

Kompleksowe opiniowanie o stanie zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego

Complex expertise on the psychiatric health of a criminal

Józef Krzysztof G i e r o w s k i

Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie
Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. J. K. Gierowski

Summary. The development of psychiatry and psychology has brought about a situation in need of newer evaluation of the surroundings in which the justice department tries to use specialist knowledge of the processes governing human psychic life and health. The lacking of clear criteria between the competencies of psychiatrists and psychologists is a certain standard in dealing with the disturbed or mentally ill persons. This is a result of the application of a multidisciplinary approach towards the patient in the area of diagnosis, therapy and rehabilitation. The advancing psychiatric and psychological knowledge has a difficulty in findings its way to forensic psychiatry and psychology. However, owing to the fact that current legal regulations require complex psychiatric-psychological opinions to be formulated, it is worthy to take a closer look at the issue. The fore-mentioned model has its benefits and its flaws. The compiling of the complex opinion may bring about the risk of “mixing up” of the contents as used by the various experts and cause certain methodological problems. From another perspective it would appear that it is impossible to refrain from applying the newly developing interdisciplinary links. Positive experiences with the DSM classification give a strong argument to the sensibility of this approach. The author analyses the bases for cooperation between the psychiatric-psychological expertise which arises from the rules and regulations of the penal law and the code of penal conduct. They pertain to the rules of being able in body and mind and the application of the so called security measures. The model of psychiatric-psychological cooperation taken up by the law-giver does not pertain fully to the essential competencies of psychiatry and psychology and is not a compact consequential solution.

Słowa klucze: psychiatria i psychologia sądowa, kompetencje opiniodawcze,
opiniowanie kompleksowe

Key words: forensic psychiatry and psychology, opinion-making competencies,
complex expertise

Rozwój nauk sądowych, a zwłaszcza postęp w diagnostyczno-terapeutycznych możliwościach współczesnej psychiatrii i psychologii, szczególnie klinicznej, stworzył sytuację wymagającą bardziej nowoczesnej oceny okoliczności, w których wymiar sprawiedliwości stara się korzystać z wiedzy specjalnej dotyczącej zasad i procesów rządzących życiem psychicznym człowieka.

Różnice w kwestiach diagnostycznych i kompetencyjnych, jakie zachodzą pomiędzy ekspertami poszczególnych nauk sądowych, stwarzają, w obszarze ich działania, szereg trudnych do rozwiązania problemów i konfliktów. Obszarem wieloletnich sporów opiniodawczych są te sytuacje, w których przedmiotem ekspertyzy są zagadnienia związane z szeroko rozumianą patologią życia psychicznego.

Brak jasnego rozdziału pomiędzy kompetencjami psychiatrów i psychologów jest dziś pewnym standardem w obszarze postępowania z osobami zaburzonymi czy też chorymi psychicznie. Powyższe zjawisko związane jest z przyjęciem multidyscyplinarnego podejścia do pacjenta i to zarówno jeśli idzie o diagnozę, jak i terapię oraz rehabilitację. Postępująca integracja wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej z trudem znajduje odzwierciedlenie w psychiatrii i psychologii sądowej. Przekonania twórców tych regulacji prawnych, które odnoszą się do stawiania diagnozy i postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych, oparte są od lat na poglądach tradycyjnych, chwilami historycznych, i nie odpowiadają zasadom nowoczesnej diagnostyki psychiatryczno-psychologicznej. Przeprowadzona kilka lat temu reforma prawa karnego zdawała się stwarzać sprzyjające warunki wprowadzenia do procesu i prawa karnego rozwiązań, które nie razilyby swoim anachronizmem i nawiązywałyby do podstawowych, współczesnych zasad diagnostyki i terapii chorych oraz zaburzonych psychicznie. Niniejsze opracowanie jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy stało się tak rzeczywiście, a jeśli tak, to w jakim zakresie.

Nie jest zadaniem psychiatrów i psychologów ocenianie całokształtu prac i efektów działania Komisji Kodyfikacyjnej ds. Reformy Prawa Karnego. Nie można jednak nie zasygnalizować pewnych wątpliwości i kontrowersji, jakie w środowisku psychiatrycznym i psychologicznym budzą nowe rozwiązania prawne. W niniejszych rozważaniach ograniczone zostaną one do tych nowych regulacji, które dotyczą zagadnień współpracy opiniodawczej psychiatrów i psychologów. W poprzednich ustawach karnych budziły one wiele zastrzeżeń, z których najważniejsze dotyczyły niepokrywania się merytorycznego podejścia psychiatrii i psychologii z rozwiązaniami formalnoprawnymi. Można było mieć nadzieję, że przynajmniej w części zostaną one zreformowane tak, iż pozwolą na korzystanie ze specjalnej wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej zgodnie z ich przedmiotem i zakresem. Można mieć wątpliwości, czy tak się rzeczywiście stało, a jeżeli nawet, to w zakresie nie w pełni satysfakcjonującym. Uzasadnione wydaje się w związku z tym przekonanie psychiatrów i psychologów, iż ich udział w tworzeniu i dyskusji nad nowym prawem był wyjątkowo skromny.

Przedstawione poniżej rozważania na temat przedmiotu i zakresu opinii sądowo-psychiatrycznych i sądowo-psychologicznych odwoływać się będą do wyodrębnionych przez ustawodawcę konstrukcji i definicji prawnych. Będą więc próbą wypełnienia współczesną wiedzą psychologiczną różnorodnych pojęć i terminów ustawowych oraz wskazaniem merytorycznych i formalnych kompetencji biegłych.

