

Aktualny stan i perspektywy psychiatrii sądowej w Polsce

Current state and perspectives of forensic psychiatry in Poland

Józef Krzysztof Gierowski

Z Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii CM UJ
oraz z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J.K. Gierowski

Summary: The paper is an attempt to describe the current state of affairs and perspectives in Polish forensic psychiatry in relation to the EU rules and standards on dealing with psychiatric patients who break the law.

Basic dilemmas and rules of forensic psychiatry are presented which allow for the formulation of a specific meta-model which in turn will enable further reforms and improvement of Polish forensic psychiatry. The author also analyses new opinion formulation rules in accordance with the criminal justice act of 1997. New legal regulations introduced solutions which improved the earlier legal regulations. This includes the role of the psychologist together with the psychiatrist, when deciding on the person's accountability.

Limiting detention use only in the cases of non-accountable offenders is an unfavourable action which is against European standards and makes it difficult for many psychiatrically ill offenders to obtain therapeutic help or adequate rehabilitation.

Słowa klucze: psychiatria i psychologia sądowa, podstawowe zasady diagnozy i terapii, aktualny stan i perspektywy

Key words: forensic psychiatry and psychology, basic rules of diagnosis and therapy, actual state and perspectives

Wprowadzenie

Psychiatria sądowa obejmuje swym zakresem szeroki krąg zagadnień leżących na styku prawa, psychiatrii i psychologii. Wiadomo, iż o nowoczesnej psychiatrii sądowej mówić można zaledwie od kilkadziesiątu lat. Warto też sobie uświadomić, iż sposób, w jaki traktuje się chorych i zaburzonych psychicznie sprawców przestępstw, jest ważnym i czułym wskaźnikiem świadomości i wrażliwości społecznej. Sukcesy i niepowodzenia, które składają się na codzienną praktykę psychiatrii sądowej, uzasadniają potrzebę głębszej analizy jej dotychczasowych osiągnięć, aktualnych bolączek czy też perspektyw dalszego rozwoju. Aby odpowiedzieć na pytanie o aktualny stan i perspektywy psychiatrii sądowej w Polsce, niezbędna jest szersza orientacja

i wiedza dotycząca osiągnięć i funkcjonowania różnorodnych instytucji sądowo-psychiatrycznych w państwach Unii Europejskiej, jedynie bowiem w ten sposób można usiłować ocenić, w jakim stopniu przyjęte w naszym kraju rozwiązania prawne i organizacyjne odpowiadają współczesnym, światowym standardom, gdy rozpatruje się kwestie postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie naruszającymi porządek prawny. Mówiąc inaczej, nie sposób jest postawić rzetelnej i trafnej diagnozy aktualnego stanu psychiatrii sądowej w Polsce bez analizy europejskich i światowych osiągnięć w tym zakresie, zwłaszcza tych, które dotyczą podejmowania różnorodnych inicjatyw, kodyfikacyjnych i organizacyjnych, zmierzających do osiągnięcia jak najwyższych standardów diagnostycznych i terapeutycznych. Specyficzna perspektywa, o której wspomniano, zmusza dodatkowo do krytycznej oceny tego, co przeżyliśmy w związku z konfrontacją z zachodnią psychiatrią sądową. Z pełną świadomością, iż z wielu względów niemożliwe jest mechaniczne przejście wzorów, a zwłaszcza systemów funkcjonujących w różnych państwach Unii, można i należy podjąć próbę inkorporacji do polskiego modelu psychiatrii sądowej konkretnych, wypróbowanych i sprawdzonych rozwiązań i elementów modeli, które mogą i powinny funkcjonować w polskiej rzeczywistości. Wymaga to dokonania pewnej selekcji informacji i konkretnych rozwiązań organizacyjnych uwzględniających kulturową specyfikę naszego kraju, jego możliwości finansowe czy kadrowe. Działania takie charakteryzować się muszą specyficznym pragmatyzmem i realizmem zmuszającym do wskazania tego, co niezbędne i konieczne, aby w podstawowych wymiarach sprostać standardom europejskim. W efekcie możliwe będzie stworzenie swego rodzaju metasystemu czy metamodelu o stosunkowo wysokim poziomie ogólności. Wymaga to uchwycenia i wskazania tego, co jawi się jako najważniejsze i niezbędne do tego, aby w stosunkowo krótkim czasie i przy ograniczonych możliwościach organizacyjno-finansowych mogło dojść w Polsce do stworzenia nowoczesnego systemu psychiatrii sądowej.

Przedmiot i zakres psychiatrii sądowej

Rozważania dotyczące przedmiotu i zakresu psychiatrii sądowej rozpocząć można od stwierdzenia, iż jej obszar działania jest niewątpliwie szerszy niż wynikałoby to z samej tylko semantycznej interpretacji analizowanego pojęcia. Psychiatria sądowa wykracza daleko poza jej tradycyjne rozumienie, ograniczające jej zakres do wykorzystywania wiedzy psychiatrycznej dla opiniodawczych potrzeb wymiaru sprawiedliwości. Specyficzna rola, jaką pełni psychiatria w wymiarze sprawiedliwości, zarówno w swoim diagnostycznym, jak i terapeutycznym wymiarze, sugeruje jednoznacznie, iż ma ona istotny społeczny wymiar. Ten społeczny wymiar wynika z przeobrażeń, jakim w ostatnim czasie uległa diagnostyka psychiatryczna, uwzględniająca coraz szerzej rolę czynników środowiskowo-sytuacyjnych w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Dzieje się tak zarówno w związku z wprowadzaniem do klasyfikacji psychiatrycznych nowych zespołów psychopatologicznych, takich jak na przykład zespół stresu pourazowego (PTSD) czy ostra reakcja na stres, jak i na skutek usprawniania samej procedury diagnostycznej uwzględniającej, jak ma to miejsce w klasyfikacji DSM, dodatkowe osie diagnostyczne.

