

Józef Krzysztof Gierowski

Psychiatria sądowa w Polsce - aktualny stan i perspektywy

Palestra 48/7-8(547-548), 104-120

2003

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

KRYMINALISTYKA I DYSCYPLINY POKREWNE

TO TRZEBA WIEDZIEĆ

Józef Krzysztof Gierowski

Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy

Wprowadzenie

Psychiatria sądowa obejmuje swym zakresem szeroki krąg zagadnień leżących w obszarze styku prawa, psychiatrii i psychologii. Wiadomo, iż o nowoczesnej psychiatrii sądowej mówić można zaledwie od kilkudziesięciu 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 sądowno-psychiatrycznych w państwach Unii Europejskiej. Jedynie w ten sposób można bowiem usiłować odpowiedzieć na pytanie na ile przyjęte w naszym kraju rozwiązania prawne i organizacyjne odpowiadają współczesnym, światowym standardom w sytuacji, gdy rozpatruje się kwestie postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie naruszającymi porządek prawny. Mówiąc inaczej nie sposób jest postawić rzetelną i trafną diagnozę 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 swia-

domością, 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 meta-systemu czy meta-modelu 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 posiada 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 poprzez wprowadzanie do klasyfikacji psychiatrycznych nowych zespołów psychopatologicznych, takich jak na przykład zespół stresu pourazowego (PTSD) czy ostra reakcja na stres (Heitzman 2002), jak także na skutek usprawniania samej procedury diagnostycznej uwzględniającej, jak ma to miejsce w klasyfikacji DSM, dodatkowe osie diagnostyczne. Stanowią one specyficzne tło czy też szeroki 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 specyficzną dla pacjenta problemów psychospołecznych i środowiskowych (oś IV) oraz ogólną ocenę adaptacji życiowej (oś V), stanowiącą globalną, bio-psycho-społeczną diagnozę funkcjonowania pacjenta (Wciórka 2002).

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 przebiegu 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, 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 nieoczytalności 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 sprawiać 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 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 do 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. I tak, z jednej strony, 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 zaburzonymi psychicznie naruszającymi porządek prawny, zmuszają do dość sztywnych działań ograniczanych obowiązującymi regulacjami. Prawne definicje i procedury z trudem „przekładają” się na pojęcia, którymi posługuje 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 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 nadąża za potrzebami życia społecznego, mimo swej banalności i oczywistości, jest zjawiskiem szczególnie niewygodnym dla tych, którzy usiłują realizować w praktyce podstawowe zasady psychiatrii sądowej. Fakt, iż na przykład, w ramach realizowania środków zabezpieczających prawo stara się przede wszystkim realizować 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 osiągnęła nadzwyczaj wysokie kompetencje diagnostyczne a Van Hoeven-Kliniki 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 psychiatry, psy-

chologowie, socjologowie i prawnicy. Mają oni pełną informację o profilach, możliwościach terapeutycznych i uwzględniających specyfikę zaburzeń psychicznych sprawcy oraz jego przestępczej aktywności 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 (Gierowski, Heitzman 1997). Na tym tle raczej mizernie prezentują się polskie rozwiązania.

Podstawy prawne, w oparciu o które funkcjonuje psychiatria sądowa w Polsce, mają jeden jeszcze, najbardziej ogólny wymiar. Odnosi się on do podstawowych 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 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 do celów 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 i u tych osób chorych i zaburzonych psychicznie, które naruszyły porządek prawny.

Zagadnienia diagnostyczne i kompetencyjne w świetle nowych regulacji prawnych

Kwestie diagnostyczne i kompetencyjne jakie zachodzą pomiędzy poszczególnymi naukami sądowymi stwarzają, w zakresie działania ekspertów reprezentujących różne dziedziny wiedzy, 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 jasnych kryteriów 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 multi-

dyscyplinarnego podejścia do pacjenta i to zarówno w obszarze diagnozy jak i terapii oraz rehabilitacji. Postępująca integracja wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej z trudem znajduje odzwierciedlenie w psychiatrii i psychologii sądowej. Przekonania twórców tych regulacji prawnych, które odnoszą się do sytuacji 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. Reforma prawa karnego w Polsce zdawała się stwarzać sprzyjające warunki dla wprowadzenia do procesu i prawa karnego rozwiązań, które nie raziłyby swoim anachronizmem i nawiązywałyby do podstawowych, współczesnych zasad diagnostyki i terapii chorých 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 zagadnień współpracy opiniodawczej psychiatryczno-psychologicznej. W poprzednich ustawach karnych budziły one wiele zastrzeżeń, z których najważniejsze dotyczyły niepokrywania się merytorycznych kompetencji psychiatrii i psychologii z rozwiązaniami formalno-prawnymi. 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 rozstrzyganiu poważniejszych kwestii diagnostycznych. Bardziej szczegółowa analiza konstrukcji przepisu art. 31 k.k., 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 wnio-

sku, 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 w sytuacji 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 (Gierowski 1996a, 1996b). W literaturze wielokrotnie podkreślano trudności na jakie napotykają biegli usiłując zobiektywizować tzw. psychologiczne kryteria niepoczytalności. Przyjęcie koncepcji samokontroli jest pewną próbą przezwyciężenia wspomnianych trudności diagnostycznych.