Uzależnienie odpowiedzialności sprawcy czynu zabronionego od stopnia jego poczytalności jest zasadą obowiązującą we wszystkich współczesnych systemach prawa karnego. Zawarta w artykule 31 polskiego kodeksu karnego definicja niepoczytalności skonstruowana została na podstawie kryteriów dwojakiego rodzaju – biologiczno-psychiatrycznych oraz psychologicznych. Pierwsze z nich wskazują przyczyny, które

mogą doprowadzić u sprawcy do zniesionej możliwości „rozpoznania znaczenia czynu” lub „pokierowania swoim postępowaniem” (tzw. psychologiczne kryteria niepoczytalności). Na kryteria psychiatryczne składają się „choroba psychiczna”, „upośledzenie umysłowe”, a także „inne zakłócenia czynności psychicznych”. Te ostatnie nie muszą mieć przy tym charakteru patologicznego i obejmują swoim zakresem np. działanie w stanie stresu psychologicznego, ciąży, porodu czy menstruacji, a także stan przeżywania „wzruszeń stenicznych i astenicznych” (to mało nowoczesnie dziś brzmiące sformułowanie Sądu Najwyższego sprzed kilkudziesięciu lat dotyczy silnych stanów negatywnych i pozytywnych emocji). Warto również w tym miejscu podkreślić, iż w ostatnich latach klasyfikacje psychiatryczne wprowadziły nowe, nieuwzględniane dotychczas zespoły psychopatologiczne, takie jak na przykład zespół stresu pourazowego (PTSD) czy ostra reakcja na stres [1], traktowane dotychczas przez prawników właśnie jako zakłócenia czynności psychicznych. Z merytorycznego punktu widzenia, uwzględniającego posiadaną przez biegłego wiedzę specjalistyczną, nic nie stoi na przeszkodzie, aby uznać, iż do diagnozowania wszystkich powyższych stanów i zaburzeń ma kompetencje w równym stopniu psycholog kliniczny i psychiatra [2, 3, 4].

Rozpoczynając nasze rozważania od kluczowej definicji prawnej, określającej stan niepoczytalności i poczytalności znacznie ograniczonej, warto podkreślić, iż poza kosmetycznymi poprawkami Komisja Kodyfikacyjna uznała możliwość dalszego posługiwania się dotychczas obowiązującymi kryteriami niepoczytalności. W dużej mierze wynika to z faktu, iż obowiązująca konstrukcja niepoczytalności nie odbiega zbyt daleko od współczesnych standardów, jest rozwiązaniem może nieco mało nowoczesnym, ale za to dobrze w praktyce zweryfikowanym [5, 6]. Można w tym miejscu przypomnieć, iż z samej definicji niepoczytalności nie wynikają wprost jakiejkolwiek wnioski co do zakresu wiedzy specjalnej, a więc i zawodu biegłego, który mógłby być pomocny organowi procesowemu w rozstrzygnięciu poważniejszych kwestii diagnostycznych. Bardziej szczegółowa analiza konstrukcji przepisu art. 31 kk oraz uznanie, iż „inne zakłócenia czynności psychicznych” nie muszą mieć wcale charakteru zjawiska patologicznego, a także analiza pojęć składających się na tzw. psychologiczne kryterium niepoczytalności skłaniają do wniosku, iż trudno dziś traktować diagnozę niepoczytalności inaczej niż efekt wspólnej pracy psychiatry i psychologa. Zasada ta winna obejmować zarówno sytuacje, gdy biegli wydają odrębne opinie, jak i sytuacje, gdy mamy do czynienia z opinią kompleksową. Warto w tym miejscu podkreślić, iż w ujęciu współczesnej psychologii zdolności rozpoznania znaczenia czynu czy pokierowania przez sprawcę swoim postępowaniem to wybrane, formalne właściwości procesu motywacyjnego, w tym zwłaszcza stopień jego samokontroli [6, 7, 8, 9].

W literaturze wielokrotnie podkreślano trudności, jakie napotykają biegli, usiłując zobiektywizować tzw. psychologiczne kryteria niepoczytalności [10]. Przyjęcie koncepcji samokontroli jest pewną próbą przezwyciężenia wspomnianych trudności diagnostycznych. Warto również wykorzystać w sądowej diagnozie psychologicznej olbrzymi dorobek psychologii opisującej prawidłowości rządzące procesami radzenia sobie ze stresem, uruchamianymi przez ludzi znajdujących się w różnorodnych sytuacjach trudnych i stresowych, stylami i strategiami radzenia sobie, mechanizmami obronnymi czy też rolą i znaczeniem wewnętrznej lub zewnętrznej lokalizacji

mechanizmów kontroli. Istnieje wielka potrzeba, by zarówno psychiatryczny, jak i psychologiczny dorobek badań nad stresem został jak najszybciej szerzej wykorzystany w opiniowaniu sądowym.

