwolniony z placówki penitencjarnej osobnik powinien trafić na wolność i celu kontynuowania leczenia odwykowego (§ 5—10 rozporządzenia).

Mówiąc o leczeniu odwykowym w placówkach więziennictwa, nie sposób pominąć możliwości szerszego wykorzystania postanowień art. 82 k.k., według którego „sąd może określić rodzaj zakładu karnego, typ rygoru wykonywania kary oraz zarządzać zmiany w stosowaniu metod i środków oddziaływania penitencjarnego”. Chodzi tu o kierowanie — już przez sąd skazujący — osób uzależnionych od alkoholu do zakładów karnych, dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych (art. 39 § 1 pkt 6 k.k.w.).

Badania praktyki sądowej wykazują, że sądy bardzo rzadko korzystają z upraw-

²⁵ S. Paweła: Kodeks karny wykonawczy — Komentarz, Warszawa 1972, s. 220.

nień art. 82 k.k.²⁶ Jak trafnie odnotowano w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 1974 roku II KR 52/74, „jeżeli biegli psychiatrzy stwierdzą pełną poczytalność oskarżonego i nie uznają za celowe poddania go w wyspecjalizowanym zakładzie leczeniu odwykowemu (art. 102 k.k.), to powinni wypowiedzieć się co do potrzeby stosowania do niego środków leczniczo-wychowawczych, o których sąd może orzec w trybie art. 82 k.k.”²⁷

Skazani, u których stwierdzono zespół uzależnienia od alkoholu (a brak przesłanek z art. 102 k.k.), powinni być leczeni w jednej z kilkudziesięciu funkcjonujących w zakładach karnych placówek odwykowych (poradniach lub oddziałach odwykowych).²⁸

Ad b. Jako odrębny wypadek trzeba wymienić obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu osób umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich (art. 37 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Na mocy art. 37 ust. 2 teje ustawy leczenie odwykowe zarządza administracja zakładu lub schroniska w stosunku do małoletniego za zgodą przedstawiciela ustawowego, a w razie jej braku, jak również w stosunku do osoby pełnoletniej — za zezwoleniem sądu wykonującego orzeczenie, wydanym po zasięgnięciu opinii biegłego.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 roku w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu, umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich (Dz. U. z 1983 r. Nr 25, poz. 112) zawiera postanowienia analogiczne do przytoczonego wyżej w punkcie 3a rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego.

Zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 roku, „do leczenia odwykowego w zakładach kieruje się osoby uzależnione, zakwalifikowane do takiego leczenia przez lekarzy tych zakładów”. Regulacja ta jest niezgodna z ustawą z 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. W art. 79 ust. 4 tej ustawy stanowi się wyraźnie, że „jeżeli w toku wykonywania środka wychowawczego lub poprawczego okaże się, że wobec nieletniego należy zastosować środki o charakterze leczniczo-wychowawczym, sąd rodzinny (podkr. moje — M. T.) może orzec umieszczenie nieletniego w odpowiednim zakładzie”. Brak więc w ustawie kompetencji, by o leczeniu nieletniego w tym trybie mogli decydować lekarze zakładów.^{28a}

Możliwości i celowości leczenia odwykowego nieletnich (w rozumieniu § 1 ustawy z 26.X.1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich) nie sposób przecenić. Jest ono w pełni uzasadnione, jeśli zważyć, że początki systematycznego picia alkoholu — jak wynika z badań empirycznych — w 80% przypada na wiek poniżej 21 lat, początki zaś pierwszego stadium uzależnienia od alkoholu występują

²⁶ T. Kolarczyk: Kierowanie skazanych do zakładów karnych dla osób wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych, NP 1983 nr 3, poz. 89.

²⁷ OSNKW 1974 nr 11, poz. 204.