Zdecydowanie poważniejsze zmiany 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 (Gierowski, Szymusik 1998). Czy przyjęte zmiany są korzystne i odpowiadają współczesnym standardom postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie 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 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 będą oni sprawcami czynu o znacznej społecznej szkodliwości, a prawdopodobieństwo, że popełnią taki czyn 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 k.k., 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 sprawcy 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 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 swój byt 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 zaangażowania ich realizacji nie napawa optymizmem. Trzeba w tym miejscu jasno powiedzieć, że we współczesnych zakładach detencyjnych pozostaną niemal wyłącznie pacjenci psychotyczni, którzy bardziej niż kamer 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 realizowania 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 zagadnienia współpracy opiniodawczej psychiatryczno-psychologicznej w nowych ustawach karnych trudno nie wspomnieć o nowym przepisie nakładającym na sąd obowiązek wysłuchania, przed zastosowaniem środka zabezpieczającego, lekarzy psychiatrów i psychologa. Jak stwierdza Paprzycki (1998) 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 obu biegłych opinii, co do potrzeby orzeczenia wspomnianego środka. Warto zauważyć, iż inna nieco redakcja artykułu 202 k.p.k. nie wymagałaby tego, by w przepisie art. 93 k.k. znajdował się omawiany wymóg. Za słuszne uznać należy głosy tych prawników (Doda, Gaberle 1995), którzy postulują potrzebę praktyki, by szersze opinie psychiatryczno-psychologiczne o zasadności stosowania środków zabezpieczających stanowiły integralną część ogólnej opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego. Aktualne brzmienie art. 202 k.p.k. dopuszcza niestety możliwość wydawania takiej opinii wyłącznie przez lekarzy psychiatrów.

Pozostając na gruncie obowiązującego aktualnie 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.

Powracając do problemu współpracy opiniodawczej psychiatryczno-psychologicznej należy przyglądnąć się bardziej dokładnie redakcji art. 202 k.p.k. 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 (§ 1). Na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności (§ 2). Opinia psychiatrów powinna zawierać stwierdzenie dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełniania czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego oraz zdolności do udziału w postępowaniu, a w razie potrzeby (§ 4) co do okoliczności wymienionych w art. 93 k.k. (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 § 3 k.p.k.). 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 wypowiedzaniu 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 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.

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 obu specjalności. Drugie natomiast zakłada konieczność współpracy biegłych psychologów i psychiatrów w diagnozowaniu stanu psychicznego dorosłych sprawców przestępstw, ze szczególnym uwzględnieniem poczytalności.

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 być jednak nieadekwatny wobec przeobrażeń w nauce, polegających między innymi na integrowaniu 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 wariacie 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 pełni 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 niedocenianie psychologów jako samodzielnych biegłych, pozbawienie ich możliwości wypowiedzania się w tych wszystkich kwestiach diagnostycznych, gdzie dla rozstrzygnięć związanych z problematyką poczytalności niezbędne jest sięgnięcie do wiedzy *stricte* psychologicznej.

Wypracowanie wspólnej opinii przez biegłych psychologów i psychiatrów to drugi wariant omawianych możliwości współpracy psychiatryczno-psychologicznej. Z uwagi na fakt, iż aktualne regulacje prawne przewidują wydawanie wspólnych kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych warto za E. Habzdą (1992, 2002) i A. Szymusikiem (1996) 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.

Itak, opracowanie 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 tego typu, uwzględniających rozwijające się powiązania interdyscyplinarne. Pozytywne doświadczenia z Klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM stanowiąc mogą argument przemawiający za sensownością tego typu podejścia.

Trzeci z wariantów współpracy psychiatryczno-psychologicznej 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, który może być w ten sposób ujmowany z różnych punktów widzenia. Opinia psychologiczna wydana zostanie 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.

Wydaje się, iż długo jeszcze w praktyce wymiaru sprawiedliwości przeważać będą sytuacje, w których organy procesowe decydować się będą na ostatni z omówionych wariantów. Nadszedł jednak czas i warunki do szerszych prac nad zasadami tworzenia kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych, systemowym podejściem do okoliczności, w których zaburzony psychicznie sprawca narusza porządek prawny, szerszym wykorzystaniem koncepcji sieci społecznej w diagnozie i terapii sądowo-psychiatrycznej i sądowo-psychologicznej.