Najogólniejsze zasady metodologiczne diagnozowania dla celów sądowych motywacji człowieka mogą być przydatne zarówno w badaniach psychologiczno-kryminologicznych nad czynnikami genetycznymi, które doprowadziły do przestępstwa, jak i w pracy biegłego psychologa, gdy wykonuje on określone zadania opiniodawcze. Diagnoza wybranych właściwości procesu motywacyjnego dotyczyć też może tych sytuacji, w których kwalifikacja prawna czynu uwzględnia występowanie określonych kategorii psychologicznych. „Stan silnego wzburzenia” (art. 148, par. 4 kk), „motywacja zasługująca na szczególne potępienie” (art. 148, par. 2 kk) czy przeżycia matki związane z przebiegiem porodu, znacznym zniekształceniem dziecka lub ze szczególnie trudną sytuacją osobistą” (dzieciobójstwo – art. 149 kk w brzmieniu, jakie obowiązywało do lipca 1999 r.), to ewidentne kryteria psychologiczne. Do ich stwierdzenia niezbędna jest najczęściej specjalna wiedza psychologa, która pomoże w przeprowadzeniu badania psychologicznego i wydaniu stosownej opinii. Poprzez wprowadzenie do kodeksu karnego, „motywacja” stała się specyficznym pojęciem prawnym, co uzasadnia dodatkowo potrzebę określenia jej znaczenia i zakresu. Warto w tym miejscu podkreślić, iż rozpatrując konkretną sprawę karną organ procesowy zobowiązany jest z mocy najogólniejszych zasad prawnych odpowiedzieć na pytanie, kim jest człowiek, który naruszył porządek prawny, i dlaczego zachował się w określony sposób. Są to istotne pytania o motywację konkretnego czynu zabronionego [8, 10, 11].

Zdecydowanie poważniejsze zmiany niż w przypadku konstrukcji niepoczytalności znajdujemy w rozdziale o środkach zabezpieczających. Warto podkreślić, że środowisko psychiatryczne od lat usiłowało doprowadzić do pewnych zmian w obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących instytucji detencji psychiatrycznej [9, 12]. Czy przyjęte zmiany są korzystne i odpowiadają współczesnym standardom postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie naruszającymi porządek prawny – wydaje się co najmniej dyskusyjne.

Z porównania poprzednich i obecnych celów stosowania środków zabezpieczających wynika, iż obydwa modele preferują jednoznacznie cele prewencyjne. W przypadku „starego” kodeksu karnego przepis mówił o zabezpieczeniu porządku prawnego przed „poważnym niebezpieczeństwem”, jakie może stwarzać sprawca działający w stanie znacznie ograniczonej poczytalności czy też całkowicie jej pozbawiony. Obecnie prawo formułuje powyższą zasadę nieco inaczej. Celem omawianych środków ma być zapobieżenie ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego. Zmiany znajdujące się w nowym kodeksie czynią zadość postulatowi, zgłaszanemu przez część psychiatrów, by zdecydowanie różnicować postępowanie wobec sprawców, w zależności od stopnia ich poczytalności. Niepoczytalni sprawcy czynów zabronionych są z prawnego punktu widzenia niewinni, i w przypadku, gdy dopuszczą się czynu o znacznej społecznej szkodliwości, a prawdopodobieństwo, że popełnią taki czyn ponownie, jest wysokie, sąd obligatoryjnie umieszcza ich w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym. Z zasady, że niepoczytalni sprawcy czynów zabronionych powinni zostać przekazani pod opiekę instytucji psychiatrycznych, wynika kolejna

reguła przewidywana w nowym kodeksie karnym. Zakłada ona, iż przestępcy, a więc także przestępcy o ograniczonej poczytalności, powinni znajdować się pod opieką instytucji podlegających wprost wymiarowi sprawiedliwości. W praktyce oznacza to stosowanie środków zabezpieczających w zakładzie karnym. Rozwiązanie takie proponuje art. 95 kk, stanowiąc, że w wypadku skazania sprawcy na karę pozbawienia wolności, bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności, sąd może orzec umieszczenie go w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze i rehabilitacyjne. Jest to propozycja odmienna od obowiązujących do niedawna rozwiązań. Nie uzależnia ona stosowania wspomnianych środków od stopnia zagrożenia, jakie stwarza sprawca, kryteriów prognostycznych czy też jaśniej określonych wskazań lekarskich. Zgodnie z omawianą zasadą sąd może, według własnego uznania, skierować każdego skazanego sprawcę działającego w stanie ograniczonej poczytalności do zakładu karnego o specjalnym profilu. Zakładając nawet, iż można by takie w Polsce stworzyć, trudno nie spostrzec, iż sprawcy, o których mowa, są niejednokrotnie bardzo niebezpieczni, a ich leczenie lub rehabilitacja są zazwyczaj bardzo trudne i mało skuteczne (np. sprawcy przestępstw seksualnych). Warto przypomnieć w tym miejscu starą i banalną prawdę, że zakłady karne nie są najlepszym miejscem do leczenia czy rehabilitacji. Przyjęte rozwiązanie nie odpowiada też współczesnym standardom postępowania z przestępcami działającymi w stanie ograniczonej poczytalności. Przykładem może być tu holenderski system TBS, który tworzy specjalne kliniki i programy lecznicze właśnie dla takich sprawców. Zakłada on przy tym interdyscyplinarne podejście do wszelkich diagnostyczno-terapeutycznych zadań i czynności wszystkich specjalistów dążących do osiągnięcia podstawowych celów psychiatrii sądowej.

