



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



KCPU
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Kama Dąbrowska, Jadwiga Fudała

Zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego

Procedury prawne i motywowanie



Zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego

Procedury prawne i motywowanie

Kama Dąbrowska, Jadwiga Fudała



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



**KC
PZ**
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Zadanie współfinansowane ze środków
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
na zlecenie
Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Dotyczy to również sporządzania fotokopii, mikrofilmów oraz przenoszenia danych do systemów komputerowych.

© Copyright by Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom 2025

DTP:

Wojciech Pugowski

Wydanie I

ISBN: 978-83-968648-2-6

Wydawca:

Studio Profilaktyki Społecznej Adam Rynkiewicz

aleja 29 Listopada 39A, 31-425 Kraków

www.sps.org.pl

Uwagi wstępne	7
----------------------------	----------

Część 1. Zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu – aspekty prawne 9

KAMA DĄBROWSKA

Rozdział 1. Zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu a zasada autonomii pacjenta 9

- | | |
|--|----|
| 1.1. Uwagi ogólne | 9 |
| 1.2. Zakres ograniczenia autonomii pacjenta, czyli ile przymusu w zobowiązaniu do poddaniu się leczeniu odwykowemu | 11 |

Rozdział 2. Motywowanie do poddania się leczeniu w kontekście zasady autonomii pacjenta 14

Rozdział 3. Przestanki zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu 18

- | | |
|---|----|
| 3.1. Uwagi ogólne | 18 |
| 3.2. Przestanka powodowania rozkładu życia rodzinnego | 20 |
| 3.3. Przestanka powodowania demoralizacji małoletnich | 23 |
| 3.4. Przestanka uchylania się od zaspokajania podstawowych potrzeb rodziny | 24 |
| 3.5. Przestanka systematycznego zakłócania spokoju lub porządku publicznego | 26 |

Rozdział 4. Charakter prawny procedury przeprowadzanej przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych 28

- | | |
|--|----|
| 4.1. Krąg podmiotów uprawnionych do występowania z wnioskiem do sądu | 30 |
| 4.2. Zainicjowanie procedury | 32 |
| 4.3. Właściwość miejscowa | 34 |
| 4.4. Forma zainicjowania postępowania | 36 |
| 4.5. Odpowiedzialność z tytułu zainicjowania postępowania przed gminną komisją w złej wierze | 37 |
| 4.6. Uprawnienia osoby inicjującej postępowanie | 38 |

Rozdział 5. Osoby zobowiązywane 39

- | | |
|---------------------------------|----|
| 5.1. Uwagi ogólne | 39 |
| 5.2. Osoby niepełnoletnie | 39 |

5.3. Osoby ubezwłasnowolnione	41
5.4. Cudzoziemcy	45
5.5. Osoby z zaburzeniami psychicznymi	46
Rozdział 6. Postępowanie dowodowe.....	49
6.1. Uwagi ogólne	49
6.2. Rodzaje środków dowodowych	51
6.3. Dokumenty dołączane do wniosku – oryginały czy kopie?	55
6.4. Możliwość uzyskania dokumentów od osób trzecich	56
6.5. Świadkowie	57
6.6. Dowód z opinii biegłego	58
6.7. Przetwarzanie danych osobowych w procedurze zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu.....	66
Rozdział 7. Udostępnianie materiałów gromadzonych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych	72
7.1. Postępowanie przed sądem.....	74
7.2. Koszty postępowania	76
7.3. Postępowanie odwoławcze	77
7.4. Wykonanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.....	78
7.5. Procedura zobowiązania do leczenia odwykowego a przemoc domowa.....	80
Wniosek o zobowiązanie osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego.....	84
Udział gminnej komisji w postępowaniu sądowym w sprawach o zobowiązanie do leczenia odwykowego	86
SYLWESTER LEWANDOWSKI	
Część 2. Psychologiczne aspekty motywowania osób z uzależnieniem od alkoholu do podjęcia leczenia odwykowego	89
JADWIGA FUDAŁA	
Rozdział 1. Zaburzenia związane z używaniem alkoholu oraz metody ich leczenia	89

1.1. Zmiana paradygmatów w obszarze pomagania osobom z uzależnieniem od alkoholu	89
1.2. Współczesna wiedza na temat zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu oraz skutecznych sposobów motywowania i leczenia osób z uzależnieniem	91
Rozdział 2. Przebieg procesu zmiany zachowań	99
2.1. Zmiana jest procesem	99
2.2. Charakterystyka stadiów zmiany	100
Rozdział 3. Zastosowanie metody dialogu motywującego w rozmowie z osobą zobowiązaną do leczenia odwykowego	106
3.1. Czym jest dialog motywujący	106
3.2. Rozumienie motywacji jako zjawiska wielowymiarowego, dynamicznego, stanowiącego zasób klienta	108
3.3. Duch dialogu motywującego	110
3.4. Podstawowe zadania dialogu motywującego	112
3.5. Techniki dialogu motywującego	119
3.6. Radzenie sobie z oporem w dialogu motywującym	125
3.7. Poznanie i praktykowanie metody dialogu motywującego	126
Bibliografia	127

Uwagi wstępne

Zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu – w zbliżonym do obecnego kształcie – została wprowadzona do porządku prawnego w 1983 r. i od początków swojego istnienia budzi liczne kontrowersje. Dotyczą one przede wszystkim celowości dalszego istnienia tej procedury, podawanej w wątpliwość w związku z jej niewielką efektywnością, przewlekłością prowadzonych postępowań oraz negatywnym nastawieniem do samej idei niedobrowolności w leczeniu, co do swej istoty opartego na uczestnictwie w psychoterapii.

W omawianym kontekście warto przeanalizować wyniki kontroli przeprowadzonej w 2016 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli¹. Objęto nią łącznie 41 podmiotów, w tym 31 urzędów gmin i 10 podmiotów leczniczych z terenu województw: pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego. Ocenie podlegała działalność skontrolowanych podmiotów w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 sierpnia 2015 r., a także działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanych zagadnień. W ramach kontroli zasięgnięto również informacji od prezesów 22 sądów rejonowych właściwych miejscowo dla urzędów gmin objętych kontrolą. Najwyższa Izba Kontroli poprosiła ich m.in. o przekazanie informacji na temat współpracy kuratorów sądowych, sprawujących nadzór nad osobami zobowiązanymi do poddania się leczeniu odwykowemu, z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych oraz z podmiotami leczniczymi.

Z przykrością zauważyć należy, że w ocenie Najwyższej Izby Kontroli procedura zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego nie funkcjonuje sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Jak podkreślono w raporcie z kontroli, większość zobowiązanych (ponad 60%) nie stawia się na leczenie. 30% osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) nie kończy jej. Połowa zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie. Część z nich (48%.) trafia tam wielokrotnie.²

Jako podstawowe problemy kontrolujący wymienili:

- 1) przewlekłość postępowań – zgodnie z ustaleniami kontroli od zgłoszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych osoby nadużywającej alkoholu do przyjęcia jej na leczenie odwykowe mija średnio od 174 do 1456 dni (średnio 673

1) Informacja o wynikach kontroli: Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe. P/15/095. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf>

2) Tamże

- dni), przy czym od zainicjowania procedury do skierowania przez gminną komisję wniosku do sądu mija średnio 266 dni, postępowanie sądowe trwa średnio 177 dni, a czas oczekiwania na przyjęcie na leczenie odwykowe wynosi średnio 230 dni;
- 2) niewielką skuteczność motywowania do dobrowolnego poddania się leczeniu odwykowemu;
 - 3) długi czas oczekiwania na leczenie;
 - 4) niewielką efektywność leczenia odwykowego podejmowanego w sposób niedobrowolny, wynikającą z charakteru tego leczenia – jak wskazano w informacji o wynikach kontroli:

Obserwacje kliniczne i badania opinii przedstawicieli placówek lecznictwa odwykowego wskazują, że choć osoby zobowiązane częściej niż leczące się dobrowolnie kończą podstawowy program terapii, to rzadziej niż dobrowolnie podejmują leczenie w pogłębionych programach terapii, rzadziej korzystają ze wsparcia grup samopomocowych, szybciej i częściej wracają po leczeniu do picia alkoholu³.

W świetle powyższego Najwyższa Izba Kontroli rekomendowała Ministrowi Zdrowia rozważenie zainicjowania zmiany w obowiązujących przepisach, zmierzającej do stosowania procedury zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu jedynie wobec sprawców przestępstw oraz osób, które – w wyniku uzależnienia – znalazły się w sytuacji zagrażającej ich życiu lub powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia innych osób.

Przesądzenie o celowości dalszego obowiązywania procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu wykracza poza zakres oceny podejmowanej w tym opracowaniu. Jego celem jest natomiast dostarczenie członkom gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych pakietu informacji ułatwiających sprawniejsze i efektywniejsze uczestnictwo w tej procedurze.

3) Tamże

Część 1. Zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu – aspekty prawne

KAMA DĄBROWSKA

Rozdział 1. Zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu a zasada autonomii pacjenta

1.1. Uwagi ogólne

Dokonując interpretacji przepisów regulujących procedurę zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, jak również stosując te przepisy w praktyce, musimy pamiętać, że stanowi ona jedno z istniejących w polskim systemie prawnym ustawowych ograniczeń zasady autonomii pacjenta, to jest jego prawa do decydowania i samostanowienia o formach i zakresie interwencji medycznej, jakiej ma być on poddawany. Zasada ta wywodzi się z art. 30 Konstytucji RP wskazującego na przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka jako źródło wolności i praw człowieka i obywatela, z art. 41 Konstytucji RP gwarantującego każdemu nietykalność i wolność osobistą oraz art. 47 Konstytucji RP obejmującego ochroną życie prywatne oraz prawo do decydowania o swoim życiu osobistym. Na gruncie przepisów prawa międzynarodowego kwestia zgody pacjenta regulowana jest Konwencją o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny podpisaną 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo w Hiszpanii. Zgodnie z jej postanowieniami, pacjent powinien wyrazić świadomą i swobodną zgodę na przeprowadzenie interwencji medycznej.

W sposób bezpośredni zasada ta została wyrażona przede wszystkim w art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.), który przyznaje pacjentowi prawo do wyrażenia bądź odmowy zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu informacji o:

- 1) stanie zdrowia;
- 2) rozpoznaniu;
- 3) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych;
- 4) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania;
- 5) wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Chociaż przywołany powyżej przepis ma charakter generalny i dotyczy wszystkich świadczeń zdrowotnych, ustawodawca uznał za konieczne podkreślenie jego zastosowania także w odniesieniu do leczenia uzależnienia od alkoholu. W art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151) jednoznacznie przesądzono, że – z wyjątkiem sytuacji określonych w ustawie – leczenie to ma charakter dobrowolny.

Oznacza to, że zobowiązanie danej osoby do poddania się leczeniu odwykowemu powinniśmy postrzegać jako swego rodzaju ostateczność – wyjątkową sytuację uzasadnioną tak dobrem osoby zobowiązanej, jak i interesem społecznym. Leczenie powinno być prowadzone z poszanowaniem podmiotowości tej osoby oraz ze szczególną dbałością o przestrzeganie wszystkich przysługujących jej praw.

Na okoliczność tę zwrócił uwagę Sąd Najwyższy, który w postanowieniu z dnia 1 grudnia 2017 r. (sygn. akt. I CSK 214/17) wskazał:

Przymusowe leczenie przynosi nikłe efekty z terapeutycznego punktu widzenia, osoba dotknięta alkoholizmem sama powinna decydować, czy chce się leczyć, a postępowanie o zastosowanie przymusu leczenia odwykowego jest odstępstwem od zasady dobrowolności leczenia. Stanowi ingerencję państwa w prawa i wolności osoby objętej wnioskiem, podyktowaną ochroną bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz praw i wolności innych osób i może być stosowane jedynie wyjątkowo – w razie zaistnienia przesłanek społecznych i medycznych, o jakich mowa w art. 24 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [...]. Co do zasady odmowa leczenia nie jest działaniem bezprawnym, a jeżeli zachowaniu osoby uzależnionej można przypisać cechy czynu zabronionego, to powinna ponosić odpowiedzialność prawną na zasadach ogólnych. Z tych względów postępowanie w tym przedmiocie powinno być prowadzone szczególnie wnikliwie, z poszanowaniem gwarancji procesowych uczestnika i konieczności jednoznacznego i niebudzącego wątpliwości udowodnienia przesłanek ustawowych dopuszczających nałożenie obowiązku leczenia przymusowego.

W dalszej części spróbujemy wyjaśnić, co zalecenie to oznacza dla osoby zobowiązanej oraz jak może się ono przekładać na sposób działania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

1.2. Zakres ograniczenia autonomii pacjenta, czyli ile przymusu w zobowiązaniu do poddania się leczeniu odwykowemu

Jak powiedzieliśmy powyżej, zobowiązanie do poddania się leczeniu pacjenta należy traktować jako wyjątek od zasady, jaką jest jego prawo do decydowania o tym, czy i w jakim zakresie chce on się leczyć. Bardzo ważne wobec tego wydaje się odpowiedzenie sobie na pytanie, w jakim zakresie wolność osoby zobowiązanej zostaje w istocie ograniczona? Co i kiedy można takiej osobie narzucić?

Orzeczenie sądu zobowiązujące do poddania się leczeniu odwykowemu nakłada na osobę zobowiązaną prawny obowiązek odbycia terapii w określonym trybie, zastępując jednocześnie jej zgodę na leczenie odwykowe. Wobec powyższego za całkowicie nieuprawnioną należy uznać stosowaną przez niektóre zakłady lecznictwa odwykowego praktykę polegającą na odmowie przyjęcia doprowadzonej – zgodnie z postanowieniem sądu w związku z odmową wyrażenia przez nią zgody na leczenie – osoby zobowiązanej do zakładu. Ponadto, zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, orzeczenie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, związanemu z pobytem w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, wiąże się z zakazem opuszczania terenu tego zakładu bez zezwolenia jego kierownika. Jednocześnie – zgodnie z art. 32 ust. 3 ww. ustawy – sąd zarządza przymusowe doprowadzenie przez policję osoby, która uchyla się od obowiązku stawienia się w wyznaczonym terminie do wskazanego zakładu lecznictwa odwykowego lub samowolnie opuściła ten zakład w trakcie trwania obowiązku leczenia. Zgodnie z art. 33a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi policja dokonuje przymusowego doprowadzenia jedynie na podstawie zarządzenia sądu i zgodnie z jego postanowieniami. Wobec osoby doprowadzanej, która stawia opór lub jest agresywna, może być zastosowany przymus bezpośredni w formie przytrzymania lub unieruchomienia. Ponadto osoba doprowadzana, jeśli znajduje się w stanie nietrzeźwości, może być umieszczona – do czasu wytrzeźwienia – w izbie wytrzeźwień, w placówce wykonującej jej zadania albo w jednostce Policji. Po wytrzeźwieniu osoby doprowadzanej Policja wykonuje zarządzenie sądu.

Jak wspomniano powyżej, osoba zobowiązana ma obowiązek przebywania w podmiocie leczniczym, w którym umieścił ją sąd, i nie może go opuszczać bez zgody kierownika tego zakładu. Ma również obowiązek uczestniczenia w programie terapeutycznym. Podstawowe pytanie, jakie się w związku z tym narzuca, to: Czy podmiot leczniczy ma prawo stosować środki przymusu, aby uniemożliwić osobie

zobowiązanej samowolne oddalenie się z zakładu lub wymusić na niej poddanie się badaniu lub świadczeniu zdrowotnemu? Przykładowo: czy w tym celu można przytrzymać lub unieruchomić taką osobę albo zatrzymać ją wbrew jej woli w zamkniętym pomieszczeniu?

Zauważyć należy, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie zawiera regulacji normujących sposób postępowania z pacjentem, który próbowałby samowolnie opuścić zakład. Nie określa ona również, co kierownik zakładu odwykowego może lub powinien zrobić, żeby temu zapobiec. Na przedstawiony problem należy w pierwszej kolejności spojrzeć przez pryzmat art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Oznacza to, że aby było możliwe zastosowanie wobec kogoś przymusu bezpośredniego, ustawa musi wprost określać, że jest to możliwe. Ponadto, jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 lipca 2013 r., samo wystąpienie sytuacji, w której „dopuszczalne jest pozbawienie człowieka wolności, nie jest równoznaczne z usprawiedliwieniem stosowania w czasie takiego pozbawienia wolności dalszych środków ingerujących w szeroko rozumianą wolność człowieka” (sygn. akt Kp 1/13). W omawianej sytuacji oznacza to, że z samego faktu zakazu opuszczania zakładu leczenia odwykowego przez pacjenta zobowiązanego do poddania się leczeniu nie wynika jeszcze uprawnienia do stosowania wobec niego siły, kiedy łamie on ten zakaz.

Analizując natomiast regulacje ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r. poz. 917), zwanej dalej „ustawą o ochronie zdrowia psychicznego”, zauważyć należy, że wprawdzie – zgodnie z art. 34 tej ustawy – wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować także w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala, to jednak istotne wątpliwości budzi możliwość zastosowania powyższego przepisu do pacjentów zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu. Wprawdzie, zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ilekroć przepisy ustawy stanowią o szpitalu psychiatrycznym, rozumie się przez to również inny zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawujący całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, dyskusyjne jednak wydaje się zaliczenie pacjentów zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu do kategorii osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody. W pierwszej kolejności zauważyć należy, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

posługuje się pojęciem „przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody”, ograniczając je do działań podejmowanych wobec osób chorych psychicznie (a zatem osób, u których występują zaburzenia psychotyczne), w przypadku których doszło do spełnienia przesłanek wymienionych w art. 23, 24 i 29 tej ustawy (są to, przypomnijmy: zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby osoba przyjmowana do szpitala zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób oraz sytuacja, w której dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego lub która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia). Należy także zauważyć, że inne regulacje odnoszące się do niedobrowolnego pobytu osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym, zawierają odrębne regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do ww. pacjentów. Przykładowo wskazać należy chociażby art. 204a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2025 r. poz. 621), zgodnie z którym: „Wobec sprawcy



umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego”, brak jest zatem podstaw do uznania, aby art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowił samodzielną podstawę do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów innych niż umieszczeni na podstawie art. 23, 24 i 29 tej ustawy. Podsumowując – pacjent zobowiązany do poddania się leczeniu odwykowemu ma obowiązek przebywać w tym zakładzie, ale nie można go w nim siłą przetrzymywać. Jak jednak wskazano wyżej, możliwe jest ponowne przymusowe doprowadzenie pacjenta przez policję, o ile zostanie w tym zakresie wydane zarządzenie sądu.

Niezależnie od powyższego zauważyć także należy, że niezastosowanie się do postanowienia sądu nie wiąże się dla osoby zobowiązanej z żadnymi sankcjami.

Rozdział 2. Motywowanie do poddania się leczeniu w kontekście zasady autonomii pacjenta

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie reguluje kwestii motywowania osób uzależnionych do dobrowolnego poddania się leczeniu. Pamiętać jednak należy, że – jak to już było wspomniane powyżej – nałożenie przez sąd obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu stanowi wyłom od zasad autonomii pacjenta oraz dobrowolności poddania się takiemu leczeniu. Ukończenie przez osobę zobowiązaną programu terapii podjętego dobrowolnie nie tylko realizuje cel postępowania, lecz także wydaje się rozwiązaniem uzasadnionym, zarówno ze względu na ekonomikę procesową (angażowanie sądu w sprawie, której cel został już de facto osiągnięty, byłoby niecelowe), jak i efektywność leczenia (szansa na pomyślne ukończenie terapii jest bowiem wielokrotnie większa u osób, które podjęły leczenie dobrowolnie). Dodatkowym argumentem jest wartość, jaką ma zapewnienie poszanowania podmiotowości i autonomiczności pacjenta w procesie leczenia. Na okoliczność tę wielokrotnie zwracał uwagę Sąd Najwyższy. Tytułem przykładu wymienić należy chociażby postanowienie z dnia 10 stycznia 2018 r. (sygn. akt I CSK 538/17), zgodnie z którym:

Jeżeli zatem sąd dopatrzy się, że zachodzi sytuacja wyjątkowa, czyli osobę uzależnioną należy poddać przymusowemu leczeniu odwykowemu, to powinien to wykazać, w szczególności podając, obok braku poddania się dobrowolnemu leczeniu, ważne powody społeczne, w tym powodowanie przez osobę uzależnioną

rozkładu życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylanie się od pracy, systematyczne zakłócania spokoju lub porządku publicznego.

Przytoczyć też w tym miejscu można pogląd wyrażony przez Sąd Okręgowy w Kielcach, który w wyroku z dnia 25 czerwca 2014 r. (sygn. akt II Ca 564/14) zauważył: „Osoba uzależniona od alkoholu, która zdaje sobie sprawę z problemu i chce z nim walczyć podejmuje leczenie dobrowolne i do niej przepisy omawianej ustawy w ogóle nie mają zastosowania. Natomiast przepisy art. 24 w zw. z art. 26 ust.1 cyt. ustawy mają zastosowanie właśnie do osób, które negują potrzebę podjęcia terapii”.

Należy jednak pamiętać, że w wymiarze proceduralnym ukończenie przez pacjenta programu terapii stanowi podstawę do zakończenia procedury jedynie w sytuacji, gdy ustaną przesłanki jej prowadzenia, określone w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Terapia uzależnienia od alkoholu wymaga aktywności pacjenta i jego wewnętrznej motywacji, dlatego w większości przypadków leczenie realizowane w warunkach sądowego zobowiązania nie przynosi oczekiwanych efektów w postaci utrzymania abstynencji.

Wykonując czynności w ramach procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych muszą pamiętać, że prawdziwym sukcesem jest nie tyle doprowadzenie do wydania przez sąd postanowienia w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, ile rzeczywiste zmotywowanie osoby uzależnionej do rozpoczęcia leczenia i zmiany swojego życia.

W świetle powyższego zaniepokojenie budzą wnioski przedstawione w przywołanej już powyżej informacji o wynikach kontroli z 2016 r.⁴

Jak zauważa Najwyższa Izba Kontroli, zdecydowana większość spraw (90%), w których gminne komisje podjęły próbę zmotywowania osób nadużywających alkoholu do samodzielnego podjęcia terapii, nie zakończyła się podjęciem dobrowolnego leczenia. W opinii kontrolujących część ze zgłoszonych osób celowo deklarowała chęć dobrowolnego podjęcia leczenia, bez zamiaru spełnienia tej deklaracji, wiedząc – często po kilkuletnich kontaktach z komisją – że ta nie miała realnych możliwości weryfikacji prawdziwości takiego zobowiązania, a jego złożenie znaczenie odsunęło w czasie skierowanie sprawy do sądu. W badanych przypadkach zdarzało się też, że

4) Tamże

złożenie deklaracji dobrowolnego podjęcia leczenia kończyło postępowanie w sprawie o zobowiązanie do poddania się leczeniu bądź je zawieszano do czasu następnego zgłoszenia, a kolejne czynności komisja podejmowała dopiero wskutek interwencji innych instytucji lub rodziny zgłoszonej osoby.

Wychodząc naprzeciw zaobserwowanym przez Najwyższą Izbę Kontroli zastrzeżeniom podkreślić należy konieczność odpowiedniego monitorowania rzeczywistego podjęcia i uczestnictwa osoby zobowiązanej w leczeniu odwykowym. Jeżeli osoba zobowiązana do takiego leczenia na spotkaniu z gminną komisją wyrazi wolę dobrowolnego podjęcia leczenia i zgłosi się do placówki leczenia uzależnień, należy zadbać o systematyczne nadzorowanie realizacji tego zobowiązania. Ponieważ jednak placówka leczenia odwykowego nie ma prawa udostępniania gminnej komisji takich informacji, możliwym rozwiązaniem jest uzyskanie **pisemnego zobowiązania** klienta do tego, że będzie on przedstawiał komisji zaświadczenie z placówki o uczestniczeniu w programie terapeutycznym.

Dzięki takim działaniom gminna komisja dokłada należytej staranności i na bieżąco dokonuje oceny, czy w danej sprawie cel procedury – czyli podjęcie leczenia – został osiągnięty. Jeżeli klient nie zgłosił się do placówki lub przerwał leczenie (lub domniemy, że je przerwał, ponieważ przestał przedstawiać zaświadczenia z placówki), należy kontynuować procedurę zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego.

Ponadto należy przypomnieć, że zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzi się w zakładach leczniczych podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie świadczeń stacjonarnych, całodobowych lub ambulatoryjnych. Oznacza to, że jedynie podjęcie przez osobę zobowiązaną leczenia w podmiocie realizującym świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia uzależnień stanowi podstawę do wstrzymania dalszego wykonywania czynności w ramach procedury. Wobec powyższego celowe wydaje się wyjaśnienie znaczenia tego pojęcia. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450) podmiotami leczniczymi są:

- 1) przedsiębiorcy – we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3) jednostki budżetowe – w tym państwowe jednostki budżetowe – tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa

- Wewnętrzne, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej,;
- 4) instytuty badawcze prowadzące badania naukowe lub prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu,
 - 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej i ich posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne,
 - 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów
 - a) stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
 - 7) jednostki wojskowe
 - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Przez działalność leczniczą rozumieć należy udzielanie świadczeń zdrowotnych, również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności.

Podmioty lecznicze podlegają obowiązkowemu wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ww. ustawy. Podkreślić należy, że rejestr ten jest jawny.

Dla oceny, czy osoba zobowiązana istotnie rozpoczęła leczenie odwykowe w rozumieniu nadanym temu pojęciu przez ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, nie będzie miało zatem znaczenia, czy leczenie to realizowane jest w podmiocie publicznym czy prywatnym, ani czy prowadzone jest stacjonarnie czy zdalnie. Natomiast, przykładowo, nie będzie podjęciem leczenia odwykowego korzystanie z konsultacji w punkcie informacyjno-konsultacyjnym, uczestniczenie w psychoterapii prowadzonej w ramach prywatnej praktyki niebędącej podmiotem leczniczym czy tym bardziej uczestnictwo w mityngach wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Wobec obaw podnoszonych niekiedy przez osoby zobowiązane, że brak ubezpieczenia zdrowotnego uniemożliwi im podjęcie leczenia, warto przypomnieć, że zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane przez zakłady lecznicze. Ponadto, zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) przepisy

tej ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie – bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy jednak przypomnieć, że obowiązek nieodpłatnego udzielenia świadczeń osobie nieubezpieczonej będzie – co zrozumiale – ciążył jedynie na świadczeniodawcach realizujących świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Niezależnie od powyższego należy również wspomnieć, że zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 11 ww. ustawy osoby uzależnione zgłaszające się do podjęcia leczenia nie są objęte wymogiem przedstawienia skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozdział 3. Przesłanki zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu

3.1. Uwagi ogólne

Warunkiem dopuszczalności zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu jest łączne wystąpienie dwóch przesłanek: medycznej – stwierdzonego orzeczeniem biegłych uzależnienia od alkoholu oraz co najmniej jednej z przesłanek społecznych wymienionych w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Jako przesłanki społeczne ustawodawca wymienia powodowanie w związku z nadużywaniem alkoholu:

- 1) rozkładu życia rodzinnego;
- 2) demoralizacji małoletnich;
- 3) uchylanie się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny;
- 4) systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego.

Należy także zauważyć, że jak przyjęto w orzecznictwie obie przesłanki tak medyczna jak i społeczna muszą występować w chwili orzekania co do istoty sprawy przez sądy. Jak jednak słusznie zauważył Sąd Najwyższy w swoim postanowieniu z dnia 29 lutego 2024 r. (sygn. I CSK 105/24):

[...] nie oznacza to jednak, że zaniechanie przez osobę uzależnioną od alkoholu na pewien czas przed wydaniem rozstrzygnięcia, negatywnych zachowań podpadających pod normę zawartą w art. 24 ustawy niweczy merytoryczną zasadność żądania orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Rozpoznając wniosek w tym przedmiocie, sąd powinien ocenić, czy tego rodzaju zmiana w zachowaniu ma charakter trwały, czy jedynie tymczasowy, spowodowany możliwością uwzględnienia żądania. Przy tej ocenie znaczenie mają okres, przez jaki osoba nadużywająca alkoholu nie narusza porządku publicznego, względnie praw i wolności innych osób, oraz przyczyny zmiany jej postępowania [...].

Jak to już wskazano powyżej, zobowiązanie do leczenia odwykowego stanowi istotną ingerencję w sferę wolności jednostki. Ingerencja ta uzasadniana jest potrzebą ochrony praw i wolności innych osób oraz ochroną porządku publicznego. Dlatego samo uzależnienie od alkoholu nie stanowi jeszcze dostatecznej przesłanki do ograniczania osobie uzależnionej prawa do samodzielnego podejmowania życiowych wyborów i konieczne jest wykazanie, że powoduje ono negatywne skutki społeczne mieszczące się w katalogu przesłanek wymienionych w ustawie. Stanowisko takie wyraził także Sąd Najwyższy, który w postanowieniu z dnia 24 stycznia 2024 r. (sygn. akt II CSKP 873/23) stwierdził:

Każda osoba może swobodnie decydować o swoim zdrowiu i postępowaniu, także jeśli ono wpływa destrukcyjnie na jej stan zdrowia. Wkroczenie w tę sferę prywatności przez organy publiczne władczymi środkami jest uzasadnione wtedy, gdy stan zdrowia pewnej osoby ma negatywny wpływ na innych ludzi w jej otoczeniu. Z punktu widzenia normatywnego stosowanie przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu leży przede wszystkim w interesie społecznym i ma służyć usunięcia zagrożenia ze strony takich osób w sferze życia rodzinnego i społecznego. Założenie to realizuje regulacja art. 24 u.w.t.p.a, w świetle którego nie samo tylko uzależnienie od alkoholu uzasadnia objęcie uzależnionego przymusem leczenia, lecz nadto stwierdzenie, że osoba ta swoim postępowaniem, pozostającym w związku z uzależnieniem, powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłóca spokój lub porządek publiczny. Zobowiązanie, o którym mowa w art. 26 ust. 1 w związku z art. 24 u.w.t.p.a ma charakter wyjątku od zasady dobrowolności leczenia, co oznacza, że przesłanki zastosowania tego przepisu muszą być wykładane ściśle i stosowane po wnikliwym zbadaniu okoliczności konkretnego przypadku, czego wymaga ochrona wolności i godności osobistej osób uzależnionych [...].

Wobec powyższego spróbujemy możliwie kompletnie omówić wszystkie z wymienionych przesłanek.

3.2. Przesłanka powodowania rozkładu życia rodzinnego

Zastosowanie tej przesłanki napotyka pewne trudności związane z brakiem definicji pojęcia rodziny na potrzeby omawianego przepisu. Zauważyć należy, że pojęcie to nie zostało także zdefiniowane przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W powyższym zakresie możliwe jest jednak oparcie się na dorobek zarówno doktryny, jak i orzecznictwa. Na gruncie tychże rodzina obejmuje małżonków oraz ich wspólne małoletnie lub niesamodzielne dzieci, a także dzieci wspólnie przysposobione przez małżonków oraz dziecko jednego z małżonków przysposobione przez drugiego⁵. Definicja ta odnosiłaby się zatem do łączących dane osoby więzów pokrewieństwa i powinowactwa z pominięciem aspektu ich wspólnego pożycia czy też łączących je więzi uczuciowych. Odmiennie rozumienie pojęcia rodziny funkcjonuje na gruncie przepisów o pomocy społecznej. Zgodnie z art. 6 pkt 14 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.) rodzina na potrzeby ww. ustawy to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące. Jak zatem słusznie zauważył Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach w wyroku z dnia 8 sierpnia 2013 r. (sygn. akt IV SA/Gl 541/13): „Pojęcie rodziny na gruncie pomocy społecznej ma charakter szczególny i nie nawiązuje do pojęcia rodziny w rozumieniu Konstytucji RP. Definicja ustawowa pojęcia rodziny nawiązuje do faktycznego związku między dwojgiem lub większą liczbą osób wyrażającym się wspólnym zamieszkiwaniem i gospodarowaniem”. Jak wskazano w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 czerwca 2013 r. (sygn. akt I OSK/1947/12):

Faktyczny związek, o jakim mowa w powołanym przepisie, oznacza codzienne współdziałanie osób zmierzające do lepszego zaspokojenia ich potrzeb bytowych, w tym mieszkaniowych, żywnościowych i polegających na zapewnieniu dochodu stanowiącego źródło utrzymania (zarobkowych). Wspólne zamieszkiwanie jest przesłanką uznania za rodzinę osób zamieszkujących ze sobą, jeżeli równocześnie z tym zamieszkiwaniem występuje element wspólnego gospodarowania. Polega ono na dzieleniu lokalu mieszkalnego w sposób pozwalający stwierdzić, że koncentruje się w nim aktywność życiowa osoby

5) K. Osajda (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, 2019.

zamieszkującej. Wspólne gospodarowanie opiera się zaś na podziale zadań związanych z właściwym prowadzeniem gospodarstwa domowego.