Spółeczny charakter ma również psychiatria w swoim terapeutycznym wymiarze. Rozwój psychiatrii środowiskowej, psychoterapii czy też profilaktyki zdrowia psychicznego nie może pozostawać bez wpływu na podstawowe zadania psychiatrii sądowej. Analiza psychopatologiczna stanu psychicznego sprawcy czynu zabronionego, a zwłaszcza wynikające z niej implikacje terapeutyczne, nie mogą nie uwzględniać sieci poznawczej, w której funkcjonuje badany sprawca, interpersonalnej relacji pomiędzy nim a ofiarą, a także procesów motywacyjnych osoby naruszającej porządek prawny. Jest oczywiste, iż wspomniane powyżej zmienne mają istotny wymiar społeczny.

Współczesna psychiatria sądowa musi również uwzględniać psychologiczną analizę osobowości sprawcy przestępstwa, kształtując ją czynniki i mechanizmy, psychologiczną ocenę sytuacji kryminogennej oraz procesy motywacyjne prowadzące już bezpośrednio do naruszenia porządku prawnego. Istotną rolę odgrywa przy tym psychologiczna diagnoza stopnia samokontroli, z jakim działa sprawca, odpowiada ona bowiem temu, co w prawnej definicji niepoczytalności określane jest jako jej kryterium psychologiczne. Warto w tym miejscu podkreślić, iż współczesne klasyfikacje psychiatryczne, w tym zwłaszcza klasyfikacja ICD, nie są w stanie, bez wsparcia diagnostyki psychologicznej, uwzględnić tych oczekiwań wymiaru sprawiedliwości, które dotyczą na przykład wieloczynnikowych uwarunkowań zaburzeń osobowości sprawcy, stopnia zagrożenia, jakie stwarzać on może dla porządku prawnego, prognozy kryminologicznej, czy też najbardziej adekwatnych metod psychoterapii czy rehabilitacji. Najogólniejsze spostrzeżenie dotyczące przedmiotu i zakresu psychiatrii sądowej sprowadzić można do stwierdzenia, iż obszar jej zainteresowania podlega nieustannym dynamicznym zmianom, polegającym na doskonaleniu i poszerzaniu zadań diagnostycznych, tworzeniu nowych interdyscyplinarnych obszarów, metod i zasad diagnostycznych oraz na kompleksowym, a więc interdyscyplinarnym, podejściu do procesu diagnozy i terapii. Sytuacja taka zmusza do wypracowania specyficznej aparatury pojęciowej odwołującej się do wiedzy medycznej, psychologicznej, socjologicznej czy pedagogicznej. Powyższe zjawisko ma charakter dynamicznego procesu, w którym precyzyjne definicje odgrywają rolę drugoplanową, stanowiąc bardziej odległy cel podejmowanych działań. Jest to sytuacja, w której trudno uniknąć kolizji z prawnikami, dla których jasna i jednoznaczna definicja stanowi punkt wyjścia wszystkich podejmowanych działań i czynności. Powyższe zasady funkcjonowania psychiatrii sądowej mieszczą się w polskich realiach, nie odbiegając w sposób istotny od standardów europejskich.

Prawne ramy psychiatrii sądowej

Kolejny problem psychiatrii sądowej dotyczy jej relacji z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Stanowią one podstawę prawną wszelkich działań w ramach podstawowych zadań psychiatrii sądowej. Definicje prawne określające stan niepoczytalności, kryteria stosowania środków zabezpieczających, czy też podstawowe zasady postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi naruszającymi porządek prawny zmuszają do dość sztywnych działań ograniczanych obowiązującymi regulacjami. Prawne definicje i procedury z trudem „przekładają się” na pojęcia, którymi posługu-

je się współczesna psychiatria. Dogmatyczny, statyczny i konserwatywny charakter prawa jest często czynnikiem, który utrudnia czy też uniemożliwia wykorzystanie, dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości, bardziej współczesnej wiedzy psychiatrycznej, zwłaszcza w obszarze oddziaływań terapeutycznych czy rehabilitacyjnych. Jest przy tym charakterystyczne, że diagnoza stopnia poczytalności sprawcy czynu zabronionego nie stwarza zazwyczaj poważniejszych trudności. Dotyczy to większości europejskich definicji niepoczytalności. Zdecydowanie poważniejsze trudności sprawiają te definicje i pojęcia prawne, które starają się określić stopień zagrożenia dla porządku prawnego czy też prawdopodobieństwo naruszenia porządku prawnego w sposób podobny do tego, który spowodował przyjęcie działania w stanie zniesionej czy też ograniczonej poczytalności.