Wydawać by się mogło, że obowiązujące rozwiązania stworzą bardziej sprzyjające warunki do tego, by duża część internowanych pacjentów została objęta systemem nowoczesnej opieki psychiatrycznej, ze wszystkimi tego konsekwencjami (np. pozostawiania pełnej swobody lekarzowi w zakresie stosowania form leczenia i metod). Większość podejmowanych w tej sprawie inicjatyw organizacyjno-terapeutycznych koncentruje się nie tyle na formułowaniu nowoczesnych programów terapeutycznych, ile na tworzeniu trójstopniowego systemu zabezpieczeń pacjentów detencyjnych i budowie bardzo kosztownych zakładów wyposażonych w najnowocześniejsze systemy kontroli i zabezpieczenia. Rozporządzenie ministra zdrowia z 26 lutego 2001 roku uzależnia stosowanie różnego stopnia zabezpieczeń nie tyle od kryteriów medyczno-psychologicznych, ile od częstotliwości i nasilenia u pacjentów detencyjnych zachowań zagrażających życiu i zdrowiu innych osób oraz niszczenia wartościowych przedmiotów (art. 8 rozporządzenia). Specjalne komisje decydujące o stopniu zabezpieczenia pacjentów mają co prawda charakter interdyscyplinarny (psychiatryczno-psychologiczny), nie przekłada się to jednak w praktyce na formułowanie bardziej konkretnych i indywidualnych programów terapeutycznych. Trzeba w tym miejscu jasno powiedzieć, że we współczesnych zakładach detencyjnych pozostaną niemal wyłącznie pacjenci psychotyczni, którzy bardziej niż kamer i śluz potrzebują sensownego programu leczniczo-rehabilitacyjnego umożliwiającego im powrót do społeczeństwa, pełnienie określonych funkcji i realizowanie zadań społecznych, uzyskiwanie

wsparcia społecznego. Nie jest to możliwe bez odwołania się do metod współczesnej psychiatrii środowiskowej.

Powracając do zagadnienia opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w ustawach karnych, trudno nie wspomnieć o nowym przepisie nakładającym na sąd obowiązek wysłuchania, przed zastosowaniem środka zabezpieczającego, lekarzy psychiatrów i psychologa. Jak stwierdza Paprzycki [2, 3], trudno przecenić rolę psychologa przy orzekaniu tego rodzaju środka zabezpieczającego. Co prawda kodeks nie wyjaśnia, co oznacza „wysłuchanie”, ale nie może być wątpliwości, iż chodzi tu o wydanie przez wszystkich biegłych opinii o potrzebie orzeczenia wspomnianego środka. Nie ulega wątpliwości, iż inna nieco redakcja artykułu 202 kpk nie wymagałaby tego, by w przepisie art. 93 kk znajdował się omawiany wymóg. Słuszne są więc te głosy prawników [3, 10], które postulują potrzebę praktyki, by szersze, kompleksowe opinie psychiatryczno-psychologiczne o zasadności stosowania środków zabezpieczających stanowiły integralną część ogólnej opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego. Obecnie brzmienie art. 202 kpk dopuszcza, niestety, możliwość wydawania takiej opinii wyłącznie przez lekarzy psychiatrów.

Pozostając na gruncie obowiązującego obecnie prawa, należy przyjąć, iż wspomniane wysłuchanie biegłych dotyczyć musi wszystkich ustawowych przesłanek stosowania środków zabezpieczających, przy czym rola psychiatry sprowadzać się będzie do sformułowania diagnozy i prognozy lekarskiej, psycholog natomiast winien określić prognozę społeczno-kryminologiczną, opierając się na szerokiej diagnozie osobowości sprawcy. Jest przy tym oczywiste, iż opisane kompetencje nie będą tak ostre w przypadku, gdy obaj biegli wydali już, zgodnie z możliwością przewidywaną przez art. 202 kpk, opinię kompleksową.

Powracając do głównego tematu niniejszego doniesienia, tj. opiniowania psychiatryczno-psychologicznego, należy przyglądnąć się bardziej dokładnie redakcji art. 202 kpk. Stanowi on, iż w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd – a w postępowaniu przygotowawczym prokurator – powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów (par. 1). Na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności (par. 2). Opinia psychiatrów powinna zawierać stwierdzenie dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia czynu, jak i jego obecnego stanu zdrowia psychicznego oraz zdolności do udziału w postępowaniu, a w razie potrzeby (par. 4) – możliwości wykorzystania rozwiązań wymienionych w art. 93 kk (stosowania środków zabezpieczających). O tym, czy biegli różnych specjalności mają wydać jedną wspólną opinię (opinię kombinowaną czy kompleksową), czy też opinie odrębne, rozstrzyga organ procesowy powołujący biegłych (art. 193, par. 3 kpk). Powyższe rozwiązanie nie usatysfakcjonuje psychologów, którzy z pewnością będą stanowić najbardziej liczną grupę „biegłych innych specjalności”. Psychologowie od lat podnosili argumenty na poparcie swoich merytorycznych kompetencji w wypowiedaniu się o poczytalności sprawcy, zwłaszcza wtedy, gdy jest ona ograniczona z przyczyn niepatologicznych. Obowiązujący w starym kodeksie postępowania karnego art. 183 uniemożliwiał to, prowadząc do kolizji pomiędzy merytorycznymi a formalnymi kompetencjami biegłych psychologów. Rozwiązania zawarte w nowym kodeksie postępowania karnego,

przewidujące ich udział w wydaniu opinii o stanie zdrowia psychicznego sprawcy na wniosek psychiatrów, stanowią niezmiernie mały krok w rozwiązaniu problemów kompetencyjnych dotyczących opiniowania o poczytalności. Ścisłe przestrzeganie nowej reguły, zgodnie z którą psychologa powoływać się będzie na wniosek psychiatrów, nie będzie również sprzyjało realizowaniu zasady koncentracji, szybkości i ekonomiki procesu, przedłuży bowiem postępowanie. Przeprowadzona w ostatnim czasie przez autora krótka ankieta dla prokuratorów wykazała, iż z 40 badanych osób nikt nie przestrzegał nowej procedury, posługując się rozwiązaniami z poprzedniego kodeksu.

Obecne uregulowanie nie jest więc zbyt praktyczne i trudno raz jeszcze nie przypomnieć postulowanych od lat rozwiązań o włączenie psychologa jako stałego członka zespołu biegłych wypowiadających się o poczytalności.