Przyjęcie wspomnianej definicji na potrzeby oceny wystąpienia omawianej przesłanki w postępowaniu dotyczącym zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu umożliwiałoby jej zastosowanie także w przypadku związków nieformalnych (np. konkubinatu) lub innych relacji opartych na tworzeniu wspólnoty życiowej i gospodarczej. Nie dotyczyłoby natomiast z całą pewnością osób wspólnie zamieszkujących, które nie tworzą faktycznego związku ani wspólnie nie gospodarują. Tytułem przykładu należy wskazać, że nawet w rozumieniu ww. definicji rodziną nie będą w tym znaczeniu mieszkający razem rozwiedzeni małżonkowie czy też osoby wspólnie wynajmujące mieszkanie. Ponownego podkreślenia wymaga jednak fakt, że wobec silnej ingerencji zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu w sferę praw i wolności, przyjmowana wykładnia przesłanek jego stosowania powinna być możliwie ścisła i nie może mieć charakteru rozszerzającego.

Zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r. (sygn. akt V CSK 241/07):

Przesłanka ta [rozkład życia rodzinnego] zbliżona jest do rozkładu pożycia małżeńskiego jako przesłanki rozwodu z art. 56 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Różnice wynikają z oczywistego faktu, że na gruncie ustawy antyalkoholowej osobami, którym ustawa udziela ochrony są wszyscy członkowie rodziny, ponadto sama rodzina traktowana jest szerszej, niż na gruncie kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Nie mniej jednak, jak przyjmuje się w piśmiennictwie, dla wykładni tej przesłanki wolno kierować się dorobkiem orzecznictwa na gruncie art. 56 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Przez rozkład życia rodzinnego należy zatem rozumieć sytuację, w której więzi łączące normalnie funkcjonującą rodzinę ulegają rozluźnieniu w stopniu utrudniającym jej spełnianie podstawowych funkcji. Jak jednak wynika z wyżej akcentowanej wcześniej konieczności restryktywnej wykładni przesłanek art. 24 ustawy antyalkoholowej, a także celu środka orzeczonego przez sąd, jakim w odniesieniu do tej przesłanki jest ochrona rodziny, dla zastosowania tego środka brak podstaw, gdy rozkład życia rodzinnego w rozumieniu wyżej przyjętym już nastąpił.

Oznacza to, że wynikająca z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przesłanka, polegająca na powodowaniu rozkładu życia rodzinnego

w związku z nadużywaniem alkoholu, musi występować w dacie orzekania. W praktyce oznacza to, że jeżeli w chwili toczenia się postępowania rozkład życia rodzinnego już nastąpił, np. małżonkowie wzięli rozwód, a nie występują inne z przesłanek wymienionych w art. 24 ustawy, to – zgodnie z cytowanym wyżej orzeczeniem Sądu Najwyższego – brak jest podstaw do zobowiązania osoby uzależnionej do poddania się leczeniu odwykowemu. Powyższe będzie oczywiście znajdowało zastosowanie także dla procedury realizowanej przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora oraz, jak podkreślono w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 września 2015 r. (sygn. akt I CSK 351/15), w ramach orzekania w drugiej instancji. Jednak niezależnie od powyższego należy mieć na uwadze, że, jak słusznie podniósł Sąd Najwyższy w swoim postanowieniu z dnia 6 września 2024 r. (sygn. akt I CSK/1804/24):

[...] rozkład życia rodzinnego nie następuje w określonej chwili, lecz stopniowo, niejednokrotnie przez dłuższy czas, a choroba alkoholowa może przyczyniać się do pogłębiania tego stanu rzeczy, chociażby małżonkowie zamieszkiwali de facto osobno [...] rozwód i oddzielne zamieszkiwanie skarżącego z byłą małżonką nie oznacza, iż całkowitemu rozkładowi uległy więzi rodzinne między skarżącym a jego małoletnimi dziećmi. Sąd Okręgowy trafnie zauważył, że bez względu na rozwód i oddzielne zamieszkiwanie skarżący jest ojcem; wskazał również, że wyrok rozwodowy zapewnia skarżącemu kontakty z dziećmi. Wprawdzie zakres tych kontaktów, jak również ich faktyczna realizacja, nie zostały bliżej ustalone w toku postępowania, niemniej jednak przyznanie skarżącemu prawa do kontaktów służy podtrzymaniu rodzinnej więzi z dziećmi, czyniąc skarżącego – choć w ograniczonym zakresie – podmiotem relacji wychowawczych i powoduje, że po jego stronie aktualne są powinności związane z rolą ojca i członka rodziny. W tym stanie rzeczy choroba alkoholowa może aktualizować przesłanki społeczne dotyczące zarówno pogłębiania rozkładu życia rodzinnego przez dalsze rozluźnienie relacji z dziećmi, jak i demoralizacji małoletnich, z którymi osoba uzależniona od alkoholu z jednej strony ma zapewnioną styczność, z drugiej zaś ciążą na niej wobec nich powinności rodzinne i społeczne, związane chociażby z kształtowaniem właściwych postaw [...].

Analizując zatem przesłankę życia rodzinnego, należy brać pod uwagę wszystkie role, jakie osoba zobowiązana pełni jako członek rodziny.

3.3. Przestępka powodowania demoralizacji małoletnich

Zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061, z późn. zm.) małoletnim będzie osoba, która nie ukończyła 18 roku życia, chyba że zawarła ona wcześniej związek małżeński. Pojęcie demoralizacji wprowadza natomiast ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji małoletnich (Dz.U. z 2024 r. poz. 976), która dookreśla to pojęcie, wymieniając wśród znamion demoralizacji takie zachowania jak:

- 1) dopuszczenie się czynu zabronionego;
- 2) naruszanie zasad współżycia społecznego;
- 3) uchylanie się od obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki;
- 4) używanie alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, ich prekursorów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych;
- 5) uprawianie nierządu.

Zatem przestępka ta będzie znajdowała zastosowanie zarówno w przypadku powielania przez niepełnoletnią osobę negatywnych wzorców związanych z piciem alkoholu, jak i szerokiej gamy zachowań noszących cechę trudności wychowawczych, takich jak ucieczki z domu, wagarowanie czy przemocowe zachowania wobec rówieśników, o ile pozostają one w związku z nadużywaniem alkoholu przez osobę zobowiązaną.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że zachowania osoby zobowiązanej mieszczące się w granicach omawianej przestępki mogą także wypełniać znamiona czynu zabronionego. Przykładowo dostarczanie małoletniemu napoju alkoholowego, ułatwianie jego spożycia lub nakłanianie go do spożycia takiego napoju stanowi znamię przestępstwa rozpijania (art. 208 Kodeksu karnego). Przy czym w orzecznictwie wielokrotnie prezentowany był pogląd jak ten w wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 lipca 2015 r., sygn. akt II AKa 236/15:

Do zaistnienia przestępstwa z art. 208 kk. nie ma decydującego znaczenia jednokrotność lub wielokrotność zachowania sprawcy. Konieczne jest jednak udowodnienie, że sprawca zrealizował także znamię „rozpija”, tj. jego działanie musi wywołać niebezpieczeństwo przyzwyczajenia się małoletniego do spożywania alkoholu lub umocnienia w nim tej skłonności. Przestępstwo to jest zrealizowane wówczas, gdy małoletni jest narażony działaniem sprawcy na niebezpieczeństwo przyzwyczajenia się do alkoholu.

W tym miejscu przywołać należy także art. 105 § 1 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2025 r. poz. 734, z późn. zm.), zgodnie z którym wykroczeniem jest rażące naruszenie obowiązków wynikających z władzy rodzicielskiej, skutkujące dopuszczeniem do popełnienia przez nieletniego czynu zabronionego – przestępstwa (w tym skarbowego) lub wykroczenia (w tym skarbowego) – wskazującego na jego demoralizację. W doktrynie wskazuje się, że rażące naruszenie obowiązków wynikających z władzy rodzicielskiej może przybrać postać zarówno działania (np. podawanie nieletniemu alkoholu lub narkotyków), jak i zaniechania (np. brak reakcji na niewykonywanie przez nieletniego obowiązku szkolnego lub dopuszczanie się przez niego czynów agresywnych)⁶.

3.4. Przesłanka uchylania się od zaspokajania podstawowych potrzeb rodziny

Przesłanka ta została wprowadzona ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2439), „zastępując” poniekąd wielokrotnie wcześniej poddawaną krytyce przesłankę uchylania się od pracy. Jakkolwiek w uzasadnieniu projektu ww. ustawy cel tej zmiany nie został opisany, wydaje się jednak, że była ona motywowana potrzebą dostosowania się do zmienionych realiów społeczno-ekonomicznych. Określenie „zaspokajanie podstawowych potrzeb rodziny” zostało bezpośrednio użyte w art. 27 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, zgodnie z którym: „Oboje małżonkowie obowiązani są, każdy według swych sił oraz swych możliwości zarobkowych i majątkowych, przyczynić się do zaspokajania potrzeb rodziny, którą przez swój związek założyli. Zadośćuczynienie temu obowiązkowi może polegać także, w całości lub w części, na osobistych staraniach o wychowanie dzieci i na pracy we wspólnym gospodarstwie domowym”. Podkreślić należy, że zdaniem doktryny obowiązek przewidziany w art. 27 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego obejmuje zaspokajanie potrzeb małżonków, ich wspólnych dzieci, a także dzieci przez małżonków przysposobionych (czyli tak zwaną rodzinę małą). Dotyczy to także niesamodzielnych dzieci, które nie zamieszkują z rodzicami z przyczyn uzasadnionych, np. kształcą się w innej miejscowości lub

6) P. Daniluk (red.), *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.

przebywają na długotrwałym leczeniu⁷. Ponadto istnienie omawianego obowiązku nie jest uzależnione od posiadania przez rodzica władzy rodzicielskiej⁸. Zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie często prezentowany jest także pogląd, że omawiany obowiązek rozciąga się także na dzieci jednego ze współmałżonków z poprzedniego małżeństwa. Jak wskazał Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 7 marca 1953 r. (sygn. akt C 2031/52: „Małżonek, który zawiera związek małżeński z osobą posiadającą nieletnie dzieci z poprzedniego małżeństwa, jakkolwiek nie sprawuje pieczy prawnej nad nimi, powinien wspólnie ze współmałżonkiem starać się o ich utrzymanie i wychowanie”. Przy ocenie wystąpienia omawianej przesłanki należy brać pod uwagę nie dochody faktycznie uzyskiwane przez osobę będącą przedmiotem procedury, lecz posiadane przez nią możliwości zarobkowe (przykładowo wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 1999 r. sygn. akt III CKN 446/98). Niezależnie od powyższego rozważenia wymaga także rozpatrzenie powyższej przesłanki w szerszym zakresie, w jakim odnosiłaby się ona do każdej sytuacji, w której osoba zobowiązana na skutek nadużywania alkoholu nie wywiązywałaby się ze swoich określonych prawem zobowiązań wobec osób, z którymi jest spokrewniona lub spowinowacana. Tytułem przykładu wskazać można:

- 1) wynikający z art. 91 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego obowiązek przyczyniania się przez dziecko osiągające dochody z własnej pracy i mieszkające wspólnie z rodzicami do pokrywania kosztów utrzymania rodziny oraz obowiązek pomocy we wspólnym gospodarstwie dziecka mieszkającego z rodzicami i pozostającego na ich utrzymaniu;
- 2) wynikający z art. 128 w związku z art. 133 § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego obowiązek dostarczania środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania krewnym w linii prostej oraz rodzeństwu znajdującym się w niedostatku;
- 3) wynikające z art. 60 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego zobowiązanie dostarczania środków utrzymania w zakresie odpowiadającym usprawiedliwionym potrzebom rozwiedzionego małżonka;

7) T. Smoczyński, *Alimentacja dzieci a obowiązek przyczyniania się do zaspokajania potrzeb rodziny*, „RPEiS” 1977, nr 2.

8) Tamże.

- 4) wynikające z art. 144 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego zobowiązania alimentacyjne między dzieckiem a małżonkiem jego ojca lub matki niebędącym jego rodzicem.

Rozważenia wymaga także możliwość zastosowania powyższej przesłanki w odniesieniu do osób pozostających we wspólnym pożyciu, niebędących jednak w związku małżeńskim. Jakkolwiek w doktrynie podkreśla się niekiedy, że rodzina jest grupą społeczną powstającą zarówno wtedy, gdy mężczyzna i kobieta podejmą wspólne życie bez dopełnienia formalnych przesłanek, jak i na skutek zawarcia małżeństwa⁹, nie zmienia to jednak faktu, że za zdecydowanie dominujący należy uznać pogląd, zgodnie z którym do stosunków majątkowych konkubentów nie można w drodze przez analogię stosować przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego odnoszących się do stosunków majątkowych małżonków¹⁰. Jeśli wziąć pod uwagę, że – jak wskazano powyżej – zastosowanie środka ingerującego w sferę autonomii pacjenta jest dopuszczalne wyłącznie w celu ochrony prawnie chronionego dobra, należy przyjąć, że brak partycypacji w prowadzeniu gospodarstwa domowego w ramach konkubinatu, jakkolwiek dyskusyjny z punktu widzenia zasad współżycia społecznego, nie stanowi naruszenia żadnego obowiązku wynikającego z przepisów prawa ani też nie godzi w żadną instytucję objętą ochroną prawną. Z powyższych względów wątpliwe jest, by za dopuszczalne należało uznać zastosowanie powyższej zasady w odniesieniu do osoby, która na skutek nadużywania alkoholu nie przyczynia się do zaspokajania potrzeb konkubenta oraz jego niespokrewnionych z osobą zobowiązywaną krewnych.

3.5. Przesłanka systematycznego zakłócania spokoju lub porządku publicznego

Pod pojęciem porządku publicznego rozumie się najczęściej uporządkowany właściwymi przepisami niezakłócony bieg życia zbiorowego¹¹, choć niekiedy podkreśla się także istotną rolę norm innego rodzaju, np. zasad współżycia społecznego powszechnie (zwyczajowo) przyjętych w danych okolicznościach oraz innych reguł

9) T. Smoczyński, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 12, C. H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2014, s. 5.

10) A. Zieliński, *Jeszcze o rozliczeniach majątkowych między konkubentami*, PS 1991 r., nr 1/2, poz. 104, teza 1.

11) A. Marek, *Prawo wykroczeń*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012.

postępowania¹². Pod pojęciem spokoju publicznego rozumie się natomiast wolność od niepożądanych zachowań czy czynników, przy założeniu, że mogą one zagrażać dobrostanowi bliżej nieokreślonej liczby osób – niezależnie od tego, czy i ile z nich faktycznie doznało negatywnych skutków.¹³ Rozdział VIII Kodeksu wykroczeń, określający wykroczenia przeciw porządkowi i spokojowi publicznemu, wśród czynów zabronionych wymienia między innymi:

- 1) zakłócanie krzykiem, hałasem, alarmem lub innym wybrykiem spokoju, porządku publicznego, spoczynku nocnego albo wywoływanie zgorzenia w miejscu publicznym;
- 2) kąpiel w miejscach niedozwolonych;
- 3) naruszenia przepisów porządkowych o zachowaniu w miejscach publicznych;
- 4) żebranie.

12) P. Daniluk (red.), *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.

13) Tamże.



Przepisy ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie wymagają jednak, by dla stwierdzenia wystąpienia omawianej przesłanki doszło do skazania osoby zobowiązanej z tytułu popełnienia wykroczenia. Powyższe przykłady traktować zatem należy jedynie jako instrukcyjne. Jednocześnie należy podkreślić, że wobec użytego przez ustawodawcę określenia „systematycznie”, stwierdzenie spełnienia tej przesłanki wymaga ustalenia, że zakłócenia miały miejsce co najmniej kilkakrotnie.

Rozdział 4. Charakter prawny procedury przeprowadzanej przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych

Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych mają uprawnienie do kierowania osób, które – w związku z nadużywaniem alkoholu – powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu oraz wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Natomiast art. 26 ust. 3 ww. ustawy uprawnia gminną komisję do kierowania do sądu wniosków o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu, wskazując jednocześnie, że do wniosku należy dołączyć zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego. Ustawodawca zdecydował zatem o nadaniu gminnym komisjom rozwiązywania problemów alkoholowych uprawnienia zarówno do podejmowania czynności zmierzających do ustalenia, czy zachodzą przesłanki uzasadniające wystąpienie do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu, jak i do samodzielnego składania takiego wniosku. Jednocześnie nie uregulował on niemal zupełnie jakichkolwiek zasad, według których czynności te powinny być dokonywane, co siłą rzeczy skutkuje licznymi trudnościami interpretacyjnymi i skłania do poszukiwania regulacji mających stanowić podstawę prawną do czynności realizowanych w ramach tej procedury. Z powyższych względów często stawiane jest pytanie o charakter prawny postępowania prowadzonego przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, a w szczególności – czy ma ono charakter postępowania administracyjnego. Na tak postawione pytanie należy odpowiedzieć przecząco. Procedura przeprowadzana przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w przedmiocie

zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu nie podlega regulacjom ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572). Zgodnie bowiem z art. 1 tego kodeksu ma on zastosowanie do postępowań toczących się przed organami administracji publicznej lub innymi podmiotami, które z mocy prawa albo na podstawie porozumień zostały powołane do załatwiania indywidualnych spraw rozstrzyganych w drodze administracyjnej. Nie ulega wątpliwości, że działania gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w zakresie omawianej procedury nie zmerają do wydania decyzji administracyjnej, tym samym brak jest podstaw, by powyższe działania podlegały unormowaniom ww. kodeksu. Stanowisko to znajduje także swoje odzwierciedlenie w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z dnia 27 czerwca 2007 r. (sygn. akt I OSK 323/07) stwierdził:

Niewątpliwie uprawnienia Komisji określone w przepisach art. 25 i art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dotyczą spraw regulowanych przepisami prawa powszechnie obowiązującego, odnoszą się do konkretnie oznaczonych osób oraz są jednostronnie, w sposób niezależny od innych podmiotów, a więc w sposób władczy, podejmowane. Nie wywołują one jednak samoistnie żadnych zmian w sferze praw i obowiązków adresata tych czynności. Skierowanie na badanie przez biegłego nie jest wiążące dla osoby, której dotyczy, i nie może być w żaden sposób egzekwowane. Poddanie się badaniu w wyniku wydania skierowania zależy wyłącznie od woli osoby, której dotyczy. Przymusowe poddanie badaniu przez biegłego nastąpić może jedynie na podstawie zarządzenia właściwego sądu rejonowego zarówno przed złożeniem wniosku o przymusowe leczenie, jak i w toku postępowania przed sądem. Skierowanie na badanie należy zatem ocenić jako szczególnego rodzaju czynność organu władzy publicznej o charakterze technicznym, mającą służyć, w wypadku poddania się badaniu przez adresata, przygotowaniu materiałów dla potrzeb ewentualnego postępowania przed sądem powszechnym w sprawie z wniosku o przymusowe leczenie. Niepoddanie się badaniu przez adresata skierowania bądź niewydanie skierowania, nie stoi jednak na przeszkodzie do złożenia wniosku do sądu. Czynność ta niewątpliwie nie wszczyna ani też nie kończy żadnego postępowania, do którego miałyby zastosowanie przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Nie można tej czynności porównywać też z czynnością skierowania (bądź odmowy skierowania) na leczenie uzdrowiskowe, jak zostało to uczynione w skardze kasacyjnej.

Ponadto, jak podkreślano w orzecznictwie sądów administracyjnych, skierowanie na badanie przez biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu nie stanowi także aktu lub czynności z zakresu administracji publicznej w rozumieniu art. 3 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz.U. z 2024 r. poz. 935, z późn. zm.) i w konsekwencji czynności te nie podlegają także kontroli sądów administracyjnych (patrz postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 października 2020 r. sygn. akt II GW 37/20).

Niezależnie od powyższego, z uwagi na niekompletny i ogólnikowy charakter regulacji zawartej w ustawie o wychowaniu w trzeźwości, ilekroć jest to możliwe, należy traktować unormowania Kodeksu postępowania administracyjnego jako swoisty wzór wyznaczający standardy właściwego prowadzenia postępowania. Jest to szczególnie zasadne w odniesieniu do takich kwestii jak dokumentowanie czynności postępowania (wymogi stawiane protokołowi), doręczanie pism czy sposoby obliczania terminów.

4.1. Krąg podmiotów uprawnionych do występowania z wnioskiem do sądu

Jak to już wskazano powyżej, krąg podmiotów uprawnionych do występowania do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu określa art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Zgodnie z ww. przepisem, uprawnienie to przysługuje wyłącznie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz prokuratorowi. Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2017 r. na zlecenie Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości na próbie 202 spraw, najwięcej postępowań rozpoczęło się na skutek wniosku złożonego przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych – 141 spraw (69,8%). Prokurator zainicjował 61 postępowań (30,2%)¹⁴. Należy zauważyć, że rozwiązanie różni się od przyjętego przez ustawodawcę w innych, zbliżonych charakterem postępowaniach. I tak w przypadku:

- 1) w postępowaniu o skierowanie niepełnoletniej osoby uzależnionej na przymusowe leczenie i rehabilitację, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939) – z wnioskiem do sądu

14) M. Horna-Cieślak *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Prawo w działaniu, 2018, t. 33, s. 76-110.

mogą wystąpić: przedstawiciel ustawowy, krewni w linii prostej, rodzeństwo lub opiekun faktyczny;

- 2) w postępowaniu o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby bez jej zgody (art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2018 r. poz. 1878) – z wnioskiem do sądu mogą wystąpić: małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo, jej przedstawiciel ustawowy lub osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę.

Wyłączenie kręgu osób najbliższych z grona wnioskodawców wywołuje często sprzeciw członków rodziny osoby zobowiązanej, którzy mają poczucie, że ich rola jest niesłusznie marginalizowana, mimo że sprawa dotyczy w najwyższym stopniu ich żywotnych interesów. Za zgodnością z Konstytucją powyższego rozwiązania wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny, który w wyroku z dnia 4 lipca 2006 r. (sygn. akt K 43/05) stwierdził:

Należy podkreślić, że odmowa leczenia nie jest zachowaniem bezprawnym. Osoba uzależniona ma prawo do wolności osobistej i ochrony godności. Sposób życia osoby odmawiającej leczenia odwykowego wymaga interwencji władzy publicznej z innych powodów, które ustawa antyalkoholowa traktuje jako przesłanki wystąpienia organów ze sfery władzy publicznej (gminnej komisji lub prokuratora) do sądu, mającego orzec o ograniczeniu praw tej osoby ze względu na bezpieczeństwo i porządek publiczny oraz prawa i wolności innych osób. Uznanie, że prawo wystąpienia z odpowiednim wnioskiem bezpośrednio do sądu przysługuje także osobom prywatnym, mogłoby wzmacniać konflikty i napięcia między uzależnionym a jego środowiskiem i tym samym zmniejszać szanse poprawy.

Przyjęte przez ustawodawcę rozwiązanie oznacza zatem, że jeśli osoby najbliższe w stosunku do osoby nadużywającej alkoholu pragną osiągnąć skutek w postaci zobowiązania jej do podjęcia leczenia odwykowego, zmuszone są wystąpić w tym zakresie do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub do prokuratora.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2017 r. na zlecenie Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości na próbie 202 spraw, osobami zawiadamiającymi gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych albo prokuraturę o potrzebie wszczęcia procedur sądowych w przeważającej liczbie spraw (109 postępowań – 54% ogółu spraw) byli członkowie rodziny uczestnika postępowania, z czego w 24 przypadkach była to matka, a w 36 – żona. Dużą aktywnością w zakresie zawiadamiania prokuratury oraz gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych o potrzebie

wszczęcie procedur sądowych wykazywała się także policja (36 postępowań – 17,8% ogółu spraw) i ośrodki pomocy społecznej (20 postępowań – 9,9% ogółu spraw). Natomiast identyczne zaangażowanie zaobserwowano u kuratorów sądowych oraz grup roboczych/zespołów interdyscyplinarnych (każda z tych instytucji występowała w 14 postępowaniach – 6,9% ogółu spraw). Również w kolejnych 14 postępowaniach (6,9% ogółu spraw) to prokuratura/gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych podejmowały działania z własnej inicjatywy. Podmiotami zawiadamiającymi byli także Izba Wyrzęźwień (1 postępowanie – 0,5% ogółu spraw) oraz szkoła (1 postępowanie – 1% ogółu spraw)¹⁵.

4.2. Zainicjowanie procedury

Kwestia tego, kto i w jakiej formie może zgłosić gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych potrzebę podjęcia czynności w zakresie zobowiązania do poddania leczeniu odwykowemu, nie została uregulowana przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi. Brak jest podstaw do uznania, że ustawodawca w jakikolwiek sposób ograniczył krąg podmiotów uprawnionych do inicjowania tej czynności. W konsekwencji należy uznać, że możliwość ta przysługuje każdej osobie, niezależnie od tego, czy jest ona osobą najbliższą dla osoby zobowiązanej, czy też osobą jej obcą. Potrzebę taką zgłosić może także instytucja, w ramach swoich ustawowych zadań. Często sygnalizowanym problemem jest praktyka stosowana przez jednostki prokuratury, polegająca na kierowaniu do gminnych komisji wniosków o skierowanie na badanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu w związku z uprawdopodobnieniem wystąpienia przesłanek do zobowiązania do leczenia odwykowego, ujawnionych w toku prowadzonych postępowań karnych. Działania takie budzą zrozumiały sprzeciw członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, ponieważ – jak już wspomniano powyżej – ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nadaje prokuratorom zarówno uprawnienie do kierowania osób nadużywających alkoholu na badanie przez biegłych w przedmiocie uzależnienia, jak i do występowania do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu. W powyższym zakresie warto zauważyć, że – zgodnie ze stanowiskiem sądów administracyjnych – omawiana kwestia nie może być przedmiotem sporu kompetencyjnego, o którym

15) Tamże

mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Dla przykładu warto w tym zakresie omówić postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 października 2020 r. (sygn. akt II GW 37/20), wydane w następstwie pisma Prokuratora Rejonowego w R., który zwrócił się do Naczelnego Sądu Administracyjnego o rozstrzygnięcie sporu kompetencyjnego pomiędzy nim a Miejską Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w R. w przedmiocie skierowania na badania służące wydaniu opinii o uzależnieniu od alkoholu i wskazaniu rodzaju zakładu leczniczego.

Wnioskodawca wskazał, że wnosi o rozstrzygnięcie 30 sporów kompetencyjnych w sprawach: [...] toczących się pomiędzy Prokuratorem Rejonowym w R. a Miejską Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w R., przez wskazanie Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Rawie Mazowieckiej [...] jako organu właściwego do skierowania osób, których dotyczą ww. postępowania, na badania przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego na podstawie art. 24 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [...]. Wnioskodawca podniósł, że we wszystkich wskazanych wyżej 30 sprawach wystąpił do Komisji o skierowanie wymienionych osób na badania, o których mowa w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i ewentualnie wskazania zakładu leczniczego. W odpowiedzi na powyższe Komisja 30 razy z urzędu odmówiła zajęcia się tymi sprawami, powołując się na treść art. 26 cyt. ustawy i wskazując, że prokurator ma takie same uprawnienia do inicjowania postępowania sądowego o leczenie osoby uzależnionej od alkoholu i z tego powodu przesyłanie wniosków do Komisji jest, jej zdaniem, nieuzasadnione.

Naczelny Sąd Administracyjny oddalił wniosek argumentując, że:

[...] wniosek o rozstrzygnięcie sporu kompetencyjnego zawierający żądanie wskazania Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [...] jako organu właściwego do skierowania osób, wobec których toczą się postępowania podlegające regulacji Kodeksu postępowania karnego – abstrahując nawet od jego merytorycznej oceny, w świetle której wniosek ten trzeba uznać za pozbawiony podstaw – nie pochodzi od podmiotu, który [...] mógłby skutecznie zainicjować postępowanie uzasadniające potrzebę wskazania organu właściwego do załatwienia niniejszej sprawy. [...] Jeżeli istotą sporu kompetencyjnego (sporu o właściwość

jest rozbieżność poglądów organów administracji co do zakresu ich działania, co wyraża się w jednoczesnym przyjmowaniu lub wyłączeniu przez nie własnych kompetencji do załatwiania indywidualnej sprawy administracyjnej w rozumieniu art. 1 pkt 1 k.p.a., (...), to wobec treści art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, za uzasadniony trzeba uznać wniosek, że treść przywołanej regulacji prawnej nie tworzy żadnego (nawet potencjalnego) pola do zaistnienia sporu kompetencyjnego w przedstawionym powyżej rozumieniu.

Podsumowując rozważania, należy stwierdzić, że prokurator i gminna komisja w zakresie występowania z wnioskiem do sądu o badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (...) ma tożsame kompetencje. Co za tym idzie, nie ma podstaw, aby prokurator przekazywał do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych ww. wniosków celem zainicjowania procedury przez sąd.

4.3. Właściwość miejscowa

Zgodnie z art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy. Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego „miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. Dla uznania danej miejscowości za miejsce zamieszkania kluczowe jest ustalenie, że przebywanie w niej ma charakter trwały i że to właśnie tam dana osoba skoncentrowała swoje centrum życiowe – zarówno w aspekcie osobistym, jak i majątkowym. Ustalenie, że określona miejscowość jest miejscem zamieszkania danej osoby, nie jest tożsame z faktem, że jest tam ona zameldowana. Jak wskazano w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 23 listopada 2016 r. (sygn. akt I OSK 2105/15): „Nie można okoliczności zamieszkiwania utożsamiać z zameldowaniem na pobyt stały. Miejsce zameldowania nie zawsze stanowi dowód, że osoba wnioskująca o przyznanie dodatku mieszkaniowego prowadzi gospodarstwo domowe w tym lokalu, wspólnie z osobą w lokalu tym zameldowaną. Sam fakt zameldowania w lokalu nie jest równoznaczny ze stałym zamieszkiwaniem i gospodarowaniem”. Przez miejsce pobytu należy natomiast rozumieć fizyczne przebywanie w danym miejscu bez zamiaru stałego pobytu. Będzie więc nim przykładowo miasto, do którego został tymczasowo

oddelegowany pracownik lub miejscowość, w której osoba studiuje i tam w związku z tym tymczasowo przebywa. W świetle powyższego na uwagę zasługuje kwestia, w jaki sposób ustalić gminną komisję właściwą w przypadku, gdy osobą zobowiązywaną miałaby być osoba bezdomna, a więc osoba poniekąd z definicji nieposiadająca stałego miejsca zamieszkania. Jakkolwiek w doktrynie pojawia się pogląd, iż jeśli osoba taka przebywa nieprzerwanie w określonej miejscowości, w szczególności tej samej, w której zamieszkiwała, gdy nie była jeszcze bezdomna, z zamiarem stałego pobytu w tym miejscu, możemy mówić o tym, że miejscowość taka stanowi jej miejsce zamieszkania. Jeśli natomiast osoba bezdomna opuściła miejscowość stałego pobytu, nie zajmuje na stałe określonego lokalu, czerpie środki utrzymania z pracy dorywczej czy żebractwa i korzysta z pomieszczeń różnych noclegowni, nie można mówić o zamiarze stałego pobytu w danej miejscowości, trudno bowiem przyjąć, że osoba ta dokonała świadomego wyboru swego miejsca przebywania¹⁶. W takich sytuacjach za właściwą należy uznać gminną komisję działającą w miejscu pobytu osoby, której dotyczyć ma wnioski.

Doniosłość omawianego problemu wynika z faktu, że uzależnienie od alkoholu stanowi istotny problem w grupie osób bezdomnych, co sprawia, że podejmowanie wobec nich działań w zakresie wspomagania ich w wychodzeniu z choroby wydaje się szczególnie zasadne.

Warto też w tym miejscu przywołać § 354 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz.U. z 2025 r. poz. 753, z późn. zm.), zgodnie z którym „sprawy cywilne należą do zakresu działania jednostki organizacyjnej prokuratury, na której obszarze właściwości mieści się siedziba sądu właściwego do rozpoznania sprawy cywilnej”. Zgodnie z art. 508 § 1 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 1568, z późn. zm.):

Jeżeli właściwość miejscowa nie jest oznaczona w przepisie szczególnym, wyłącznie właściwy jest sąd miejsca zamieszkania wnioskodawcy, a w braku miejsca zamieszkania – sąd miejsca jego pobytu. Do postępowania z urzędu właściwy jest sąd miejsca, w którego okręgu nastąpiło zdarzenie będące podstawą wszczęcia postępowania. W braku wskazanych wyżej podstaw właściwy będzie sąd dla m.st. Warszawy.

16) A. Wypiórkiewicz, H. Ciepla i in., *Kodeks cywilny. Praktyczny komentarz*, Wydawnictwo Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 2005, s. 78–79.

