

Wprowadzenie art. 70a do obowiązującego ustawodawstwa miało określony cel. Chodziło mianowicie o zwiększenie częstotliwości stosowania art. 72 i art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Artykuły te przewidują możliwość zawieszenia postępowania karnego wobec oskarżonego uzależnionego od narkotyków lub używającego tych substancji szkodliwie, który popełnił przestępstwo związane z używaniem narkotyków zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 5.

ART. 70A USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII I JEGO ZNACZENIE DLA POSTĘPOWANIA KARNEGO I LECZENIA UŻYTKOWNIKA NARKOTYKÓW

*Krzysztof Grabowski, Małgorzata Pawłowska, Ewa Wymazała
MONAR Kraków*

Związek między narkotykami a przestępczością zawsze był przedmiotem zainteresowania kryminologów. Jedni w narkotykach dostrzegali przyczynę przestępczości, inni twierdzili, że w tych substancjach nie ma niczego, co prowadziłoby do łamania prawa. Osobną kwestią jest status prawny narkotyków, które zasadniczo na całym świecie pozostają nielegalne. Trudno definitywnie określić kryminogenność narkotyków. Niewątpliwie jednak znaczna część sprawców przestępstw narkotykowych, to osoby używające narkotyków. Obecnie obowiązujące prawo zawiera przepisy umożliwiające wszechstronną diagnozę tych sprawców przestępstw¹.

Przepisy prawa regulujące diagnozę sprawców przestępstw

Podstawę prawną takiej diagnozy stanowi art. 70a ust. 1 Ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii². Przepis ten nakłada na prokuraturę lub sąd obowiązek zarządzenia zebrania przez specjalistę terapii uzależnień informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Szczegóły zbierania informacji przez specjalistę terapii uzależnień określa wydane na podstawie art. 70a ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych³. W tym

miejscu nie jest zasadne przytaczanie treści przepisów zawartych w rozporządzeniu. Warto jednak skupić się na kilku kwestiach niewynikających bezpośrednio z ich treści.

Przede wszystkim uwagę zwraca rozbudowanie kwestionariusza zebrania informacji. Kwestionariusz wymaga zebrania informacji w sprawach m.in. socjalno-bytowych (bezdomność, rodzina, zadłużenie), zdrowotnych (niepełnosprawność, diagnoza choroby psychicznej, wcześniejsze leczenie psychiatryczne) oraz używania substancji psychoaktywnych (rodzaj używanych substancji, częstotliwość używania, występowanie zjawisk towarzyszących używaniu). Na końcu kwestionariusza znajduje się rubryka obejmująca wnioski. W tej rubryce specjalista uzależnień diagnozuje wzorzec używania substancji psychoaktywnych oraz może nakreślić plan leczenia. W zakresie kierowania na leczenie wykształciła się zróżnicowana praktyka specjalistów terapii uzależnień. Jedni, bazując na autonomii pacjenta i jego istotnej roli w procesie leczenia, przedstawiają oskarżonemu listę placówek do wyboru lub przekazują mu informator zawierający informacje w tym zakresie, aby samodzielnie mógł on wybrać miejsce leczenia. Inni, akcentując wiedzę i doświadczenie wynikające z wykonywanego przez siebie zawodu, wręczają skierowanie do konkretnej placówki. Wzór postępowania w tym zakresie określa rekomendacja zawarta w notatce z 25 października 2012 roku ze spotkania specjalistów wpisanych do ewidencji osób uprawnionych do zebrania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających,

substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych. W świetle tej rekomendacji specjalista, opierając się na punkcie 10 kwestionariusza, może wydać skierowanie do konkretnej placówki oraz pomocniczo może dopisać obok adresu rekomendowanej przez siebie placówki zdanie *lub innej placówki wybranej przez pacjenta*⁴. Na pierwszy rzut oka niejasna może wydawać się kwestia uwzględniania w omawianej diagnozie informacji o używaniu tzw. dopalaczy. Ustawodawca w art. 70a ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wskazuje obowiązek zebrania informacji nie tylko o używaniu środków odurzających lub substancji psychotropowych potocznie nazywanych narkotykami, ale także o używaniu środków zastępczych. Pojęcie „środek zastępczy”, podobnie jak „nowa substancja psychoaktywna”, obejmuje dopalacze. W części kwestionariusza dotyczącej częstotliwości używania różnych substancji psychoaktywnych znajduje się rubryka *inne*. W tej rubryce można wpisywać dane dotyczące używania dopalaczy. Rozwiązanie to wydaje się być sensowne przede wszystkim dlatego, że używanie obu tych kategorii substancji psychoaktywnych stwarza podobne niebezpieczeństwo dla zdrowia człowieka i negatywnie wpływa m.in. na relacje rodzinne. Poza tym leczenie z powodu nadużywania tych substancji psychoaktywnych nie wykazuje się istotnymi różnicami.

W końcu należy wziąć pod uwagę, że znaczna część użytkowników substancji psychoaktywnych używa narkotyków i dopalaczy.

W literaturze tematu pojawiło się kilka przydatnych wskazówek do pracy dla specjalistów terapii uzależnień. Jedną z nich dotyczy danych dotyczących specjalisty terapii uzależnień zbierającego informacje do kwestionariusza. Dane te są publikowane w internecie, dlatego zamiast podawać własny adres zamieszkania jako adres korespondencyjny, lepiej jest podać adres placówki, w której specjalista pracuje. Specjalista, wybierając sądy, nie jest zobowiązany do konsultowania tego z wybranymi przez siebie placówkami, nie jest także

konieczna zgoda sądów, aby zadeklarować działania w ich obrębie. Poza tym zebranie informacji może się odbyć w miejscu zamieszkania oskarżonego, w komisariacie policji lub innym miejscu zaproponowanym przez specjalistę, jeśli ten dysponuje na przykład gabinetem terapeutycznym⁵.

Wprowadzenie art. 70a do obowiązującego ustawodawstwa miało określony cel. Chodziło mianowicie o zwiększenie częstotliwości stosowania art. 72 i art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Artykuły te przewidują możliwość zawieszenia postępowania karnego wobec oskarżonego uzależnionego od narkotyków lub używającego tych substancji szkodliwie, który popełnił

Wejście w życie art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii otworzyło przed sprawcami przestępstw uzależnionymi lub używającymi szkodliwie substancji psychoaktywnych wiele możliwości. Uzyskali oni bowiem możliwość kontaktu z kadrą różnych podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Oskarżony być może pierwszy raz w życiu skontaktuje się ze specjalistą terapii uzależnienia i uzyska diagnozę w zakresie używania narkotyków.

przestępstwo związane z używaniem narkotyków zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 5. Zawieszenie postępowania następuje na okres leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym. Po zakończeniu stosowania tych oddziaływań zdrowotnych prokurator lub sąd decydują, czy dalej prowadzić postępowanie, czy je umorzyć. Dotychczasowe doświadczenia wskazywały na bardzo rzadkie stosowanie zawartej w art. 72 i art. 73 alternatywy leczniczej wobec skazania. Jedną z przeszkód był brak danych na temat używania przez oskarżonego narkotyków⁶. Jak można przeczytać, (...) *w aktualnej praktyce organów wymiaru sprawiedliwości*

w ogóle nie stosuje się środków o charakterze profilaktycznym, edukacyjnym i terapeutycznym, będących już dzisiaj do dyspozycji prokuratora czy sądu. Ich stosowanie wymaga bowiem zebrania pewnych podstawowych przynajmniej danych osobopoznawczych. Nałożenie takiego obowiązku ma więc na celu przede wszystkim stworzenie podstaw do tego, aby w stosunku do użytkowników narkotyków zaczęto stosować przepisy realizujące zasadę „leczyć zamiast karać”⁷. Wprowadzenie specjalisty terapii uzależnień do postępowania karnego miało te luki zapełnić. Brak jest dowodów potwierdzających, że po wejściu w życie art. 70a rzeczywiście częściej zaczęto stosować alternatywy lecznicze. Bardziej prawdopodobne wydaje

się stwierdzenie, że stosowanie art. 72 i art. 73 nadal jest marginalne. Niemniej jednak na pewno zwiększyła się wiedza organów wymiaru sprawiedliwości na temat oskarżonego. Pozwala to na jego bardziej podmiotowe traktowanie i zastosowanie wobec niego bardziej adekwatnych środków reakcji prawnej.