²⁸ T. Kolarczyk: op. cit., s. 93. Por. także: P. Zakrzewski: op. cit., s. 88—89; H. Solska: Leczenie choroby alkoholowej w zakładach karnych, Pr. Alk. 1973 nr 12, s. 7; J. Rościszewski, J. Szczepańska: Struktura organizacyjna oddziałów odwykowych oraz metody leczenia więźniów alkoholików w ZK w Łodzi, Alkoholologia Łódzka 1973 nr 1, s. 17—18.

^{28a} Zwrócił mi na to uwagę prof. dr Marian Cieślak.

u osób w wieku do 25 roku życia.²⁹ Podkreśla się przy tym, że u niektórych nieletnich (młodocianych), którzy wcześniej zaczęli nadużywać alkoholu, przebieg uzależnienia od alkoholu bywa nieraz bardzo szybki i ciężki. Stąd leczenie tej kategorii osób wymaga większych wysiłków i lepszego przygotowania placówek lecznictwa odwykowego do specyfiki wieku pacjentów i poważnych zaburzeń w ich zachowaniu.³⁰

II. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w rozdziale 2 pt. „Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu”, zawiera między innymi cały szereg przepisów w kwestii leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu.

Nie wchodząc w szczególną analizę tych przepisów, co było już przedmiotem innego mojego opracowania,³¹ należy odnotować, że rozwiązania przyjęte w tej ustawie stały się już przedmiotem kontrowersji. Chodzi głównie o kwestię dobrowolności poddania się leczeniu odwykowemu przez osoby uzależnione od alkoholu, która została sformułowana w art. 21 ust. 2 ustawy. Z jednej bowiem strony pojawiły się głosy, że ustawa rzeczywiście opowiada się konsekwentnie za zasadą dobrowolności poddania się leczeniu. Zdaniem A. Ratajczaka, „zastąpienie przymusu możliwością zobowiązania pewnej kategorii osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu nie jest tylko użyciem innego terminu w odniesieniu do tego samego sposobu postępowania z osobami uzależnionymi od alkoholu, które mimo oczywistej społecznie uzasadnionej potrzeby leczeniu dobrowolnie nie chcą się poddać, ale niesie w sobie odmienny od dotychczasowego model postępowania i leczenia tych osób. Położenie akcentu na obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, a nie na sposób egzekwowania tego obowiązku w postaci możliwości zastosowania przymusu pośredniego lub bezpośredniego, jest istotną zmianą w stosunku do dotychczasowego podejścia do osób poddanych wbrew ich woli leczeniu odwykowemu”.³² Z drugiej natomiast strony wyrażono pogląd, że zasada dobrowolności poddania się leczeniu odwykowemu, wymieniona w ustawie z 26.X.1982 roku pozostała czystą deklaracją. Według M. Safjana „analiza przesłanek zaproponowanych w projekcie (ustawy z 1982 r. — dop. mój M.T.) bynajmniej nie wskazuje na to, że zakres sytuacji, w których może być zastosowany przymus leczenia odwykowego, ulega zawężeniu w porównaniu ze stanem dotychczasowym (...). Ustawa powinna konsekwentnie wprowadzać zasadę leczenia dobrowolnego, a nie tylko ją deklarować. Przymus leczenia należałoby ograniczyć wyłącznie do osób objętych postępowaniem karnym (...) oraz osób ubezwłasnowolnionych całkowicie w związku z uzależnieniem od alkoholu”.³³

Oczywiście uważam, że pomimo sformułowania w art. 21 ust. 2 cyt. ustawy zasady dobrowolności poddania się leczeniu, już w samej ustawie znalazły się

²⁹ S. Batawiał: O znaczeniu wczesnego rozpoznawania początków alkoholizmu, Pr. Alk. 1971 nr 12, s. 4; tenże: Młodociani alkoholicy skierowani na przymusowe leczenie (w:) Zagadnienie nieprzystosowania i przestępczości w Polsce (...), op. cit., s. 213. D. Wójcik podaje wypadki alkoholizowania się dzieci w wieku 9—15 lat: Rozmiary alkoholizowania się dziewcząt ze szkół podstawowych w Warszawie, Problemy Kryminologiczne Wielkopolski 1979 nr 3, s. 371 i nast.