4.4. Forma zainicjowania postępowania

Jak już wspomniano powyżej, obowiązujące przepisy nie określają wymogów formalnych, jakie muszą zostać spełnione w celu zainicjowania czynności przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych. Ustawa nie odnosi się zatem ani do zakresu informacji, jakie ma zawierać zawiadomienie, w oparciu o które gminna komisja przystępuje do wykonywania nałożonych na nią przez ustawodawcę obowiązków, ani do postaci, w jakiej zawiadomienie to ma być przekazane gminnej komisji. Zasadne wydaje się uznanie, że – podobnie jak ma to miejsce w przypadku zainicjowania procedury administracyjnej – zainteresowani powinni mieć prawo wniesienia zawiadomienia zarówno na piśmie, jak i ustnie do protokołu. Obowiązującą w większości gmin praktyką jest tworzenie własnych formularzy wniosku do gminnej komisji. Należy jednak podkreślić, że komisje nie mogą uzależniać podjęcia działań w danej sprawie od spełnienia wymogu złożenia wniosku na określonym przez nie wzorze. W zakresie niezbędnych informacji, jakie powinny znaleźć się we wniosku, pomocniczo można się kierować treścią art. 63 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, zgodnie z którym podanie powinno zawierać co najmniej wskazanie osoby, od której pochodzi, jej adres oraz informację o tym, czego się domaga. Oznacza to, że gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych nie jest w żadnej mierze obowiązana do rozpatrywania pism anonimowych. Jednocześnie należy zauważyć, że zgodnie z § 121 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury, wszczęcie śledztwa albo dochodzenia na skutek anonimowego zawiadomienia może nastąpić po uprzednim sprawdzeniu przytoczonych w nim okoliczności. Zawiadomienie takie prokurator może przekazać policji bądź innemu uprawnionemu organowi lub organom kontroli w celu sprawdzenia przytoczonych w zawiadomieniu okoliczności, jak również pozostawić je bez biegu. W razie niepotwierdzenia się okoliczności wskazanych w treści anonimowego zawiadomienia pozostawia się je bez biegu i bez wydawania postanowienia o odmowie wszczęcia śledztwa lub dochodzenia. O ile zatem przekazany gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych anonim zawierałby informacje mogące wskazywać na fakt popełnienia przestępstwa (przykładowo przestępstwa znęcania się nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stosunku zależności od sprawcy lub przestępstwa rozpijania małoletnich), rozważyć należy możliwość przekazania go

właściwej terytorialnie jednostce prokuratury celem podjęcia decyzji o sprawdzeniu przytoczonych w nim okoliczności.

4.5. Odpowiedzialność z tytułu zainicjowania postępowania przed gminną komisją w złej wierze

Odmienne niż ma to miejsce przykładowo w przypadku wniosku o ubezwłasnowolnienie, gdzie ustawodawca w art. 545 § 4 Kodeksu postępowania cywilnego zdecydował o nałożeniu kary grzywny na wnioskodawcę, który złożył wniosek w złej wierze lub lekkomyślnie, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie przewiduje jakichkolwiek form odpowiedzialności z tytułu zainicjowania czynności przez gminną komisję w złej wierze. Ponadto przedstawienie gminnej komisji nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy w związku z gromadzeniem przez nią dokumentacji na potrzeby wystąpienia do sądu z wnioskiem w przedmiocie zobowiązania do leczenia odwykowego nie nosi cech przestępstwa, o którym mowa w art. 233 Kodeksu karnego. Należy jednak zauważyć, że będzie się



to przedstawiać odmiennie w sytuacji powołania takiej osoby na świadka na etapie postępowania sądowego. Składanie bowiem przed sądem zeznań zawierających nieprawdę lub też zatajanie prawdy jest przestępstwem zagrożonym karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

4.6. Uprawnienia osoby inicjującej postępowanie

Jak już wcześniej wspomniano, w odróżnieniu od spraw o ubezwłasnowolnienie lub też przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie wprowadza żadnych ograniczeń co do kręgu osób, które mogą zainicjować postępowanie przed gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych. Zawiadomienie takie mogą zatem złożyć zarówno instytucje – przykładowo policja czy pomoc społeczna, jak i osoby fizyczne – zarówno te należące do kręgu osób najbliższych osobie nadużywającej alkoholu, jak też obce. Osoba lub instytucja zawiadamiająca gminną komisję o konieczności podjęcia działań w ramach procedury nie staje się jednak stroną postępowania i nie przysługują jej żadne prawa w tym względzie. Fakt ten ma wiele doniosłych konsekwencji. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że osobie składającej zawiadomienie nie przysługuje uprawnienie wycofania wniosku. Osoba zawiadamiająca jedynie informuje gminną komisję o wystąpieniu okoliczności, którym przepisy prawa przypisują określone konsekwencje prawne. Zawiadamiający nie jest jednak „dysponentem” postępowania, nie służy ono rozpatrzeniu jego interesu prawnego i nie może on zadecydować o jego zakończeniu. Nie oznacza to jednak, że złożenie powyższego oświadczenia przez zawiadamiającego pozostaje bez wpływu na bieg prowadzonych czynności. Takie oświadczenie w większości przypadków wiąże się bowiem z przedstawieniem nowych informacji, które mogą skutkować zmianą w ocenie zachodzenia przesłanek wskazanych w ustawie. Tytułem przykładu wskazać można sytuację, w której wnioskodawca informuje o fakcie rozwodu, co zgodnie z cytowanym wyżej orzeczeniem Sądu Najwyższego może oznaczać, że nastąpił rozkład życia rodzinnego i jeżeli stanowił on jedyną przesłankę do uruchomienia postępowania, to należy rozważyć zakończenie procedury. Natomiast na pewno nie można czynić założenia, że dostateczną przesłanką umorzenia postępowania jest samo oświadczenie wnioskodawcy. Punktem wyjścia do podjęcia decyzji o kontynuowaniu lub zakończeniu procedury jest zawsze ocena gminnej komisji,

czy zostało dostatecznie uprawdopodobnione jednoczesne wystąpienie przesłanki medycznej oraz którejs z opisanych powyżej przesłanek społecznych.

Wnioskodawca nie będzie miał prawa dostępu do gromadzonych materiałów postępowania, z wyjątkiem uprawnień wynikających z art. 15 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”, dotyczących prawa do uzyskania informacji o przetwarzaniu jego danych osobowych. Osoba ta nie nabędzie również uprawnień do uczestnictwa w postępowaniu sądowym na dalszym etapie procedury – nie będzie zatem mogła składać w nim wniosków dowodowych ani wnosić apelacji od wydanego postanowienia. Sytuacja taka budzi często zrozumiały sprzeciw najbliższych osoby będącej przedmiotem procedury. Z tego względu bardzo istotne jest, aby gminna komisja przekazała członkom rodziny z problemem alkoholowym wyczerpujące informacje na temat dostępnych form pomocy oraz aby wszelkie zgłaszane przez nich postulaty i sugestie były traktowane z należytą uwagą.

Rozdział 5. Osoby zobowiązywane

5.1. Uwagi ogólne

Przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie precyzują w żaden sposób kręgu osób, które mogą zostać zobowiązane do poddania się leczeniu odwykowemu. Jak to już zostało wykazane powyżej, ograniczają się one jedynie do wskazania przesłanek medycznych i społecznych, jakie muszą zachodzić, by dana osoba mogła zostać zobowiązana do podjęcia leczenia. W praktyce najczęstsze wątpliwości dotyczą wskazanych poniżej kategorii osób.

5.2. Osoby niepełnoletnie

Należy przypomnieć, że podstawowym skutkiem prawnym orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu jest wyłączenie obowiązku uzyskania zgody pacjenta na udzielenie mu świadczeń zdrowotnych. Tymczasem zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

w przypadku osoby, która nie ukończyła 16 lat, zgodę na świadczenie medyczne wyraża co do zasady jej przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny, czyli np. rodzic. Jest to tak zwana zgoda zastępcza, co oznacza, że nie wymaga się w takim przypadku odrębnej decyzji pacjenta małoletniego. Wolę dziecka w zakresie udzielenia świadczenia wyraża przedstawiciel ustawowy lub – w wyjątkowych sytuacjach – opiekun faktyczny. Nieco odmiennie w tym zakresie kształtuje się sytuacja osoby, która ukończyła 16 lat, ale nie uzyskała jeszcze pełnoletności. W takiej sytuacji wymagana jest zgoda zarówno przedstawiciela ustawowego, jak i małoletniego pacjenta. W sytuacji, gdy mimo zgody przedstawiciela ustawowego brak jest zgody osoby małoletniej, konieczne jest w tym zakresie uzyskanie zgody sądu opiekuńczego. Właściwym do wydania zgody będzie w powyższej sytuacji sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane. Ponadto należy zauważyć, że zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji małoletnich:

Każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności dopuszczenie się czynu zabronionego, naruszanie zasad współżycia społecznego, uchylanie się od obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, używanie alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, ich prekursorów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych [...], uprawianie nierządu, ma społeczny obowiązek odpowiednio przeciwdziałać temu, a przede wszystkim zawiadomić o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkołę, sąd rodzinny, Policję lub inny właściwy organ.

Spożywanie napojów alkoholowych stanowi zatem jeden z wprost wskazanych przez ustawodawcę symptomów demoralizacji i jako taki może stanowić podstawę do orzeczenia wobec nieletniego środka wychowawczego. Zgodnie z art. 7 pkt 2 ww. ustawy sąd rodzinny może zobowiązać nieletniego do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze wychowawczym lub terapeutycznym, w szczególności terapii uzależnień oraz psychoterapii.

Należy także przypomnieć, że w przypadku osoby niepełnoletniej uzależnionej od środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych zastosowanie znajduje art. 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Przepis ten stanowi, że sąd rodzinny może – na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, faktycznego opiekuna lub z urzędu – skierować taką osobę na przymusowe leczenie i rehabilitację. W przypadku omawianego środka czas trwania przymusowego

leczenia i rehabilitacji nie jest określony z góry, nie może on być jednak dłuższy niż dwa lata. Ponadto, jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może przedłużyć ten środek na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia, łącznie nie dłuższy jednak niż wskazany powyżej okres dwóch lat.

5.3. Osoby ubezwłasnowolnione

Ubezwłasnowolnienie jest instytucją prawną służącą ograniczeniu danej osoby w sferze zdolności do czynności prawnych. Występuje ono w formie ubezwłasnowolnienia całkowitego oraz częściowego. Zgodnie z art. 13 § 1 Kodeksu cywilnego: „Osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem”. Z kolei zgodnie z art. 16 § 1: „Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw”. Podstawowym następstwem orzeczenia ubezwłasnowolnienia całkowitego jest utrata zdolności do czynności prawnych (a więc działań, za pomocą których podmioty prawa cywilnego mogą kształtować wiążące je stosunki prawne, czyli przyjmować na siebie obowiązki prawne i zyskiwać uprawnienia¹⁷⁾). Ujmując rzecz najprościej, oznacza to, że dokonywane przez osobę ubezwłasnowolnioną działania w sferze prawa cywilnego, takie jak przykładowo sprzedaż samochodu, wynajęcie mieszkania czy zaciągnięcie pożyczki, są nieważne i może ona działać w tym zakresie jedynie przez ustanowionego dla siebie opiekuna. W przypadku ubezwłasnowolnienia częściowego sytuacja przedstawia się nieco inaczej. Osoba taka może samodzielnie dokonywać niektórych czynności prawnych – na przykład przyjąć darowiznę lub zawrzeć małżeństwo. Natomiast czynności, które skutkują zaciągnięciem zobowiązania lub rozporządzeniem prawem (przykładowo zaciągnięcie kredytu albo dokonanie darowizny), są ważne

17) E. Gniewek, P. Machnikowski, *Kodeks Cywilny. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2017, s. 124.

jedynie za zgodą przedstawiciela ustawowego, czyli w przypadku osoby pełnoletniej ustanowionego przez sąd kuratora lub doradcy tymczasowego. Z naszego punktu widzenia istotne znaczenie ma skutek orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu w sferze prawa medycznego. Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przedstawiciel ustawy pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody ma prawo wyrazić zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego, w odniesieniu do badania, zgodę może wyrazić opiekun faktyczny. Osobie całkowicie ubezwłasnowolnionej przysługuje natomiast, o ile dysponuje ona dostatecznym rozeznaniem, prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec udzielenia jej jakiegokolwiek świadczenia zdrowotnego. W takim wypadku, podobnie jak ma to miejsce w odniesieniu do osoby niepełnoletniej, wymagane będzie zezwolenie sądu opiekuńczego. Odmienne natomiast kształtuje się sytuacja prawna osoby częściowo ubezwłasnowolnionej. Zgodnie z przepisami wspomnianej ustawy posiada ona zasadniczo prawo do samodzielnego wyrażenia zgody na udzielanie jej świadczeń zdrowotnych. O ile zatem poddawanie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej procedurze zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu wydaje się zasadniczo bezprzedmiotowe – ponieważ zgodę na świadczenia zdrowotne wyraża w jej imieniu przedstawiciel ustawy – o tyle w pełni zasadne wydaje się objęcie powyższą procedurą osób ubezwłasnowolnionych częściowo. Niezależnie od powyższego należy w tym miejscu przypomnieć o art. 35 ust. 1 i 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, zgodnie z którym sąd, który nałożył na osobę uzależnioną od alkoholu obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, jeśli uzna, że na skutek takiego uzależnienia zachodzi potrzeba całkowitego ubezwłasnowolnienia tej osoby, zawiadamia o tym właściwego prokuratora. W razie orzeczenia ubezwłasnowolnienia sąd opiekuńczy, określając sposób wykonywania opieki, orzeka o umieszczeniu tej osoby w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, chyba że zachodzi możliwość objęcia tej osoby inną stałą opieką. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2025 r. poz 51), dom pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu – oprócz wypełniania funkcji przewidzianych dla wszystkich tego typu placówek, takich jak świadczenie usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych zgodnie z obowiązującym standardem,

w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających – zapewnia także:

- 1) indywidualne oraz grupowe zajęcia terapeutyczne ze specjalistą psychoterapii uzależnień lub instruktorem terapii uzależnień, lub osobą przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu;
- 2) trening funkcji poznawczych, w tym trening pamięci;
- 3) treningi umiejętności społecznych, służące utrzymywaniu abstynencji lub ograniczaniu spożywania alkoholu;
- 4) działania motywujące, mające na celu utrzymywanie abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu.

Ponadto dom pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu umożliwia mieszkańcom korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień. W celu zapewnienia dostępu do ww. usług i świadczeń dom dla osób uzależnionych od alkoholu współpracuje z gminnymi komisjami rozwiązywania



problemów alkoholowych i podmiotami wykonującymi działalność w zakresie leczenia i profilaktyki uzależnień.

W tym miejscu warto wspomnieć o prowadzonych obecnie pracach legislacyjnych dotyczących zniesienia instytucji ubezwłasnowolnienia i zastąpienia jej modelem wspieranego podejmowania decyzji. Celem tych działań jest umożliwienie osobom pełnoletnim korzystania ze zdolności do czynności prawnych w sposób zgodny z ich wolą. Inicjatywy te stanowią realizację międzynarodowych standardów w zakresie ochrony osób z niepełnosprawnościami, w szczególności wynikających z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., oraz z Zalecenia nr R(99)4 Komitetu Ministrów Rady Europy z dnia 23 lutego 1999 r. w sprawie zasad dotyczących ochrony prawnej niepełnosprawnych osób dorosłych.

Zgodnie z opracowanym przez Ministerstwo Sprawiedliwości projektem ustawy¹⁸ regulującym tę kwestię do instrumentów wspieranego podejmowania decyzji mają należeć:

- 1) asystent prawny – osoba, z którą wspierany zawarł umowę asysty, zobowiązującą asystenta do udzielania faktycznej pomocy w korzystaniu przez wspieranego ze zdolności do czynności prawnych;
- 2) kurator reprezentujący – kurator ustanowiony przez sąd, uprawniony – w granicach określonych postanowieniem sądu – do dokonywania w imieniu osoby wspieranej czynności prawnych lub wyrażania zgody na podejmowanie tych czynności przez tę osobę;
- 3) pełnomocnik rejestrowany – osoba, której osoba pełnoletnia, dla której nie ustanowiono kuratora reprezentującego, udzieliła pełnomocnictwa na wypadek, gdyby w przyszłości – ze względu na stan zdrowia – nie była w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem.

W chwili pisania tych słów ostateczny kształt projektowanych przepisów nie był jeszcze znany. Nie ulega jednak wątpliwości, że będą one miały wpływ na prowadzone postępowania w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu.

18) Informacje o przebiegu procesu legislacyjnego: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12392502> (dostępne: 2.09.2025)

5.4. Cudzoziemcy

Wobec zwiększającej się w ostatnich latach liczby cudzoziemców długotrwale zamieszkujących na terytorium Polski, szczególnego znaczenia nabiera kwestia możliwości objęcia osób niebędących polskimi obywatelami postępowaniem w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że – jak zostało wspomniane powyżej – przesłanki stosowania procedury mają w swej istocie charakter społeczny. Zobowiązanie do leczenia stosujemy zatem wtedy, gdy uzależnienie od alkoholu danej osoby wpływa negatywnie na sferę uprawnień innych osób – oznacza to, iż dla celowości stosowania procedury obywatelstwo osoby zobowiązanej nie powinno mieć istotnego znaczenia. Niezależnie od powyższego, w omawianym przypadku istotne znaczenie wydaje się mieć fakt, że zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego. Tym samym w odniesieniu do tego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się ograniczeń podmiotowych wynikających z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie art. 25a ust. 1 pkt 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi, że wśród danych dotyczących osób zobowiązanych, które członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych mogą przetwarzać w zakresie niezbędnym do realizacji procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, znajduje się numer PESEL, a w przypadku jego braku – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Należy przypomnieć, że numer PESEL jest z urzędu nadawany wszystkim obywatelom polskim oraz cudzoziemcom zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Dopuszczenie zatem przez ustawodawcę sytuacji, w której przedmiotem postępowania może być osoba nie posiadająca tego numeru, wskazywałoby na dopuszczalność objęcia procedurą także osób nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium RP, niezależnie od jej obywatelstwa. Ponadto – jak zostanie szerzej omówione w dalszej części – postępowanie w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu prowadzone jest w trybie postępowania nieprocesowego. W konsekwencji do tych postępowań zastosowanie będzie miał art. 1110 Kodeksu postępowania cywilnego, zgodnie z którym do jurysdykcji krajowej należą inne niż wymienione w art. 1106–11091 tego kodeksu sprawy rozpoznawane w postępowaniu nieprocesowym, jeśli dotyczą

osoby mającej miejsce zamieszkania lub zwykłego pobytu w Rzeczypospolitej Polskiej, a także gdy sprawa z innych względów wykazuje wystarczający związek z polskim porządkiem prawnym. Jak się zatem wydaje, brak jest podstaw do uznania, jakoby nieposiadanie polskiego obywatelstwa miało stanowić przeszkodę do objęcia procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu – pod warunkiem, że cudzoziemiec objęty procedurą będzie posiadał miejsce zamieszkania lub zwykłego pobytu (przez który należy rozumieć przebywanie w danej miejscowości bez zamiaru stałego w niej pobytu) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

5.5. Osoby z zaburzeniami psychicznymi

Przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie odnoszą się do kwestii stanu zdrowia psychicznego osób poddawanych procedurze zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Brak jest podstaw, by uznać, że występowanie innych zaburzeń psychicznych, w tym w szczególności choroby psychicznej, stanowi przeszkodę do objęcia danej osoby procedurą zobowiązania do poddania leczeniu odwykowemu. Nie ulega jednak wątpliwości, że okoliczność ta ma istotne znaczenie dla możliwości efektywnego leczenia tej osoby oraz wpływa na funkcjonowanie placówki leczenia odwykowego, a także na dobrostan i skuteczność leczenia innych pacjentów. Nie powinna ona także pozostawać bez wpływu na treść opinii psychologiczno-psychiatrycznej wydawanej przez biegłych w toku postępowania. Dokonanie oceny celowości stosowania środków przewidzianych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie należy jednak do kompetencji gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, która powinna w tym zakresie zdać się na rozstrzygnięcie sądu. Niezależnie od powyższego członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych powinni być świadomi obowiązujących regulacji prawnych dotyczących niedobrowolnych form leczenia psychiatrycznego. Pozwoli im to udzielać osobom najbliższym osoby zobowiązanej kompetentnych porad, a w przypadku stwierdzenia, że wymaga tego interes społeczny – podejmować stosowne działania, przykładowo przez zawiadomienie odpowiednich organów.

Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, „przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia”.

Przy czym w nagłych przypadkach – w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala – osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego za jej pisemną zgodą, bez skierowania. Podobnie zatem jak ma to miejsce w odniesieniu do leczenia odwykowego, generalną zasadą w leczeniu zaburzeń psychicznych jest ich dobrowolność. Od reguły tej ustawodawca przewidział jednak wyjątki. Zgodnie z art. 23 ww. ustawy osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. W takiej sytuacji o przyjęciu do szpitala postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Następnie wymagane jest zatwierdzenie przyjęcia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), które musi nastąpić w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia pacjenta. W takiej sytuacji kierownik szpitala psychiatrycznego ma obowiązek zawiadomić sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. Do szpitala psychiatrycznego można



także przyjąć bez zgody osobę, której zachowanie wskazuje, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a jednocześnie zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. Tryb i zasady przyjęcia są analogiczne, jak w sytuacji opisanej powyżej, z tym że pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje także sytuacje, w których osoba chora psychicznie wprawdzie nie zachowuje się w sposób, który można uznać za bezpośrednio zagrażający jej życiu lub życiu i zdrowiu innych osób, ale jej dotychczasowe zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego lub że jest ona niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. W takim przypadku możliwe jest przyjęcie takiej osoby do szpitala psychiatrycznego, jeżeli można w sposób uzasadniony przyjąć, że leczenie przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. W takim wypadku może ona zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez swojej zgody, po uzyskaniu orzeczenia sądu opiekuńczego w jej miejscu zamieszkania. Z wnioskiem o wydanie orzeczenia mogą wystąpić: małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy lub osoba sprawująca faktyczną opiekę. Co istotne, w odniesieniu do osób objętych wsparciem społecznym, może z nim wystąpić także organ pomocy społecznej. Ponadto, w związku z treścią art. 7 Kodeksu postępowania cywilnego, uprawnienie do występowania z wnioskiem w sprawie przysługiwać będzie także prokuratorowi. W kontekście powyższego warto przytoczyć stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w postanowieniu z dnia 5 września 2008 r. (sygn. akt III CSK 178/08):

Skoro jednak – co już podniesiono – sprawa o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym nie jest sprawą z zakresu prawa rodzinnego, a prawo nie wiąże z jej wszczęciem przez prokuratora obowiązku złożenia oświadczenia woli przez osobę bezpośrednio zainteresowaną, to prokurator mógł samodzielnie skutecznie złożyć wniosek o wszczęcie tego postępowania. Za takim wnioskiem przemawiają również argumenty odwołujące się do interesu publicznego (por. art. 29 ust. 3 w związku z art. 8 ustawy), należy jednak zastrzec, że złożenie przez prokuratora wniosku, o którym mowa, powinno w zasadzie nastąpić po stwierdzeniu, że nie ma innych osób uprawnionych do jego zgłoszenia (art. 29 ust. 2 i 3 ustawy) albo że osoby uprawnione od tego się uchylają, są nieporadne, upośledzone umyślowo lub z innych przyczyn nie można uzyskać ich stanowiska w sprawie złożenia wniosku (por. § 276 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 sierpnia 2007 r. – Regulamin wewnętrznego

urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury, Dz.U. Nr 169, poz. 1189 ze zm.).¹⁹.

Rozdział 6. Postępowanie dowodowe

6.1. Uwagi ogólne

Jak wskazano powyżej, przeprowadzana przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych procedura w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu nie podlega regulacjom Kodeksu postępowania administracyjnego. Oznacza to oczywiście, że przepisom tym nie będą podlegały także prowadzone przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych czynności mające na celu gromadzenie materiałów dowodowych na potrzeby umotywowania wniosku kierowanego do sądu. Jednocześnie należy zauważyć, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie zawiera regulacji szczegółowo normujących wspomnianą kwestię, ograniczając się jedynie do wskazania w art. 26 ust. 3, że do wniosku gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora inicjującego postępowanie przed sądem dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego – jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. Ustawa nie określa zatem ani rodzaju dowodów, jakie mogą być gromadzone, ani sposobu ich pozyskiwania oraz dokumentowania, wskazuje jednak w sposób jednoznaczny na fakt gromadzenia przez gminne komisje dokumentacji. Oznacza to, że obowiązek wypracowania w tym zakresie odpowiednich standardów spoczywa na organie zobowiązanym do wykonania stosownych czynności, który może jednak w tym zakresie pomocniczo korzystać z rozwiązań proceduralnych wypracowanych w innych aktach prawnych. W szczególności należy zwrócić uwagę na fakt, że celem działań podejmowanych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych ma być gromadzenie materiału dowodowego na potrzeby przyszłego postępowania sądowego, istotne jest zatem, by spełniały one standardy umożliwiające ich wykorzystanie na dalszym etapie postępowania, prowadzonym przez właściwy

19) W powyższym zakresie stanowisko Sądu Najwyższego pozostaje, jak się wydaje, w pełni aktualne wobec brzmienia § 363 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz.U. z 2025 r. poz. 753).

sąd opiekuńczy. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że zgodnie z art. 227 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 1568, z późn. zm.), przedmiotem dowodu są fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. W omawianej sytuacji będą to zarówno okoliczności potwierdzające spełnienie przesłanek medycznych i społecznych, jak i inne fakty mogące mieć wpływ na treść wydawanego przez sąd postanowienia. Tytułem przykładu można wskazać informacje świadczące o nieefektywności dotychczasowego leczenia ambulatoryjnego, podejmowanego przez osobę zobowiązaną. Okoliczność ta może mieć istotne znaczenie dla podjęcia przez sąd decyzji o wyborze rodzaju zakładu leczenia odwykowego, w którym osoba ta ma odbyć terapię. Nie jest natomiast celowe gromadzenie danych niemających związku z prowadzonym postępowaniem, takich jak informacje o skazaniach niezwiązanych z nadużywaniem alkoholu. Należy pamiętać, że sądowi będzie przysługiwać uprawnienie do pominięcia zgłoszonego dowodu. Może to między innymi nastąpić, gdy wniosek dotyczy dowodu:

- 1) którego przeprowadzenie wyłącza przepis Kodeksu postępowania cywilnego (przykładowo przesłuchiwanie w charakterze świadka osoby niezdolnej do spostrzegania lub komunikowania swych spostrzeżeń – art. 259 KPC);
- 2) mającego wykazać fakt bezsporny, nieistotny dla rozstrzygnięcia sprawy lub udowodniony zgodnie z twierdzeniem wnioskodawcy (nie ma zatem potrzeby przedstawiania licznych dowodów na tę samą okoliczność);
- 3) nieprzydatnego do wykazania danego faktu;
- 4) niemożliwego do przeprowadzenia (np. wnioskowanie o przeprowadzenie dowodu z zeznań małżonka osoby zobowiązanej, jego wstępnych, zstępnych i rodzeństwa oraz powinowatych w tej samej linii lub stopniu, jak również osoby przysposobionej, które zadeklarowały skorzystanie z prawa odmowy składania zeznań);
- 5) zmierzającego jedynie do przedłużenia postępowania;
- 6) gdy wniosek strony nie określa sposobu umożliwiającego przeprowadzenie dowodu ani nie wskazuje faktów, które mają zostać tym dowodem wykazane, a strona – mimo wezwania – nie usunęła tego braku.

6.2. Rodzaje środków dowodowych

6.2.1. Dokumenty

W rozumieniu Kodeksu cywilnego (art. 773), dokumentem na gruncie prawa cywilnego jest każdy nośnik informacji, który umożliwia zapoznanie się z jej treścią – w szczególności z treścią obejmującą oświadczenie woli.

Oznacza to, że podpis, a tym samym identyfikacja wystawcy dokumentu nie jest jego koniecznym elementem. Dokumentem w tym rozumieniu będzie zatem też anonim. Zawarte w nim informacje mogą być wyrażone zarówno za pomocą tekstu, jak i w innej postaci – przykładowo obrazu lub dźwięku. Bez znaczenia jest także nośnik informacji: może to być papier lub plik tekstowy, dźwiękowy lub wideo, zapisany w pamięci urządzenia (komputer, telefon komórkowy, tablet) albo innego nośnika danych (pendrive, karta pamięci). Istotne jest, aby sposób utrwalenia dokumentu umożliwiał jego zachowanie i odtworzenie jego treści²⁰. Ta bardzo szeroka definicja dokumentu na gruncie prawa cywilnego nie jest jednak tożsama z jego definicją jako dowodu na gruncie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego. Zgodnie z art. 2431 Kodeksu postępowania cywilnego, przepisy dotyczące postępowania dowodowego z dokumentów będą się odnosić jedynie do dokumentów zawierających tekst i umożliwiających ustalenie ich wystawców. Będą zatem obejmować jedynie dokumenty tekstowe, których treść została wyrażona za pomocą znaków alfabetu i reguł językowych umożliwiających ich odczytanie oraz obiektywnie identyfikowalnych, to jest umożliwiających ustalenie ich wystawcy. Dotyczy to więc w pierwszym rzędzie dokumentów sporządzonych w tradycyjnej formie pisemnej oraz w formie elektronicznej²¹.

Podstawowe znaczenie dla oceny procesowej wartości dowodu w postaci dokumentu ma wprowadzony przez Kodeks postępowania cywilnego podział na dokumenty urzędowe i prywatne.

6.2.2. Dokumenty urzędowe

Zgodnie z art. 244 Kodeksu postępowania cywilnego dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne

20) T. Szancilo (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Art. 1–505*, tom I, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2019.

21) Tamże.

organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Jednocześnie, zgodnie z kodeksem, analogicznie traktuje się dokumenty urzędowe sporządzone przez inne podmioty, w zakresie zleconych im przez ustawę zadań z dziedziny administracji publicznej.

Dokumentem urzędowym będzie zatem dokument, który:

- 1) został wydany przez organy władzy publicznej i inne organy państwowe, a także inne podmioty, w zakresie zleconych im przez ustawę zadań z dziedziny administracji publicznej. Do kręgu podmiotów wydających dokumenty urzędowe należeć będą przede wszystkim organy administracji rządowej i samorządowej, organy wymiaru sprawiedliwości, jak i inne podmioty wykonujące zlecone im przez ustawę zadania z dziedziny administracji publicznej (przykładowo samorząd zawodowy) – moc dokumentu urzędowego będą zatem m.in. posiadać: decyzja o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, rodzinny wywiad środowiskowy, o którym mowa w art. 107 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), postanowienia komornika w toku postępowania egzekucyjnego czy zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego;
- 2) został wydany w przepisanej formie, przykładowo decyzji administracyjnej lub orzeczenia sądowego, spełniających wymagania formalne określone w odpowiednich ustawach;
- 3) został wydany w zakresie działania organu, od którego pochodzi (kryterium przedmiotowe).

Ponadto – na mocy szczególnych ustaw – taką samą jak dokumenty urzędowe moc dowodową będą posiadały przykładowo:

- 1) czynności notarialne (takie jak akty notarialne, poświadczenia, wypisy, odpisy i wyciągi dokumentów) dokonane przez notariusza zgodnie z prawem – art. 2 ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. – Prawo o notariacie (Dz.U. z 2024 r. poz. 1001);
- 2) potwierdzenie nadania przesyłki rejestrowanej lub przekazu pocztowego wydane przez operatora wyznaczonego oraz wydruk potwierdzenia nadania przesyłki rejestrowanej lub przekazu pocztowego pobrane samodzielnie z systemu teleinformatycznego operatora wyznaczonego służącego do nadawania rejestrowanych przesyłek pocztowych lub przekazów pocztowych art. 17 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. z 2025 r. poz. 2188) oraz potwierdzenie odbioru przesyłki listowej zawierającej pisma sądowe.

Często analizowaną kwestią jest status dokumentacji sądowej jako dokumentu urzędowego. Zgodnie ze stanowiskiem sądownictwa dokumentem nie są akta sądowe

jako całość, lecz poszczególne zawarte w nich protokoły przesłuchań świadków, biegłych, oskarżonych, opinie biegłych itp. Akta sądowe są zatem zbiorem dokumentów zarówno o prywatnym, jak i urzędowym charakterze. Globalne zaliczenie na rozprawie w poczet dowodów obszernych akt innego postępowania, nieprzewidziane przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, może postawić strony w sytuacji zaskoczenia, gdyż nie mogą one przewidzieć, które z dokumentów sąd weźmie pod uwagę przy wydaniu wyroku (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 1967 r., sygn. akt II PR 155/67). Strona może zatem zgłosić jedynie dowód z dokumentu znajdującego się w aktach innej sprawy i obowiązana jest wówczas określić, co to za dokument, w aktach jakiej sprawy się znajduje, na której karcie oraz jakie fakty mają zostać wykazane za jego pomocą (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 2013 r., sygn. akt III CSK 6/13). W kierowanym do sądu wniosku nie powinno się zatem w miarę możliwości zgłaszać jako dowodu całości materiałów danego postępowania sądowego w zakresie innej sprawy, lecz poszczególne dokumenty znajdujące się w tych materiałach, mające znaczenie dla sprawy objętej wnioskiem. Wyjątek od tej zasady jest dopuszczalny w sytuacji, gdy wnioskodawca – ze względu na brak dostępu do akt innej sprawy – nie miał możliwości skonkretyzowania swojego wniosku dowodowego.

Ponadto panuje zgodne przekonanie co do tego, że charakter dokumentu urzędowego mają orzeczenia sądowe (wyroki, postanowienia). Dokumentem urzędowym jest także protokół rozprawy, należy jednak pamiętać, że poświadczają one jedynie jej przebieg, a więc m.in. stwierdza fakt przesłuchania danego świadka i treść złożonych przez niego zeznań (w tym zakresie działa domniemanie zgodności z prawdą), nie zaświadcza zaś urzędowo o zgodności tych zeznań z prawdą (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2010 r., sygn. akt I CSK 340/09)²².