Poza tym wejście w życie art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii otworzyło przed sprawcami przestępstw uzależnionymi lub używającymi szkodliwie substancji psychoaktywnych wiele możliwości. Uzyskali oni bowiem możliwość kontaktu z kadrą różnych podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Oskarżony być może pierwszy raz w życiu skontaktuje się ze specjalistą terapii uzależnienia i uzyska diagnozę w zakresie używania narkotyków. Ponadto w trakcie zbierania informacji oskarżonemu może być przedstawiana lista podmiotów świadczących pomoc dla osób używających substancji psychoaktywnych. Specjalista terapii uzależnień poza przedstawieniem tej listy może także zmotywować do skorzystania z oferty któregoś z podmiotów. Skorzystanie z tej oferty niekoniecznie musi znaleźć przełożenie na postępowanie karne. Na pewno jednak udział w oddziaływaniach zdrowotnych pozytywnie rokuje dla zdrowia oskarżonego i jego wiedzy na temat narkotyków. Objęcie oskarżonego profilaktyką, leczeniem lub rehabilitacją wymaga jednak odpowiedniego podejścia specjalisty terapii uzależnień. Proces zleconej przez sąd diagnozy może zmienić więcej w życiu oskarżonego niż on sam by początkowo przypuszczał. Niezwykle istotna jest empatyczna i bez przekreślania na starcie oskarżonego postawa specjalisty terapii uzależnień. Uwzględnienie tych aspektów podczas spotkania może pozytywnie wpłynąć na motywację i myślenie oskarżonego o sobie samym i co za tym idzie na dokonanie przełomowych zmian we własnym życiu.

Osoba, która została skierowana na podstawie art. 70 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do specjalisty terapii uzależnień, najczęściej jest negatywnie ustosunkowana do diagnozy. Udział w zbieraniu informacji często budzi lęk i niepewność związane z możliwymi konsekwencjami prawnymi. Zarządzenie zebrania informacji przez sąd bądź prokuraturę jeszcze przed pojawieniem się na spotkaniu nadaje pejoratywne zabarwienie relacji specjalista–oskarżony. Często pierwszym celem, jaki stawia sobie oskarżony podczas

diagnozowania, jest uniknięcie przykrych konsekwencji prawnych. Z drugiej strony niestawiennictwo u specjalisty terapii uzależnień może pogorszyć sytuację procesową oskarżonego.

Bohdan Woronowicz zalicza osoby, które na terapię przychodzą pod presją prawną do grupy, która może sprawiać szczególne trudności w pracy terapeutycznej. Bardzo łatwo takie osoby niejako na wstępie przekreślić jako niezmotywowane. Wtedy może pojawić się mechaniczne podejście terapeuty do oskarżonego, pozbawione prawdziwej chęci pomocy i uprzedzenie wobec niego. Zanim terapeuta rozpocznie proces diagnozy, musi wyzbyć się przedwczesnych ocen na jego temat. Wymaga to od niego rezygnacji z szukania bezpieczeństwa w pozycji władzy. Widoczna postawa uprzedzenia może spowodować, że oskarżony zupełnie straci chęć do leczenia. Ponadto może nabrać przekonania, że wszystkie podmioty świadczące usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji są negatywnie nastawione do takich osób jak on i ich celem nie jest rzeczywista pomoc. Oskarżony dość łatwo może się uprzedzić do podmiotów prowadzących profilaktykę, leczenie i rehabilitację. Przywołany autor zauważa, że wśród najczęstszych oporów przed podjęciem leczenia wyróżnić można:

- lęk przed stygmatyzacją,
- bagatelizowanie problemu,
- przekonanie, że samemu można poradzić sobie z uzależnieniem,
- negatywne lub błędne przekonania na temat terapii oraz osób, które ją prowadzą,
- obiektywna trudność w znalezieniu czasu i sposobu dotarcia na terapię⁸.