Dodatkowym argumentem za formalnym uznaniem merytorycznych kompetencji psychologów w wypowiedaniu się o poczytalności sprawcy jest wątpliwość, czy przedmiotem omawianej ekspertyzy jest rzeczywiście „stan zdrowia psychicznego oskarżonego”. Wymienione w art. 31 kk tzw. biologiczno-psychiatryczne kryteria niepoczytalności zawierają pojęcia uzasadniające bardzo szerokie ich ujęcie, wykraczające niewątpliwie poza diagnozę stanu zdrowia psychicznego. Trudno nie przyznać w tym miejscu racji Ewie Habzdzie-Siwiek [13], iż chodzi tu o szeroko rozumiany stan psychiczny, a nie tylko o zdrowie czy jego brak. Nie ulega wątpliwości, iż „inne zakłócenia czynności psychicznych” mogą odnosić się także do zjawisk i procesów fizjologicznych. Intencje ustawodawcy były przy tym tak jednoznaczne, iż pewne sprzeczności pomiędzy artykułem 31 kk a 202 kpk tłumaczyć można jedynie niedośkonałością redakcyjną kodeksu postępowania karnego.

Porządkując nieco problematykę kompetencji, określających rolę i zakres korzystania z opinii psychologicznych i psychiatrycznych w postępowaniu karnym, można wyróżnić dwa zasadnicze stanowiska. Pierwsze oparte jest na założeniu konsekwentnego podziału kompetencyjnego, drugie natomiast zakłada konieczność współpracy biegłych psychologów i psychiatrów w diagnozowaniu stanu psychicznego dorosłych sprawców przestępstw, ze szczególnym uwzględnieniem poczytalności [13, 14, 15, 16].

Przyjęcie pierwszego stanowiska to przyjęcie modelu, w którym ekspertyzy psychologiczna i psychiatryczna dokonywane są odrębnie, brak jest również między nimi powiązań merytorycznych i formalnych. Zaletą tego rozwiązania jest zachowanie swoistej czystości metodologicznej w formułowaniu opinii w sytuacji, w której psychologia i psychiatria posługują się odmiennymi założeniami metodologicznymi i korzystają z innej siatki pojęciowej. Model ten wydaje się jednak nieadekwatny wobec przeobrażeń w nauce, polegających między innymi na włączaniu elementów wiedzy psychologicznej do psychiatrii. Przedmiotem dowodu jest przecież w obu przypadkach stan psychiczny sprawcy, choć ujmowany z różnych punktów widzenia.

Drugie stanowisko wynika z konieczności współpracy biegłych psychologów i psychiatrów w diagnozowaniu stanu psychicznego dorosłych sprawców przestępstw. Wyróżnić można trzy warianty współpracy między biegłymi psychologami i psychiatrami.

Pierwszy wariant zakłada uprzywilejowanie opinii psychiatrycznej nad psychologiczną. W wariantcie tym biegli dokooptowują do swojego składu psychologa, który przeprowadza badanie psychologiczne jako badanie pomocnicze, dodatkowe. Wnioski wysunięte przez psychologa są w różnym stopniu wykorzystywane w formułowaniu ostatecznej opinii psychiatrycznej. Staje się ona jedynym środkiem dowodowym, gdyż badanie psychologiczne zostaje niejako „skonsumowane” przez wnioski badania psychiatrycznego. Psycholog odgrywa w tej sytuacji rolę konsultanta, a więc rolę „usługową” wobec biegłych psychiatrów. Plusem tego rozwiązania jest przedłożenie organowi procesowemu tylko jednej opinii zawierającej wnioski dotyczące najistotniejszej w pewnym punkcie procesu kwestii, tj. poczytalności. Sytuacja taka jest jednak niekorzystna dla biegłych psychologów, którzy poza udzieleniem pomocy psychiatrom pozostają bez wpływu na formę i treść opinii. Oznacza również niedoceniając psychologów jako samodzielnych biegłych, pozbawienie ich możliwości wypowiadania się w tych wszystkich kwestiach diagnostycznych, w których dla rozstrzygnięć związanych z problematyką poczytalności niezbędne jest sięgnięcie do wiedzy stricte psychologicznej.

Drugi z wariantów współpracy psychiatrów i psychologów łączy w sobie elementy niezależności biegłych obu dyscyplin z uwzględnieniem konieczności wymiany doświadczeń i wiedzy w diagnozowaniu stanu psychicznego. Omawiany wariant polega na przeprowadzeniu dwóch niezależnych badań i oznacza, że biegli pracują w zasadzie niezależnie, ale istnieje wspólna płaszczyzna dyskusji nad zagadnieniami będącymi przedmiotem ekspertyzy, która może być dzięki temu ujmowana z różnych punktów widzenia. Opinia psychologiczna wydawana jest odrębnie, ale wyniki badania psychologicznego zostają uwzględnione we wnioskach opinii psychiatrycznej. Mamy więc do czynienia z dwiema opiniami, ale występują między nimi związki merytoryczne i formalne.

Wypracowanie wspólnej opinii przez biegłych psychologów i psychiatrów to trzeci wariant omawianych możliwości ich współpracy. Wariant ten oparty jest na teoretycznej możliwości wydawania tzw. opinii kompleksowych (kombinowanych, mieszanych). Ekspertyza, czy też opinia kompleksowa, to zdaniem prawników [17, 18] całokształt czynności dokonanych w sprawie przez biegłych różnych specjalności w celu opracowania powierzonego im do wspólnego rozstrzygnięcia zagadnienia; chodzi więc zarówno o przeprowadzenie przez nich badania, jak i wydania opinii. Na temat opinii kompleksowych wypowiadał się również Sąd Najwyższy [4], podkreślając, iż „opracowanie kompleksowej ekspertyzy przez zespół biegłych różnych specjalności i dziedzin wiedzy nie może wykluczać samodzielności i odpowiedzialności każdego z biegłych za prawidłowość opinii w zakresie objętym jego specjalnością” (wyrok SN z 3.10.1979 roku, sygn. VI KRN 225/79).