Potrzeba ustalenia, czy dany dokument ma charakter dokumentu urzędowego, wiąże się ze szczególnym znaczeniem, jakie Kodeks postępowania cywilnego nadaje takim dokumentom. Objęte są one dwoma domniemaniami:

- 1) domniemaniem autentyczności – które oznacza, że przyjmuje się, że organ wskazany w dokumencie rzeczywiście go sporządził, oraz
- 2) domniemaniem prawdziwości – które oznacza, że sąd przyjmuje za zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy to, co wynika z treści dokumentu urzędowego.

22) T. Szancilo (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Art. 1–505*, tom I, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2019.

6.2.3. Dokumenty prywatne

Dokumentem prywatnym będzie każdy dokument w rozumieniu Kodeksu postępowania cywilnego (a więc przypomnijmy – dokument zawierający tekst, umożliwiający ustalenie jego wystawcy) niebędący dokumentem urzędowym. Niezbędnym elementem dokumentu prywatnego jest podpis, który może mieć charakter podpisu własnoręcznego na dokumencie papierowym lub kwalifikowanego podpisu elektronicznego w przypadku dokumentu elektronicznego. Dokumenty prywatne objęte są domniemaniem autentyczności, co oznacza, że zakłada się, iż pochodzą od osoby, która je podpisała, oraz że osoba ta złożyła zawarte w dokumencie oświadczenie woli. W przeciwieństwie do dokumentów urzędowych nie są jednak objęte domniemaniem zgodności z prawdą. Wiarygodność treści zawartych w takim dokumencie zależy zatem od oceny sądu. Orzecznictwo Sądu Najwyższego wśród dokumentów prywatnych wymienia między innymi:

- 1) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 1999 r., sygn. akt II UKN 411/98). Zaświadczenie to wyraża zatem jedynie pogląd lekarza o stanie zdrowia pacjenta i nie korzysta z domniemania prawdziwości;
- 2) ekspertyzę pozasądową czy opinię biegłego przedstawioną przez stronę – jest dowodem tylko tego, że osoba, która ją podpisała, złożyła oświadczenie w niej zawarte. Opinia taka nie korzysta natomiast z domniemania zgodności z prawdą zawartych w niej twierdzeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2009 r., sygn. akt I CSK 487/08; z dnia 15 stycznia 2010 r., sygn. akt I CSK 199/09 i z dnia 21 lipca 2016 r., sygn. akt II CSK 668/15);
- 3) treść opinii biegłego czy opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego sporządzoną na zlecenie sądu – wymieniona treść nie jest objęta domniemaniem zgodności z prawdą. Stanowi ona wprawdzie sformalizowany dokument, zawierający wiadomości specjalne dostarczone zgodnie z poleceniem sądu, jednakże jej treść zawiera jedynie określony pogląd wyspecjalizowanego podmiotu, który podlega ocenie przez sąd tak jak inne dowody (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2001 r., sygn. akt II UKN 413/00).

W związku z tematem niniejszej książki nasuwa się pytanie o charakter dokumentacji sporządzonej przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach prowadzonej procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, takiej jak protokoły przyjmowania oświadczeń osoby zobowiązanej lub członków jej rodziny. Gminne komisje nie są wprawdzie organem administracyjnym, niemniej podejmowane przez nie czynności w ramach procedury zobowiązania do poddania

leczeniu odwykowemu mają charakter zadania publicznego, które zostało na nie nałożone przez ustawodawcę. Należy jednak przypomnieć, że jednym z warunków uznania dokumentu za dokument urzędowy w rozumieniu Kodeksu postępowania cywilnego jest sporządzenie go w przypisanej formie. Wobec braku regulacji w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dotyczących czynności, do których komisje są uprawnione lub zobowiązane (z wyjątkiem kierowania osoby zobowiązanej na badanie przez biegłego, co zostanie omówione szczegółowo poniżej), jak również sposobu ich dokumentowania, warunek ten nie może zostać spełniony. Wobec powyższego dokumenty te nie mogą być uznane za dokumenty urzędowe, by zaś mogły być uznane za dokumenty prywatne, konieczne jest spełnienie minimalnych wymogów określonych w art. 245 Kodeksu postępowania cywilnego – sporządzenie dokumentu w formie papierowej lub elektronicznej oraz opatrzenie go podpisem.

6.3. Dokumenty dołączane do wniosku – oryginały czy kopie?

Co do zasady niepoświadczone odpisy oraz kopie i kserokopie dokumentów pisemnych nie stanowią dokumentów prywatnych w rozumieniu Kodeksu postępowania cywilnego. Nie oznacza to jednak automatycznego pozbawienia ich mocy dowodowej. Dopóki ani sąd, ani strona przeciwna nie zakwestionuje ich i nie zażąda złożenia oryginałów dokumentów, stanowią one jeden ze środków dowodowych, przy pomocy których strona może udowodnić fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Dowody te, jak każde inne, podlegają ocenie sądu na podstawie art. 233 § 1 kodeksu postępowania cywilnego. Dopiero jeżeli sąd zażąda przedstawienia oryginału dokumentu, strona – jak również każda inna osoba, która go posiada – jest zobowiązana, zgodnie z art. 248 ww. kodeksu, do jego okazania. Obowiązek złożenia oryginału dokumentu spoczywa na stronie, która się na niego powołuje – także wtedy, gdy złożenia oryginału zażąda strona przeciwna. Wówczas, zamiast oryginału, strona może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez występującego w sprawie pełnomocnika strony, będącego adwokatem lub radcą prawnym²³.

23) T. Szancilo (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*. Art. 1–505, tom I, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2019.

6.4. Możliwość uzyskania dokumentów od osób trzecich

Jeżeli gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych pragnie użyć w charakterze dowodu dokumentu, którym nie dysponuje, a który może mieć istotne znaczenie dla sprawy, może skorzystać z rozwiązania opisanego w art. 248 Kodeksu postępowania cywilnego. Zgodnie z tym przepisem każdy obowiązany jest przedstawić – na zarządzenie sądu, w oznaczonym terminie i miejscu – dokument znajdujący się w jego posiadaniu i stanowiący dowód faktu istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy, chyba że dokument zawiera informacje niejawne. Z wnioskiem o wydanie przez sąd postanowienia w tej sprawie można wystąpić już przy składaniu wniosku, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 187 § 2 pkt 4 w związku z art. 511 Kodeksu postępowania cywilnego).

Postanowienie sądu może być skierowane do każdego, kto znajduje się w posiadaniu dokumentu. Polecenie to może być zatem wydane tak wobec osób fizycznych, osoby prawnej, jak i jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, a także organów administracji publicznej. Postanowienie sądu może być kierowane zarówno do stron lub innych uczestników postępowania, jak i osób trzecich²⁴. Jednocześnie warto w tym kontekście przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 maja 2010 r. (sygn. akt III CSK 257/09): „Działanie polegające na udostępnieniu sądowi, na jego żądanie, opinii psychologicznej, której treść narusza dobra osobiste innej osoby, nie jest działaniem bezprawnym, gdyż stanowi wykonanie obowiązku wynikającego z ustawy”.

Udostępnieniu w omawianym trybie nie podlegają dokumenty zawierające informacje niejawne w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 742), a także dokumenty objęte tajemnicą bankową. Ponadto, zgodnie z art. 248 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego, od obowiązku udostępnienia dokumentu może uchylić się ten, kto – ze względu na okoliczności objęte treścią dokumentu – mógłby jako świadek odmówić zeznań, albo ten, kto posiada dokument w imieniu osoby trzeciej, która mogłaby z takich samych przyczyn sprzeciwić się przedstawieniu dokumentu. Jednakże i wówczas nie można odmówić przedstawienia dokumentu, gdy jego posiadacz lub osoba trzecia są do tego zobowiązani względem chociażby jednej ze stron albo gdy dokument został

24) T. Szancilo (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*. Art. 1–505, tom I, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2019.

wystawiony w interesie strony, która żąda przeprowadzenia dowodu. Strona nie może ponadto odmówić przedstawienia dokumentu, jeżeli szkoda, na którą byłaby przez to narażona, polega na przegraniu procesu.

6.5. Świadkowie

Zeznania świadków są jednym z częściej stosowanych środków dowodowych w postępowaniu cywilnym. Wymaga podkreślenia, że z wyjątkiem ściśle wskazanych okoliczności, każda osoba wskazana jako świadek ma obowiązek stawienia się przed sądem i złożenia zeznań. W przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa sąd skazuje świadka na grzywnę i wzywa go powtórnie. W razie gdyby świadek raz jeszcze nie stawił się na rozprawę, sąd nie tylko wymierza mu ponownie grzywnę, lecz może także zarządzić jego przymusowe doprowadzenie. Podobne konsekwencje grożą świadkowi w sytuacji, gdy wprawdzie stawił się on na rozprawę, ale odmówił złożenia zeznań (art. 274 i 275 Kodeksu postępowania cywilnego). Z wyjątkiem przypadków określonych przepisami prawa, możliwe jest wskazanie danej osoby jako świadka,



nawet jeśli nie wyraża ona takiej woli. Występując we wniosku o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka, podobnie jak w przypadku innych dowodów, należy wyszczególnić fakty, które mają zostać wykazane, oraz oznaczyć dowód w sposób umożliwiający jego przeprowadzenie (art. 2351 Kodeksu postępowania cywilnego). W przypadku tego rodzaju dowodu oznacza to konieczność wskazania, jaki fakt ma być wykazany zeznaniami świadka, oraz podania jego danych (imienia, nazwiska i adresu), aby możliwe było prawidłowe wezwanie go do sądu.

Jak wspomniano powyżej, przepisy Kodeksu postępowania cywilnego przewidują, że wezwana osoba nie ma prawa odmówić zeznań w charakterze świadka. Wyjątek stanowią małżonkowie stron, ich wstępni, zstępni i rodzeństwo oraz powinowaci w tej samej linii lub stopniu, jak również osoby pozostających ze stronami w stosunku przysposobienia. Prawo odmowy zeznań trwa po ustaniu małżeństwa lub rozwiązaniu stosunku przysposobienia. Jednakże odmowa zeznań nie jest dopuszczalna w sprawach o prawa stanu, z wyjątkiem spraw o rozwód. Świadek może odmówić odpowiedzi na zadane mu pytanie, jeżeli zeznanie mogłoby narazić jego lub jego bliskich na odpowiedzialność karną, hańbę lub dotkliwą i bezpośrednią szkodę majątkową albo wiązałoby się z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. Duchowny może odmówić zeznań co do faktów powierzonych mu na spowiedzi.

6.6. Dowód z opinii biegłego

Przywoływany już powyżej art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi, że: „Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego”. Ponadto, zgodnie z art. 25 ww. ustawy, na badanie przez biegłego kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy.

Z brzmienia przytoczonych przepisów można w pierwszej kolejności wyinterpretować, że skierowanie na badanie przez biegłego nie powinno w żadnej mierze stanowić pierwszej czynności w postępowaniu. Przeciwnie – powinno ono zostać wykonane na dalszym etapie procedury. Z treści art. 24 ustawy jednoznacznie wynika, że decyzja o skierowaniu danej osoby na badanie przez biegłego może zostać podjęta jedynie

wtedy, gdy w toku prowadzonych czynności gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych zdoła ustalić, że dana osoba nie tylko nadużywa alkoholu, ale również wypełnia co najmniej jedną z omówionych we wcześniejszych rozdziałach przesłanek społecznych.

Należy pamiętać, że choć opinia biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu bazuje przede wszystkim na wywiadzie z osobą badaną, w trakcie badania biegły uwzględniatakże dokumentację przesłaną mu przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych albo prokuratora. Bezpośrednie potwierdzenie interpretacja ta znajduje w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. z 2023 r. poz. 1936), zgodnie z którym elementem opinii biegłych ma być między innymi wyciąg z dostarczonej dokumentacji, w tym z akt sporządzonych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych. Niezależnie od opisanego powyżej wymogu formalnego podejście takie uznać należy także za uzasadnione merytorycznie. Wobec przejawianej w większości przypadków niechętniej lub biernej postawy osoby badanej zebrana dokumentacja stanowi wyjątkowo cenną pomoc zarówno w samym przebiegu wywiadu, jak i w dokonaniu końcowej oceny. Niedostarczenie biegłym rzetelnego materiału dowodowego może istotnie zniekształcić jego wyniki lub nawet uniemożliwić dokonanie oceny.

Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że ustawodawca posłużył się zwrotem „kieruje”, co oznacza obowiązek wykonania tej czynności. Wprawdzie art. 26 ust. 3 ustawy stanowi, że do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego – jeżeli badanie zostało przeprowadzone – nie należy stąd jednak wyciągać wniosku, że gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych może odstąpić od przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego, kierując się przykładowo pośpiechem lub też źle pojmowaną oszczędnością. Powyższy przepis nie nadaje gminnej komisji uprawnienia do samodzielnego decydowania o celowości przeprowadzania dowodu z opinii biegłych. Wskazanie przez ustawodawcę, że wymogiem formalnym wniosku jest dołączenie do niego opinii biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, nie oznacza jednak, że brak takiej opinii uniemożliwia skierowanie wniosku do sądu. Gdyby przeprowadzony dowód z opinii biegłych był warunkiem koniecznym, to w praktyce osoba, wobec której toczy się postępowanie, mogłaby bez trudu uniemożliwić jego dalsze prowadzenie, po prostu odmawiając stawienia się na badanie.

Jak zauważył Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do uchwały z dnia 11 września 2013 r. (sygn. akt III CZP 52/13):

Zastrzeżenie dokonane w art. 26 ust. 3 zdanie drugie in fine „jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone” dotyczy przypadku, gdy osoba skierowana na badanie odmawia poddania się badaniu, utrudnia jego przeprowadzenie lub z innych powodów nie jest możliwe ustalenie wniosków diagnostycznych (§ 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu [...]). Wówczas biegły ogranicza swoje czynności do możliwych w danej sytuacji i wzmiankuje o zaistniałych okolicznościach w sporządzonej opinii. Brak przekonujących argumentów za stanowiskiem, że zastrzeżenie to może być traktowane jako dające podstawę do zwolnienia od obowiązku zwrócenia się do biegłego o przeprowadzenie badania i opracowania opinii. W takim przypadku, ograniczonej wypowiedzi biegłego, sąd podejmie działania przewidziane w art. 27 ust. 1 lub ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Jak wynika z przywoływanych już wcześniej badań Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, w przypadku reprezentatywnej puli badanych spraw gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych do 60 z 141 pism załączała opinie biegłych sądowych (42,6%), zaś Prokuratura uczyniła to w 27 z 61 (44,26%) badanych przypadków²⁵.

Gminna komisja nie ma jednak uprawnień do stosowania przymusowego doprowadzenia na badanie do biegłego, przykładowo zlecając takie zadanie policji. Reasumując, przeprowadzenie dowodu z badania przez biegłych nie jest warunkiem koniecznym dla wystąpienia przez gminną komisję z wnioskiem do sądu. Z drugiej jednak strony, przepisy ustawy wymagają w sposób jednoznaczny, aby skierowanie wniosku do sądu poprzedzone było przynajmniej formalną próbą przeprowadzenia takiego badania przez biegłych. Jeżeli badania nie udało się zrealizować, należy do wniosku do sądu dołączyć dokumentację wskazującą na to, że gminna komisja podejmowała próbę skierowania klienta na badania do biegłego (np. korespondencję, protokoły z posiedzeń komisji) oraz pisemne oświadczenie biegłego wydane w oparciu o § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu.

25) M. Horna-Cieślak *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Prawo w działaniu 2018, t. 33, s. 76-110

Ponownie należy przypomnieć, że czynności podejmowane przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych w zakresie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu nie są dokonywane w ramach postępowania administracyjnego. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem, skierowanie na badanie przez biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu nie stanowi także aktu ani czynności z zakresu administracji publicznej w rozumieniu art. 3 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. W konsekwencji czynność ta nie podlega kontroli sądów administracyjnych (por. postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 października 2020 r. sygn. akt II GW 37/20).

Należy także zauważyć, że – zgodnie z art. 25 ustawy – z wnioskiem o skierowanie na badanie może wystąpić sam zainteresowany. Trzeba pamiętać, że postępowanie w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu nie jest zwykle obojętne dla funkcjonowania społecznego objętej nim osoby. W wielu przypadkach już sam fakt objęcia danej osoby czynnościami przeprowadzanymi przez gminną komisję może w istotny sposób rzutować na opinię, jaką cieszy się ona w swoim otoczeniu, i negatywnie wpływać na jej relacje społeczne. Z tego względu uprawnienie osoby, wobec której toczy się postępowanie, do wystąpienia z wnioskiem o poddanie jej badaniu należy postrzegać przede wszystkim jako narzędzie umożliwiające możliwie szybkie i wiarygodne potwierdzenie niecelowości dalszego prowadzenia sprawy. Z powyższych względów gminna komisja – jak się wydaje – nie może odmówić osobie zobowiązanej skierowania na badanie w przypadku wystąpienia przez nią z wnioskiem w tym przedmiocie.

Brzmienie art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi niekiedy podstawę do interpretacji, zgodnie z którą – pomimo wymienienia prokuratora wśród podmiotów uprawnionych do występowania do sądu z wnioskiem w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu – brak jest jednocześnie podstawy prawnej uprawniającej go do zasięgania opinii biegłych. Kwestia ta była przedmiotem oceny Sądu Najwyższego, który – w przywołanym już powyżej – postanowieniu z dnia 11 września 2013 r. (sygn. akt III CZP 52/13) w sposób wyraźny opowiedział się za posiadaniem przez prokuratora omawianego uprawnienia, argumentując, że:

Przyznanie prokuratorowi legitymacji także do wszczęcia postępowania nieprocesowego oznacza, że ma on pozycję uczestnika uprawnionego do podejmowania wszystkich czynności koniecznych do skutecznego złożenia i popierania wniosku. Jeśli do złożenia wniosku wymagana jest opinia biegłego, to prokurator

może i powinien skierować osobę, o której mowa w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na badanie przez biegłego. Nie ogranicza go zastrzeżenie z art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, że na badanie kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy je traktować jako przyznanie takiego uprawnienia gminnej komisji. Nie było natomiast potrzeby do dodatkowego wskazania na takie uprawnienie prokuratora, skoro jego prerogatywa do właściwego wypełniania obowiązków związanych z wszczęciem postępowania wynika z samodzielnej pozycji, przyznanej art. 7 k.p.c. oraz art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1985 r. o prokuraturze [...], który przewiduje prawo do podejmowania czynności między innymi w celu zasięgania opinii biegłych dla wyjaśnienia, także sprawy cywilnej, jeśli wymaga tego ochrona praworządności. Pokreślenia wymaga i to, że z przyznaniem prawa do inicjowania postępowania sądowego łączyć się musi upoważnienie do podejmowania czynności zezwalających na właściwe wykonanie go.

Szczegółowe warunki przeprowadzania badania, sposób sporządzania opinii oraz tryb powoływania biegłych określa przywołane już powyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Zgodnie z tym rozporządzeniem, opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wydają wspólnie – po przeprowadzeniu badań – lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień albo lekarz psychiatra i specjalista w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Opinię wydaje zatem łącznie dwóch biegłych, co stanowi przejaw wyjątkowej ostrożności procesowej. Rozwiązanie to należy wiązać zarówno z wyjątkowo delikatną materią postępowania, jak i wagą wydawanej opinii dla możliwego ograniczenia praw i swobód jednostki. Podkreślenia wymaga, że – inaczej niż to miało miejsce przed 2007 rokiem – ustawodawca zadecydował o objęciu takimi samymi wymogami formalnymi dowodu z opinii biegłych, niezależnie od tego, czy jest on przeprowadzany na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora, czy też na etapie postępowania sądowego. W obu przypadkach opinia musi zatem zostać sporządzona przez dwóch biegłych wyżej wymienionych specjalności, znajdujących się na liście biegłych powołanych przez prezesa sądu okręgowego. Zgodnie z § 3 rozporządzenia lista biegłych publikowana jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym w terminie miesiąca od dnia powołania. Jakkolwiek przepisy ustawy o wychowaniu

w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie wprowadzają żadnych dodatkowych ograniczeń w odniesieniu do biegłych wyznaczonych w danej procedurze przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, pamiętać należy, że sporządzana opinia ma stanowić dowód w prowadzonym w przyszłości postępowaniu sądowym. Z powyższego względu nie powinna ona zostać sporządzona przez biegłego podlegającego wyłączeniu. Zgodnie z art. 281 Kodeksu postępowania cywilnego, strona może żądać wyłączenia biegłego – aż do ukończenia przez niego czynności – z tych samych przyczyn, z jakich może żądać wyłączenia sędziego.

Przesłanki wyłączenia sędziego określają art. 48 i 49 kodeksu. Zgodnie z nimi można przyjąć, że wyłączony powinien być biegły:

- 1) w sprawach, w których jest stroną lub pozostaje z jedną ze stron w takim stosunku prawnym, że wynik sprawy oddziałuje na jego prawa lub obowiązki;
- 2) w sprawach swego małżonka, krewnych lub powinowatych w linii prostej, krewnych bocznych do czwartego stopnia i powinowatych bocznych do drugiego stopnia;
- 3) w sprawach osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- 4) w sprawach, w których był lub jest jeszcze pełnomocnikiem albo radcą prawnym jednej ze stron;
- 5) w sprawach, w których w instancji niższej brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.

Ponadto wyłączenie biegłego powinno mieć miejsce w każdej sytuacji, w której istnieje okoliczność mogąca wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 października 2014 r. (sygn. akt I Aca/342/14):

[...] za okoliczność uzasadniającą wątpliwości co do bezstronności należy uznać rodzaj emocjonalnego zaangażowania sędziego/biegłego w odniesieniu do strony postępowania sądowego bądź jej przedstawiciela. W judykaturze wskazuje się na przykłady relacji, mogących ewentualnie uzasadniać wątpliwości co do bezstronności w konkretnej sprawie, a są to przyjaźń, nienawiść, więź rodzinna, powiązania majątkowe, gospodarcze, jak również ujawniona niechęć lub sympatia do strony albo faworyzowanie jednej ze stron kosztem drugiej [...].

Jak się zatem wydaje, wyznaczając biegłych do wydania opinii w danej procedurze, gminna komisja powinna podjąć próbę uniknięcia wspomnianej sytuacji przykładowo przez zobowiązanie biegłych do złożenia oświadczenia na okoliczność ww. przesłanek.

W celu sporządzenia opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu biegli oceniają:

- 1) dane z dostępnej dokumentacji;
- 2) stan somatyczny i psychiczny na podstawie osobistego badania.

W razie gdyby powyższe czynności okazały się niewystarczające, biegły na potrzeby sporządzanej opinii może także zlecić:

- 1) przeprowadzenie badań laboratoryjnych;
- 2) niezbędne konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne.

Warto podkreślić, że dla swej ważności opinia wymaga nie tylko wspólnego jej sporządzenia przez dwóch biegłych, lecz także wspólnego przeprowadzenia badania. Całkowicie niezgodna z obowiązującymi przepisami jest zatem występująca niekiedy praktyka, zgodnie z którą kontakt z osobą badaną ma w istocie tylko jeden z powołanych biegłych, drugi zaś jedynie potwierdza wnioski zawarte w opinii.

Zgodnie z rozporządzeniem, prawidłowo sporządzona opinia powinna zawierać:

- 1) imiona i nazwiska biegłych oraz miejsca ich zatrudnienia;
- 2) wskazanie organu kierującego na badanie;
- 3) datę postanowienia i sygnaturę akt sprawy;
- 4) miejsce i datę przeprowadzenia badania;
- 5) miejsce i datę sporządzenia opinii;
- 6) imię, nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres osoby badanej;
- 7) wyciąg z dostarczonej dokumentacji, w tym z akt sporządzonych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych;
- 8) opis przebiegu badania, określający jego zakres;
- 9) wynik autoanamnezy (czyli samooceny stanu zdrowia pacjenta), ocenę stanu psychicznego osoby badanej, a także wyniki konsultacji specjalistycznych, badań laboratoryjnych i specjalistycznych, o ile badania takie zostały przeprowadzone;
- 10) rozpoznanie wraz z uzasadnieniem;
- 11) wskazanie dalszego trybu postępowania;
- 12) podpisy biegłych.

Jeżeli między biegłymi sporządzającymi opinię wystąpi istotna różnica zdań, fakt ten powinien zostać w opinii zaznaczony.

Odnosząc się ponownie do mocy dowodowej opinii biegłego, należy przypomnieć, że zarówno opinia przeprowadzona na zlecenie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora, jak i opinia zlecona przez sąd, mają charakter dokumentu prywatnego. W uproszczeniu oznacza to, że sąd nie jest związany przedstawionymi w niej wnioskami i dokonuje samodzielnej oceny jej wiarygodności

w oparciu o zasadę swobodnej oceny dowodów, zgodnie z którą ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Gwoli rzetelności należy zaznaczyć, że w orzecznictwie bywa także prezentowany pogląd przeciwny – i tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 1 grudnia 2017 r. (sygn. akt I CSK 214/17) wskazał, że:

Rację ma skarżący, że w postępowaniu cywilnym opinie sporządzane na zlecenie stron czy uczestników są traktowane jako część ich argumentacji popartej wiedzą specjalną, a jeżeli zostały złożone z intencją uznania za dowód w sprawie mają moc dokumentu prywatnego (por. m.in. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 29 września 1956 r., III Cr 121/56, OSNCK 1958, nr 1, poz. 16 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 1974 r., II CR 260/74, [...], z dnia 8 czerwca 2001 r., I PKN 468/00 OSNP 2003, nr 8, poz. 197), [...]. Ten utrwalony w orzecznictwie pogląd nie przystaje jednak do opinii sporządzonej na podstawie ustawy na zlecenie prokuratora jako organu władzy publicznej. Prokurator ma legitymację do skierowania osoby, o której mowa w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na badanie celem wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. [...] Artykuł 27 u.w.t.p.a. wymaga zarządzenia poddania uczestnika badaniu przez biegłego tylko w przypadku nie sporządzenia opinii, co oznacza, że opinia wydana na zlecenie Prokuratora, może być podstawą ustaleń sądu co do istnienia medycznej przesłanki przymusowego leczenia odwykowego, a przyznanie jej rangi jedynie dokumentu prywatnego byłoby sprzeczne z wolą ustawodawcy.

Kwestię kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych reguluje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 kwietnia 2024 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym (Dz.U. poz. 627, z późn. zm.). Akt ten określa szczegółowe stawki należne biegłym za przeprowadzenie badania – z podziałem na badania wykonane w warunkach ambulatoryjnych oraz szpitalnych. Jakkolwiek odnosi się on bezpośrednio jedynie do kosztów badań przeprowadzonych na zlecenie sądu, może być także stosowany pomocniczo w ramach badań przeprowadzanych na zlecenie gminnych komisji.

W związku z kosztami, jakie gminne komisje zmuszone są ponosić, kierując osoby objęte postępowaniem w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu na badanie przez biegłych, pojawia się niekiedy pytanie: czy – wobec

charakteru choroby alkoholowej – w przypadku osoby, u której biegli już wcześniej zdiagnozowali uzależnienie od alkoholu na potrzeby poprzednich postępowań, konieczne jest ponowne przeprowadzanie dowodu z opinii biegłego? A może poprzednia opinia zachowuje w takim przypadku ważność? Wydaje się, że wobec brzmienia art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jak również kierując się względami merytorycznej zasadności, nie ulega wątpliwości, że dowód z opinii biegłych powinien być przeprowadzany w każdym z toczących się postępowań. Należy przypomnieć, że biegli w swojej opinii wypowiadają się nie tylko co do faktu uzależnienia od alkoholu osoby badanej, ale także co do optymalnego kierunku dalszego z nią postępowania, a więc przede wszystkim co do najskuteczniejszej w danym przypadku formy leczenia. Ta zaś może się zmieniać wraz z upływem czasu i postępami choroby.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 286 Kodeksu postępowania cywilnego sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, jak również – jeśli zajdzie taka potrzeba – dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W doktrynie podkreśla się, że taka sytuacja powinna zachodzić w szczególności wtedy, gdy opinia biegłego jest rozbieżna, niepełna lub niejasna, a materiał dowodowy nie daje podstawy do oparcia się wyłącznie na opinii jednego biegłego. W takiej sytuacji sąd powinien – poprzez łączne zbadanie stanowisk biegłych – wyjaśnić zachodzące w ich opiniach sprzeczności bądź zażądać dodatkowej opinii innych biegłych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2002 r., sygn. akt II UKN 112/01, OSNP 2003, nr 23, poz. 580). Istotne jest także, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie jedynie z niezadowolenia strony z dotychczasowej opinii (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1974 r. . sygn..akt: I CR 562/74.)²⁶.

6.7. Przetwarzanie danych osobowych w procedurze zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu

Kwestia nieuregulowania przetwarzania przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych danych osobowych w ramach czynności związanych z przygotowaniem wniosku do sądu w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu stanowiła przez lata istotną lukę prawną w obowiązujących

26) A. Jakubecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 1-729*, Lex 2019.

przepisach. Należy przypomnieć, że zarówno obowiązująca do dnia 25 maja 2018 r. ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 992, z późn. zm.), jak i rozporządzenie 2016/679 wyróżniają szczególną kategorię danych osobowych, które wymagają zwiększonej ochrony, gdyż kontekst ich przetwarzania może powodować poważne ryzyko dla podstawowych praw i wolności. Zgodnie art. 9 rozporządzenia 2016/679, do tej kategorii zaliczają się dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków, a także dane genetyczne, dane biometryczne przetwarzane w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej, dane dotyczące zdrowia oraz dane dotyczące seksualności lub orientacji seksualnej danej osoby. Przetwarzanie powyższych danych objęte jest generalnym zakazem, od którego przewidziano jednak wyjątki. Wśród nich rozporządzenie 2016/679, które wymienia przesłankę dopuszczalności przetwarzania danych, gdy jest ono niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, przy czym regulacje te muszą być proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie mogą naruszać istoty prawa do ochrony danych osobowych i muszą przewidywać odpowiednie oraz konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą. Brak odpowiedniej regulacji ustawowej stanowił zatem istotną lukę prawną, o której pilne wypełnienie zwracała się między innymi Najwyższa Izba Kontroli, wskazując na

[...] konieczność podjęcia prac legislacyjnych mających na celu kompleksowe uregulowanie problematyki dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Dlatego NIK zwraca się do Ministra Zdrowia o zainicjowanie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie w ustawie o wychowaniu w trzeźwości następujących kwestii dotyczących czynności podejmowanych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego:

- przyznania członkom gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wyraźnego uprawnienia do przetwarzania tzw. danych wrażliwych [...] ze wskazaniem zakresu tych danych i trybu ich pozyskania [...] ²⁷.

27) Informacja o wynikach kontroli *Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, Nr ewid. 14/2016/P/15/O95/LPO.

Ponadto, zgodnie z zaleceniem NIK, przepisy projektowanej ustawy miały być oparte na rozwiązaniach analogicznych do tych przyjętych w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej – w zakresie przetwarzania danych osobowych przez zespoły interdyscyplinarne oraz grupy robocze.

Próba wypełnienia omawianej luki prawnej miała być ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2439), która weszła w życie dnia 1 stycznia 2018 r. Dodała ona do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi art. 25a, zgodnie z którym członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu – mogą przetwarzać, bez zgody i wiedzy osób będących przedmiotem tej procedury, informacje dotyczące ich stanu zdrowia, nałogów, skazań, mandatów karnych, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, z uwzględnieniem danych dotyczących:

- 1) imienia (imion) i nazwiska;
- 2) daty i miejsca urodzenia;
- 3) płci;
- 4) numeru PESEL, a w przypadku, gdy dana osoba nie posiada numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) stanu cywilnego;
- 6) daty zawarcia małżeństwa, jeżeli dotyczy;
- 7) daty ustania małżeństwa, jeżeli dotyczy;
- 8) wykształcenia;
- 9) zawodu;
- 10) miejsca pracy lub nauki;
- 11) stopnia niezdolności do pracy, posiadania orzeczenia o niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności;
- 12) adresu miejsca zamieszkania lub adresu miejsca pobytu;
- 13) adresu do korespondencji;
- 14) adresu poczty elektronicznej;
- 15) numeru telefonu.

Ponadto członkowie gminnej komisji mogą przetwarzać dane o członkach rodzin wyżej wymienionych osób – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu – obejmujące:

- 1) imię (imiona) i nazwisko;
- 2) datę i miejsce urodzenia;
- 3) płeć;
- 4) stopień pokrewieństwa lub powinowactwa;
- 5) adres do korespondencji, numer telefonu lub adres poczty elektronicznej.

Należy zatem zauważyć, że – odmiennie niż to miało miejsce w przypadku osób zobowiązanych w odniesieniu do członków rodzin – w przepisie nie zawarto informacji o możliwości przetwarzania danych bez zgody osób, których one dotyczą. Jednocześnie jednak trzeba podkreślić, że w przypadku członków rodzin gromadzone informacje nie mają charakteru danych osobowych wrażliwych – tym samym formuła ta nie była w omawianym przypadku konieczna.