Wszystko to powoduje, że motywacja oparta na przymusie zewnętrznym jest niewystarczająca do osiągnięcia oczekiwanego rezultatu. Dość łatwo bowiem zauważyć, że osoba, która miała opór przed podjęciem leczenia, zanim została na nie skierowana przez sąd lub prokuraturę, jest przymuszona do zrobienia czegoś, co wcześniej uważała za pozbawione sensu. Takie nastawienie stoi w opozycji do postrzegania motywacji przez m.in. nurty samopomocowe, gdzie od klienta, zanim podejmie leczenie, są wymagane: świadomość, akceptacja i działanie⁹.

Niemniej jednak motywacja oparta na przymusie zewnętrznym może w pewnym zakresie być wykorzystana przez terapeutę. Żeby tak się stało, powinien on

empatycznie podejść do oskarżonego. Od pierwszych chwil prowadzenia z oskarżonym wywiadu relacja terapeutyczna powinna być oparta na zrozumieniu, motywowaniu i właśnie empatii. Z doświadczeń uzyskanych przez specjalistę terapii uzależnień Poradni Monar w Krakowie wynika, że takie osoby po odpowiednio przeprowadzonej pierwszej rozmowie nabierają motywacji do kontynuowania leczenia lub skorzystania z innych form dostępnej pomocy, np. rozmowa z dyżurującym prawnikiem lub udział w programie „Fred goes net”.