Definicje prawne, formułowane zgodnie z zasadami logiki formalnej, z trudem przystają do aparatury pojęciowej współczesnej psychiatrii czy psychologii. W najlepszym przypadku stwarzają podstawowe warunki do wypełnienia bardziej współczesną wiedzą psychopatologiczną statycznych sformułowań prawnych. Stwierdzenie, iż prawo nie nadeży za potrzebami życia społecznego, mimo swej banalności i oczywistości jest szczególnie niewygodne dla tych, którzy usiłują trzymać się w praktyce podstawowych zasad psychiatrii sądowej. Fakt, iż na przykład, w ramach środków zabezpieczających prawo stara się przede wszystkim uznawać zasadę izolacji i zabezpieczenia, a leczenie i poprawa stanowią raczej cel drugoplanowy, stanowi i w przyszłości stanowić będzie źródło wielu konfliktów pomiędzy prawnikami a psychiatrami sądowymi. Prawnicy oczekują, iż podejmowane działania terapeutyczno-rehabilitacyjne odbywać się mogą jedynie w warunkach absolutnego bezpieczeństwa, psychiatrzy natomiast mają pełną świadomość, iż nie da się nigdy wykluczyć pewnego marginesu ryzyka. Sytuacja, o której mowa, może nie sprzyjać stosowaniu w psychiatrii sądowej najnowszych metod terapeutycznych. Dzieje się tak najczęściej, gdy przepisy prawa nie dają podstaw do wykorzystania większości metod stosowanych przez psychiatrię społeczną i środowiskową, usiłując ograniczyć postępowanie terapeutyczne do działań w zakładach zamkniętych.

Z naszej polskiej perspektywy niewątpliwie największe wrażenie robi holenderski system TBS. Wydaje się, iż centrum Pieter Baan w Utrechcie osiągnęło nadzwyczaj wysokie kompetencje diagnostyczne, a Van Hoeven-Klinika realizuje wszechstronny, wieloaspektowy program terapeutyczny. Wielokierunkowa diagnoza stanu zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego, uwzględniająca również jego funkcjonowanie społeczne, prognozę psychologiczno-kryminologiczną, motywację i gotowość do zaakceptowania określonych oddziaływań leczniczo-terapeutycznych jest w Holandii standardem opiniodawczym. Opinie sporządza interdyscyplinarny zespół diagnostyczny, w skład którego wchodzi psychiatrzy, psychologowie, socjologowie i prawnicy. Mają oni pełną informację o profilach, możliwościach terapeutycznych, uwzględniających specyfikę zaburzeń psychicznych sprawcy oraz jego przestępczą aktywność w programach terapeutycznych wszystkich holenderskich klinik sądowych. Już w opinii o poczytalności sprawcy uwzględnia się podstawowe kierunki i metody terapii, rehabilitacji czy resocjalizacji. Programy realizowane w detencyjnych klinikach uwzględniają potrzeby zarówno osób niepoczytalnych, a więc chorych psychicznie,

jak i tych, u których stwierdza się poważne zaburzenia osobowości manifestujące się na przykład nieprawidłowościami psychoseksualnymi. Wiele uwagi poświęca się wykorzystaniu metod psychiatrii społecznej, środowiskowej, opiece postpenitencjarnej, ambulatoryjnym formom opieki [1]. Na tym tle raczej mizernie prezentują się polskie rozwiązania.

Podstawy prawne, na których opiera się psychiatria sądowa w Polsce, mają jeden jeszcze, najbardziej ogólny wymiar. Odnosi się on do głównych celów i zadań opieki psychiatrycznej, sformułowanych w nowoczesnej, jak na światowe standardy, Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Określa ona najogólniejsze zasady zabezpieczania tej wartości społecznej, którą jest zdrowie psychiczne, i brak jest uzasadnionych merytorycznie argumentów do przyjęcia, aby nie miały one obowiązywać także wobec tych, którzy w związku z ujawnianymi zaburzeniami naruszyli obowiązujące prawo. Oczywiście w tych sytuacjach, kiedy inne, bardziej szczegółowe rozwiązania ustawowe tego nie wykluczają. Te ostatnie są jednak tylko wyjątkami od wyżej wspomnianej generalnej zasady.

Mimo iż psychiatrii polskiej udało się w okresie totalitaryzmu uniknąć uwikłania w nadużycia w celach politycznych, to przez lata była ona zdecydowanie mniej wydolna w przestrzeganiu cywilnych praw pacjentów. Uchwalone w ostatnim czasie w Polsce nowe regulacje prawne radykalnie zmieniły tę sytuację. Zdają się one zabezpieczać podstawowe prawa człowieka, również osób chorych czy zaburzonych psychicznie, które naruszyły porządek prawny.

Zagadnienia diagnostyczne i kompetencyjne w świetle nowych regulacji prawnych

Różnice diagnostyczne i kompetencyjne, jakie istnieją pomiędzy poszczególnymi naukami sądowymi, stwarzają, w zakresie działania ekspertów reprezentujących różne dziedziny wiedzy, wiele 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 jasnych kryteriów kompetencji psychiatrów i psychologów jest dziś pewnym standardem w postępowaniu z osobami zaburzonymi czy też chorymi psychicznie. Powyższe zjawisko związane jest z przyjęciem multidyscyplinarnego podejścia do pacjenta i to zarówno jeśli chodzi o diagnozę, terapię, jak i 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 diagnozy i postępowania z mającymi zaburzenia psychiczne sprawcami czynów zabronionych, oparte są od lat na poglądach tradycyjnych, chwilami historycznych, i nie odpowiadają zasadom nowoczesnej diagnostyki psychiatryczno-psychologicznej. Reforma prawa karnego w Polsce zdawała się stwarzać sprzyjające warunki do wprowadzenia do procesu i prawa karnego rozwiązań, które nie raziłyby swoim anachronizmem i nawiązywałyby do podstawowych, współczesnych zasad diagnostyki i terapii chorych oraz zaburzonych psychicznie. Jest sprawą dyskusyjną, 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. Odnoszą się one przede wszystkim do tych nowych regulacji, które dotyczą współpracy biegłych psychiatrów i psychologów. W poprzednich ustawach karnych budziły one wiele zastrzeżeń, z których najważniejsze dotyczyły niepokrywania się merytorycznych kompetencji 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 środowisko osób związanych z praktyką psychiatrii sądowej. Uzasadnione wydaje się w związku z tym przekonanie wielu psychiatrów i psychologów, iż ich udział w tworzeniu i dyskusji nad nowym prawem był wyjątkowo skromny.