³⁰ S. Batawiał: Młodociani alkoholicy skierowani na przymusowe leczenie, PiP 1975 nr 12, s. 52.

³¹ M. Tarnawski: Postępowanie (...), op. cit., s. 38—45.

³² A. Ratajczak: Dobrowolność i obowiązek zamiast przymusu w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu (na marginesie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (w:) Księga Pamiątkowa ku czci W. Gutenkunsta (w druku).

³³ M. Safjan: O przymusie leczenia odwykowego, Pr. Alk. 1982 nr 10, s. 5.

przepisy o przymusie tak w zakresie postępowania wobec osób podejrzanych o uzależnienie od alkoholu, jak i w zakresie samego już leczenia osób, co do których orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu. Zakres zaś odstępstw od zasady dobrowolności przewidziany w innych aktach prawnych jest tak szeroki, że ta zasada staje się *de facto* iluzoryczna.³⁴

³⁴ Szerzej o tym: M. Tarnawski, *Postępowanie (...)*, op. cit., s. 38–45.

ANDRZEJ REDELBACH

PRAWO DO ŻYCIA I JEGO ZAGROŻENIA

Autor przedstawia w artykule najbardziej fundamentalny element katalogów praw człowieka. Analizie poddano regulację normatywną prawa do życia w prawie międzynarodowym i w kontekście prawa wewnętrznego.

Prawo do życia stanowi bez wątpliwości jedno z podstawowych i najistotniejszych praw w Katalogach praw człowieka. Geneza owego prawa w nowoczesnym rozumieniu wiąże się z przełomem XVII i XVIII wieku, z okresem krystalizowania się koncepcji praw człowieka, opartej na prawie natury i na założeniu, że każda jednostka ludzka jest dysponentem określonej liczby przyrodzonych jej praw.

Na arenie międzynarodowej prawo do życia wymienia Deklaracja Powszechna Praw Człowieka (art. 3). Prawo to znajduje swój bardziej rozwinięty wyraz w wielu regulacjach, jakimi są: Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 6), Europejska Konwencja Praw Człowieka (art. 2), Amerykańska Konwencja Praw Człowieka (art. 4), Afrykańska Karta Praw Człowieka (art. 4) oraz Islamska Deklaracja Praw Człowieka (art. 1).¹

Regulacje prawa do życia w systemach prawa wewnętrznego różnią się między sobą i w zależności od założeń przyjętych przez legislatorów może w nich wystąpić jedno z trzech rozwiązań: 1) rezygnacja z regulacji konstytucyjnej prawa do życia, oparta na uznaniu, że nienaruszalność owego prawa właściwa jest każdemu cywilizowanemu społeczeństwu (np. Polska), 2) proklamacja omawianego prawa w konstytucji będąca wynikiem dostrzeżenia jego zasadniczego zagrożenia w czasie II wojny światowej (np. RFN), 3) ograniczenie się w konstytucji do wskazania zespołu środków służących ochronie prawa do życia (np. ZSRR).

Przez długi czas na ujęcie normatywne prawa do życia wywierał wpływ punkt widzenia prawnonaturalny. Prawo to miało formować swoistą, ochronną barierę wokół obywatela, której państwo nie powinno przekraczać. W rezultacie nie budzi wątpliwości to, że powyższe prawo zostało proklamowane jako klasyczna „negatywna wolność”. Jakkolwiek nie tylko doktryny liberalne, dla których charakterystyczne jest przedstawione ujęcie prawa do życia, rozpatrywały i rozpatrują władzę państwową jako szczególnie niebezpieczną dla samej istoty ludzkiej egzystencji. W szczególności II wojna światowa zwróciła uwagę społeczności międzynarodowej

¹ Por. szerzej: A. Redelbach: *Protection of the Right to Life by Law and by other means* (w:) *The Right to Life*, red. B.G. Ramcharan, Haga 1985, ss. 182–220.