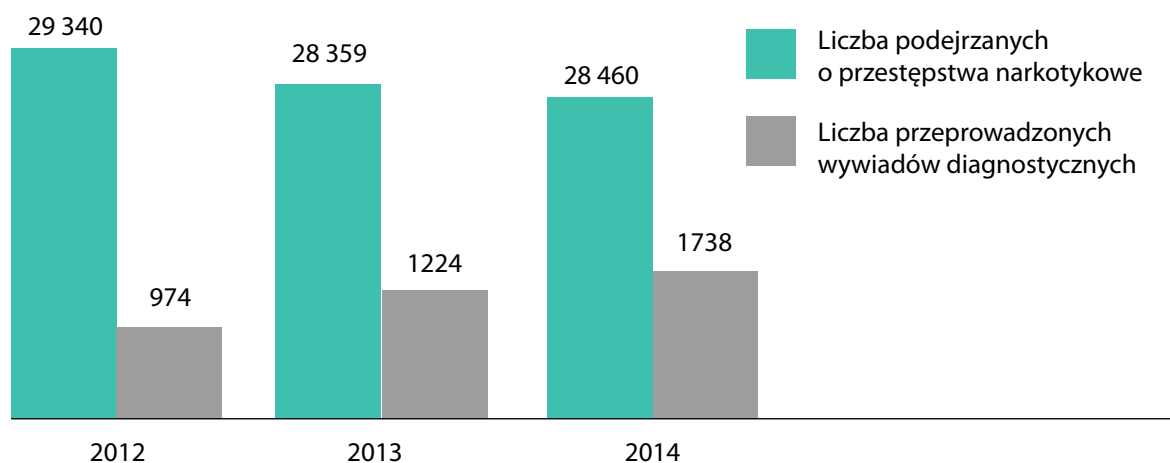
Otwarcie się na oskarżonego

Problematyka empatii w psychologii wydaje się być tak dobrze opracowana, że niekiedy pisze się o niej bez głębszej refleksji. Dla niektórych samo pomaganie osobom uzależnionym jest już empatią, ponieważ wywodzi się z altruistycznej idei pomocy drugiemu człowiekowi. Czym jednak jest, a czym nie jest empatia? Jedną z licznych definicji przedstawia empatię jako „reagowanie emocjonalne obserwatora spowodowane odczuciem, że ktoś inny doświadcza lub jest na drodze do doświadczenia jakiegoś rodzaju emocji”¹⁰. Ten komponent umożliwia odbiór prywatnego świata drugiej osoby jak naszego. Bez głębokiego, empatycznego zrozumienia oskarżony nie jest w stanie odczuć autentyczności terapeuty. Empatia jest więc kluczem do dobrego kontaktu diagnostycznego. Nie należy jej

jednak sprowadzać tylko do współodczuwania, ponieważ zawiera ono również zakres pewnych reakcji emocjonalnych, a nie jedynie odczytywanie przeżyć drugiej osoby.

Poza empatią Carl Rogers wyróżnia jeszcze pięć komponentów, które powinno się brać pod uwagę przy kontakcie z oskarżonym. Pierwszy z nich to świadomość pełnienia innych ról społecznych przez terapeutę i osobę skierowaną do niego. Kolejnym komponentem jest wrażliwość, którą wiąże się z lękiem odczuwanym przez jednostkę podczas pierwszego spotkania z terapeutą. Trzeci warunek to autentyczność, która jest związana z dogłębnym i swobodnym byciem sobą. Jest to zaprzeczenie stosowania maski¹¹, która chroni prawdziwe „ja” terapeuty. Taka autentyczność w kontakcie objawia się tym, że rzeczywiste doświadczenia znajdują odzwierciedlenie w świadomości. Kolejnym aspektem opisanym przez autora jest bezwarunkowa akceptacja. Głęboki stopień otwarcia się na drugą osobę umożliwi jej gotowość do dzielenia się przeżyciami, bycia pełnoprawnym i ważnym w relacji z terapeutą. W tym kontekście trzeba pamiętać, że oskarżeni, skierowani do specjalisty terapii uzależnień na podstawie art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, są postrzegani w społeczeństwie jako osoby winne naruszenia prawa, same też często czują się winne i mają obniżony poziom samooceny. Otwarta postawa otwiera nowe możliwości przed osobą, która zgłosiła się do terapeuty, może stanowić dla niej podstawę do wprowadzania zmian

Wykres 1. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw narkotykowych w stosunku do liczby przeprowadzonych wywiadów diagnostycznych w latach 2012–2014.



w swoim życiu oraz wpływa na motywację do działania. Otwarcie się na oskarżonego może też zmienić jego autopercepcję oraz pomóc nabrać zaufania do terapeuty. Ostatni punkt wymieniony przez Rogersa to postrzeganie autentyczności, czyli odbiór osoby terapeuty jako tej, która kieruje się dobrem drugiej osoby i nie ma ukrytych celów¹².

Przedstawiony opis głębokiego i autentycznego zaangażowania w relację daje szansę osobie skierowanej na diagnozę na wyznaczanie nowych celów, głębsze zrozumienie własnych przeżyć oraz odkrycie uzdrawiającego charakteru relacji terapeutycznej. Spotkanie oskarżonego z terapeutą może przynieść znacznie lepsze efekty od tych, których oczekiwał oskarżony przed spotkaniem.

Głęboko autentyczna relacja nie powinna być jednak mylona z próbą przymusowego uświadamiania oskarżonemu jego problemów oraz oczekiwania od niego przemyśleń, na które nie jest jeszcze gotowy. Nie oznacza to również przekonywania na siłę, by zmienił coś w swoim życiu, skoro on nie widzi takiej potrzeby. Ważne jest wyjście naprzeciw jego potrzebom, nawet jeżeli nie oznacza to „spotkania w miejscu, w którym myśli terapeuta, że on jest, ale w miejscu, w którym on sam uważa, że jest”. Bezcelowe więc będzie przekonywanie kogoś do podjęcia terapii, jeśli jego jedynym celem jest uniknięcie przykrych konsekwencji prawnych. Decydowanie o swoim życiu jest prawem wyłącznie tego, do kogo ono należy¹³.