Wprowadzone zmiany w oczywisty sposób prowadzą do pytania o wpływ nowych regulacji na zakres czynności podejmowanych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gromadzenia dokumentacji na potrzeby postępowania w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. W tym kontekście należy zauważyć, że zgodnie z art. 4 pkt 2



rozporządzenia 2016/679 przez „przetwarzanie danych osobowych” rozumie się operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych – zarówno w sposób zautomatyzowany, jak i niezautomatyzowany – takich jak: zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie (poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie), dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie. Zarówno zbieranie, jak i udostępnianie mieszczą się zatem w pojęciu przetwarzania danych osobowych. Jednocześnie jednak należy pamiętać, że dane gromadzone przez gminne komisje, w odniesieniu do osób zobowiązanych, z samej istoty prowadzonej procedury mogą należeć do danych osobowych wrażliwych. Wobec powyższego zarówno udostępnianie takich danych innym podmiotom, jak i możliwość ich pozyskiwania od instytucji zobowiązanych do ochrony gromadzonych danych (takich jak policja czy pomoc społeczna) wymaga, jak się wydaje, regulacji bezpośrednio wskazującej na taką możliwość. Znowelizowana ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wciąż takich regulacji nie zawiera. Możliwość pozyskiwania danych ze strony służb i instytucji, które w ramach swoich ustawowych zadań gromadzą informacje mogące mieć znaczenie w prowadzonych postępowaniach, uzależniona byłaby zatem od istnienia w przepisach regulujących ich funkcjonowanie podstawy prawnej umożliwiającej udostępnienie tych danych gminnym komisjom. Jak się wydaje, obecnie odpowiednich regulacji w powyższym zakresie nie zawiera żadna z wymienionych ustaw: z dnia 6 kwietnia 1990 r. o policji (Dz.U. z 2025 r. poz. 636, z późn. zm.), z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 763), z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Gminne komisje mogą zatem pozyskiwać informacje od osób poddanych procedurze, członków ich rodzin oraz osób trzecich, o ile z własnej inicjatywy zgłoszą się one na spotkanie z gminną komisją i wyrażą zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Nie są one natomiast uprawnione do uzyskiwania danych osobowych od publicznych służb i instytucji, na co zwracała już wcześniej uwagę Najwyższa Izba Kontroli. Wobec powyższego, w sytuacji gdyby w toku prowadzonych czynności proceduralnych uzyskano informację wskazującą na posiadanie przez ww. służby i instytucje danych mogących mieć istotne znaczenie w zakresie prowadzonego postępowania, należałoby rozważyć zastosowanie opisanego powyżej art. 248 Kodeksu postępowania cywilnego. Zgodnie z tym przepisem każdy jest obowiązany – na

zarządzenie sądu – przedstawić w oznaczonym terminie i miejscu dokument znajdujący się w jego posiadaniu, stanowiący dowód faktu istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy.

W świetle powyższych informacji warto zwrócić uwagę na art. 30a, który został dodany do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ustawą z dnia 12 października 2017 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 2245). Zgodnie z tym artykułem sąd, prowadząc postępowanie w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, może zarządzić przeprowadzenie wywiadu środowiskowego w celu ustalenia okoliczności wskazujących na nadużywanie alkoholu przez osobę, której postępowanie dotyczy. Wywiad ten ma również na celu ocenę, czy osoba ta zakłóca spokój lub porządek publiczny, a także określenie jej relacji rodzinnych, zachowania wobec małoletnich oraz stosunku do pracy²⁸. Ponadto może on być zlecany na potrzeby postępowania w przedmiocie zmiany rodzaju zakładu leczenia odwykowego oraz ustania obowiązku poddania się leczeniu przed upływem terminu wynikającego z ustawy (to jest zgodnie z art. 34 ust. 1 tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia). Jak podkreślono w uzasadnieniu projektu, przyjęte rozwiązanie ma być pomocne w dokonaniu przez sąd oceny, czy w danej sprawie zachodzą przesłanki pozamedyczne, o których mowa w art. 24 ustawy (rozkład życia rodzinnego, demoralizacja małoletnich, uchylanie się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego). Z punktu widzenia gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych informacja ta wydaje się o tyle istotna, że prowadząc własne ustalenia dowodowe i oceniając zakres czynności, jakie w tym względzie powinny zostać podjęte, mogą one uwzględniać katalog działań, do których zlecenia uprawniony jest sąd.

28) Należy zauważyć, że objęcie wywiadem środowiskowym kwestii badania stosunku do pracy nie znajduje oparcia w znowelizowanym brzmieniu art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, nadanym ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw. Należy zatem domniemywać, że w powyższym zakresie wywiad będzie przeprowadzany w kierunku umożliwiający ocenę spełnienia przesłanki zaspokajania podstawowych potrzeb rodziny.

Pewne trudności interpretacyjne mogą wiązać się z użytym przez ustawodawcę określeniem „członek rodziny”, nie zostało ono bowiem na użytek ustawy zdefiniowane. Jak się wydaje, aktualne w powyższym zakresie pozostają uwagi dotyczące pojęcia rodziny umieszczone na str. 12-15.

W kontekście omawianych zagadnień warto również wspomnieć o dodanym do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi art. 25b, wprowadzonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U. poz. 730). Zgodnie z tym przepisem administratorem danych osobowych gromadzonych na potrzeby procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu – w zakresie danych przetwarzanych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych – jest wójt (burmistrz, prezydent miasta), który ją powołał. Zgodnie z art. 4 rozporządzenia 2016/679 administratorem danych jest osoba fizyczna lub prawna, a także organ publiczny lub inny podmiot, który samodzielnie lub wspólnie z innymi ustala cele i sposoby przetwarzania danych osobowych. Rozporządzenie nakłada na administratora obowiązki związane z ich przetwarzaniem, wśród których w pierwszej kolejności należy wymienić:

- 1) obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych (art. 37 ust. 1 lit. a);
- 2) obowiązek wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, aby przetwarzanie odbywało się zgodnie z rozporządzeniem i aby możliwe było wykazanie tej zgodności (art. 24);
- 3) obowiązek wypełniania obowiązków informacyjnych wobec osób, których dane są przetwarzane (art. 14 i 15);
- 4) obowiązek przestrzegania praw osób, których dane dotyczą, oraz ułatwianie realizacji tych praw.

Rozdział 7. Udostępnianie materiałów gromadzonych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że zgodnie z art. 51 ust. 3 Konstytucji RP „każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych. Ograniczenie tego prawa może określić ustawa”. Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego (przykładowo orzeczenie z dnia

27 czerwca 2008 r., sygn. akt K 51/07), dostęp stron postępowania do akt sprawy jest jednym ze standardów sprawiedliwego postępowania, który jest istotnym elementem zasady państwa prawnego, wyrażonej w art. 2 Konstytucji. Należy zatem uznać, że osoba, wobec której toczy się postępowanie, powinna mieć co najmniej prawo wglądu do materiałów postępowania. Rozpatrując natomiast powyższe zagadnienie przez pryzmat regulacji normujących zasady przetwarzania danych osobowych, należy przywołać art. 15 ust. 1 rozporządzenia 2016/679, zgodnie z którym:

Osoba, której dane dotyczą, jest uprawniona do uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są dane osobowe jej dotyczące, a jeżeli ma to miejsce, jest uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz następujących informacji:

- a) cele przetwarzania;
- b) kategorie odnośnych danych osobowych;
- c) informacje o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, w szczególności o odbiorcach w państwach trzecich lub organizacjach międzynarodowych;
- d) w miarę możliwości planowany okres przechowywania danych osobowych, a gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu;
- e) informacje o prawie do żądania od administratora sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych dotyczącego osoby, której dane dotyczą, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania;
- f) informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- g) jeżeli dane osobowe nie zostały zebrane od osoby, której dane dotyczą – wszelkie dostępne informacje o ich źródle;
- h) informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4, oraz – przynajmniej w tych przypadkach – istotne informacje o zasadach ich podejmowania, a także o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach takiego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą.

Jednocześnie art. 15 ust. 3 ww. rozporządzenia stanowi, że:

Administrator dostarcza osobie, której dane dotyczą, kopię danych osobowych podlegających przetwarzaniu. Za wszelkie kolejne kopie, o które zwróci się osoba, której dane dotyczą, administrator może pobrać opłatę w rozsądnej wysokości wynikającej z kosztów administracyjnych. Jeżeli osoba, której dane dotyczą, zwraca się o kopię drogą elektroniczną i jeżeli nie zaznaczy inaczej, informacji udziela się powszechnie stosowaną drogą elektroniczną.

Pewne ograniczenie wspomnianego uprawnienia przewidziano w ust. 4, ww. artykułu, zgodnie z którym prawo do uzyskania kopii nie może niekorzystnie wpływać na prawa i wolności innych. Rozporządzenie przewiduje zatem ograniczenia w zakresie pozyskiwania kopii danych podlegających przetwarzaniu, nie przewidziano jednak ograniczenia samego prawa do uzyskania informacji.

Ponownie należy jednak przypomnieć, że zapewnienie dostępu do materiałów postępowania osobie, wobec której jest ono prowadzone, stanowi istotne prawo konstytucyjne, więc do stosowania powyższych wyłączeń należy odnosić się z najwyższą ostrożnością i stosować je tylko w wyjątkowych sytuacjach, **gdy z informacji pozyskanych przez gminną komisję wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że ujawnienie materiałów postępowania mogłoby narazić na niebezpieczeństwo osoby trzeciej.** W żadnym razie nie może to być stosowane jako reguła. Jednocześnie jednak należy zauważyć, że wobec faktu niepodlegania omawianej procedury przepisom postępowania administracyjnego, odmowa dostępu do materiałów postępowania nie będzie podlegała zaskarżeniu w trybie przewidzianym dla procedury administracyjnej, gdyż, jak to ujął Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 27 czerwca 2007 r., sygn. akt I OSK 323/07:

Czynności Gminnej Komisji Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, podejmowane w ramach przyznanych jej uprawnień, nie mogą być zaliczone do aktów lub czynności, o jakich mowa w art. 3 § 2 pkt 4 p.p.s.a. Nie można też ich uznać za inne czynności podejmowane w ramach toczącego się postępowania w sprawie administracyjnej. Oznacza to, że brak było podstawy do wydania skarżącemu w trybie przepisu art. 73 § 2 k.p.a. potwierdzonych za zgodność kopii dokumentów, będących w posiadaniu Komisji.

7.1. Postępowanie przed sądem

Postępowanie w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu jest tak zwanym postępowaniem nieprocesowym, co oznacza, że nie występują w nim strony procesu (powód i pozwany), a jedynie jego uczestnicy. Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi sąd wydaje postanowienie po przeprowadzeniu rozprawy oraz wysłuchaniu osoby zobowiązywanej, przy czym taka rozprawa powinna odbyć się nie później niż po upływie miesiąca od dnia złożenia wniosku. W razie nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzanego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji

w zakładzie leczniczym, sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez Policję. Jak wynika z przywoływanych już badań zleconych przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, sądy bardzo rzadko korzystały z możliwości przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej na rozprawę. W badanych przypadkach omawianą instytucję sądy zastosowały wyłącznie 11 razy (4% spraw). W 5 postępowaniach instytucję tę wykorzystano 1 raz, a w trzech postępowaniach – 2 razy²⁹.

Obowiązek stawienia się na rozprawie nie ciąży natomiast na wnioskodawcy (czyli przedstawicieli gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych albo prokuratorze). Badania Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości wskazują, że zdecydowanie częściej w rozprawach, jako wnioskodawca, uczestniczył prokurator (49,2% pierwszych rozpraw) niż przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (7,1% pierwszych rozpraw). Jak wskazano w opracowaniu, mniejsza aktywność wnioskodawców w zakresie uczestnictwa w rozprawach może wynikać z faktu, że sąd zobowiązywał uczestników postępowania do obowiązkowego stawiennictwa na rozprawę, natomiast wnioskodawców sąd jedynie zawiadamiał o jej terminie.³⁰

Wniosek, podobnie jak każde pismo procesowe w postępowaniu cywilnym, powinien zawierać:

- 1) oznaczenie sądu, do którego jest skierowane, imię i nazwisko uczestnika postępowania (osoby zobowiązanej), jego przedstawicieli ustawowych i pełnomocników oraz ich miejsca zamieszkania;
- 2) oznaczenie rodzaju pisma;
- 3) osnovę wniosku (treść żądania) lub oświadczenia oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności;
- 4) podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika;
- 5) wymienienie załączników.
- 6) Jako że wniosek w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu ma charakter tak zwanego pisma przygotowawczego, to znaczy pisma mającego na celu przygotowanie rozprawy, powinien on także – na podstawie art. 127 Kodeksu postępowania cywilnego – zawierać zwięźle opisany stan sprawy, podstawę prawną wniosku oraz wskazanie dowodów, które mają być

29) M. Horna-Cieślak *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Prawo w działaniu 2018, t. 33, s. 76-110.

30) Tamże

przedstawione na rozprawie. Do wniosku można także bezpośrednio dołączyć dowody (przykładowo dowód z opinii biegłego).

Podobnie jak w przypadku pozwu, wniosek o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu może zawierać wnioski służące do przygotowania rozprawy, w szczególności:

- 1) wezwanie na rozprawę wskazanych przez wnioskodawcę świadków i biegłych;
- 2) zobowiązanie uczestnika postępowania do dostarczenia na rozprawę dokumentu będącego w jego posiadaniu, a potrzebnego do przeprowadzenia dowodu lub przedmiotu oględzin;
- 3) zażądanie przedstawienia dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich.

Do wniosku należy dołączyć odpis, a wraz z pismem wnieść opłatę, która na podstawie ustawy z dnia 23 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2024 r. 959, z późn. zm.) wynosi 100 zł.

7.2. Koszty postępowania

Z uwagi na fakt, że w postępowaniu nieprocesowym nie mamy do czynienia ze sporem dwóch pozostających ze sobą w konflikcie stron, nie znajduje zastosowania ogólna zasada wyrażona w art. 98 Kodeksu postępowania cywilnego, że koszty procesu co do zasady pokrywa strona przegrywająca. Zgodnie z art. 520 kodeksu, każdy uczestnik ponosi koszty postępowania związane ze swoim udziałem w sprawie. Obowiązek ten obejmuje nie tylko koszty czynności, których uczestnik sam dokonał – takich jak koszty środka odwoławczego czy ustanowienia pełnomocnika – ale i tych, które zostały dokonane przez sąd na jego wniosek, np. koszty opinii biegłego. **W praktyce oznacza to zatem, że ogół kosztów postępowania obciążać będzie gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, zaś osoba zobowiązana będzie ponosić koszty tylko tych czynności, które zostały przeprowadzone na jej wniosek.** Należy jednak zauważyć, iż w odniesieniu do sytuacji, w której interesy uczestników są sprzeczne, sąd może nałożyć na uczestnika, którego wnioski zostały oddalone lub odrzucone, obowiązek zwrotu kosztów postępowania poniesionych przez innego uczestnika. Powyższy przepis stosuje się, jeżeli postępował on niesumienne lub niewłaściwie (np. celowo unikał stawiania się na rozprawę, aby przedłużyć trwanie postępowania).

7.3. Postępowanie odwoławcze

Od postanowienia sądu rejonowego uczestnikom postępowania (osobie zobowiązanej oraz wnioskodawcy – gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratorowi) przysługuje prawo do wniesienia apelacji do sądu drugiej instancji – sądu okręgowego.

Jak jednak wynika z badań zleconych przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, wnoszenie środków odwoławczych przez osoby zobowiązane jest zjawiskiem rzadkim. W badanej próbie jedynie 3 osoby (1,5% przypadków) złożyły apelację od postanowienia sądu w przedmiocie nałożenia obowiązku przymusowego leczenia, jednakże wszystkie apelacje zostały odrzucone z powodu braków formalnych (jedna apelacja wpłynęła do sądu po terminie, a dwie nie zostały opłacone). Tylko w jednym przypadku został złożony wniosek o uzasadnienie postanowienia sądu.³¹

Apelacja powinna zawierać:

- 1) oznaczenie sądu, do którego jest skierowana, imię i nazwisko lub nazwę stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników;
- 2) oznaczenie rodzaju pisma;
- 3) osnovę wniosku lub oświadczenia oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności;
- 4) podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika;
- 5) wymienienie załączników.
- 6) A ponadto:
- 7) oznaczenie postanowienia, od którego jest wniesiona, ze wskazaniem, czy jest ono zaskarżone w całości czy w części;
- 8) zwięzłe przedstawienie zarzutów;
- 9) uzasadnienie zarzutów;
- 10) powołanie, w razie potrzeby, nowych faktów i dowodów oraz wykazanie, że ich powołanie w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji nie było możliwe albo że potrzeba powołania się na nie wynikła później;
- 11) wniosek o zmianę lub o uchylenie postanowienia z zaznaczeniem zakresu żądanej zmiany lub uchylenia.

31) M. Horna-Cieślak *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Prawo w działaniu 2018, t. 33, s. 76-110.

Należy bardzo starannie rozważyć treść przedstawianych zarzutów, gdyż – zgodnie z art. 378 Kodeksu postępowania cywilnego – sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Apelację wnosi się do sądu, który wydał zaskarżone postanowienie, w terminie dwóch tygodni od doręczenia stronie skarżącej wyroku z uzasadnieniem. Sąd pierwszej instancji odrzuci na posiedzeniu niejawnym apelację wniesioną po upływie przepisanego terminu, nieopłaconą lub z innych przyczyn niedopuszczalną, jak również apelację, której braków strona nie uzupełniła w wyznaczonym terminie. Podobnie jak wniosek do sądu w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, opłata za wniesienie apelacji wynosi – zgodnie z ustawą o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – 100 zł.

7.4. Wykonanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu

Orzeczone przez sąd obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Niecelowe jest zatem występowanie do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych z wnioskiem do sądu o wszczęcie procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, jeżeli od czasu wydania poprzedniego postanowienia upłynął termin krótszy niż dwa lata – nawet jeśli pacjent nie podjął leczenia. Niezależnie od powyższego, na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora sądowego, prokuratora lub z urzędu – po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa – sąd może przesądzić o ustaniu obowiązku poddania się leczeniu przed upływem tego okresu. Może to mieć miejsce między innymi w sytuacji, gdy cel wydanego orzeczenia został zrealizowany – na przykład w związku z ukończeniem przez pacjenta podstawowego programu terapii.

Sąd wzywa osobę, wobec której prawomocnie orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do dobrowolnego stawienia się w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie leczenia odwykowego w celu poddania się terapii. W razie uchylania się od wykonania tego obowiązku sąd ostrzega o możliwości zastosowania przymusu, a jeśli osoba zobowiązana nie podporządkuje się wezwaniu, zarządza jej przymusowe doprowadzenie. Należy zauważyć, że – w związku z wielokrotnie sygnalizowanymi trudnościami związanymi z doprowadzaniem do zakładów leczenia odwykowego osób nietrzeźwych – ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2439)

uzupełniła ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi o szczegółowe regulacje związane z doprowadzaniem osoby zobowiązanej do wskazanego zakładu leczniczego. Zgodnie z dodanym art. 33a ust. 6, osoba doprowadzana, będąca w stanie nietrzeźwości, może zostać umieszczona – do czasu wytrzeźwienia – w izbie wytrzeźwień, w placówce, której jednostka samorządu terytorialnego zleciła wykonywanie zadań izby wytrzeźwień, albo w jednostce policji. Po wytrzeźwieniu osoby doprowadzanej policja wykonuje zarządzenie sądu. Ponadto ponownie należy przypomnieć, że nałożenie przez sąd obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zastępuje konieczność uzyskania zgody pacjenta, wobec czego za całkowicie nieuprawnioną należy uznać praktykę stosowaną przez niektóre zakłady lecznictwa odwykowego, polegającą na odmowie przyjęcia osoby zobowiązanej – doprowadzonej zgodnie z postanowieniem sądu – z powodu braku jej zgody na przyjęcie do zakładu.

Zgodnie z art. 34 ww. ustawy, w czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu sąd może – na wniosek osoby, w stosunku do której został orzeczony prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu lub kuratora sądowego – po zasięgnięciu opinii kierownika podmiotu leczniczego albo na jego wniosek, zmieniać postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego. W kontekście wspomnianego przepisu warto zwrócić uwagę na postanowienie z dnia 9 października 2009 r. (sygn. akt IV CSK 210/09), w którym Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że do wystąpienia z wnioskiem w omawianej kwestii uprawniony jest także prokurator. W uzasadnieniu postanowienia sąd wskazał, że:

Takie rozumienie wskazanych przepisów uzasadnione jest nie tylko zasadami wykładni systemowej, lecz także wynika z funkcji i celu regulacji dotyczącej udziału prokuratora w postępowaniu nieprocesowym, w szczególności w postępowaniu orzekającym o leczeniu odwykowym, w którym interes publiczny oraz interes społeczny rodziny i osoby poddanej obowiązkowemu leczeniu często w warunkach istotnie ograniczających jej wolność, wymagają szczególnej ochrony, także przez zapewnienie udziału prokuratora i możliwości wszczynania przez niego postępowania na każdym jego etapie.

Należy zauważyć, że gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych nie posiada żadnych uprawnień procesowych związanych z wykonywaniem wydanego przez sąd orzeczenia w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Uprawnienia takie nie przysługują także z oczywistych względów członkom rodziny osoby zobowiązanej. W przypadku, gdyby dotychczasowy przebieg leczenia

odwykowego uzasadniał zmianę jego rodzaju (przykładowo w związku z niepodjęciem lub systematycznym zaniechaniem leczenia w warunkach ambulatoryjnych), a podmiot leczniczy, w którym osoba zobowiązana ma podjąć leczenie, wykazywał w powyższym zakresie postawę pasywną, rozwiązaniem może być, jak się wydaje, wystąpienie w powyższym zakresie z wnioskiem przez prokuratora. Istotną nowością jest – wprowadzona wspomnianą już powyżej nowelizacją ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 12 października 2017 r. – możliwość zarządzenia przez sąd przeprowadzenia przez kuratora sądowego wywiadu środowiskowego w celu ustalenia okoliczności wskazujących na nadużywanie alkoholu przez osobę, której postępowanie dotyczy, oraz zakłócania przez nią spokoju lub porządku publicznego, a także jej relacji w rodzinie, zachowania się w stosunku do małoletnich i stosunku do pracy w odniesieniu do obu ww. postępowań.

7.5. Procedura zobowiązania do leczenia odwykowego a przemoc domowa

Choć nadmierne spożycie alkoholu nie może być postrzegane ani jako przyczyna przemocy domowej, ani tym bardziej jako okoliczność ją usprawiedliwiająca, nie ulega wątpliwości, że oba zjawiska są ze sobą silnie powiązane. Aż 76% kobiet doświadczających przemocy w rodzinie wskazuje, że ich partnerzy – sprawcy przemocy – nadużywają alkoholu³². Można z całą pewnością stwierdzić, że problem przemocy domowej wystąpi także w związku z prowadzeniem postępowań w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Założenie to potwierdzają przywoływane już wcześniej badania przeprowadzone na zlecenie Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości. Jak wskazuje ich autorka, w omawianej próbie postępowań w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, procedura „Niebieskie Karty” została uruchomiona wobec 68 osób uzależnionych od alkoholu, co stanowiło 33,7% wszystkich spraw. W przypadku 16 osób (7,9% spraw) procedura ta nie została zastosowana, a w przypadku 118 osób (58,4% spraw) informacji tej nie odnaleziono w aktach. Ponadto wobec 32 osób (15,8% spraw), w chwili wydawania postanowienia o zobowiązaniu osoby do leczenia odwykowego, toczyły się postępowania karne,

32) Broszura pt. „Nadużywanie alkoholu a problem przemocy domowej” dane str 2.

wobec 28 osób (13,9% spraw) postępowanie takie nie toczyło się, a w przypadku 142 osób (70,3% spraw) informacji tej nie można było ustalić³³.

Wydaje się zatem zrozumiałe, że ustawodawca – dostrzegając powyższy związek – umieścił w art. 9a ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1673) przedstawiciele gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wśród powoływanych przez wójta, burmistrza albo prezydenta miasta członków zespołu interdyscyplinarnego, a także wskazał w art. 9a ust. 11c tej ustawy, że mogą oni wchodzić w skład grup diagnostyczno-pomocowych.

Jeżeli w toku prowadzonych czynności członkowie gminnej komisji stwierdzą podejrzenie przemocy domowej lub informacja o niej zostanie im zgłoszona przez świadka, zobowiązani są – zgodnie z art. 9d ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej – wszcząć procedurę „Niebieskie Karty”. Jak stanowi art. 9d ust. 4, następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A”. Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. poz. 1245), w formularzu „Niebieska Karta – A” wskazuje się wszystkie osoby doznające przemocy domowej i wszystkie osoby ją stosujące. Wypełnienie formularza następuje w obecności pełnoletniej osoby doznającej przemocy domowej. Jeżeli nie jest to możliwe z powodu jej nieobecności, stanu zdrowia lub zagrożenia życia bądź zdrowia, formularz wypełnia się niezwłocznie po nawiązaniu bezpośredniego kontaktu z tą osobą lub po ustaniu przyczyny uniemożliwiającej jego sporządzenie. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że ograniczenie to nie odnosi się jednak do sytuacji, w której wszczęcie procedury następuje na skutek zawiadomienia złożonego przez świadka przemocy domowej. Uzasadniając ten pogląd, wskazuje się, że inna interpretacja mogłaby prowadzić do sytuacji, w której reakcja otoczenia na przemoc domową byłaby całkowicie uzależniona od woli osoby jej doznającej. Tymczasem taka osoba może być zastraszona przez sprawcę przemocy lub znajdować się w tak złym stanie psychicznym, że nie jest w stanie uczestniczyć we wszczęciu procedury „Niebieskie Karty”³⁴.

33) M. Horna-Cieślak *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Prawo w działaniu 2018, t. 33, s. 76-110.

34) G. Wrona, *Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”*. Komentarz [w:] *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Komentarz, wyd. 3, 2024.

Osoby inicjujące procedurę zobowiązane są do podjęcia działań interwencyjnych, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie doznającej przemocy domowej. Działania te polegają na:

- 1) zapobieganiu zagrożeniu dla życia lub zdrowia osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności poprzez informowanie Policji lub Żandarmerii Wojskowej o okolicznościach uzasadniających zastosowanie:
 - c) art. 15aa ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, przewidującego możliwość natychmiastowego nakazania sprawcy przemocy opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego otoczenia lub zakazu zbliżania się do tego miejsca;
 - d) art. 15aaa tej ustawy, ustanawiającego zakaz zbliżania się do osoby doznającej przemocy domowej na określonej odległość;
 - e) a w przypadku żołnierzy w czynnej służbie wojskowej – odpowiednich środków określonych w art. 18a i art. 18aa ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. o Żandarmerii Wojskowej i wojskowych organach porządkowych (Dz.U. z 2025 r. poz. 12).
- 2) udzieleniu osobie doznającej przemocy domowej pierwszej pomocy przedmedycznej lub zapewnieniu pomocy medycznej;
- 3) zaspokojeniu podstawowych potrzeb, w tym udzieleniu wsparcia i poradnictwa, w szczególności przez:
 - a) przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
 - b) specjalistyczne ośrodki wsparcia dla osób doznających przemocy domowej;
 - c) organizacje pozarządowe i stowarzyszenia działające na rzecz osób doznających przemocy domowej, zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2024 r. poz. 1491).

Osoba wszczynająca procedurę dokonuje wstępnej diagnozy sytuacji w związku z zaistnieniem podejrzenia stosowania przemocy domowej i przeprowadza rozmowę z osobą doznającą przemocy, a także – w miarę możliwości – z osobą ją stosującą. Istotne jest zapewnienie, aby rozmowa z osobą doznającą przemocy domowej przeprowadzana była w warunkach gwarantujących swobodę wypowiedzi, poszanowanie godności oraz zapewniających bezpieczeństwo. Przekazywane jej informacje powinny być formułowane w prostym, przejrzystym i przystępnym dla niej języku, z uwzględnieniem stanu i okoliczności, które mogą mieć wpływ na zdolność rozumienia i bycie rozumianym. Natomiast w trakcie rozmowy z osobą stosującą przemoc domową informuje się ją w szczególności o prawnych konsekwencjach stosowania przemocy domowej oraz wskazuje na konieczność zmiany dotychczasowego postępowania.

Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta – A” osobie doznającej przemocy domowej przekazuje się formularz „Niebieska Karta – B”. Wypełniony formularz „Niebieska Karta – A” przekazuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 5 dni roboczych od dnia wszczęcia procedury, do zespołu interdyscyplinarnego. Jego kopię pozostawia się u podmiotu wszczynającego procedurę. Jeżeli w trakcie działań realizowanych w ramach procedury zachodzi podejrzenie, że osoba stosująca przemoc domową ponownie dopuściła się takiego zachowania, członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wypełniają formularz „Niebieska Karta – A” w zakresie niezbędnym do udokumentowania nowego zdarzenia i przesyłają go do zespołu interdyscyplinarnego. Biorąc udział w pracach grupy diagnostyczno-pomocowej, członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych uczestniczy w:

- 1) dokonywaniu oceny sytuacji domowej, potrzeb i zasobów osoby doznającej przemocy domowej oraz osoby stosującej przemoc domową;
- 2) udzielaniu pomocy osobie doznającej przemocy domowej;
- 3) opracowaniu indywidualnego planu pomocy dla osoby doznającej przemocy i jej środowiska domowego, który zawiera propozycje działań pomocowych;
- 4) podejmowaniu działania w stosunku do osoby stosującej przemoc domową w celu powstrzymania jej przed dalszym stosowaniem przemocy;
- 5) przekazywaniu osobie stosującej przemoc domową informacji, w szczególności o prawnokarnych konsekwencjach jej działań oraz o koniecznych do podjęcia krokach w celu zaprzestania stosowania przemocy;
- 6) wnioskowaniu do zespołu interdyscyplinarnego o skierowanie tej osoby do udziału w programach korekcyjno-edukacyjnych lub programach psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc domową;
- 7) motywowaniu osoby stosującej przemoc domową do udziału w programach korekcyjno-edukacyjnych oraz psychologiczno-terapeutycznych;
- 8) przeprowadzaniu z osobą stosującą przemoc domową rozmowy ukierunkowanej na wskazanie zagrożeń wynikających z nadużywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków;
- 9) rozstrzygnięciu o braku zasadności podejmowania działań.

....., dnia r.

Sąd Rejonowy

w

III Wydział Rodzinny i Nieletnich

Wnioskodawca:

zam. w (kod pocztowy

ul. Nr

Uczestnik postępowania:

zam. w (kod pocztowy

ul. Nr

Wniosek

**o zobowiązanie osoby uzależnionej od alkoholu
do poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego**

Wnoszę o:

- 1) zobowiązanie uczestnika postępowania
..., urodzonego dnia r. w, syna i małż.
....., do poddania się leczeniu w niestacjonarnym zakładzie lecznictwa
odwykowego i ustanowienie na czas trwania tego obowiązku nadzoru kuratora;
- 2) przeprowadzenie dowodu z:
 - a) opinii biegłego z dnia, r.
– w celu wykazania, że uczestnik postępowania jest uzależniony od alkoholu
oraz że jest zasadne poddanie go leczeniu odwykowemu stacjonarnym zakładzie
lecznictwa odwykowego;
 - b) dokumentacji zebranej przez wnioskodawcę, dołączonej do wniosku
– w celu wykazania, że od r. uczestnik postępowania w następstwie
nadużywania alkoholu powoduje rozkład życia rodzinnego oraz uchyła się od
obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny
- 3) przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków:
 - a), zam. w
 - b), zam. w
 - c), zam. w

– w celu wykazania, że uczestnik z powodu nadużywania alkoholu utracił pracę i nie może utrzymać stałego zatrudnienia przez co nie może przyczyniać się do zaspokajania potrzeb rodziny, a także że nadużywania przez niego alkoholu ma negatywny wpływ na życie rodzinne w tym na dobrostan i zdrowie psychiczne jego wspólnie z nim zamieszkujących małoletnich dzieci;

Wnoszę o wezwanie na rozprawę ww. świadków.

4) Ustanowienie kuratora na czas trwania obowiązku poddania się leczeniu.

Uzasadnienie

Uczestnik postępowania jest mężem oraz ojcem dwóch małoletnich dzieci, z którymi wspólnie zamieszkuje. Wr. w związku z przystąpieniem do pracy w stanie po użyciu alkoholu utracił pracę w trybie dyscyplinarnym od tamtej pory nie podjął nowego zatrudnienia. W związku z czym nie przyczynia się pokrywania kosztów utrzymania rodziny co ma znaczny negatywny wpływ na jej sytuację finansową

Dowód:

- 1) zeznanie świadka
- 2) dokumentacja zgromadzona przez wnioskodawcę.

Uczestnik postępowania pod wpływem alkoholu wszczyna awantury z domownikami i sąsiadami. Jego zachowanie ma negatywny wpływ na dobrostan pozostałych członków rodziny w tym rozwój psychiczny i wyniki w nauce dzieci.