Rozpoczynając 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. Można w tym miejscu przypomnieć, iż z samej definicji niepoczytalności nie wynikają wprost jakiegokolwiek wnioski kompetencyjne 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, uznanie, iż „inne zakłócenia czynności psychicznych” nie muszą mieć wcale charakteru zjawiska patologicznego, czy też 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 [2, 3]. W literaturze wielokrotnie podkreślano trudności, jakie napotykają biegli, usiłując zobiektywizować tzw. psychologiczne kryteria niepoczytalności. Przyjęcie koncepcji samokontroli jest pewną próbą przezwyciężenia wspomnianych trudności diagnostycznych.

Zdecydowanie poważniejsza zmiana niż w przypadku konstrukcji niepoczytalności znajdujemy w rozdziale dotyczącym środków zabezpieczających. Warto podkreślić, że środowisko psychiatryczne od lat usiłowało doprowadzić do pewnych zmian w obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących instytucji detencji psychiatrycznej. Czy przyjęte zmiany są korzystne i odpowiadają współczesnym standardom postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi naruszającymi porządek prawny, wydaje się

co najmniej dyskusyjne.

Z porównania dotychczasowych 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 mógł stwarzać sprawca działający w stanie znacznie ograniczonej poczytalności czy też całkowicie jej pozbawiony. Aktualne prawo formułuje powyższą zasadę nieco inaczej. Celem omawianych środków ma być zapobieżenie ponownemu popełnieniu 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 popełnią czyn o znacznej społecznej szkodliwości, a prawdopodobieństwo, że dopuszczą się takiego czynu ponownie będzie 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 osoby 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 jasniej określonych wskazań lekarskich. Zgodnie z omawianą zasadą sąd może, według własnego uznania, skierować każdego skazanego sprawcę działającego w stanie ograniczonej poczytalności do specjalnie sprofilowanego zakładu karnego. 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.

Wydawać by się mogło, że obowiązujące rozwiązania stworzą sprzyjające warunki do tego, by duża część internowanych pacjentów została objęta systemem bardziej współczesnej opieki psychiatrycznej, ze wszystkimi tego konsekwencjami (np. pozostawiania pełnej swobody lekarzowi w zakresie stosowania form leczenia i metod). Z trudnych do zrozumienia powodów minister zdrowia woli koncentrować się na tworzeniu trójstopniowego systemu zabezpieczeń pacjentów detencyjnych i budowie

bardzo kosztownych zakładów wyposażonych w najnowocześniejsze systemy kontroli i zabezpieczenia. Wspomniane powyżej rozwiązania organizacyjne, które w swych podstawowych zasadach zdają się przystawać do tych regulacji prawnych, które utraciły rację bytu z chwilą wejścia w życie w 1998 roku nowych ustaw karnych, nie sprzyjają tworzeniu dla pacjentów detencyjnych nowoczesnych programów leczniczych. Mówi się o nich dopiero od niedawna, a stopień zaawansowania ich realizacji nie napawa optymizmem. Trzeba w tym miejscu jasno powiedzieć, że we współczesnych zakładach detencyjnych pozostaną niemal wyłącznie pacjenci psychotyczni, którzy bardziej niż cel i służ potrzebują sensownego programu leczniczo-rehabilitacyjnego. Problemem są natomiast oddziały obserwacyjne, w których potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa i dozoru z oczywistych względów nie może być przeceniona.

Na jednoznacznie pozytywną ocenę zasługują natomiast te nowe regulacje prawne, które dotyczą możliwości prowadzenia w ramach środków zabezpieczających terapii odwykowej. Stwarzają one dla skazanego wiele pozytywnych motywacji do kontynuowania leczenia, umożliwiają także szersze wykorzystanie ambulatoryjnych i środowiskowych form terapii.

Powracając do problemu opinii psychiatryczno-psychologicznej należy podkreślić, iż rozwiązania zawarte w nowym kodeksie postępowania karnego, przewidujące udział w wydaniu opinii o stanie zdrowia psychicznego sprawcy biegłych innych specjalności jedynie 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.

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. Przyczyn tego dopatrywać się należy przede wszystkim w społecznym kontekście towarzyszącym pracom nad reformą, zwłaszcza w ostatnim ich okresie. Silna presja społeczeństwa domagającego się zaostrożenia odpowiedzialności karnej oraz zdecydowanie izolacyjnego modelu postępowania z osobami naruszającymi porządek prawny odbiły się, nie zawsze korzystnie, również na tych rozwiązaniach, które odnoszą się do sprawców z zaburzeniami czy chorych psychicznie.

Omawiając zasady stosowania w Polsce środków zabezpieczających należy podkreślić, iż w przeciwieństwie do rozwiązań niemieckich czy holenderskich brak jest w naszych przepisach prawnych takich ogólnych zasad, jak np. zasada proporcjonalności czy też eksponowanie „poprawy” rozumianej jako podstawowy cel internacji.