Niestety, przepis określający obowiązek zebrania informacji o używaniu substancji psychoaktywnych przez uzależnionego lub używającego szkodliwie sprawcy przestępstwa, jest rzadko stosowany. Trudno powiedzieć, ile rocznie powinno być przeprowadzanych diagnoz używania substancji psychoaktywnych przez sprawców przestępstw. Trudno to stwierdzić, bo trudno stwierdzić, ilu sprawców przestępstw jest uzależnionych względnie używa szkodliwie substancji psychoaktywnych. Przykładowo można porównać liczbę podejrzanych o popełnienie przestępstw narkotykowych z liczbą przeprowadzonych diagnoz. Oczywiście nie każdy podejrzany o popełnienie takiego przestępstwa używa substancji psychoaktywnych. Część z nich nie używa tych substancji i popełnia przestępstwa narkotykowe w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Niemniej jednak spora część podejrzanych to użytkownicy tych substancji. Przyjmując arbitralnie, że połowa podejrzanych

o popełnienie przestępstw narkotykowych częściej lub rzadziej używa substancji psychoaktywnych, widoczna staje się gigantyczna dysproporcja (wykres 1.)¹⁴. Zaniechanie stosowania art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii rodzi poważne konsekwencje w postępowaniu karnym. Jak bowiem zauważył Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 26 czerwca 2013 roku, materiały zebrane przez specjalistę terapii uzależnień są niezbędne do określenia stopnia winy sprawcy zarzuconych przestępstw narkotykowych¹⁵. W sytuacji wniesienia apelacji, ich brak w materiale dowodowym może stanowić podstawę uchylenia wyroku. Przedstawił to Sąd Okręgowy w Krakowie w wyroku z 7 maja 2015 roku, który stwierdził: (...) *nie realizując dyspozycji art. 70a ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii Sąd Rejonowy uchybił przepisom procedury, zaś uchybienie powyższe miało wpływ na treść wydanego w sprawie rozstrzygnięcia końcowego. Obligowało to Sąd Odwoławczy do uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego jej rozpoznania*¹⁶.

Przypisy

- J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, „Kryminologia”, Gdańsk 2006, s. 384-393.
- Dz.U. 2017 poz. 783.
- Dz.U. 2012 poz. 38.
- <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=2435474>.
- D. Wiczorek, „Nowe rozwiązania prawne i nowe zadania dla specjalistów uzależnień”, Serwis Informacyjny Narkomania, 2012, nr 1, s. 19-21.
- B. Wilamowska, „Nowe regulacje prawne dotyczące narkotyków i narkomanii”, Serwis Informacyjny Narkomania, 2011, nr 2, s. 12.
- Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2009, s. 10.
- B. Woronowicz, „Uzależnienia: geneza, terapia i powrót do zdrowia”, Wyd. Media Rodzina, PARNAMEDIA, Warszawa 2009, s. 158-161.
- Chodzi tu o slogan grup AA i AN: *Awareness, Acceptance and Action*.
- Definicja za E. Stotland, źródło: M.H. Davis, „Empatia. O umiejętności współodczuwania”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Błąd maski został opisany szerzej przez Antoniego Kępińskiego. Więcej na temat diagnozy w jego ujęciu w tekście: T. Gadacz, „Antoni Kępiński – myśliciel diagnostyczny”, Psychoterapia, nr 163, 2012, s. 19-26.
- J.O. Prochaska, J.C. Norcross, „Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna”, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 150-160.
- A. Tatarski, „Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007, s. 84-107.
- Dane statystyczne dotyczące liczby podejrzanych zostały pobrane ze strony Policji: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-narkotyki/50892,Przestepczosc-narkotykowa.html>. Dane statystyczne dotyczące liczby wywiadów zostały pobrane ze strony Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=2435953>.
- II AKa 57/13.
- IV K 309/15.