Dowód:

- 1) zeznanie świadka
- 2) dokumentacja zgromadzona przez wnioskodawcę

Uczestnik postępowania jest uzależniony od alkoholu. Z opinii biegłego wynika, że zasadne jest poddanie go leczeniu przymusowemu w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego.

Dowód:

1) opinia biegłego z dnia r.

Wobec powyższego i zważywszy na treść art. 26 w zw. z art. 24 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi niniejszy wniosek jest uzasadniony .

.....

Załączniki: (...)

Udział gminnej komisji w postępowaniu sądowym w sprawach o zobowiązanie do leczenia odwykowego

SYLWESTER LEWANDOWSKI

Przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Grudziądzu, policjant w stanie spoczynku, członek Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej przy KCPU

Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie dotyczącym realizacji procedury zobowiązania do leczenia odwykowego zwróciła uwagę m.in. na to, że gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych nie biorą udziału w postępowaniach sądowych, mimo że formalnie są ich stroną. **Komisje mają status strony w postępowaniu dotyczącym zobowiązania do leczenia i ich reprezentanci powinni uczestniczyć w posiedzeniach sądu w takich sprawach.** Nawet kiedy obecność przedstawiciela wnioskodawcy nie jest obowiązkowa, to w wielu przypadkach udział komisji okazuje się konieczny. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy wniosek o zobowiązanie do leczenia oparty jest na ograniczonej liczbie dowodów – wtedy obecność strony, czyli komisji, ma kluczowe znaczenie.

W trakcie postępowania strony mają prawo zadawać pytania świadkom, a zatem także i przedstawiciel gminnej komisji. Dlatego bardzo ważne jest dokładne zapoznanie się z dokumentacją i wcześniejszymi zeznaniami. Zdarza się, że świadkowie pod wpływem stresu nie wspomną w sądzie o istotnych kwestiach, które poruszali podczas spotkań z komisją – wtedy jako strona mogą dopytać i uzupełnić te informacje. Wyróżnia się różne rodzaje pytań: uzupełniające, które pozwalają przypomnieć lub rozwinąć pewne fakty; wyjaśniające, służące doprecyzowaniu zbyt ogólnych wypowiedzi; oraz kontrolne, które pomagają ocenić wiarygodność świadka lub uczestnika postępowania. Mogą również zadać pytania osobom powołanym na świadków przez zobowiązanego. Często są to świadkowie twierdzący, że problem alkoholowy nie występuje, jednak ich zeznania okazują się mało rzetelne. Wystarczy zapytać, od jak dawna znają zobowiązanego, jak często się z nim kontaktują i co wiedzą o jego sytuacji rodzinnej – zwykle wychodzi wtedy na jaw, że jest to znajomość powierzchowna i świadek w praktyce nie posiada wiarygodnej wiedzy o tym, czy rzeczywiście występuje problem alkoholowy.

Jako strona postępowania komisja ma prawo zgłaszać do sądu wnioski dowodowe – zarówno pisemnie, jak i ustnie do protokołu podczas rozprawy. Może to być na przykład prośba o ustalenie w izbie wytrzeźwień, czy i ile razy osoba zobowiązana była tam doprowadzana. Zdarza się też, zwłaszcza gdy materiał dowodowy jest ograniczony, że wnioskuje o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez kuratora sądowego, aby lepiej poznać sytuację danej osoby.

Sędzia również aktywnie uczestniczy w postępowaniu, zadając świadkom pytania na podstawie materiałów przekazanych przez komisję – zwłaszcza informacji zebranych podczas rozmów w trakcie procedury motywowania do leczenia odwykowego. To wyraźnie pokazuje, jak istotne jest, aby nasze wnioski i dokumentacja były przygotowane rzetelnie i precyzyjnie. W protokołach staramy się zapisywać wypowiedzi świadków możliwie wiernie, niemal dosłownie, unikając własnych interpretacji czy skrótów.

Na sali rozpraw przedstawiciel komisji siada po prawej stronie sędziego, a osoba zobowiązana – po lewej. Przed rozpoczęciem postępowania sąd sprawdza obecność stron i świadków, a także weryfikuje tożsamość oraz pełnomocnictwa do



reprezentowania wnioskodawcy. Do naszego wniosku zawsze dołączamy imienne pełnomocnictwo wystawione przez Prezydenta Grudziądza. Na podstawie tego pełnomocnictwa sąd potwierdza, czy wskazana osoba faktycznie stawiała się w imieniu komisji. Następnie, jako wnioskodawca, przedstawiam treść żądania – czyli wniosek o zobowiązanie do leczenia odwykowego. Nie odczytuję pełnego uzasadnienia, ponieważ sąd ma je już w aktach, ograniczam się jedynie do przedstawienia samej treści wniosku.

Rozprawa zwykle trwa od około pół godziny do nawet półtorej godziny. Jeśli strony nie zgłaszają wniosków dowodowych, sąd zazwyczaj wydaje postanowienie już na pierwszym posiedzeniu. Po zakończeniu przewodu dowodowego uczestnicy muszą opuścić salę i poczekać na decyzję sądu na korytarzu – co bywa stresujące, zwłaszcza że oczekiwanie odbywa się razem z osobą zobowiązywaną. Na przygotowanie postanowienia sąd potrzebuje kilkunastu minut, po czym ponownie wzywa strony, a ogłoszenie rozstrzygnięcia następuje na stojąco, w miejscach zajmowanych wcześniej podczas rozprawy.

Osoby zobowiązane do leczenia opuszczają salę rozpraw zazwyczaj z widocznym niezadowolaniem i negatywnymi emocjami, jednak nie zachowują się agresywnie – nie dochodzi do awantur, obrażania członków komisji czy demonstracyjnego opuszczania sali. Trzeba pamiętać, że w trakcie postępowania członkowie komisji nie działają w interesie własnym, lecz w interesie społecznym, reprezentując wnioskodawcę, a nie siebie osobiście.

Warto w składzie gminnej komisji mieć przedstawiciela policji lub kuratora sądowego. Dzięki swojemu zawodowi i szkoleniom resortowym są oni przygotowani do występowania przed sądem – wiedzą, jak zadawać pytania świadkom, i zwykle nie odczuwają takiego stresu jak osoby bez doświadczenia w kontaktach z wymiarem sprawiedliwości.

Część 2. Psychologiczne aspekty motywowania osób z uzależnieniem od alkoholu do podjęcia leczenia odwykowego

JADWIGA FUDAŁA

Rozdział 1. Zaburzenia związane z używaniem alkoholu oraz metody ich leczenia

1.1. Zmiana paradygmatów w obszarze pomagania osobom z uzależnieniem od alkoholu

Procedura zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu ma na celu zmotywowanie osoby zdiagnozowanej jako uzależniona od alkoholu do podjęcia terapii. Społeczne oczekiwania wobec procedury są dużo większe niż te określone przez ustawodawcę [16]. Nie chodzi bowiem tylko o to, aby osoba uzależniona pojawiła się w placówce i biernie poddała oddziaływaniom specjalistów, lecz przede wszystkim o to, by zaangażowała się w swoje leczenie, podjęła osobiste zobowiązanie do zmiany wzoru spożywania alkoholu, wdrożyła niezbędne działania oraz wytrwała w abstynencji jak najdłużej – najlepiej dożywno. Wydaje się oczywiste, że aby to osiągnąć osoba pijąca musi mieć silną wewnętrzną motywację do rozstania z alkoholem, której jednak najczęściej nie przejawia. To rodzina, znajomi, pracownicy pomocy społecznej, kuratorzy, a czasem pracodawcy oceniają, że niezbędne jest zatrzymanie, lub przynajmniej ograniczenie picia, podczas gdy osoba nadużywająca alkoholu albo nie dostrzega zagrożenia w swoim sposobie picia, albo je bagatelizuje.

Gdy zawodzą typowe sposoby nakłaniania osoby uzależnionej do podjęcia leczenia – takie jak prośenie, przekonywanie, namawianie, zachęcanie czy straszenie prawną możliwością zobowiązania jej do terapii przez sąd rodzinny może wydawać się zbawiennym rozwiązaniem. Niestety efektywność tej kosztownej i długotrwałej procedury jest niska. W grupie osób zobowiązanych przez sąd do leczenia, terapię rozpoczyna nieco ponad połowa, a kończy około 1/4 wszystkich zarejestrowanych. Gdyby ukończenie podstawowego programu terapii uzależnienia było wystarczające do utrzymania trwałej zmiany wzoru picia, można by uznać, że procedura jest

skuteczna co najmniej dla 1/4 osób zobowiązanych. Jednak o skuteczności leczenia uzależnienia decydują oddziaływania długofalowe, a osoby zobowiązane rzadziej kontynuują terapię po zakończeniu jej pierwszego etapu, który przez sądy jest traktowany jest jako zwieńczenie procedury [14].

Z punktu widzenia aktualnej wiedzy psychologicznej i medycznej, procedura sądowego zobowiązania do leczenia jest przestarzała. Opiera się na naukowych paradygmatach, które obowiązywały w latach 80-tych, kiedy została opracowana, a dziś są uznawane za niekompletne lub nieprawdziwe [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8]. Oto najistotniejsze z nich:

- Uzależnienie jest zaburzeniem jednorodnym, zawsze pierwotnym (podstawowym), postępującym (nasilającym się) i chronicznym (niewyleczalnym), co oznacza, że u wszystkich osób rozwija się i przebiega w podobny sposób.
- Jedynym możliwym celem poprawy funkcjonowania osób z uzależnieniem jest abstynencja. Stanowi ona nieodzowny warunek i zarazem gwarancję poprawy ich dobrostanu oraz społecznego funkcjonowania.
- Bez pomocy specjalistów osoby uzależnione nie uzyskają poprawy swojego stanu.
- Charakterystyczną cechą uzależnienia jest brak motywacji do poszukiwania i przyjmowania pomocy, dlatego osoby uzależnione wymagają zewnętrznej presji, by podjęły leczenie.
- Osoby z uzależnieniem nie mają wystarczających zdolności i umiejętności, by samodzielnie podejmować korzystne dla siebie decyzje i wprowadzać pozytywne zmiany. W związku z tym w procesie leczenia muszą podporządkować się zaleceniom specjalistów.

Zanegowanie prawdziwości powyższych przekonań budzi niepokój, a nawet sprzeciw, wielu osób zaangażowanych w rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce. Wynikają one bowiem z naukowych paradygmatów, które przez dziesięciolecia kształtowały sposób rozumienia uzależnienia oraz wskazywały cele i metody leczenia osób z uzależnieniem. W międzyczasie rozwój badań naukowych w dziedzinie uzależnień doprowadził do dość radykalnych zmian w teorii i praktyce pomagania osobom uzależnionym. Procedura sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego nie podążyła za tymi zmianami. Przestarzały jest również język samej procedury, jak i całej Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Od dawna zaleca się unikania pojęć „alkoholizm” i „leczenie odwykowe”. Obydwa terminy są niezgodne z obowiązującym nazewnictwem medycznym i psychologicznym, budzą pejoratywne skojarzenia i stygmatyzują osoby z uzależnieniem oraz ich leczenie.

Niejasne pozostaje, komu w ostateczności ma służyć procedura. Czy dobru jednostki cierpiącej z powodu uzależnienia, czy dobru społeczności, zwłaszcza rodziny, doświadczającej konsekwencji jej picia?. Fakt, że zobowiązać do leczenia można wyłącznie osoby zdiagnozowane jako uzależnione, które jednocześnie z powodu nadużywania alkoholu „powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację nieletnich, uchylają się od obowiązku zaspokojenia potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny” [16], wyklucza z tej procedury osoby ciężko uzależnione, które pijąc zagrażają wyłącznie sobie – swojemu zdrowiu i życiu. Z drugiej strony, osoby spożywające alkohol szkodliwie, u których biegli sądowi nie diagnozują uzależnienia, również nie zostaną objęte procedurą zobowiązania do leczenia odwykowego, nawet jeśli ich zachowanie zagraża otoczeniu i poważnie narusza obowiązujące normy społeczne oraz prawne.

Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2016 r., podsumowujący kontrolę realizacji procedury wskazywał szereg przyczyn wpływających na jej niską efektywność. Jako jedną z nich wymieniono niewystarczające przygotowanie członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych do prowadzenia rozmów motywujących. Zalecano, aby odbyli oni szkolenia nie tylko z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, ale również w zakresie prowadzenia dialogu motywującego – metody motywowania ludzi do zmiany szkodliwych zachowań, która ma empirycznie dowiedzioną skuteczność. [13]

1.2. Współczesna wiedza na temat zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu oraz skutecznych sposobów motywowania i leczenia osób z uzależnieniem

1.2.1. Uzależnienie od alkoholu to zaburzenie niejednorodne

Postęp badań nad zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu dostarczył dowodów na to, że **uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem niejednorodnym, mającym różną etiologię, przebieg, odmienne konfiguracje i nasilenie objawów oraz niejednakowe rokowania** [2, 3, 5, 6, 7, 8]. Przebieg uzależnienia może, ale nie musi mieć charakteru chronicznego i/lub postępującego. Niektóre osoby uzależnione potrafią wrócić do picia na poziomie niskiego ryzyka szkód bez objawów uzależnienia i nawrotów ciężkiego picia. U części osób uzależnionych nie stwierdza się nasilenia objawów, ani pogorszenia funkcjonowania nawet w długich okresach obserwacji.

U niektórych uzależnienie rozwinęło się wtórnie, jako efekt uboczny samoleczenia alkoholem pierwotnych zaburzeń psychicznych. Znaczna część osób uzależnionych potrafi poradzić sobie z problemowym pićciem bez pomocy profesjonalistów oraz grup samopomocowych.

Uzależnienie wygląda inaczej w populacji generalnej, niż w populacji klinicznej (pacjenci placówek leczenia uzależnień, podopieczni pomocy społecznej, osoby pod nadzorem sądowym), do której trafiają najczęściej osoby z ciężkim i nawrotnym przebiegiem tego zaburzenia. Jako grupa najbardziej widoczna, choć niereprezentatywna, stała się ona najczęstszym obiektem obserwacji i badań klinicznych. To na jej przykładzie opisano uzależnienie (etiologię, symptomy, przebieg), opracowano klasyfikacje diagnostyczne i dla niej stworzono programy terapeutyczne. Wyniki badań populacyjnych dowodzą jednak, że uzależnienie jest zjawiskiem bardziej złożonym, a grupa osób trafiających najczęściej do systemów pomocy, charakteryzujących się najcięższym, chronicznym przebiegiem choroby, stanowi jedynie około 1/4 wszystkich osób mających symptomy uzależnienia od alkoholu.

Opisywane w literaturze różne typologie uzależnienia od alkoholu potwierdzają złożoność tego zjawiska oraz uzasadniają konieczność stosowania zróżnicowanych strategii pomocowych, także leczniczych.

Z badań i obserwacji klinicznych wynika również, że **abstynencja nie gwarantuje osobom uzależnionym automatycznej poprawy we wszystkich obszarach życia.. Podobnie powrót do spożywania alkoholu nie determinuje pogorszenia funkcjonowania osoby uzależnionej** [5].

1.2.2. Motywacja do zmiany nie jest cechą osoby lub problemu [7,9,10,13]

Nie ulega wątpliwości, że motywacja jest kluczowa do wprowadzenia zmiany w zachowaniu. Czasami wręcz trudno uwierzyć, że klienci nie rozważają zmiany wzoru picia, mimo oczywistych strat z tym związanych i z dużym zaangażowaniem bronią status quo. **Warto rozumieć powody, dla których osoby uzależnione nie chcą się podjąć leczenia:**

- Najczęściej nie zdają sobie sprawy z powagi swojego problemu. Psychologiczne mechanizmy obronne pozwalają im wierzyć, że potrafią samodzielnie kontrolować swoje picie, kiedy tylko zechcą.
- Nawet jeśli doświadczają już negatywnych skutków picia, nie oceniają ich w pełni realistycznie. Wierzą, że problem jest mniej poważny, niż w rzeczywistości, że

powody picia są od nich niezależne (winni są inni ludzie, okoliczności, zdarzenia) i, że kiedyś ich wzór picia samoistnie się poprawi.

- Boją się diagnozy uzależnienia, ponieważ nie są gotowi rozstać się z alkoholem i zaangażować w działania na rzecz zmiany. Nałogowe picie jest dla nich źródłem cierpienia, ale jednocześnie też gwarancją patologicznej homeostazy.
- Często nie potrafią dostrzec korzyści płynących z abstynencji. Perspektywa zmiany wywołuje przede wszystkim lęk przed trudnościami, wyrzeczeniami, wysiłkiem, niepowodzeniem i cierpieniem.
- Mają za sobą nieudane próby abstynencji i wiedzą, że po odstawieniu picia, głód alkoholu nie znika, a jego przewyciężenie jest dużym wyzwaniem. Mają niskie poczucie samoskuteczności – brakuje im nadziei i wiary, że są zdolni do dokonania zmiany wzoru picia z sukcesem.
- Osoby nadużywające alkoholu mają za sobą wiele negatywnych doświadczeń w relacjach społecznych. Często są oceniane, krytykowane i odrzucane. Boją się, że rozmowa z lekarzem psychiatrą, terapeutą, psychologiem, członkiem



gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych może być dla nich zawstydzająca oraz naruszać ich godność i autonomię.

- Obawiają się etykiety „alkoholika”, która nadal funkcjonuje w obiegu społecznym i jest jednoznacznie deprecjonująca. Stereotypowe przekonania niewiele zmieniły się na przestrzeni lat i słowo „alkoholik” wciąż budzi negatywne skojarzenia [17]. W przekonaniu wielu osób, w także samych uzależnionych, człowiek staje się alkoholikiem nie w momencie, kiedy pije i ponosi z tego powodu straty, lecz dopiero wtedy, gdy zostaje zdiagnozowany jako uzależniony i podejmuje próbę leczenia. Korzystanie z profesjonalnej lub nieprofesjonalnej pomocy jest nadal powodem do wstydu.
- Osoby, które nigdy nie podejmowały prób terapii, najczęściej nie wiedzą, na czym polega leczenie uzależnienia, zwłaszcza psychoterapia. Po zapoznaniu się z warunkami leczenia, odczuwają niepokój. Obawiają się konieczności mówienia o sobie, analizowania swoich uczuć, myśli, zachowań, pisania zadań terapeutycznych. Z kolei osoby mające już za sobą próby leczenia, które wróciły do picia, obawiają się ograniczeń wynikających z regulaminów i kontraktów placówek, trudności związanych w realizacji zadań terapeutycznych oraz intensywności zajęć.

Motywowanie do zmiany to jedno z najtrudniejszych zadań w pomaganiu osobom zaangażowanym w różne szkodliwe zachowania. Niezależnie od tego, czy chodzi o nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, branie narkotyków, objadanie się, hazard, czy niestosowanie się do zaleceń medycznych – nie jest łatwo skłonić ludzi do podjęcia decyzji o zmianie postępowania. Na brak motywacji pacjentów narzekają lekarze, ponieważ ci masowo nie stosują się do ich zaleceń. Skarżą się psychologowie, terapeuci, pracownicy pomocy społecznej, kuratorzy sądowi, bo mimo ich zaangażowania i zawodowych umiejętności – klienci nie zmieniają się, a jeśli już, to ich zmiana postępuje za wolno, jest niewystarczająca w stosunku do oczekiwań i często nietrwała. O podobnych problemach opowiadają osoby, które próbują nakłonić swoich bliskich do rezygnacji ze szkodliwych zachowań. Doświadczane trudności i niepowodzenia wywołuje frustrację oraz przekonanie, że wina leży po stronie osób, które nie chcą się zmienić. Mówi się o nich, że są niezmotywowane, odporne i obojętne wobec oferowanej im pomocy. Czasami przyczyn niepowodzenia upatruje się w samym zachowaniu problemowym. Stąd między innymi bierze się przeświadczenie o niskiej skuteczności pomocy osobom uzależnionym od alkoholu, narkotyków czy hazardu.

Przykłady osób uzależnionych, które w przeszłości nie były w ogóle zainteresowane abstynencją, a następnie podjęły decyzję i z powodzeniem zerwały z używkami dowodzą, że motywacja jest zjawiskiem dynamicznym – potencjalnie można ją wzniecać, budować, wzmacniać, podtrzymywać u każdego.

Zwlekanie z przyjęciem pomocy skutkuje tym, że większość pacjentów placówek leczenia uzależnień rozpoczyna terapię po długim okresie nałogowego picia o postępującym, chronicznym przebiegu i z licznymi negatywnymi konsekwencjami nadużywania alkoholu. Są w złej kondycji zdrowotnej – często z niezdiagnozowanymi schorzeniami somatycznymi oraz zaburzeniami psychicznymi. Mają osłabione zdolności poznawcze oraz poważnie naruszone lub całkowicie zerwane relacje z bliskimi. Znajdują się w trudnej sytuacji finansowej i bytowej, często także prawnej. Okoliczności te nie przekreślają ich szansy na wyzdrowienie z uzależnienia, ale znacznie je utrudniają.

1.2.3. Motywacja podlega wpływom, a nie naciskom

Na motywację do zmiany zachowań mogą wpływać różne czynniki zewnętrzne związane ze środowiskiem, takie jak: dostępność alkoholu, jakość systemu pomocy oraz dostęp do leczenia. Istotne są również: społeczny stosunek do określonych zachowań (np. ostracyzm), sytuacja bytowa (np. bezdomność, samotność) oraz pozytywne lub negatywne doświadczenia w relacjach z innymi ludźmi, w tym z osobami pomagającymi im. Wpływ ten może być pozytywny: budujący i wzmacniający motywację lub negatywny, osłabiający ją. Badania dowodzą, że **styl rozmowy o zachowaniu problemowym ma kluczowe znaczenie dla efektywności udzielanej pomocy**. Liczne badania skuteczności psychoterapii – również w obszarze uzależnień dowiodły, że dowodzący, dyrektywny i konfrontujący styl komunikacji jest nieskuteczny. **Efektywny w zwiększaniu gotowości do zmiany zachowań okazał się ukierunkowujący styl prowadzenia rozmowy zaproponowany przez dialog motywujący** [7,9,10].

1.2.4. Poszanowanie autonomii klienta to klucz do sukcesu [9,10,13]

Skuteczne motywowanie opiera się na akceptacji prawa każdej osoby do podejmowania własnych życiowych wyborów. Niezależnie od powodów, dla których klient powinien zmienić swoje postępowanie, należy pogodzić się z faktem, że ostateczna decyzja zawsze należy do niego i to on będzie musiał zmierzyć się z jej konsekwencjami.

Osoby pomagające mogą poprzez rozmowę pomóc klientowi w wyborze rozwiązań korzystniejszych dla niego i jednocześnie zgodnych z interesem społecznym. Nie warto spieszyć się z mówieniem klientowi co powinien robić i co jest dla niego dobre. Lepiej skupić się na tym, aby samodzielnie znalazł on i wyraził własne argumenty, sposoby oraz decyzje. W sytuacjach, gdy autonomia klienta jest ograniczona prawem (np. w procedurze zobowiązania do leczenia), osoby prowadzące rozmowę motywującą powinny szczególnie podkreślać wszystkie konstruktywne przejawy suwerenności klienta. Choć procedura jest opresyjna, sposób prowadzenia rozmowy będzie miał istotny wpływ na efekt końcowy. Nie tylko na to, czy wdroży on działania oczekiwane przez komisję, ale też na to, na ile zmiana zachowania będzie zgodna z jego osobistym wyborem, co zwiększy szanse na sukces.

Teoria reaktancji (oporu psychicznego) **Jacka Brehma** [10] wyjaśnia skutki zlekceważenia autonomii klientów. Zgodnie z nią, **ludzie reagują oporem, gdy zostaje im odebrana swoboda działania. W takiej sytuacji wzrasta atrakcyjność tego, co jest zakazane i jednocześnie pojawia się niechęć wobec źródła przeszkód oraz dążenie do odzyskania poczucia wolności.** Osoby pozbawione możliwości decydowania o sobie, osaczone i przymuszane do zmiany zachowania stają się bierne lub mobilizują siły do obrony. Opóźnia to moment, w którym staną się wewnętrznie gotowe do podjęcia decyzji o zmianie zachowania. Nierzadko osoby zobowiązane do leczenia, przywiezione przez policję do oddziałów terapii uzależnień chcą opuścić placówkę nie dlatego, że nie chcą się leczyć, tylko dlatego, że jest to jedyny sposób, w jaki potrafią zademonstrować swoje prawo do samostanowienia.

Dyktowany dobrymi intencjami odruch naprawiania, który skłania osoby pomagające do argumentowania, radzenia, edukowania, wywierania nacisku oraz dawania zaleceń jest przeciwnie skuteczny i w rezultacie oddala perspektywę wdrożenia pożądanых zmiany. Osoby pozbawione możliwości decydowania o sobie nierzadko reagują brakiem współpracy, wzmacniają argumenty przeciwko zmianie oraz nie biorą odpowiedzialności za wprowadzanie w życie pomysłów, rad i zaleceń osoby pomagającej.

Nawet, gdy sąd rodzinny wyda postanowienie o zobowiązaniu osoby z uzależnieniem do leczenia, jego realizacja oraz efekt zależą od niej – od tego, czy stawi się ona w placówce leczenia uzależnień, podejmie terapię, zaangażuje się w nią, odbędzie całe leczenie, będzie stosowała się do zaleceń, oraz rozstanie się z alkoholem. **Podkreślenie autonomii klienta wzmacnia jego poczucie samoskuteczności oraz gotowość do wzięcia odpowiedzialności za swoje decyzje.**

1.2.5. Skuteczne metody pomagania osobom z uzależnieniem

Ustawodawca zdecydował, że **leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu „prowadzi się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych”** [16], co oznacza, że nie może być ono realizowane poza systemem opieki zdrowotnej. Zatem różne nieprofesjonalne formy pomocy osobom z uzależnieniem i ich rodzinom, obecne w polskim systemie rozwiązywania problemów alkoholowych, takie jak Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA), stowarzyszenia abstynenckie, czy punkty informacyjno-konsultacyjne, nie mogą być miejscami realizującymi procedurę sądowego zobowiązania do leczenia. Mogą to być miejsca wsparcia oddziaływań profesjonalnych zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu terapii uzależnienia.

Celem bezpośrednim placówek opieki zdrowotnej nie jest naprawa rzeczywistości społecznej lecz diagnoza oraz leczenie osób z uzależnieniem oraz członków ich rodzin, którzy cierpią z powodu nadużywania alkoholu przez ich bliskich.

Podstawową metodą leczenia uzależnienia jest psychoterapia, która zakłada dobrowolny udział pacjenta. W procedurze zobowiązania zgodę na leczenie wyraża zamiast pacjenta sąd rodzinny. Jest to sprzeczne z logiką psychoterapii jako metody leczenia. Jej efektywność jest wprost proporcjonalna do poziomu wsparcia, a odwrotnie proporcjonalna do presji i konfrontacji. **Procedura zobowiązania do leczenia odwykowego jest skonstruowana w opozycji do założeń skutecznej psychoterapii.**

Programy psychoterapeutyczne wymagają od pacjentów koncentracji, zaangażowania i zdolności poznawczych. **Znaczna część osób sądownie zobowiązanych do leczenia, które borykają się z poważnymi problemami psychicznymi lub/i somatycznymi jest w stanie skorzystać z psychoterapii uzależnień.** Wymagają one indywidualnej, pogłębionej diagnozy psychologicznej i medycznej oraz innych niż psychoterapia form pomocy psychologicznej, jak: poradnictwo, treningi umiejętności, indywidualne i grupowe wsparcie czy interwencja kryzysowa, a także nierzadko leczenia i rehabilitacji medycznej. Większość placówek terapii uzależnień nie oferuje takiej opieki, a sam pobyt pacjentów w oddziale i kilkutygodniowa abstynencja nie dają podstaw do oczekiwania trwałej poprawy ich funkcjonowania.

Lista placówek leczenia uzależnienia od alkoholu udzielających świadczeń refundowanych przez NFZ, z podziałem na województwa i typy świadczeń, znajduje się na stronie internetowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom:

<https://kcpu.gov.pl/mapa/>. Placówki te oferują bezpłatną pomoc również dla członków rodzin osób uzależnionych – w zakresie zaburzeń wynikających z nadużywania alkoholu przez osoby bliskie.

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji, uznawanej w standardach leczenia uzależnienia od alkoholu za cel optymalny. Jest on prosty w leczeniu i w monitorowaniu. Jednak znaczna część osób uzależnionych nie akceptuje go, zwłaszcza na początku leczenia. Jest to również cel trudny do osiągnięcia dla wszystkich klientów. Wyniki amerykańskich badań wskazują, że dla osób uzależnionych w lżejszym stopniu – charakteryzujących się krótszym okresem trwania uzależnienia, mniej nasilonymi zespołami abstynencyjnymi, realnym wsparciem społecznym, aktywnością zawodową, mniejszymi stratami z powodu picia – korzystnym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu, zaś **dla osób ciężko uzależnionych (które stanowią większość osób zobowiązanych do leczenia) korzystniejszym celem jest abstynencja** [1,2,3 7]. **W przypadku osób ciężko uzależnionych, które nie akceptują abstynencji jako celu zmiany, warto rozważyć redukcję picia jako cel przejściowy, zanim zdecydują się one na całkowitą rezygnację z alkoholu.** Dla części osób uzależnionych rozpoczynających leczenie jest on łatwiejszy do zaakceptowania, choć niekoniecznie łatwiejszy do zrealizowania. Wymaganie abstynencji od wszystkich pacjentów uzależnionych od alkoholu ignoruje fakt, że każde ograniczenie ilości spożywanego alkoholu prowadzi do redukcji szkód zdrowotnych i społecznych, co z punktu widzenia interesu zdrowia publicznego jest celem wysoce pożądanym. **Warto zatem docenić wszystkie starania klientów nakierowane na poprawę wzoru picia alkoholu, również wtedy, kiedy celem nie jest dożywotnia abstynencja.** Mimo, że polskie standardy pracy nad ograniczeniem picia zostały opracowane przez ekspertów Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i opublikowane w 2016 r. [18], w Polsce wciąż brakuje powszechnie dostępnej oferty pomocy dla osób gotowych ograniczyć swoje picie.

We wszystkich standardach i zaleceniach medycznych podkreśla się, że **leczenie farmakologiczne pełni funkcję uzupełniającą wobec oddziaływań psychologicznych, w tym psychoterapeutycznych** [4]. Badania potwierdzają statystycznie istotny wpływ leków na poprawę wzoru picia pacjentów, jednak wielkość efektu terapeutycznego nie jest zbyt wysoka. W Polsce zarejestrowano cztery leki w leczeniu uzależnienia od alkoholu: Naltrekson, Akamprozat, Disulfiram i Nalmefen. Są one stosunkowo drogie i nie są refundowane przez NFZ.

Rozdział 2. Przebieg procesu zmiany zachowań [11,12]

2.1. Zmiana jest procesem

Efektywne pomaganie ludziom w zmianie zachowań wymaga rozumienia czym jest zmiana i jak przebiega. James Prochaska, John Norcross i Carlo DiClemente odkryli, że każda zmiana – niezależnie od rodzaju zachowania, jakiego dotyczy – jest procesem składającym się z pięciu, czasem sześciu, stadiów (etapów) i podlega takim samym prawidłowościom. Kluczem do sukcesu jest trafne rozpoznanie stadium zmiany, w którym aktualnie znajduje się klient i zastosowanie odpowiednich strategii pomocowych do tego etapu. Stadia te różnią się postawą klienta wobec zachowania problemowego i stopniem jego gotowości do podejmowania działań na rzecz poprawy swojego funkcjonowania. W poszczególnych stadiach osoba, która chce zmienić swoje zachowanie musi wykonać określone zadania, aby przesunąć się do następnego stadium w procesie zmiany lub utrzymać stabilną poprawę. Sukces wymaga robienia właściwych rzeczy we właściwym czasie, bowiem oddziaływania



skuteczne w jednym stadium mogą być całkowicie nieskuteczne, a nawet szkodliwe w innych. **Zrozumienie procesu zmiany pozwala osobom pomagającym zastosować takie interwencje, które pomogą klientom wydobyć i wzmocnić ich motywację do zmiany, podjąć zobowiązanie, zaplanować i wdrożyć działania służące poprawie, a także utrzymać pożądany rezultat przez dłuższy czas.**

2.2. Charakterystyka stadiów zmiany

Proces zmiany zachowań składa się z następujących stadiów:

- prekontemplacji (nieświadomości),
- kontemplacji (rozważania),
- przygotowania,
- działania,
- podtrzymania,
- rozwiązania (czasami).

2.2.1. Prekontemplacja (nieświadomość problemu)

Na tym etapie ludzie najczęściej nie rozważają zmiany swojego zachowania, gdyż nie dostrzegają w nim zagrożenia. Tym samym nie są zainteresowani rozwiązaniami problemu, jakie proponują im inni. Zewnętrzne naciski odczuwają jako krzywdzące i bronią się przed nimi – unikają konfrontacji, tłumaczą swój punkt widzenia czy atakują osoby, które chcą im pomóc. Typowe dla osób pozostających w fazie prekontemplacji jest zaprzeczanie, minimalizowanie i/lub usprawiedliwianie swoich destrukcyjnych zachowań, niezależnie od ich nasilenia, np.: „Piję jak wszyscy”, „Kontroluję sytuację”, „Wszyscy się mnie czepiają”. Prekontemplatorzy nie dopuszczają do świadomości negatywnych skutków swojego zachowania, nie biorą za nie odpowiedzialności, znajdują inne wiarygodne uzasadnienia problemów życiowych, co pozwala im kontynuować szkodliwy wzór picia.