Z uwagi na fakt, iż obecnie regulacje prawne przewidują wydawanie wspólnych kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych, warto za E. Habzdą [13, 14], M. Gaberlem [17] i A. Szymusikiem [19] przyglądnąć się temu zagadnieniu nieco bardziej szczegółowo. Wariant ten zakłada możliwość współpracy biegłych różnych specjalności jako równorzędnych członków zespołu, a w rezultacie wypracowanie wspólnych wniosków końcowych. Omawiany model ma zalety i wady. I tak, opra-

cowanie opinii kompleksowej niesie niebezpieczeństwo „wymieszania” treści pojęć używanych przez biegłych różnych specjalności i może stwarzać pewne kłopoty metodologiczne. Z innej strony wydaje się, iż nie można uniknąć konieczności wypracowania opinii, uwzględniającej rozwijające się powiązania interdyscyplinarne. Pozytywne doświadczenia z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM mogą być argumentem przemawiającym za sensownością tego typu podejścia. Szczególnie wartościowe we wspomnianej klasyfikacji zdają się dodatkowe osie diagnostyczne. Stanowią one specyficzne tło czy też szeroki biopsychospołeczny kontekst, który towarzyszy występowaniu poszczególnych zespołów psychopatologicznych. I tak, wieloosiowa klasyfikacja DSM-IV obejmuje psychiczne zaburzenia kliniczne (oś I), współwystępujące z nimi zaburzenia osobowości (oś II), opis ogólnomedycznego stanu somatycznego (oś III), diagnozę specyficznych dla pacjenta problemów psychospołecznych i środowiskowych (oś IV) oraz ogólną ocenę adaptacji życiowej (oś V), stanowiącą globalną, bio-psycho-społeczną diagnozę funkcjonowania pacjenta [20]. Warto wspomnieć, iż również klasyfikacja ICD-10 posługuje się trzema osiami diagnostycznymi. Opisują one zarówno podstawowe rozpoznanie kliniczne (oś I), poziom niesprawności (oś II), jak i czynniki kontekstowe (oś III). Są jednak zdecydowanie mniej rozbudowane niż osie klasyfikacji DSM [21].

Pytanie o możliwość i sensowność wydawania wspólnych psychiatryczno-psychologicznych opinii kompleksowych jest w istocie pytaniem o relację pomiędzy medyczno-psychiatryczną diagnozą objawową (zespół psychopatologiczny) a kliniczną diagnozą psychologiczną. Ta ostatnia ma w stosunku do diagnozy medycznej charakter komplementarny, nie zaś alternatywny. Poszerza ją i uzupełnia poprzez odwołanie się do takich konstruktów i pojęć psychologicznych, jak na przykład struktura osobowości i zaburzenia w jej funkcjonowaniu, radzenie sobie z rozwiązywaniem problemów czy też zaburzenia w funkcjonowaniu systemów społecznych. Trudno również przecenić wagę, propagowaną przez psychologię zdrowia, perspektywy salutogenetycznej. Odwołując się do uogólnionych zasobów odpornościowych człowieka, odgrywa ona coraz szerszą rolę w formułowaniu indywidualnych programów leczniczo-terapeutycznych, także w przypadku osób naruszających porządek prawny. Specyficzne są także metody i narzędzia diagnostyczne, którymi posługuje się współczesna kliniczna diagnostyka psychologiczna (testy), a także procedury weryfikacji psychologicznych hipotez diagnostycznych [22]. Wydaje się, iż codzienna praktyka kliniczna uzasadnia w pełni stanowisko, że istnieje możliwość ścisłej i bezpośredniej współpracy pomiędzy psychiatrami i psychologami, w której ci ostatni, nie tracąc swej psychologicznej tożsamości, poszerzać będą obszar diagnostyki, w sytuacji gdy rozpatrywany będzie problem psychicznego funkcjonowania osób ujawniających zaburzenia psychiczne. Obszarem, który w opiniowaniu sądowym sprowadza do wspólnej płaszczyzny zarówno medyczne, jak i psychologiczne postępowanie diagnostyczne, są specyficzne pojęcia prawne, którymi posługują się obowiązujące ustawy karne. Dotyczy to na przykład pojęcia „stanu psychicznego” czy też tzw. psychologicznych kryteriów niepoczytalności. Zarówno „zdolność rozpoznania znaczenia czynu”, jak i „zdolność kierowania postępowaniem” nie są w istocie pojęciami psychologicznymi (jedynie prawnymi) i wymagają, aby „wypełnić” je, w trakcie procesu diagnostycznego, współ-

czesną wiedzę i pojęciami psychologicznymi czy psychopatologicznymi. Analogicznie przedstawia się sytuacja diagnozy „innych zakłóceń czynności psychicznych”.

Wydaje się, iż długo jeszcze w praktyce wymiaru sprawiedliwości przeważać będą sytuacje, w których organy procesowe decydować się będą na drugi z omówionych wariantów. Nadszedł jednak czas i warunki do podjęcia prac nad zasadami tworzenia kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych, nad systemowym podejściem do okoliczności, w których zaburzony psychicznie sprawca narusza porządek prawny, szerszym wykorzystaniem dorobku psychiatrii społecznej i środowiskowej w diagnozie i terapii osób zaburzonych psychicznie naruszających porządek prawny.