Przyjęcie, iż terapii w specjalnie sprofilowanych zakładach leczniczych podlegają jedynie niepoczytalni sprawcy przestępstw, a także nierealistyczne założenie, iż zakłady karne są w stanie podejmować działania leczniczo-terapeutyczne wobec sprawców działających ze znacznie ograniczoną poczytalnością – to tylko przykłady tych nowych polskich przepisów, które blokują możliwość rozwoju psychiatrii sądowej. Polskie regulacje zdecydowanie zachwiały proporcje pomiędzy leczeniem a zabezpieczeniem

pacjentów detencyjnych. Jak dotychczas, reforma prawa karnego uwzględnia jedynie te oczekiwania społeczne, które sprowadzić można do zaostrzenia odpowiedzialności karnej czy też izolacji tych sprawców, którzy stwarzają najpoważniejsze zagrożenie społeczne. Świadczą o tym wszystkie dotychczasowe nowelizacje ustaw karnych. Nowy polski kodeks karny szybko przestał być spójnym i konsekwentnym aktem prawnym i nic nie wskazuje na to, aby nieustanne zmiany i poprawki uwzględniać miały potrzeby mających zaburzenia psychiczne sprawców czynów zabronionych. Interesujące nas regulacje trudno uznać za przyjazne ludziom, zwłaszcza tym, którzy naruszając prawo działali w stanie zniesionej bądź ograniczonej poczytalności.

Przyczyny powyższego stanu rzeczy są proste do wyjaśnienia. Wynikają one z niskiej świadomości i wiedzy polskiego społeczeństwa. W swoich postawach wobec przestępczości kieruje się ono prostą potrzebą odwetu, jest przekonane, iż wzrostowi przestępczości zapobiec może jedynie zwiększenie penalizacji, nie widzi potrzeby, aby mającym zaburzoną psychikę i chorym psychicznie sprawcom czynów zabronionych potrzebna była jakakolwiek terapia czy rehabilitacja. W przekonaniu większości Polaków jedynie przywrócenie kary śmierci zapobiec by mogło kryminalizacji życia społecznego. Wszelkie argumenty specjalistów sugerujące nieprawdziwość powyższych przekonań pozostają bez żadnego odzewu. Populistycznie nastawieni politycy cynicznie wykorzystują powyższą sytuację umieszczając w swoich programach wyborczych żądania zaostrzenia zasad odpowiedzialności karnej. Podkreślają przy tym, iż stan finansów państwa nie pozwala, w okresie transformacji ustrojowej, na finansowanie jakichkolwiek działań terapeutycznych wobec sprawców potrzebujących, podstawowych nawet, oddziaływań psychiatrycznych. Jakiegokolwiek próby symulacji kosztów w zakresie postępowania z cierpiącymi na zaburzenia psychiczne sprawcami przestępstw kończą się niepowodzeniem, traktowane są jako mało rzetelne spekulacje, nie znajdując zrozumienia nawet u bardziej światłych polityków.

Kwestie organizacyjne i etyczne

Nie ulega wątpliwości, iż pomimo szeregu cennych i ważnych inicjatyw osób i instytucji działających w ramach psychiatrii sądowej, nie przeżywa ona aktualnie okresu szczególnego rozwoju i prosperity. Jakość wydawanych opinii oraz rzetelność ich sporządzania upoważniają do szeregu krytycznych niejednokrotnie ocen. Z niedawno przeprowadzonych badań Habzdy-Siwiek [4] wynika jednoznacznie, iż diagnoza stanu psychicznego sprawców czynów zabronionych nie spełnia najczęściej podstawowych standardów diagnostycznych, jest powierzchowna, przeprowadzana z naruszeniem ustawowo określanych warunków badania sądowo-psychiatrycznego (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymaga, by odbywały się one w warunkach zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej). Cytowane wyżej badania obejmują także próbę opisu wpływu wspomnianej diagnozy na rozstrzygnięcia procesowe. Jest on, niestety, niewielki, uwzględniany w toczących się postępowaniach niechętnie i sporadycznie. Badanie stanu psychicznego sprawcy traktowane jest przez wielu prawników jako swoista formalność nie mająca istotnego znaczenia procesowego. Niskiej jakości opinii sądowo-psychiatrycznych i psychologicznych sprzyjają także zasady, które regulują kwestie wynagradzania za sporządzane opinie. Sądy niejednokrotnie nie

wywiązują się terminowo ze swoich finansowych zobowiązań czy też jednostronnie je zmieniają. Zapowiadane od lat nowe regulacje ustawowe, dotyczące między innymi obiektywizacji zasad wynagradzania biegłych poprzez przyjęcie stawek godzinowych, nie mogą doczekać się ostatecznej realizacji. Stan ten sprzyja „chałturzeniu”, niskiej jakości wydawanych opinii, zniechęca bardziej doświadczonych biegłych do sporządzania ekspertyz, sankcjonuje i usprawiedliwia działania pozorne i powierzchowne. O tym, iż status biegłego nie jest dziś zbyt wysoki, świadczą także opinie zawierające nierzetelne i nieprawdziwe diagnozy, wydawane na zamówienie tych podejrzanych, oskarżonych czy skazanych, którzy dysponują dużymi możliwościami finansowymi. Mówiąc wprost – psychiatria sądowa nie jest, niestety, wolna od korupcji. Nagląca jest więc potrzeba podjęcia przez środowisko psychiatrów i psychologów sądowych takich inicjatyw organizacyjnych, które z jednej strony zapewnią możliwość godziwej rekompensaty za sporządzanie opinii, z drugiej – pozwolą na napiętnowanie tych biegłych, którzy łamią podstawowe zasady etyczne czy prawne. Wymaga to stworzenia bardziej skutecznego systemu nadzoru i kontroli nad biegłymi, zaostrożenia systemu kwalifikacji ich kompetencji merytorycznych i poziomu moralnego.