Pomaganie osobie nieświadomej swojego problemu wymaga zbudowania relacji opartej na empatii oraz poszanowaniu jej autonomii, co pozwoli jej poczuć się na tyle bezpiecznie, że zechce w niej rozmawiać o ważnych dla siebie sprawach, rozważać dobre oraz złe strony swojego funkcjonowania. Nie będzie pomocne ocenianie, oskarżanie, etykietowanie („alkoholik”, „współuzależniona”), moralizowanie, radzenie, edukowanie, argumentowanie za zmianą czy straszenie klienta. Miarą skuteczności

pomocy osobie w prekontemplacji nie jest natychmiastowa zmiana jej zachowania ani deklaracja podjęcia przez nią zobowiązania do działania: „Przestanę pić. Pójdę do poradni”. Nawet jeśli pod wpływem nacisku zobowiąże się ona do jakiś działań, będą one z dużym prawdopodobieństwem pozorne lub krótkotrwałe. Sukcesem będzie wzbudzenie ambiwalencji („Co jest najlepszego w Pana picciu, a co jest w nim najgorszego?”), czyli doświadczenie i zwerbalizowanie przez klienta wątpliwości, co do oceny swojej sytuacji.

2.2.2. Kontemplacja (rozważanie)

Najwięcej osób, w tym również klientów Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, trafia do systemów pomagania na etapie kontemplacji. Wiedzą i/lub czują już, że mają problem, czasami podejmują także wysiłki, aby go zrozumieć, poznać przyczyny oraz możliwe rozwiązania. Zaczynają rozważać konieczność dokonania zmiany, jednak nie są jeszcze gotowi do podjęcia konkretnych działań. Typową cechą tego stadium zmiany jest ambiwalencja, która wyraża się wahaniem: „Czasami faktycznie przesadzam z picciem, **ale** nie jestem alkoholikiem”, „Powiniennem przyhamować z tym picciem, **ale** teraz to niewykonalne”.

W stadium kontemplacji można tkwić latami, zbliżając się i oddalając od decyzji o zmianie zachowania. Przewyciężenie ambiwalencji wymaga rozważenia argumentów przemawiających za zmianą oraz powodów utrzymywania status quo. Obejmuje to analizę – zarówno negatywnych konsekwencji nadużywania alkoholu, jak i korzyści, jakie daje ono osobie uzależnionej, a także rozważenie spodziewanych korzyści i kosztów abstynencji lub ograniczenia picia.

Okres kontemplacji kończy się podjęciem decyzji o zmianie, zwanej zobowiązaniem. Będzie to możliwe, gdy w bilansie wszystkich argumentów, jakie klient zgromadził za i przeciw zmianie, ważniejsze okażą się negatywne konsekwencje jego picia niż zyski, jakie z niego czerpie, zaś perspektywa oczekiwanych korzyści ze zmiany przewyższy lęk przed działaniem i obawę przed naruszeniem status quo.

Potrzeba zmiany nasila się wtedy, gdy osoba dostrzega sprzeczność między swoim zachowaniem, a wyznawanymi wartościami, celami, pragnieniami [9,10-]. Dyskomfort z powodu uświadomienia sobie tych rozbieżności (dysonansów) może mieć charakter motywujący. Dążenie do integralności i dobrego samopoczucia może wyzwolić gotowość do działania. Zatem pomocne w motywowaniu jest rozmawianie z klientem o tym, co jest dla niego ważne – w obszarze wartości, potrzeb, pragnień

i planów – aby mógł on doświadczyć dysonansów i poczuć pragnienie ich zmniejszenia. Stanie się to zdecydowanie bardziej prawdopodobne, gdy klient w rozmowie z osobą pomagającą nie będzie konfrontowany, lecz będzie miał szansę w bezpiecznej i wspierającej atmosferze dokonać autokonfrontacji swojego zachowania z tym, co **dla niego** ma istotne znaczenie.

Podjęcie zobowiązania do rozpoczęcia działań, np. zaprzestania czy ograniczenia picia lub rozpoczęcia leczenia uzależnienia, będzie rokowało powodzenie, jeśli klient przejawia wiarę we własną zdolność do skutecznego dokonania zmiany. Osoby z niskim poczuciem samoskuteczności, nawet gdy już pragną zmienić swoje postępowanie, często nie przystępują do działania z powodu lęku przed niepowodzeniem. Zadaniem osoby pomagającej jest wzmacnianie poczucia samoskuteczności klienta rozważającego zmianę.

2.2.3. Przygotowanie

Sukces większości długoterminowych zmian zależy od dobrego, cierpliwego przygotowania. W tym stadium, które trwa zwykle nie dłużej niż miesiąc, osoby zdecydowane na działanie układają plan zmiany. Szukają informacji na temat metod, miejsc i osób mogących im pomóc w realizacji tego planu. Chętniej słuchają rad i pomysłów. Zastanawiają się nad przeszkodami, które mogą utrudnić realizację ich planu, oraz nad sposobami radzenia sobie z nimi. Doświadczają zapału i przyływu energii, a nawet podejmują pierwsze próby zatrzymania lub ograniczenia zachowań problemowych: ograniczają spożywanie alkoholu, kontakty z osobami pijącymi itp.

Zadaniem osób pomagających jest towarzyszenie klientom w tworzeniu kompletnego i realnego do wykonania planu zmiany, a także udzielanie za ich zgodą porad i informacji oraz wzmacnianie ich wiary i nadziei na sukces. Przy planowaniu zmiany nie należy kwestionować pomysłów klienta, narzucać mu jednego dobrego rozwiązania, zwłaszcza jeśli go nie akceptuje – np. przymusowy udział w mityngach AA.

2.2.4. Działanie

Stadium działania trwa około sześciu miesięcy. Zmiany w zachowaniu ludzi stają się widoczne dla otoczenia. Z fazy myślenia przechodzą do fazy czynu. Powszechnie uważa się, że zmiana zaczyna się właśnie wtedy, gdy klient zmienia swoje

zachowanie. Programy pomocowe, w tym również lecznicze, często oczekują od swoich klientów podejmowania działań. Nie uwzględniają czasu oraz pracy, jaką muszą oni wykonać, aby uświadomić sobie swój problem, przepracować ambiwalencję, dostrzec i docenić swoje zasoby i sporządzić plan zmiany. Niewątpliwym osiągnięciem opisywanego modelu zmiany jest dostrzeżenie i charakterystyka stadiów poprzedzających działanie, zarówno pod kątem postaw klientów wobec zachowań problemowych, jak i niezbędnych zadań, które muszą oni wykonać zanim porzucą lub ograniczą te zachowania.

Działanie wymaga dużo uwagi, zaangażowania, wysiłku i mobilizacji. Może pojawić się także zwątpienie, zwłaszcza jeśli klient przystąpił do czynu przedwcześnie, gdy nie przezwycięzył jeszcze ambiwalencji i jest nadal w stadium kontemplacji, lub gdy jego plan zmiany w zderzeniu z rzeczywistością okazuje się nieadekwatny do potrzeb i możliwości. W takiej sytuacji osoba pomagająca powinna wrócić z klientem do analizy jego wątpliwości, aby wzmocnić argumenty na rzecz zmiany, a następnie zweryfikować z nim plan działań. Osoba wdrażająca działanie potrzebuje życzliwego zainteresowania, wsparcia, docenienia wysiłków i otuchy.

2.2.5. Podtrzymanie

Utrzymanie rezultatów osiągniętych w działaniu wymaga dalszej systematycznej pracy skoncentrowanej na zapobieganiu nawrotom starych zachowań i nauce nowych umiejętności radzenia sobie w życiu. O sukcesie zdecydują dwa czynniki: systematyczny, długoterminowy wysiłek i zmiana stylu życia. Wiadomo, że łatwiej jest porzucić szkodliwe nawyki, a trudniej jest wytrwać w tej decyzji.

W stadium podtrzymania osoba dokonująca zmiany uczy się nie tylko unikania i radzenia sobie z nawrotami starych zachowań, ale też trenuje umiejętności przydatne do konstruktywnego rozwiązywania problemów interpersonalnych i intrapsychicznych (zachodzących w psychice) oraz kreuje zdrowe alternatywy dla zachowań destrukcyjnych. Chodzi o zmianę stylu życia po to, aby miało ono dla osoby zmieniającej się wyraźny cel i sens, jak również, by dostarczało przyjemności i satysfakcji.

W fazie podtrzymania osoba pomagająca może być pomocna w tworzeniu strategii zapobiegania nawrotom destrukcyjnego picia czy w nauce umiejętności służących zdrowieniu. Może wspierać klienta, podsycając jego słabnące zaangażowanie nadając właściwą rangę jego dotychczasowym wysiłkom na rzecz zmiany, osiągniętym rezultatom i korzyściom, jakie osiągnął. Ryzykowne jest jednak przedłużanie okresu

udzielania pomocy, ponieważ może to skutkować brakiem samodzielności klienta w zarządzaniu zmianą.

2.2.6. Rozwiązanie

W stadium rozwiązania zachowanie problemowe nie wywołuje już pokusy ani zagrożenia, a ludzie, którzy się zmieniają, zyskują większą pewność, że niechciane zachowanie nie powróci. Niektóre problemy mogą towarzyszyć ludziom przez całe życie, choć z biegiem czasu podtrzymanie efektów będzie łatwiejsze i mniej męczące. Wyzdrowienie z uzależnienia jest jednostkowo możliwe, jednak większość osób uzależnionych pozostanie w fazie podtrzymania [7]. Osoby te muszą nadal świadomie i aktywnie wspierać swoją zmianę, przeciwdziałając ryzyku nawrotu.

2.2.7. Nawroty starych zachowań

W procesie zmiany zdarzają się wprawdzie przypadki przejścia przez cały cykl z sukcesem, jednak większość osób doświadcza nawrotów starych zachowań i powraca do wcześniejszych stadiów – najczęściej do etapu kontemplacji. Nawrót nie musi być traktowany jako katastrofa. Może stać się okazją do nauki na własnych błędach, co zwiększy szanse powodzenia przyszłych działań [7,13]. Statystycznie każda osoba przechodzi cykl zmiany kilka razy, zanim osiągnie stadium stabilnego podtrzymania. Poważnym ryzykiem nawrotu jest narastające poczucie winy i wstydu, samooskarżanie się, osłabienie zaufania do siebie, utrata nadziei na sukces oraz poczucie bezsensu podejmowania dalszych starań. Zatem w rozmowie z osobą doświadczającą nawrotu warto odwołać się do jej doświadczeń z okresu, gdy utrzymywała abstynencję lub ograniczała picie alkoholu. Warto wzmacniać korzyści, jakie stały się jej udziałem oraz podkreślać jej determinację i skuteczność w radzeniu sobie z trudnościami. W powrocie do działania nie pomaga koncentrowanie się na niepowodzeniach i słabych stronach klienta (np. na tym co zaniedbał lub czego nie zrobił).

Osoby objęte procedurą zobowiązania do leczenia najczęściej znajdują się w stadium kontemplacji, znacznie rzadziej w prekontemplacji. Są to osoby niezdecydowane do działania na rzecz zmiany wzoru spożywania alkoholu, mimo że w większości przypadków mają już mniejszą lub większą świadomość problemu alkoholowego. Rodzina, członkowie GKRPA, sędziowie, kuratorzy i terapeuci – wszyscy oczekują od osoby uzależnionej natychmiastowego działania: podjęcia leczenia odwykowego

i zaprzestania picia. Takie oczekiwanie ignoruje zatem rzeczywiste miejsce klienta w procesie zmiany. Skuteczna zmiana zachowań wymaga przejścia kolejno przez wszystkie stadia procesu zmiany oraz wykonania wszystkich zadań charakterystycznych dla każdego z nich. Przeskakiwanie stadiów kończy się niepowodzeniem. Osoba zmuszona sądownie do leczenia odwykowego, a będąca w na etapie prekontemplacji, nie jest w stanie utrzymać wymaganej od niej abstynencji, ponieważ nie ma świadomości swojego problemu i nie jest gotowa do działania. Osoba, która pozostaje w ambiwalencji wobec zmiany wzoru picia, ale uległa presji otoczenia i przestała pić i/lub rozpoczęła leczenie, nie ma wystarczająco silnych osobistych argumentów na rzecz działania i podtrzymania zmiany. Nierozstrzygnięta ambiwalencja będzie powodować zwątpienie i osłabiać motywację. Gdy siła presji osłabnie, a wahanie nie zostanie przewyciężone, prawdopodobnie wróci do picia.

Rozdział 3. Zastosowanie metody dialogu motywującego w rozmowie z osobą zobowiązaną do leczenia odwykowego

3.1. Czym jest dialog motywujący [9, 10]

Badania dowodzą, że istnieją mniej lub bardziej efektywne metody angażowania ludzi do rozmowy o zachowaniu problemowym, do współpracy, szukania osobistych argumentów na rzecz zmiany oraz do podjęcia zobowiązania i działania nawet w warunkach postrzeganych przez nich jako opresyjne. Taką metodą jest dialog motywujący (DM), autorstwa Williama Millera i Stephena Rollnicka, który okazał się efektywny w rozwiązywaniu różnych problemów zdrowotnych i społecznych, również w sytuacjach skrajnie niesprzyjających motywowaniu do zmiany zachowań, takich jak izolacja więzienna.

Dialog motywujący to podejście aktywnie ukierunkowujące na zdrowie, lepsze funkcjonowanie oraz rozwój. Jest to metoda skoncentrowana na osobie i na celach. Praktyk dialogu motywującego (PD) stara się kierować rozmowę tak, aby budować u klienta gotowość do zmiany konkretnego zachowania oraz do rozwoju.

W najnowszym wydaniu podręcznika „Dialog Motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie i rozwoju” (2025) autorzy zdecydowali się na uproszczoną definicję DM: „**Dialog motywujący to szczególnie sposób rozmawiania z ludźmi o zmianie i rozwoju w celu wzmocnienia ich własnej motywacji i zaangażowania**” [10, s. 20]. Jest to metoda najbardziej użyteczna w pracy z klientami pozostającymi w stadium kontemplacji i prekontemplacji oraz w fazie przygotowania, dlatego idealnie nadaje się do pracy z osobami nadużywającymi alkoholu, które pozostają w procedurze sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego. W kolejnych stadiach procesu zmiany może być również pomocny jako styl pracy z klientem oraz w sytuacjach zwątpień i spadku jego zaangażowania. Jest to metoda, która nie konkuruje z innymi sposobami pomagania, lecz je uzupełnia optymalizując drogę klienta w procesie zmiany. Gdy przechodzi on do działania, efektywniejsze będą inne metody, np. behawioralno-poznawcze.

Dialog motywujący nie jest:

- tylko byciem miłym dla ludzi w relacji,
- podążaniem za klientem bez ukierunkowania,
- zbiorem technik psychologicznych, pomocowych,

- panaceum na wszystkie bolączki i problemy ludzi.

Minęło ponad 40 lat, odkąd W. Miller i S. Rollnick po raz pierwszy opisali metodę dialogu motywującego oraz przedstawili wyniki badań potwierdzające jej skuteczność w leczeniu uzależnień. Od tego czasu DM był systematycznie rozwijany i poddawany licznym badaniom naukowym. Wykonano ponad dwa tysiące kontrolowanych badań klinicznych obejmujących dialog motywujący w różnych obszarach pomagania. Jego skuteczność została potwierdzona badaniami prowadzonymi na grupach osób leczonych z powodu zaburzeń wynikających ze spożywania substancji psychoaktywnych (zarówno wśród osób używających ich szkodliwie, jak i uzależnionych), a także w leczeniu chorych psychicznie i somatycznie, w profilaktyce zdrowotnej, oraz w rozwiązywaniu trudnych problemów zdrowotnych i życiowych podopiecznych pomocy społecznej, osób łamiących normy prawne i w wielu innych grupach [10].

Dialog zyskał szerokie uznanie wśród praktyków pomagających ludziom w procesie zmiany i rozwoju. Najnowsze wydanie podręcznika DM zbiera dotychczasowe doświadczenia i wyniki badań. **Autorzy starają się uprościć język i opis metody, aby ułatwić korzystanie z niej nie tylko osobom zawodowo zajmującym się psychoterapią, ale**



także szerokiemu gronu osób pomagających innym w odkrywaniu i wzmacnianiu ich osobistej motywacji oraz zasobów do dokonania trwałej zmiany.

3.2. Rozumienie motywacji jako zjawiska wielowymiarowego, dynamicznego, stanowiącego zasób klienta [9, 10]

3.2.1. Motywacja jest wielowymiarowa

Jednym z wymiarów motywacji jest „ważność zmiany”. Kiedy osoby uzależnione deklarują chęć, potrzebę, możliwość zmiany („Chciałbym mniej pić”, „Muszę przestać”, „Coś z tym pić muszę zrobić”), oznacza to, że postrzegają już swoje picie w kategoriach problemu, co jednak nie musi być tożsame z gotowością do podjęcia szybkiego działania w tej sprawie. **Ludzie podejmują działania dopiero wtedy, gdy uświadomią sobie, dlaczego chcą, potrzebują czy muszą coś zmienić oraz nabiorą przekonania, że zmiana jest bardzo ważną sprawą w ich życiu.** Pomagając osobie w procesie zmiany, trzeba sprawdzać, na ile zmiana zachowania jest dla niej ważna i prowadzić rozmowę w takim kierunku, aby wypowiadała ona argumenty potwierdzające, że np. nadużywanie alkoholu przynosi jej straty, stoi w sprzeczności z jej wartościami, potrzebami i pragnieniami, a zmiana – np. abstynencja lub ograniczenie picia – może dać jej wiele korzyści i satysfakcji.

Drugim wymiarem motywacji jest **wiara klienta w swoją zdolność do skutecznego działania na rzecz zmiany zachowania problemowego.** Wysokie poczucie samoskuteczności, definiowane jako przekonanie, iż jest się w stanie zrealizować określone działanie lub osiągnąć wyznaczone cele, może zwiększać prawdopodobieństwo podjęcia zobowiązania do zmiany, zmniejszać lęki i zahamowania związane z działaniem, a także wzmacniać determinację i wytrwałość w dążeniu do celu. Rolą osoby motywującej jest wspieranie poczucia sprawczości klienta poprzez przywołanie i docenienie jego mocnych stron, sukcesów, wiedzy, umiejętności, zdolności oraz zasobów – tak, aby nabrał on zaufania do siebie i nadziei, że może zrealizować zmianę z sukcesem.

Najczęściej, kiedy klient uświadomi sobie chęć, potrzebę czy konieczność zmiany i ma zaufanie do swojej sprawczości, wyraża **zobowiązanie będące przejawem jego gotowości do działania** („Postanowiłem, że...”, „Zrobię...”). Zdarza się jednak, że pomimo wysokiej oceny obu wymiarów motywacji klient nie przejawia gotowości do działania. Powodem może być nadal silna, nie zawsze uświadomiona, ambiwalencja

wobec zachowania problemowego, niepokój związany ze zmianą status quo, lęk przed trudnościami, wyrzeczeniami, wysiłkiem lub porażką. Warto porozmawiać z klientem o powodach braku gotowości – czego najbardziej się obawia, co najgorszego i co najlepszego może się stać, jeśli rozpocznie leczenie odwykowe lub przestanie pić oraz o możliwościach poradzenia sobie w sytuacjach, których się obawia, jak również o realnych źródłach wsparcia dla jego zamierzeń. Pomocne będzie, jeśli klient przypomni sobie sytuacje, w których pomimo obaw zdecydował się na działanie i odniósł sukces.

3.2.2. Motywacja jest dynamiczna

Motywacja do zmiany nie jest zjawiskiem statycznym. Nawet w przebiegającym bez nawrotów procesie zmiany będą takie okresy, kiedy motywacja będzie mocna, oraz takie, kiedy może ona słabnąć w różnych okolicznościach. Powodem osłabienia może być kryzys życiowy, zdrowotny, niezadowolenie z siebie i ze swojego życia, przewlekły stres lub przeżyta trauma. Motywację wzmacniają konstruktywne przykłady innych osób, które zmieniły destrukcyjne zachowanie, a także wsparcie osób bliskich, wzrost zaufania do siebie oraz świadomość powodów zaprzestania picia i korzyści wynikających z abstynencji. **Negatywne, nawet najbardziej dotkliwe konsekwencje zachowań, nie motywują do działania bez wizji, że ich zmiana się opłaci i że się uda.**

Budowanie motywacji jest najczęściej dość długim procesem, choć do zmiany można czasami „dojrzeć” samoistnie, np. doświadczając poważnego kryzysu życiowego (w AA nazywa się to „alkoholowym dnem”). Nie warto jednak czekać, aż w życiu osoby pojawi się impuls wystarczająco silny, by ten proces zainicjować. Zachowania destrukcyjne niszczą potencjał osoby i zmniejszają jej szanse na zdrowienie. Rozmowa motywująca może znacząco przyspieszyć moment podjęcia zobowiązania i rozpoczęcia działania. Pomaga ona klientowi dotrzeć do ważnych osobistych powodów, dla których chciałaby się zmienić i wzmocnić wiarę, że jest w stanie tego dokonać. Zwiększa zatem poczucie ważności zmiany i samoskuteczności.

3.2.3. Motywacja nie jest dostarczona z zewnątrz

Praktycy pomagający ludziom w zmianie zachowań często ulegają złudzeniu, że motywowanie klienta polega na dostarczaniu mu z zewnątrz argumentów na rzecz zmiany, gotowego planu działania, sposobów oraz brakujących umiejętności. Taki punkt widzenia wynika z braku wiary w to, że ludzie, zwłaszcza osoby uzależnione,

dysponują zarówno motywacją, jak i zasobami niezbędnymi by dokonać zmiany. W rzeczywistości jednak tylko osoba uwikłana w zachowania destrukcyjne może sama siebie przekonać do zmiany i zmobilizować się do działania. Nikt nie wykona tego za nią. **To klient ma motywację, a zadaniem osób pomagających jest jej wydobycie, wzmacnianie oraz wsparcie go w działaniu.** Położna nie dostarcza dziecka rodzącej kobiecie. Pomaga jej urodzić dziecko, które kobieta ciężarna nosi w sobie.[10 s.34]

Skuteczne motywowanie nie jest zbiorem technik, które właściwie użyte przyniosą oczekiwany efekt. To umiejętność budowania relacji z osobą, w której ufając naszym dobrym intencjom i czując się z nami bezpiecznie będzie ona gotowa rozważyć swoją ambiwalencję, stawić czoła bolesnym dysonansom i lękom, odkryć własne argumenty na rzecz zmiany oraz przekonać się do niej. W takiej relacji klient dostrzeże i wykorzystuje swoje zasoby, a także opracowuje i wdraża plan działania.

3.3. Duch dialogu motywującego

Duch dialogu motywującego to postawa, z jaką osoby pomagające nawiązują relację z klientem oraz spostrzegają swoją rolę oraz rozumieją pomaganie. To fundament, na którym budują relację z drugim człowiekiem opartą na partnerstwie, akceptacji, trosce i umacnianiu. Dzięki temu klient angażuje się w rozmowę o zmianie, chce współpracować, zwiększa świadomość ważności zmiany oraz umacnia nadzieję na przeprowadzenie jej z sukcesem, a następnie podejmuje decyzję i zaczyna działać.

3.3.1. Elementy składowe ducha dialogu motywującego

3.3.2. Partnerstwo

Dobra relacja pomagania musi opierać się na partnerstwie. Wyklucza to ekspercki, dowodzący styl pomagania. Praktyk dialogu motywującego zakłada, że klient dysponuje cennymi życiowymi doświadczeniami oraz osobistymi i środowiskowymi zasobami. Rezygnuje zatem z odruchu naprawiania, czyli pouczania, przekonywania, oceniania, edukowania, radzenia oraz dążenia do realizacji z góry założonych celów. Stara się być empatyczny, próbuje zrozumieć perspektywę klienta. Uważnie i z ciekawością słucha jego wypowiedzi, odzwierciedla je, nie radzi i nie edukuje bez

zgody. Zachęca go do wyrażania własnego zdania, a także do ujawniania i rozważania wątpliwości. W takiej relacji klient nie czuje się etykietowany, pouczany, obwiniany, ani nakłaniany do działania. Udziela o sobie ważnych informacji. Mówiąc i słuchając swoich wypowiedzi ma szansę uświadomić sobie ważne powody, dla których powinien zmienić swoje postępowanie i przekonuje sam siebie, że zmiana jest dla niego ważna i możliwa.

3.3.3. Akceptacja

Brak aprobaty dla destrukcyjnych zachowań klienta nie przekreśla akceptacji dla człowieka, jego indywidualności i prawa do dokonywania życiowych wyborów. **Akceptacja przejawia się zaufaniem do osoby i jej możliwości zmiany, empatią, czyli zdolnością postawienia się po stronie klienta, aby lepiej go zrozumieć oraz poszanowaniem jego autonomii.** Praktyk DM nie krytykuje, nie osądza, nie zawstydzają, ani nie wyraża dezaprobaty wiedząc, że motywowanie do zmiany rzadko jest napędzane poczuciem winy, wstydu lub bezwartościowości.

Poszanowanie **autonomii klienta oznacza uznanie jego mądrości, prawa do podejmowania decyzji, a także zdolności do samostanowienia.** Wzmacnia to wewnętrzną gotowość do zmiany i wzięcia odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Nie wynika to z faktu, że osoba pomagająca formułuje cele, które uważa za ważne i leżące w interesie klienta, takie jak zwiększenie bezpieczeństwa, czy powstrzymanie się przed autodestrukcyjnym piciem. Cele klientów i osób pomagających mogą być na początku różne, ale powinny być negocjowane w toku wspólnej pracy. Niezależnie od powodów, dla których klient powinien zmienić swoje postępowanie, należy pogodzić się z faktem, że ostateczna decyzja zawsze należy do niego. Osoba mająca wolność wyboru, której praktyk DM pyta o zgodę, a nie narzuca jednego dobrego sposobu rozwiązania problemu, nie będzie przejawiała oporu w relacji pomagania. Będzie ona bardziej skłonna do przemyślenia swoich decyzji i dokonania lepszych wyborów dla siebie oraz do wzięcia odpowiedzialności za swoje losy.

3.3.4. Troska

U podstaw pomagania powinna leżeć troska. Autentyczna troska o dobro klienta – nie współczucie ani litość – powinna być naczelnym drogowskazem w motywowaniu do zmiany. Pomaga rozwiązywać dylematy etyczne pojawiające się

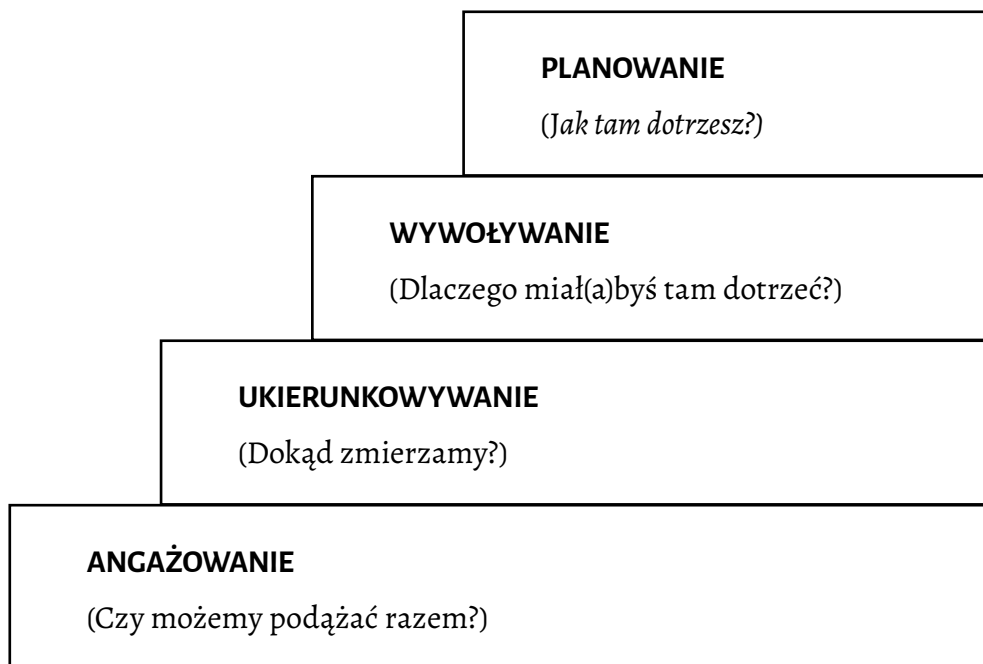
w sytuacji pomagania, związane z ukierunkowaniem na cele, a także z wyborem metod pracy. Obejmuje to również dylematy wynikające z relacji (np. z odmiennych przekonań, wartości czy stylów życia), co zmniejsza ryzyko nieetycznych zachowań osób pomagających.

3.3.5. Umocnienie

Wysokie poczucie samoskuteczności, rozumiane jako **przekonanie, iż jest się w stanie zrealizować określone działanie lub osiągnąć wyznaczone cele, może warunkować podejmowanie lub zaniechanie określonych zachowań, zmniejsza lęki i zahamowania związane z działaniem, zwiększa wysiłek i wytrwałość w dążeniu do celu, nawet w obliczu przeszkód**. Umocnienie to pomaganie ludziom, by uświadomili sobie i wykorzystali w procesie zmiany swoje mocne strony i umiejętności. Osoba, która nie wierzy w swoją zdolność do dokonania zmiany i w którą nie wierzą osoby pomagające jej, nie podejmie zobowiązania do działania, nawet jeśli będzie uważała, że zmiana jest dla niej ważna i korzystna. Osoby z długim stażem nadużywania alkoholu doświadczyły na ogół wielu porażek, strat, życiowych katastrof, co osłabia ich wiarę w siebie oraz poczucie własnej sprawczości. Brak kontaktu z bliskimi, alienacja, degradacja zawodowa, utrata uznania i szacunku społecznego nie sprzyjają rozstaniu się z alkoholem. Żeby osoba pijąca zdecydowała się na dokonanie zmiany, musi uświadomić sobie swoje zasoby (wartości, umiejętności, pozytywne doświadczenia, cechy charakteru, osiągnięcia życiowe), aby znaleźć w nich odwagę i siłę do podjęcia zobowiązania i wdrożenia działania na rzecz zmiany. **Umocnienie w DM nie polega na dawaniu ludziom tego, czego im brakuje, ale na tym by poprzez ukierunkowaną rozmowę dostrzegli, docenili i wykorzystali swoje mocne strony, motywację, zaradność oraz autonomię.**

3.4. Podstawowe zadania dialogu motywującego

We wcześniejszych edycjach podręcznika DM autorzy mówili o czterech elementarnych procesach dialogu motywującego, które w ostatnim wydaniu nazwali zadaniami. Są to podstawowe działania, które osoba posługująca się tą metodą powinna wykonać towarzysząc klientowi w drodze do jego zmiany. Zadania te mogą następować po sobie, ale mogą również pokrywać się ze sobą i powtarzać. Dobrą wizualizacją przebiegu zadań w dialogu motywującym są schody.



3.4.1. Angażowanie

Angażowanie jest wstępnym i zarazem podstawowym zadaniem – fundamentem motywowania. To „**proces nawiązywania relacji pomagania opartej na zaufaniu i wzajemnym szacunku**” [10, s.74]. Gdy klient czuje się słuchany, rozumiany i szanowany, słyszy potwierdzenia swojego prawa do dokonywania wyboru oraz gdy ma wpływ na przebieg rozmowy można mówić o jego zaangażowaniu. Warto poświęcić temu zadaniu pierwsze 20% czasu trwania rozmowy, zwłaszcza podczas pierwszego spotkania [10].

Angażowanie klienta w relację utrudniają procedury, nawyki i postawy osób pomagających, takie, jak:

- Gromadzenie dużej ilości informacji w pierwszym kontakcie z klientem na potrzeby diagnozy, czy w związku z procedurami obowiązującymi w instytucji, hamuje proces angażowania bowiem wycofuje go do biernej i podporządkowanej roli osoby odpowiadającej na liczne, często osobiste i drażliwe dla niego pytania. Schemat rozmowy „pytanie – odpowiedź” jest daleki od ducha dialogu motywującego.

- Przyjęcie postawy eksperta uniemożliwia nawiązanie relacji opartej na współpracy i poszanowaniu kompetencji klienta. Trudno jest oczekiwać zaangażowania z jego strony w sytuacji, w której oczekuje się od niego przede wszystkim uległości i bezwarunkowej akceptacji pomysłów osoby pomagającej.
- Nakłanianie klienta do rozmowy na temat, na który nie jest chętny ani gotowy rozmawiać, bez wcześniejszego poświęcenia czasu na wysłuchanie tego, co według niego jest rzeczywistym zmartwieniem, może spowodować jego wycofanie z relacji. Przedwczesne koncentrowanie rozmowy na problemie, który specjalista spostrzega jako kluczowy (np. nadużywanie przez niego alkoholu), przy jednoczesnym lekceważeniu innych zgłaszanych przez niego kłopotów (np. problemy w związku) budzi poczucie niezrozumienia, oraz podważa wiarę w sens i skuteczność pomagania.
- Nadawanie etykiet diagnostycznych (uzależniony, współuzależniony, sprawca przemocy itp.) zwłaszcza jeśli deprecjonują one klienta, nie służy budowaniu relacji ani motywowaniu. Etykietowanie rodzi spory i nasila argumentowanie kwestionujące rozpoznanie, a to nie sprzyja ani angażowaniu, ani identyfikacji klienta z problemem.
- Swobodna pogawędka z klientem bez koncentrowania się na jego celach i obawach, która może wydawać się dobrym pomysłem na budowanie relacji, w rzeczywistości obniża jego zaangażowanie i zmniejsza prawdopodobieństwo, że zechce on dalej korzystać z pomocy.