Jest faktem, iż zagadnienia psychiatryczno-psychologiczne nie zostały, w nowych regulacjach prawnych, rozwiązane w sposób spójny i konsekwentny, do końca zgodny ze współczesnymi standardami i propozycjami wielokrotnie zgłaszanymi przez środowisko psychiatrów i psychologów sądowych. Interdyscyplinarność jest dziś podstawowym europejskim standardem w osiągnięciu przez psychiatrię sądową jej podstawowych celów. Zasada powyższa dotyczy w równym stopniu czynności diagnostycznych, terapii oraz rehabilitacji. Ma ona przy tym bardzo ogólny charakter, wynikający z podstawowych zadań opieki psychiatrycznej, sformułowanych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Brak jest jakichkolwiek argumentów, aby nie przyjąć, iż wszędzie tam, gdzie przepisy prawa tego nie zabraniają, tzw. pacjenci sądowi korzystają z tych samych standardów terapeutycznych co wszyscy inni ludzie chorzy i zaburzeni psychicznie. Zasadę tę można realizować jedynie poprzez doskonalenie i rozwijanie ścisłej diagnostyczno-terapeutycznej współpracy pomiędzy psychiatrami i psychologami.

Комплексная экспертиза состояния психического здоровья преступника

Содержание

Развитие судебной психиатрии и психологии создало ситуацию, требующую более современной оценки событий, в которых юрисдикция старается использовать специальные сведения, относящиеся к основ и процессам, управляющих психической жизнью человека, в том числе и состоянием его здоровья. Отсутствие ясных критериев между компетенциями психиатров и психологов в настоящее время являются определенным стандартом в области воздействия с лицами с нарушениями здоровья, или же психически больными. Выше указанное явление связано с принятием интердисциплинарного подхода к пациенту как с точки зрения диагноза, так и терапии, а также реабилитации. Все более тесная интеграция между психиатрическими и психологическими знаниями с трудом находит себе отражение в судебной психиатрии и психологии. Однако, ввиду факта, что актуальные регуляции юрисдикции, предвидят выдачу совместных комплексных психиатрическо-психологических экспертиз, необходимо более внимательно рассмотреть эти проблемы.

Обсуждаемая модель имеет положительные и отрицательные стороны. Итак, разработка комплексной экспертизы влечет за собой опасность „смешания” содержания понятий, употребляемых экспертами различных специальностей и может создавать определенные методологические разногласия. С другой стороны, по-видимому, нельзя избежать необходимости разработки экспертизы такого типа, учитывающей развивающиеся интердисциплинарные связи. Позитивные опыты с классификацией ДСМ могут быть аргументом, указывающим на возможность такого типа подхода к рассматриваемой проблеме. Автор проводит анализ основ совместной экспертной работы

между психиатрами и психологами исходящие из основ и предписаний уголовного кодекса и кодекса уголовного расследования. К этому, кроме того, относится вопрос вменяемости и применения т.н. профилактических средств. Принятая законодателями модель сотрудничества психиатров и психологов не отвечает, полностью, мериторическим компетенциям в психиатрии и психологии, а также не является внутренним разрешением как совместной и консеквентной.

Komplexe Begutachtung des Zustands der psychischen Gesundheit eines Straftäters

Zusammenfassung

Die Entwicklung der forensischen Psychiatrie und der forensischen Psychologie bildete eine Situation, die eine mehr moderne Beurteilung der Umstände erfordert, in denen sich die Rechtssprechung bemüht, das besondere Wissen zu Prinzipien und Prozessen zu benutzen, die das psychische Leben eines Menschen regieren, darunter auch seinen Gesundheitszustand. Der Mangel an klare Kriterien zwischen den Kompetenzen der Psychiater und Psychologen ist heute ein gewisser Standard im Bereich der Handlungsweise mit gestörten oder psychisch kranken Personen. Die obige Erscheinung ist mit der Annahme der multidisziplinären Einstellung zum Patienten verbunden, und zwar im Bereich der Diagnose als auch der Therapie und Rehabilitation. Die fortschreitende Integration des psychiatrischen und psychologischen Wissens findet schwer eine Abbildung in der forensischen Psychiatrie und Psychologie. Aber wenn man in Betracht nimmt, dass die aktuellen rechtlichen Regelungen die Erstellung der komplexen psychiatrisch - psychologischen Begutachten vorsehen, soll man diese Erscheinung näher kennenlernen. Das besprochene Modell hat Vor- und Nachteile. Und so, die Erarbeitung der komplexen Begutachtung bringt die Gefahr der "Mischung" der Begriffe unterschiedlicher Fachgebiete mit sich und kann gewisse methodologische Probleme bilden. Andererseits scheint es, dass man die Notwendigkeit der Erarbeitung einer solchen Begutachtung nicht meiden kann, wenn man die sich entwickelnden interdisziplinären Verbindungen berücksichtigt. Die positiven Erfahrungen mit der DSM - Klassifizierung können ein Argument für diese Einstellung sein. Der Autor analysiert die Prinzipien der gutachterlichen Zusammenarbeit der Psychologie und Psychiatrie, die aus den Prinzipien und Vorschriften des Strafgesetzbuches und Strafverfahrensordnung resultieren. Sie betreffen sowohl die Frage der Zurechnungsfähigkeit und der Anwendung der sog. Sicherungsmittel. Das durch den Gesetzgeber angenommene Modell der psychiatrisch - psychologischen Zusammenarbeit entspricht nicht vollständig den meritorischen Kompetenzen der Psychiatrie und Psychologie, ist auch keine innerlich kohärente und konsequente Lösung.