Trudno również nie zauważyć, iż psychiatria sądowa nie może poszczycić się szczególnie sukcesami i osiągnięciami w sferze naukowej i akademickiej. Wiodąca przez lata Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii wyraźnie podupada, a jedyną „sądową” rozprawą habilitacyjną, w okresie ostatnich dwudziestu lat, jest praca Janusza Heitzmana pt. *Stres w etiologii przestępstw agresywnych* [5]. Na tym tle zdecydowanie korzystniej przedstawia się dorobek naukowy polskich psychologów sądowych współpracujących na co dzień z psychiatrami. Od roku 1990 habilitowali się: Józef Gierowski [6], Zdzisław Majchrzyk [7] i Anna Wolska [8].

W świetle powyższych, jednoznacznie krytycznych uwag odnoszących się do głównych bolączek polskiej psychiatrii sądowej, szczególnej wagi nabiera, godny najwyższych pochwał, dorobek i aktywność Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Szkoleniowo-naukowa aktywność sekcji, waga podejmowanych przez nią tematów, ich wysoka aktualność – wychodzą naprzeciw tym oczekiwaniom środowiska psychiatrów sądowych, które dotyczą zarówno potrzeby doskonalenia jakości opiniowania i skuteczniejszej terapii, jak i konieczności uznania jej specyficznych zadań i nowych wyzwań w okresie głębokich przemian i przeobrażeń ustrojowych. Szczególną wartość stanowią materiały zjazdów i konferencji organizowanych przez sekcję, mających przy tym coraz częściej charakter międzynarodowy. I tak z udziałem psychiatrów i psychologów z Niemiec, Austrii, Holandii, Litwy, Estonii, Ukrainy dyskutowano w ostatnich latach między innymi o ochronie praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi, o opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym w nowych uwarunkowaniach prawnych i psychospołecznych czy o problemach zaburzeń reaktywnych w psychiatrii sądowej. Tematami innych konferencji była psychiatria sądowa wobec przemian w krajach środkowowschodniej Europy czy też potrzeba i możliwość multidyscyplinarnej kontroli opinii sądowo-psychiatrycznych.

Trudno w tym miejscu nie wspomnieć o ważnej, choć niejednokrotnie kontrowersyjnej, roli środków masowego przekazu w informowaniu społeczeństwa o aktualnych problemach i dylematach psychiatrii sądowej. Z upodobaniem godnym lepszej sprawy informują one swoich odbiorców o nowych przejawach patologii społecznej,

sensacyjnych zabójstwach i aktach przemocy, niepowodzeniach w terapii chorych sprawców czynów zabronionych. Informacje te, najczęściej mało rzetelne i podawane w sensacyjnej formie, generują ogólne poczucie zagrożenia i lęku, a ponadto są w stanie skutecznie zablokować najbardziej nawet sensowne i merytoryczne dyskusje na temat psychiatryczno-psychologicznych aspektów i źródeł przestępczości oraz sposobów ich przezwycięzania. Doświadczenia większości krajów Unii Europejskiej wskazują na to, iż szeroko rozumiana edukacja społeczna oraz umiejętne propagowanie i promowanie osiągnięć współczesnej psychiatrii sądowej może wpływać pozytywnie na stan świadomości społecznej, zmieniając poglądy ludzi i ich uprzedzenia także wobec tych, którzy w związku z ujawnianymi przez siebie zaburzeniami psychicznymi naruszyli porządek prawny.

Podsumowanie i wnioski

Podsumowując dotychczasowe rozważania nad aktualnym stanem i perspektywami rozwoju psychiatrii sądowej w Polsce, w tym zwłaszcza nad możliwościami podejmowania działań zmierzających do tworzenia specyficznego metamodelu, stanowiącego punkt wyjścia dalszych reform, i doskonalenia jej funkcjonowania, można sformułować następujące uwagi:

1. Diagnostyka sądowo-psychiatryczna wykracza, z uwagi na swój specyficzny charakter, poza tradycyjną diagnozę psychiatryczną. Wymaga ona postępowania interdyscyplinarnego, uwzględniającego także stan i możliwości diagnozy psychologicznej, socjologicznej czy pedagogicznej. Tylko podejście biopsychospołeczne, integrujące możliwości poznawcze różnych obszarów nauki, zapewnić może stworzenie spójnego modelu diagnostyczno-terapeutycznego. Diagnoza uwzględniać musi społeczny i sytuacyjny wymiar działania sprawcy czynu zabronionego, jego motywację, stopień samokontroli zachowania, a także możliwości i motywację do podjęcia działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Najogólniej biorąc, aktualne polskie regulacje prawne i definicje nie stanowią przeszkody, aby można było przyjąć w diagnostyce sądowo-psychiatrycznej standardy światowe czy europejskie.

2. Model postępowania z mającym zaburzenia psychiczne sprawcą czynu zabronionego musi być zawsze rozpatrywany w wymiarze diagnostyczno-terapeutycznym. Zarówno w obszarze diagnozy, jak i terapii niemożliwe jest inne niż multidyscyplinarne podejście do zadań i czynności diagnostycznych, a także terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Jest przy tym niezbędne, aby wykonujący zadania diagnostyczne miał pełną świadomość co do zakresu i możliwości świadczeń terapeutycznych poszczególnych zakładów i ośrodków leczniczych.

3. Postępowanie z mającym zaburzenia psychiczne sprawcą przestępstwa to najczęściej długi i żmudny proces, w którym winno się móc korzystać z najnowszych osiągnięć terapeutycznych, w tym zwłaszcza z tych, które mają wymiar oddziaływań środowiskowych i opierają się na otwartym, środowiskowo-ambulatoryjnym systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Łagodne przejście od systemów izolacyjnych do półwolnościowych i wolnościowych jest jednym z najistotniejszych czynników warunkujących sukces terapeutyczny. Zasada powyższa może być w polskiej rzeczywistości

prawnej trudna do przestrzegania. Przepisy prawa karnego wyraźnie preferują izolacyjny model stosowania środków zabezpieczających, ograniczając go przy tym niemal wyłącznie do osób chorych psychicznie (niepoczytalnych). Nie sprzyjają również, z wyjątkiem leczenia uzależnień, do wykorzystania tych instytucjonalnych form opieki psychiatrycznej, które funkcjonują w ramach środowiskowego modelu terapii.