Podstawą angażowania jest duch DM oraz uważne, empatyczne, refleksyjne i odzwierciedlające słuchanie, które pozwala poznać klienta, a jemu samemu – lepiej zrozumieć siebie: swoje cele i wartości, pragnienia, dążenia i zasoby. . Angażowanie, czyli budowanie relacji pomagania i dbanie o jej jakość to proces trwający dopóty, dopóki trwa praca z klientem. Nawet w dobrej relacji dochodzi czasem do sytuacji, w której klient wycofuje się lub sygnalizuje sprzeciw. To wskazówka dla osoby pomagającej, by ponownie skupić się na angażowaniu.

3.4.2. Ukierunkowywanie

W rozmowie na temat zmiany niezbędne jest wyznaczenie i podtrzymywanie określonego kierunku pracy, a w jego obrębie bardziej sprecyzowanych celów. Te mogą się zmieniać. Czasami zachodzi konieczność powrotu do ukierunkowania, mimo uzgodnionych już wcześniej priorytetów wspólnej pracy. Cele mogą być etapowe.

W procedurze sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego celem zapisanym przez ustawodawcę jest podjęcie terapii uzależnienia. Prowadzi do niego kilka celów pośrednich: stawienie się przez klienta na spotkaniu motywującym z GKRPA, nawiązanie wspierającej relacji, poddanie się diagnozie uzależnienia oraz podjęcie próby leczenia dobrowolnego w placówce leczenia uzależnień. Cel ustawodawcy można również potraktować jako pośredni, gdyż ostatecznym dążeniem powinien być dobrostan klienta.

Ukierunkowanie jest zadaniem osoby pomagającej, jednak jej wiedza i doświadczenie nie są jedynymi źródłami wyznaczania kierunku. Cele może wskazać klient zgłaszając określone problemy i troski. Czasami ukierunkowanie wynika z celów instytucji, do której trafia osoba poszukująca pomocy, co z góry narzuca kierunek pracy. Czasami ludzie szukają pomocy ponieważ chcą spełnić oczekiwania innych osób (np. żony, pracodawcy, innego specjalisty). Ukierunkowanie musi brać pod uwagę wszystkie te źródła. Ważny jest klient i zgłaszane przez niego problemy. Istotna jest również wiedza i doświadczenie specjalisty oraz kontekst społeczny i instytucjonalny, w którym dochodzi do spotkania. Ukierunkowywanie to próba pogodzenie wszystkich tych punktów widzenia.

Gdy cel jest jasny i został zaakceptowany zarówno przez klienta, jak i osobę pomagającą, można przejść do kolejnych zadań: wywoływania i planowania. Czasem jednak pojawia się kilka możliwych kierunków działania i trzeba zdecydować na którym skupić się w pierwszej kolejności. Przykładem może być sytuacja, gdy po pomoc finansową do ośrodka pomocy społecznej zgłasza się ciężarna kobieta uzależniona od alkoholu, nosicielka wirusa HIV. Bywa również, że kierunek wspólnej pracy jest tak bardzo niejasny, że trzeba poświęcić sporo czasu na badanie celów klienta, szukanie między nimi powiązań, by wypracować propozycję możliwą do przyjęcia przez niego i jednocześnie rokującą zmianę na dobre.

Sytuacja, gdy cele klienta i osoby pomagającej są różne, może rodzić dylematy etyczne. Pojawia się pytanie, na ile można kierować w stronę zmiany zachowania osobę, która albo nie jest nią wcale zainteresowana, albo przejawia wobec takiego celu silną ambiwalencję. Chodzi o to, że ukierunkowanie na cel, którego klient aktualnie nie akceptuje wymaga interwencji prowadzącej do jego przyjęcia i rozpoczęcia działań na jego rzecz. Twórcy dialogu motywującego proponują rozważać pojawiające się wątpliwości etyczne przede wszystkim pod kątem oceny, czy ukierunkowanie nie szkodzi klientowi i czy jest dla niego korzystne. W analizie argumentów należy uwzględnić, że szkodliwy może być także brak interwencji.

Osoby uwikłane w zachowania destrukcyjne często narażają swoje zdrowie i życie dlatego powstrzymanie się od interwencji do czasu, aż zechcą zmienić swoje postępowanie może być dla nich niekorzystne. **Dialog motywujący nie powinien służyć nakłanianiu ludzi do wyboru celów, które są korzystne przede wszystkim dla osoby pomagającej lub instytucji, a w mniejszym stopniu – lub wcale – dla samego klienta. To manipulacja.** Przykładem nieetycznego (a zarazem bezprawnego) postępowania jest nakłanianie osoby zgłoszonej do GKRPA, która nie została jeszcze zbadana przez biegłych w przedmiocie uzależnienia, do regularnych, trwających wiele miesięcy spotkań z Komisją zamiast skierowania jej w pierwszej kolejności na spotkanie z biegłymi celem diagnozy. Nieetyczne (i nieskuteczne) będzie przeprowadzanie rozmów motywujących z osobami zgłoszonymi do GKRPA przez wszystkich członków komisji jednocześnie, tylko po to, by każdy z nich mógł otrzymać wynagrodzenie. Takie nadużycia są na ogół racjonalizowane „dobrem klientów”, choć w rzeczywistości nie kieruje nimi troska o klientów, lecz interes osób pomagających lub instytucji.

3.4.3. Wywoływanie

Wywoływanie jest zadaniem charakterystycznym dla dialogu motywującego. Do podstawowych umiejętności należy tutaj rozpoznawanie tzw. języka zmiany oraz umiejętność jego wzbudzania i wzmocnienia. **Język zmiany to wszystkie wypowiedzi klienta przemawiające za zmianą.** Umiejętnie prowadzona rozmowa motywująca zwiększa częstotliwość wypowiedzi klienta w języku zmiany w odniesieniu do konkretnego zachowania. Badania potwierdzają, że zwiększanie się częstotliwości języka zmiany pozwala przewidzieć realną zmianę tego zachowania w przyszłości, nawet rok po interwencji. **Język podtrzymania, będący przeciwieństwem języka zmiany, to wypowiedziane przez klienta argumenty przeciwko zmianie.** Nie tylko zwiększa on opór wobec zmiany zachowania, ale jest też predyktorem negatywnych rezultatów terapii i niższego prawdopodobieństwa zaistnienia pozytywnych zmian [9,10]. „Tonowanie języka podtrzymania to reagowanie na argumenty przeciwne zmianie, w sposób który zmniejsza jego głębię, siłę i rozmach” [10, s.355].

Klient: „Powiniennem trochę wyhamować z piciem ale nie wyobrażam sobie, żeby nie pić wcale”

Praktyk DM: „Jest Pan gotowy ograniczyć picie. Abstynencja to może być temat na przyszłość”

Umiejętność wywoływania języka zmiany jest siłą napędową dialogu motywującego Jeśli klient ma zmienić swoje zachowanie, musi usłyszeć, jak sam mówi o tym, dlaczego zmiana jest ważna, potrzebna, a także, że zobowiązuje się ją przeprowadzić. W rozmowie motywującej to nie osoby pomagające wymieniają powody do zmiany, lecz klient. Kiedy na rzecz zmiany argumentuje specjalista, to – zgodnie z teorią reaktancji, istnieje duże ryzyko, że klient będzie wysuwał argumenty przeciwko niej („Tak, ale ...”).

W DM wyróżniono dwa rodzaje wypowiedzi w języku zmiany, które różnią się siłą aktywizowania klienta do działania.

Język przygotowania wyrażający:

- Pragnienie: „Chcę zadbać o zdrowie”, „Chciałabym ograniczyć picie”, „Pasowałoby mi robić dłuższe przerwy od picia”
- Zdolność: „Mógłbym przestać pić”, „Potrafię powiedzieć sobie NIE”
- Powody: „Mogłabym lepiej się poczuć”, „Byłabym spokojniejsza”, „Nie chciałabym, aby mi zabrali dzieci”
- Potrzebę: „Potrzebuję pomocy”, „Muszę się ogarnąć”, „Nie mogę tak dalej”

Wszystkie powyższe wypowiedzi pojawiające się pojedynczo lub łącznie, nie przesądzają jeszcze o tym, czy zmiana wejdzie w fazę wdrożenia. **Ludzie podejmują działania dopiero wtedy, gdy uświadomią sobie, dlaczego chcą, potrzebują lub muszą coś zmienić.** Niemniej nie należy tych wypowiedzi lekceważyć, ponieważ wspierają one tę stronę ambiwalencji, która sprzyja zmianie. Przygotowawczy język zmiany zazwyczaj poprzedza mobilizujący język zmiany.

Język mobilizacji komunikuje zobowiązanie do zmiany oraz podjęcie pierwszych kroków w jej kierunku, dzięki czemu lepiej prognozuje działanie. Może to być:

- Aktywizacja, czyli wypowiedź wskazujące na ruch ku działaniu, sugerująca zobowiązanie: „Chętnie”, „Jestem gotowa”, „Jestem przygotowany”, „Podpisuję się pod tym”
- Zobowiązanie: „Zrobię to”, „Zdecydowałam”, „Zgadzam się na to”
- Informacja o podjęciu pierwszych kroków w kierunku zmiany: „Nie piję w tygodniu”, „Nie kupuję już wódki”, „Byłem na spotkaniu AA”.

Wykorzystując umiejętności DM, osoba prowadząca rozmowę może znacząco zwiększyć stosunek wypowiedzi klienta w języku zmiany do tych w języku podtrzymania, co zwiększa prawdopodobieństwo, że podejmie on decyzję i przejdzie do planowania i działania.

Wywoływanie nie odnosi się wyłącznie do języka zmiany. **Zadaniem praktyka DM jest przywrócenie nadziei i pewności, które są siłą napędową dokonywania zmian**

i rozwoju. Nie chodzi o dostarczanie ludziom płonnej nadziei typu: „Na pewno się uda”, „Da Pan radę”, lecz o wywołanie i wzmocnienie rzeczywistych zasobów i doświadczeń ludzi, które budują ich samoskuteczność.

3.4.4. Planowanie

Planowanie to zadanie, które obejmuje rozwijanie zobowiązania do zmiany oraz opracowanie konkretnego planu działania. Jest ono oczywistą konsekwencją angażowania, ukierunkowywania i wywoływania.

Gotowość do rozpoczęcia planowania zwiastuje wiele sygnałów:

- Wyraźnie zwiększa się liczba wypowiedzi klienta w języku zmiany, zwłaszcza, w języku mobilizacji.
- Klient próbuje wdrożyć pierwsze próby zmiany, np.: „Nie spotykam się z pijącymi kolegami”.
- Słysząc mniej wypowiedzi w języku podtrzymania.
- Więcej wypowiedzi dotyczy wyobrażonych korzyści ze zmiany.
- Rośnie zainteresowanie wdrożeniem działań: klient pyta o możliwości, sposoby i prosi o radę.
- Zmienia się nastrój klienta: widać większe zdecydowanie i spokój, czasami ulgę, żal czy rezygnację [8,9].

Trzeba uważnie obserwować, czy dana osoba jest faktycznie chętna, zdolna i gotowa do zmiany. Jeśli tak nie jest, trzeba zaakceptować obecny poziom gotowości klienta, wstrzymać się z planowaniem, a zamiast tego skoncentrować się na wzmacnianiu ważności zmiany i/lub jego samoskuteczności. Być może konieczne będzie ponowne zdefiniowanie celu (np. nie abstynencja, a ograniczenie picia) lub poświęcenie więcej czasu procesowi angażowania, ponieważ przedwczesne przejście do planowania może wywołać zakłócenia w relacji (np. wycofanie się klienta).

To klient opracowuje swój plan zmiany, co nie wyklucza aktywnej roli osoby pomagającej. Praktyk dialogu motywującego wydobywa pomysły od klienta, podpowiada – za jego zgodą – różne rozwiązania oraz zgłasza wątpliwości, zwłaszcza gdy pomysły klienta są ryzykowne dla niego lub innych osób.

Kluczem do opracowywania planu zmiany w duchu dialogu motywującego jest zachowanie równowagi między:

- wydobywaniem pomysłów i przemyśleń klienta, a dawaniem mu informacji i rad,

- wyrażaniem przez osobę prowadzącą rozmowę optymizmu co do zmiany, a dążeniem do wyznaczania realistycznych celów i sposobów ich osiągnięcia,
- wzmacnianiem zasobów klienta, a badaniem potencjalnych przeszkód w realizacji planu zmiany.

Dobry, realistyczny plan zmiany zwiększa zaangażowanie klienta w jego realizację.

3.5. Techniki dialogu motywującego

Niekiedy osobom rozpoczynającym naukę DM może się wydawać, że najważniejsze jest osiągnięcie biegłości technicznej. To iluzja. **W dialogu motywującym techniki służą realizacji zadań: angażowaniu klienta w relację, ukierunkowaniu go na zmianę zachowania, wydobyciu i wzmocnieniu jego motywacji i samo-skuteczności oraz zaplanowaniu działań. Umiejętności techniczne, choć ważne, bez przyjęcia elementarnych założeń ducha DM i ukierunkowania na cel, nie są wystarczająco pomocne.**



3.5.1. Pytania otwarte

W dialogu motywującym zasadniczym celem zadawania pytań nie jest gromadzenie informacji, ale trafne zrozumienie perspektywy klienta, podkreślanie jego autonomii, zbudowanie współpracy, wynegocjowanie celu, wydobycie argumentów na rzecz zmiany oraz podjęcie zobowiązania i zaplanowanie działań. Zatem pytania zamknięte, zaczynające się od: „czy, ile, kiedy, gdzie, w jakich ilościach...” itp. , mniej skutecznie zrealizują te cele i powinny w rozmowie motywującej pojawiać się znacznie rzadziej niż pytania otwarte, takie jak: „Co jest dla Pana ważne?”, „Jak Pani to widzi?”, „Jakie korzyści mogłaby Pani mieć z niepicia?”

Nie każde pytanie otwarte jest pytaniem otwierającym, dlatego ważna jest nie tylko jego forma, ale również intencja, z jaką jest zadawane. Na przykład pytanie „Jak Pani mogła tak zaniedbać dzieci?” jest formalnie pytaniem otwartym, ale jednocześnie oceniającym, przez co raczej wycofa klientkę zamiast zachęcić ją do szczerzej i wyczerpującej odpowiedzi. **Intencją pytań otwartych jest poznanie osoby oraz umożliwienie jej lepszego zrozumienia samej siebie.**

Pytania otwierające pomagają rozpocząć rozmowę, zachęcają do otwartej analizy problemu, pozwalają klientowi przedstawić swój punkt widzenia, promują dialog, w którym mówi on zdecydowanie więcej niż osoba pomagająca, a także wydobywają informacje w naturalny sposób. To dobra droga do odkrywania języka zmiany i zasobów klienta. Przykładowe pytania otwierające to: „Co się stało, że zdecydowała się Pani ze mną porozmawiać?”, „Proszę sobie wyobrazić, że minęło pięć lat i przestał Pan pić. Co najlepszego wyniknęłoby z tego dla Pana? Jak by Pan o sobie myślał?”, „Jak poradziła sobie Pani z rzuceniem palenia?”.

3.5.2. Dowartościowania

W pomaganiu ludziom fachowcy zbyt często koncentrują się na ich słabych stronach, brakach, deficytach i problemach. Utrudnia im to dostrzeżenie potencjału klientów i ich zasobów. Nie wzmacnia to też poczucia własnej skuteczności i nadziei, bez których trudno oczekiwać postępów w procesie zmiany.

Dowartościowania odgrywają ważną rolę podczas rozmowy motywującej:

- Koncentrują uwagę klienta na jego zasobach: „Zdobył Pan pracę, kiedy inni ją tracili”.

- Uprawomocniają trudności i doświadczenia klienta: „Najczęściej ludzie potrzebują kilku prób, aby trwale przestać pić”.
- Budują poczucie sprawczości: „Postanowiła Pani nie palić i wytrzymała w tej decyzji”.
- Dodają nadziei, odwagi, wsparcia: „To odwaga chcieć spojrzeć prawdzie w oczy”.
- Wzmacniają poczucie autonomii i odpowiedzialności klienta za podjęte przez niego decyzje: „Będzie tak, jak Pan zdecyduje”.
- Służą poprawie relacji: „Jasno komunikuje Pan, co Panu nie pasuje w naszej współpracy – dzięki temu wiem, jakie są Pana oczekiwania”.
- Pomagają chronić morale klienta w sytuacji, gdy doświadcza on dysonansu moralnego, czyli dostrzega, że jego zachowania stoją w sprzeczności z tym, jakim człowiekiem chciałby się widzieć: „Czuje się Pani winna, że nie obroniła dzieci przed atakiem męża. Dzieci są dla Pani najważniejsze i stara się Pani opiekować nimi jak najlepiej”.

Dowartościowując klientów, najłatwiej jest odnosić się do ich konkretnych zachowań czy wypowiedzi: „To ważne, że zdecydowała się Pani na spotkanie z nami/ze mną”, „Mimo pokusy, nie napił się Pan” (**dowartościowanie proste**). **Dowartościowanie złożone**, czyli wzmocnienie mocnych stron, zalet charakteru i wartości osoby, ma większą moc, ponieważ podkreśla jej stałe cechy psychiczne: „To, co Pani zrobiła wymagało odwagi”, „Potrafi Pan być stanowczy”, „Zasady są dla Pani ważne”.

W dowartościowaniach lepiej pomijać słowo „ja”. Wzmocnienie powinno dotyczyć tego, co osoba zrobiła lub jaka jest, a nie tego, jak jest oceniana. Zamiast mówić: „Jestem z Ciebie dumna, lepiej powiedziec” – „Masz powody do dumy”, zamiast „Podoba mi się Pani determinacja w kończeniu zadań” lepiej użyć: „Wykazuje się Pani determinacją w dążeniu do celu” lub „Jest Pani zdeterminowana, gdy Pani na czymś zależy”.

Nie należy wzmacniać tych zachowań, czy cech, które nie wspierają pożądanej zmiany zachowania lub są przesadne, zbyt optymistyczne, „na wyrost”.

3.5.3. Słuchanie odzwierciedlające

Słuchanie odzwierciedlające pozwala okazać klientowi, że jest uważnie słuchany, co może zachęcać go do dalszego mówienia lub pogłębiania tematu. Odzwierciedlenia sygnalizują empatię osoby pomagającej i są okazją do sprawdzenia, czy właściwie rozumie ona perspektywę klienta. Mogą one również znacznie przyspieszać proces zmiany, kiedy wychwytyują z jego wypowiedzi argumenty na rzecz zmiany lub kiedy

wychodzą poza treść jego wypowiedzi, pozwalając mu dostrzec inną, szerszą perspektywę oraz możliwe rozwiązania problemu. Odzwierciedlenia pomagają klientowi rozumieć i porządkować jego przeżycia.

Wyróżnia się kilka rodzajów odzwierciedleń [15]:

Odzwierciedlenia proste (parafrazy) sygnalizują uważne słuchanie klienta i podkreślają w jego wypowiedzi treści warte wzmocnienia:

Klient: „Myślę, że może tym razem się uda”

Praktyk DM: „Poczuł Pan nadzieję, że da radę”

Klientka: „Udało mi się nie pić od naszego ostatniego spotkania”

Praktyk DM: „Zachowała Pani trzeźwość przez tydzień”.

Odzwierciedlenia złożone – wychodzą one poza treść wypowiedzi klienta. Stawiają pewną hipotezę (interpretację), którą formułuje osoba pomagająca i której prawdziwość weryfikuje w dalszej rozmowie. Musi ona zdecydować, które elementy wypowiedzi klienta odzwierciedlić, aby poszerzyć jego wgląd, nadać kierunek rozmowie, zbudować dysonans motywujący czy go wzmocnić. Celowy wybór treści trafnego odzwierciedlenia oraz nadanie mu odpowiedniej formy nie jest łatwe. Mimo to warto podejmować ten wysiłek, ponieważ trafne odzwierciedlenia złożone znacznie szybciej posuwają proces motywowania do przodu, niż odzwierciedlenia proste, które co prawda budują relację, ale nie nadają rozmowie odpowiedniego impetu. Przykład:

Klient: „To pracodawca kazał mi tu przyjść”

Praktyk DM: „Wygląda na to, że praca jest dla Pana ważna”

Klient: „Żona jest przewrażliwiona. Nie toleruje alkoholu. Ma pretensje o każdy kieliszek”

Praktyk DM: „Zależy Panu na spokoju w domu”.

Odzwierciedlenia dwustronne oddają dwie strony ambiwalencji. Warto je stosować, gdy klient przedstawia zarówno argumenty za zmianą, jak i przeciw niej. W takiej sytuacji wzmacnianie wyłącznie języka zmiany może aktywizować argumenty przeciwko zmianie i sugerować, że osoba prowadząca rozmowę jest nieuważna, tendencyjna lub lekceważąca. Przykład odzwierciedlenia dwustronnego:

„Z jednej strony picie alkoholu nie wydaje się Panu problemem, z drugiej strony przez picie stracił Pan prawo jazdy i nie może pracować jako kierowca”.

W przypadku odzwierciedleń dwustronnych zawsze należy zadbać o to, aby treści wspierające zmianę znalazły się w drugim członie wypowiedzi, ponieważ większość ludzi zwraca uwagę i odnosi się do końcowej części komunikatu.

Gdy intencją osoby prowadzącej rozmowę motywującą jest zwiększenie częstotliwości języka zmiany lepiej ograniczyć używanie odzwierciedleń dwustronnych.

3.5.4. Podsumowania

Podsumowanie wypowiedzi klienta pozwala podkreślić najbardziej istotne wątki, uwypuklić język zmiany, połączyć jego wypowiedzi na różne tematy oraz przejść do kolejnego zagadnienia po uprzednim uogólnieniu tego, co już zostało powiedziane.

Podsumowania to w istocie odzwierciedlenia, w których zestawia się – niezadko używając sformułowań klienta – kilka informacji pochodzących z jego wypowiedzi. Odzwierciedlenia pozwalają klientowi zobaczyć w szerszej perspektywie swoją sytuację. Powinny odwoływać się do jego systemu wartości i porządkować jego doświadczenia. Służą temu: logika wyboru zestawianych treści, które wejdą w skład podsumowania, ich kolejność oraz zwięzłość. Zawsze na końcu podsumowana warto zapytać klienta „Czy to się zgadza?”, „Czy chciałaby Pani coś dodać?”

3.5.5. Poradnictwo i edukacja w motywowaniu

Ukierunkowujący styl komunikacji powinien być czasami wzbogacony o przekazanie klientom informacji czy porady. Chętniej wysłuchają oni takich wskazówek i z nich skorzystają, jeśli sami o nie poproszą albo gdy już podjęli zobowiązanie do zmiany, przygotowują plan działania i poszukują konkretnych sposobów jego realizacji. Informacje i porady nie mają służyć jedynie przyrostowi wiedzy klienta, lecz przede wszystkim jego zmianie. Są mało pomocne w prekontemplacji i wczesnej kontemplacji, gdy klient nie ma jeszcze świadomości zachowania problemowego i nie przejawia gotowości do działania.

Czasami jednak, nawet we wczesnych stadiach procesu zmiany, osoba pomagająca musi poinformować klienta o sytuacji, w jakiej się znalazł, o konsekwencjach jego wyborów lub wyrazić swoje zaniepokojenie, ponieważ tego wymagają procedury, dobro klienta lub innych ludzi. W takiej sytuacji również należy uszanować jego

zdanie i dać mu możliwość ustosunkowania się do otrzymanych informacji czy wyrażenia niezgody.

Dialog motywujący proponuje procedurę udzielania informacji i porady według schematu „zapytaj – zaproponuj – zapytaj”:

- Warto zapytać, co klient już wie, albo czego chce się dowiedzieć na dany temat oraz o jego doświadczenia (pytanie)
- Zawsze należy zapytać o zgodę na udzielenie informacji lub porady (pytanie): „Czy pozwoli Pan, że wyjaśnię ...”, „Czy chciałaby Pani dowiedzieć się czegoś więcej?”
- Najlepiej jest udzielać informacji w sposób możliwie najbardziej zbiektywizowany i oszczędny, czyli dostosowany do potrzeb i możliwości klienta (informacja lub porada)
- Zawsze należy zapytać, co klient sądzi o tym, co usłyszał (pytanie) – „Co Pan o tym myśli?”, „Jak Pani to teraz widzi?”, „Co dla Pani będzie najlepsze?”

Rady zawsze powinny być udzielane w sposób nieoceniający i mieć charakter propozycji, a nie polecenia. Im bardziej stanowcza i niepozostawiająca wyboru jest porada, tym większa szansa, że zostanie odrzucona. Pytanie o zgodę na udzielenie porady sprawia, że dana osoba jest bardziej otwarty na jej przyjęcie. Sugestie specjalisty powinny być proste, zrozumiałe dla klienta, dopasowane do jego gotowości i sytuacji, w jakiej się aktualnie znajduje. Edukowanie lub radzenie powinno zawsze kończyć się pytaniem: „Co Pani o tym myśli?”, „Co Pani wybiera?” „Co dla Pani mogłoby być najlepsze?”, „Co Pan teraz zrobi?”. Wtedy jest większa szansa na to, że klient nie zbagatelizuje otrzymanych informacji, ujawni i omówi wątpliwości, otrzyma wyjaśnienia oraz dokona wyboru.

Osoby zajmujące się pomaganiem chętnie edukują i udzielają wielu rad. Im bardziej czują się bezradne, tym więcej generują informacji i propozycji konkretnych rozwiązań.

Zdarza się czasem, że klient będący na wczesnym etapie procesu zmiany prosi o poradę, co sugeruje jego wysoką gotowość do działania: „Pan/i mi powie, co ja mam zrobić”. Jeżeli praktyk DM ma wątpliwość co do intencji, z jaką zadano to pytanie, lepiej się wstrzymać z udzielaniem rad. Pomocne będzie przywołanie sentencji Terry’ego Pratchetta „Kiedy prosimy kogoś o radę, to z pewnością nie dlatego, że chcemy aby nam jej udzielił. Po prostu pragniemy, aby ten ktoś był z nami, kiedy będziemy mówić o sobie” [10 s. 225]

3.6. Radzenie sobie z oporem w dialogu motywującym

Dialog motywujący stara się unikać określenia „opór” w relacji pomagania. W rzeczywistości bowiem pojęcie to odnosi się do sytuacji, gdy osoba pomagająca, najczęściej w najlepszej wierze, podejmuje działania, na które klient reaguje niechęcią. W takiej sytuacji pomaganie „nie idzie” i łatwo obwinić o to klienta, przypisując mu negatywne cechy charakteru (uparty, zawzięty, niewdzięczny...) lub obciążyć winą problem powszechnie kojarzony z oporem np.: uzależnienie, współuzależnienie, anoreksję. Pracując z osobami uwikłanymi w nadużywanie alkoholu, osoby pomagające często doświadczają dezaprobaty lub wprost wyrażanego przez klientów sprzeciwu. Dotyczy on sensu, celów i metod pracy nad zmianą. Odbija się to na relacji pomagania, w sposobie komunikacji, poziomie współpracy oraz w emocjach towarzyszących spotkaniom.

Dialog motywujący zachęca do poszukiwania wyjaśnień sprzeciwu klientów innych, niż zła wola. Wskazuje, że źródłem problemów mogą być [9,10]:

- język podtrzymania typowy w fazie prekontemplacji i kontemplacji, wyrażający się argumentowaniem przeciwko zmianie i brakiem zainteresowania zmianą zachowania;
- niezgoda, czyli zakłócenia w relacji wynikające z:
 - naruszania autonomii klienta, będące często pochodną stylu dowodzenia lub sytuacji przymuszenia do zmiany przez prawo, bliskich, pracodawców;
 - etykietowania;
 - niedostosowania interwencji do stadium zmiany, w jakim jest aktualnie klient – zbyt szybkie koncentrowanie rozmowy na „problemie”, który nie jest postrzegany przez niego jako przedmiot troski (np. nadużywanie alkoholu), stawianie nierealistycznych oczekiwań, ponaglanie do planowania i działania;
 - niewłaściwych postaw osób pomagających, przejawiających się wywyższaniem, ocenianiem, brakiem troski o najlepszy interes klienta, brakiem szacunku i zwyczajnej ludzkiej grzeczności, brakiem empatii i uważności na stan klienta,
 - warunków, w jakich odbywa się rozmowa motywująca (więcej niż dwie osoby na spotkaniu z klientem, sztywna instytucja, kojarzący się klientowi z zagrożeniem, pośpiech ograniczający czas rozmowy).

W obu przypadkach, zamiast toczyć batalie z „opornym klientem”, osoba pomagająca powinna zastanowić się, co może być przyczyną niechęci. Czy postawa

klienta wynika z braku gotowości do pracy nad problemem, czy raczej z relacji, w której się on znalazł niekoniecznie z własnego wyboru albo z poczucia, że nie jest traktowany po partnersku. Być może jego sprzeciw wynika z obu tych przyczyn. Podstawową zasadą jest unikanie sporów i niewikłanie się w walkę. Chodzi o zmniejszenie reaktancji. Trudniej jest stawiać opór w sytuacji, w której nikt nie naciska.

3.7. Poznanie i praktykowanie metody dialogu motywującego [8,9].

Wiedzę o dialogu motywującym można czerpać z literatury przedmiotu. W ostatnich latach w języku polskim ukazało się wiele interesujących publikacji autorów zarówno zagranicznych, jak i polskich. Można uczestniczyć w szkoleniach i konferencjach poświęconych tej metodzie, a także oglądać filmy edukacyjne pokazujące stosowanie dialogu motywującego w praktyce pomagania. [11] Praktyczna nauka tej metody powinna odbywać się przede wszystkim w formie warsztatowej, która angażuje uczestników w aktywne trenowanie i doskonalenie umiejętności. Nieocenioną formą kształcenia jest praktykowanie DM i poddawanie swojej pracy superwizji, która dostarcza informacji zwrotnych na temat zaprezentowanej pracy, skłania do refleksji nad własnymi postawami wobec klientów i pomagania, a także nad umiejętnościami warsztatowymi. Motywuje do doskonalenia. Jeśli instytucja wdraża dialog motywujący do praktyki pomagania, bardzo istotne jest zapewnienie pracownikom uczącym się tej metody stałych konsultacji superwizyjnych w miejscu pracy. Badania, mające na celu ocenę strategii nauczania DM wykazują, że umiejętności zdobyte przez uczestników szkoleń szybko zanikają, jeśli nie są regularnie ćwiczone i rozwijane [10].

Bibliografia

- 1) Fudała J. Poza paradygmatem abstynencji. Ograniczenie picia jako cel terapii. Warszawa: Wydawnictwo Remedium; 2017.
- 2) Habrat B. Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*. 2013;26(1):27-36.
- 3) Jakubczyk A, Wojnar M. Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń. *Psychiatria Polska*. 2012;46(3):373-386.
- 4) Jakubczyk A. Farmakologiczne metody stosowane w terapii uzależnienia od alkoholu. W: Wojnar M, red. *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. Warszawa: PARPA; 2017. s. 133-148.
- 5) Klingemann H. Picie kontrolowane. Badania naukowe, doświadczenia płynące z praktyki oraz debata publiczna w Szwajcarii i Niemczech. *Alkoholizm i Narkomania*. 2006;19(3):259-283.
- 6) Klingemann H, Klingemann J. Czy terapia jest koniecznością? Samowyleczenia a system lecznictwa. W: Miller P, red. *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: WUW; 2013. s. 268-286.
- 7) Miller WR, Forcehimes AA, Zweben A. *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Kraków: WUJ; 2014.
- 8) Miller P, red. *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: WUW; 2013.
- 9) Miller WR, Rollnick S, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Kraków: WUJ; 2014.
- 10) Miller WR, Rollnick S. *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie i rozwoju*. Kraków: WUJ; 2025.
- 11) *Motywowanie do zmiany. Filmowe nagrania edukacyjne sesji dialogu motywującego*. 2 CD. Warszawa: PARPA; 2014. Dostępne z: <https://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje>
- 12) Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: IPZ PTP; 2006.
- 13) Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut Amity; 2008.
- 14) *Raport Najwyższej Izby Kontroli. Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*. Warszawa: 2016. Dostępne z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf>

- 15) Rosengren DB. Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym. Kraków: WUJ; 2013.
- 16) Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października. Dz.U.2023.O.2015
- 17) Wieczorek Ł. Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej. Alkoholizm i Narkomania. 2015;28(2):103-117.
- 18) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień. Warszawa: PARPA; 2016. Dostępne z: <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>

Zadanie współfinansowane ze środków
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
na zlecenie
Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

ISBN 978-83-968648-5-7



9 788396 864857