Les opinions complexes de l'état de santé de l'auteur d'un délit

Résumé

Le développement de la psychiatrie et de la psychologie judiciaire crée une situation nouvelle qui exige une nouvelle estimation des conditions de profiter par les juges du savoir des spécialistes en matière de la vie psychique et de la santé de l'homme. Aujourd'hui le manque des critères claires entre les compétences des psychiatres et des psychologues constitue un standard dans la comportement avec les personnes souffrant des troubles psychiques ou les malades. Cela se lie avec le façon d'agir multidisciplinaire avec le patient quant au diagnostic, thérapie, réhabilitation. L'intégration la plus visible de la science psychiatrique et psychologique se fait voir à peine dans la psychiatrie et psychologie judiciaire. Pourtant les régulations juridiques récentes permettent la formulation des opinions communes complexes par les psychiatres et les psychologues et il faut voir ce problème de plus près. Ce phénomène a ses avantages et ses défauts. L'élaboration d'une opinion complexe cause le danger de «mélanger» le contenu des notions des divers experts et cela peut entraîner certaines difficultés méthodologiques.

D'autre part il semble qu'il est nécessaire d'élaborer les opinions complexes profitant des relations interdisciplinaires. L'effet positif de la classification DSM atteste les pratiques de ce genre-là. L'auteur analyse les principes de coopération psychiatriques et psychologiques quant à l'élaboration des opinions communes résultant du code pénal. Ces principes embrassent les problèmes de la responsabilité et des moyens de garantie. Ce modèle admis par la loi ne correspond pas aux compétences des psychiatres et psychologues et il n'est ni conséquent ni cohérent.

Piśmiennictwo

1. Heitzman J. *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
2. Paprzycki L. *Udział biegłego psychologa w polskim procesie karnym*. Palestra 1998; 8: 11–21.
3. Paprzycki L. *Przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych psychiatrów i psychologów w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji*. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. *Psychologiczne i psychiatryczne opiniowanie sądowe w ramach nowych uregulowań prawnych*. Katowice: Wydawnictwo Anima; 2001, s. 15–25.
4. Paprzycki L, Błachnio-Parzych A, Paprzycki R. *Opiniowanie psychiatryczne i psychologiczne w procesie karnym. Orzecznictwo i piśmiennictwo*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, 2002.
5. Gierowski JK, Popp F. *Psychologiczne i psychopatologiczne aspekty niepoczytalności: studium porównawcze podstaw prawnych opiniowania o niepoczytalności w RFN, Austrii, Szwajcarii i Polsce*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7, supl. 3 (8): 31–38.
6. Gierowski JK, Heitzman J, Szymusik A. *Psychiatria sądowa*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 3. Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner; 2003, s. 429–469.
7. Gierowski JK. *Niektóre dylematy biegłego psychologa w świetle przepisów projektu kodeksu postępowania karnego*. W: *Dowód z opinii biegłego w projekcie kodeksu postępowania karnego*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych; 1996, s. 43–48.
8. Gierowski JK. *Rola biegłego psychologa w opiniowaniu o poczytalności – problemy diagnostyczne i kompetencyjne*. W: Gierowski J, Szymusik A, red. *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*. Kraków: Wyd. Collegium Medicum UJ; 1996, s. 116–126.
9. Gierowski JK, Szymusik A. *Nowe prawo karne z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*. Psychiatr. Pol. 1998; 4: 383–393.
10. Doda Z, Gaberle A. *Dowody w procesie karnym*. Warszawa: Dom wydawniczy ABC; 1995.
11. Czerederecka A, Gierowski JK, Jaśkiewicz-Obydzinska T. *Ekspertyza psychologiczna*. W: Wójcickiewicz J, red. *Ekspertyza sądowa*. Wyd. Zakamycze; 2002.
12. Gordon T. *Udział psychologa w opiniowaniu zastosowania (bądź uchylenia) środków zabezpieczających, przewidzianych w art. 93–96 kk*. W: Stanik JM, Majchrzyk Z, red. *Psychologiczne i psychiatryczne opiniowanie sądowe w ramach nowych uregulowań prawnych*. Katowice: Wydawnictwo Anima; 2001, s. 45–62.
13. Habzda-Siwiek E. *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze; 2002.
14. Habzda E. *Ekspertyza psychologiczna i psychiatryczna sprawców przestępstw (Modele współpracy biegłych)*. Państwo i Prawo 1992; 3: s. 49–56.
15. Hofmański P, Sadzik E, Zgryzek K. *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1999.
16. Widła T. *Ocena dowodu z opinii biegłego*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1992.

17. Gaberle M. *Ekspertyza kompleksowa w sprawie stanu zdrowia psychicznego oskarżonego – zagadnienia węzłowe*. W: Stanik JM, Majchrzyk Z, red. *Psychologiczne i psychiatryczne opiniowanie sądowe w ramach nowych uregulowań prawnych*. Katowice: Wydawnictwo Anima; 2001, s. 34–44.
18. Lipczyńska M, Ponikowski R. *O jednolitą interpretację niektórych spornych pojęć z zakresu ekspertyzy*. *Prob. Kryminal.* 1981; 150: 161–172.
19. Szymusik A. *Opinia kompleksowa – zakres kompetencji poszczególnych specjalistów*. W: *Dowód z opinii biegłego w projekcie kodeksu postępowania karnego*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych; 1996, s. 27–34.
20. Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria kliniczna*. Tom II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
21. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opis kliniczny i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Wyd. Medyczne „Vesalius”; 2000.
22. Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Tom 1. Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005.

Praca zamówiona przez redakcję.