4. Nie da się uniknąć kolizji pomiędzy prawnym a medyczo-terapeutycznym rozumieniem postępowania detencyjnego. Regulacje prawne mogą zarówno sprzyjać, jak i hamować skuteczność postępowania z cierpiącymi na zaburzenia psychiczne sprawcami czynów zabronionych. Pomimo to istnieje możliwość stworzenia takich regulacji prawnych, które, z jednej strony realizować będą przyjazny sprawcy model postępowania i zapobiegać jego stygmatyzacji, z drugiej – spełnią podstawowe oczekiwania społeczne związane ze skuteczną, a więc zabezpieczającą, terapią i rehabilitacją. Można przyjąć, iż w postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi naruszających porządek prawny należy stosować ogólne zasady terapii określone i sformułowane w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych, by odbiegający od normy psychicznej sprawcy nie mogli korzystać z bardziej współczesnych i nowoczesnych form terapii psychiatrycznej, nawet w sytuacji, gdy odbywają karę pozbawienia wolności. Wymaga to jednak instytucjonalizacji tych detencyjnych form działania, których zgodnie z kodeksem karnym można by się było podjąć na specjalnie sprofilowanych oddziałach zakładów karnych.

5. Specyficzny, społeczny kontekst funkcjonowania psychiatrii sądowej musi uczulać na krytyczną rolę środków masowego przekazu, zwłaszcza w zakresie podejmowanych działań terapeutycznych. Wszelkie niepowodzenia, przekazywane niejednokrotnie w sposób sensacyjny i mało obiektywny, mogą zaprzepaścić dotychczasowe osiągnięcia psychiatrii sądowej, skłonić opinię społeczną do przyjmowania postaw negujących sensowność i wartość terapii odbiegających od normy psychicznej sprawców czynów zabronionych. Niezbędne jest podejmowanie działań informujących i promowanie sukcesów terapeutycznych czy też zapoznanie opinii społecznej z danymi dotyczącymi prawdziwych kosztów społecznych związanych z realizowanymi modelami terapeutycznymi.

Powyższe fundamentalne zasady mają ponadkulturowy charakter, stanowiąc realne podstawy do dalszego unowocześnienia i rozwoju polskiego modelu postępowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które naruszają obowiązujący porządek prawny.

Przyszłość psychiatrii sądowej zależeć też będzie od tego, w jakim stopniu jest ona w stanie poszerzyć obszar swojego działania w taki sposób, aby być przydatną w rozwiązywaniu tych problemów społecznych, które wynikają ze zmiany struktury przestępczości, nasilenia zorganizowanej patologii społecznej czy też w udzielaniu pomocy ofiarom przestępstw. Te ostatnie zadania związane są ściśle z doskonaleniem diagnozy relacji interpersonalnej pomiędzy sprawcą a ofiarą oraz umiejętnościami podejmowania i prowadzenia mediacji. Ważne jest również, aby psychiatria sądowa możliwie szybko korzystała z ogólnego postępu wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej. Wprowadzenie do klasyfikacji psychiatrycznych koncepcji stresu [5] czy też wykorzystanie w sądowej diagnostyce psychiatryczno-psychologicznej perspektywy salutogenetycznej, wiedzy o procesach radzenia sobie ze stresem, uruchamianymi stylami i strategiami zaradczymi, czy też z obiektywizującymi proces diagnozy

kwestiami wewnętrznej czy zewnętrznej lokalizacji samokontroli otwierają przed psychiatrią sądową nowe perspektywy i możliwości w zakresie tradycyjnych działań diagnostyczno-terapeutycznych.

Kończąc powyższe rozważania raz jeszcze warto podkreślić, iż nie można wyobrazić sobie przyszłości psychiatrii sądowej, w tym zwłaszcza stworzenia spójnego modelu diagnostycznego, terapeutycznego, resocjalizacyjnego czy prewencyjnego bez postępującej integracji różnych obszarów nauki, tj. multidyscyplinarności. Jest ona naczelną zasadą współczesnej społecznej psychiatrii sądowej.

Reñorëüüí nínñí'íçí ç d'ídn'd'leñçáú nóaáíúé d'ñçóçrñdçé á D'ieürí

Níááçrící

Nínñü' 'aë'ínn' d'díaré íd'díalélic' reñorëüüí nínñí'íç' d'ieüñéé nóaáíúé d'ñçóçrñdçé ç d'ídn'd'leñçáú í, d'rçáčñç' íf ðííí íá' çúáríúçó á Láđí'd'leñéé Óíçç íníá ç nñíárđñá, íd'díalé' 'úçó íñírlíçí ç èçóré n' d'ñçóç-íñçéç írdórlíç' èç n' 'đçäç-íñçéé ñí-çç çđlíç'.

Dđláññrælíú íníáíúí äçéëléú ç íníáú níáđléíúé nóaáíúé d'ñçóçrñdçé, íáónëíäççáríúçí íđáríççröçí nđ'löçöç-íñçíáí nđ'íñíár ç íáälç, nínñræ' 'úçó çnóíáíúé d'óíçñ äë' d'íñéläóíúçó d'lóíđé ç óníáđrínñáíáíç' óóíçöçíçđíáíç' d'ieüñéé nóaáíúé d'ñçóçrñdçé. Ráñđ d'dçáíäçñ ñřéçí ířřéç ííáúó íñíá yęnd'ídnççú, çnóíá' 'úçó çç óáíëíáíáí çíälęńř ç çíälęńř óáíëíáíáí d'íalálic' n' 1997 áíár.

Íáúí d'draíáúí d'íáóé' öçç áälç d'íññíáélic', nínñræ' 'úçí íd'díalé' 'úçé d'díóínn' d'í íñírlíçí ç íá' çúáríúçé áí n'íáí áđlélic', d'díáđ'çñríçé. Ýñí íñíñçññ', írd'đçéíđ, ç đíëç d'ñçóíëíár á d'díóínní yęnd'ídnççú íáínd'í-çáríúçó nđláññá, èçç éí äíççéíçíññç d'díäçélic' çíëd'ëłęñíé d'ñçóçrñdçé-íñçé-í-d'ñçóíëíäç-íñçéé íölıçç, çíáár íáí d'díäléíúé 'aë'ínn' äéłí' léíññü d'díññóđ'íçç. Íáđríç-íçíç äíççéíçíññç d'dçéłíç' çrálđççç ñíëüçí äë' íláéłí' léúó èçó, níáđrçärçó d'draíírdórlíç', 'aë'ínn', çřę d'dráčëí, ílóáíáíúé nđ'íñíáíç, d'díñçáíññí' 'úçé íáđí'd'leñçéç nñíárđñrë. Ýñí d'ieüçélic' óñđóáí' íñ éñáçé èçóré n' d'ñçóç-íñçéç írdórlíç' èç, níáđrçärçó d'díññóđ'ëlic', d'ieó-íçíç íłđr'd'íáñç-íñçéé d'ieüç èçç éí íd'díalé' 'úçé d'räçççñröçç.

Aktueller Stand und Perspektiven der Gerichtspsychiatrie in Polen

Zusammenfassung

Der Artikel ist die Probe der Bestimmung des aktuellen Standes der polnischen Gerichtspsychiatrie und der Perspektiven ihrer Entwicklung im Hinblick auf die in der EU geltenden Prinzipien und Standards, die die Betrachtung der Personen mit psychischen Störungen charakterisieren, die die Rechtsordnung verletzen.

Es wurden die Grundprobleme und Prinzipien der modernen Gerichtspsychiatrie vorgestellt, die ermöglichen, ein spezifisches Metamodell zu bilden, das einen Ausgangspunkt für weitere Reformen und Meisterung des Funktionierens der polnischen Gerichtspsychiatrie bildet. Der Autor analysiert auch neue Begutachtungsprinzipien, die aus der Strafgesetzzordnung aus dem Jahre 1997 resultieren. Mit den neuen Rechtsregelungen wurden die Lösungen eingeführt, die einen gewissen Fortschritt gegenüber den bisher geltenden bilden. Es betrifft zum Beispiel die Rolle des Psychologen im Prozess des Urteilens der Sicherungsmaßregeln oder der Möglichkeit der komplexen psychiatrisch - psychologischen Meinungsäußerung über die Imputabilität des Täters. Die Begrenzung der Möglichkeit der Anwendung von Detenz nur für unzurechnungsfähige Täter der verbotenen Handlungen ist eine ungünstige Lösung, die den europäischen Standards widerspricht. Es macht nämlich vielen Tätern schwer, die unter den psychischen Störungen leiden, therapeutische Hilfe oder entsprechende Rehabilitation zu bekommen.

L'état actuel et les perspectives de la psychiatrie judiciaire en Pologne

Résumé

L'article essaie de déterminer l'état actuel de la psychiatrie judiciaire et les perspectives de son développement dans la lumière des principes et des standards fonctionnant en Union Européenne réglant les procédures envers les personnes souffrant des troubles psychiques qui violent la loi. L'auteur présente les dilemmes et les principes de la psychiatrie judiciaire moderne favorisant la création d'un métamodèle qui pourra constituer le point de départ pour les réformes futures de la psychiatrie judiciaire polonaises. Il analyse aussi les principes du code pénal et du code de procédure pénal de 1997, réglant la formation des opinions. Ces nouvelles réglementations introduisent des solutions progressives par exemple quant au rôle du psychologue au procès décidant des moyens préventifs ou quant à la possibilité de formuler des opinions complexes – psychiatriques et psychologiques – quant au discernement de l'auteur. La limitation des possibilités de la détention seulement aux cas des personnes sans discernement semble être défavorable car elle rend plus difficile l'accès à l'aide thérapeutique aux criminels souffrant des troubles psychiques.

Piśmiennictwo

1. Gierowski JK, Heitzman J. *Rehabilitacyjno-resocjalizacyjne znaczenie sieci społecznej dla sprawców przestępstw*. Palestra 1997, 5–6.
2. 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.
3. Gierowski JK, Szymusik A. *Nowe prawo karne z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*. Psychiatr. Pol. 1998; 4.
4. Habzda-Siwek E. *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*. Kraków: Kantor Zakamycze; 2002.
5. Heitzman J. *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
6. Gierowski JK. *Motywacja zabójstw*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Medycznej; 1989.
7. Majchrzyk Z. *Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw. Analiza procesów motywacyjnych i dyspozycji osobowościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2001.
8. Wolska A. *Model czynników ryzyka popełnienia zabójstwa*. Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego; 2001.

Praca zamówiona
przez redakcję

Adres: J.K. Gierowski
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychiatrii
Zakład Psychologii Lekarskiej
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a
tel. 424-87-09