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 zaostrzenia 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 zaburzonych 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 ogólnych zasad ich stosowania takich jak np. zasada proporcjonalności czy też eksponowanie „poprawy” rozumianej jako podstawowy cel stosowania 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 zaostrożenia 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 zaburzonych psychicznie 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 zaburzonym 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 zaostrożenia 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. Jakikolwiek próby symulacji kosztów w zakresie postępowania z zaburzonymi sprawcami przestępstw kończą się niepowodzeniem, traktowane są one jako mało rzetelne spekulacje, nie znajdując zrozumienia nawet u bardziej świątłych 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 (2002) wynika jednoznacz-

nie, 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. Nagłąca jest więc potrzeba podjęcia przez środowisko psychiatrów i psychologów sądowych takich inicjatyw organizacyjnych, które z jednej strony zapewnią możliwość godzwej rekompensaty za sporządzane opinie, 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, zaostrezenia systemu kwalifikacji ich kompetencji merytorycznych i moralnych.

Trudno również nie zauważyć, iż psychiatria sądowa nie może poszczycić się szczególnymi 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” (2002). 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 (1989), Zdzisław Majchrzyk (2001) i Anna Wolska (2001).

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, mające przy tym coraz częściej charakter międzynarodowy. I tak z udziałem psychiatrów i psychologów z Niemiec, Austrii, Holandii, Litwy, Estonii czy 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 Europy Środkowo-Wschodniej 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 przezwyciężania. 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 podglądy 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 możliwościami podejmowania działań zmierzających do tworzenia specyficznego meta-modelu stanowiącego punkt wyjścia do dalszej reformy 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 bio-psycho-społeczne, integrujące możliwości poznawcze różnych obszarów nauki zapewnić może stwo-

rzenie spójnego modelu diagnostyczno-terapeutycznego. Diagnoza uwzględniać musi społeczny i sytuacyjny wymiar działania sprawcy, jego motywację, stopień samokontroli zachowania a także możliwości i motywację sprawcy do podjęcia działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Najogólniej biorąc, aktualne polskie regulacje prawne i definicje nie stanowią przeszkody aby można było realizować w diagnostyce sądowo-psychiatryczne standardy światowe czy europejskie.

2. Model postępowania z zaburzonym psychicznie 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 zaburzonym psychicznie sprawcą to najczęściej długi i zmudny proces, w którym winno się móc korzystać z najnowszych osiągnięć terapeutycznych, w tym zwłaszcza 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 realizowania. 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 medyczno-terapeutycznym rozumieniem postępowania detencyjnego. Regulacje prawne mogą zarówno sprzyjać jak i hamować skuteczność postępowania z zaburzonymi psychicznie 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 zaburzonych psychicznie naruszających porządek prawny można i należy realizować 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, które zgodnie z kodeksem karnym odbywać by się miały w 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 zaburzonych psychicznie 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 zaburzonych psychicznie, które naruszają obowiązujący porządek prawny.

Przyszłość psychiatrii sądowej zależeć też będzie od tego, na ile 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, nasileniu zorganizowanej patologii społecznej czy też 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 dorobku 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 obiektywizującymi proces diagnozy samokontroli kwestiami wewnętrzną czy zewnętrzną jej lokalizacji, 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.

Literatura

1. Doda Z., Gaberle A., *Dowody w procesie karnym*, Dom wydawniczy ABC, Warszawa 1995.
2. Gierowski J. K., *Motywacja zabójstw*, Kraków Wydawnictwo Akademii Medycznej, 1989.
3. Gierowski J. K., *Rola biegłego psychologa w opiniowaniu o poczytalności – problemy diagnostyczne i kompetencyjne*. (w:) J. Gierowski, A. Szymusik, red., *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*, Kraków Wyd. Collegium Medicum UJ, 1996a.

4. Gierowski J. K., *Niektóre dylematy biegłego psychologa w świetle przepisów projektu kodeksu postępowania karnego*, (w:) *Dowód z opinii biegłego w projekcie kodeksu postępowania karnego*. Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 1996.
5. Gierowski J. K., Heitzman J., *Rehabilitacyjno-resocjalizacyjne znaczenie sieci społecznej dla sprawców przestępstw*, „Palestra” 1997, Nr 5–6.
6. Gierowski J. K., Szymusik A., *Nowe prawo karne z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej*, *Psychiatria Polska* 1998, z. 4.
7. Habzda E., *Ekspertyza psychologiczna i psychiatryczna sprawców przestępstw. (Modele współpracy biegłych)*, *Państwo i Prawo* 1992, z. 3.
8. Habzda-Siwiek E., *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*, Kraków Kantor Zakamycze, 2002.
9. Heitzman J., *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*, Kraków Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002.
10. Majchrzyk Z., *Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw. Analiza procesów motywacyjnych i dyspozycji osobowościowych*, Warszawa Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 2001.
11. Paprzycki L., *Udział biegłego psychologa w polskim procesie karnym*. „Palestra” 1998, Nr 11–12.
12. Szymusik A., *Opinia kompleksowa – zakres kompetencji poszczególnych specjalistów*. (w:) *Dowód z opinii biegłego w projekcie kodeksu postępowania karnego*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 1996.
12. Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*, (w:) A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka red., *Psychiatria kliniczna*, t. II, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
13. Wolska A., *Model czynników ryzyka popełnienia zabójstwa*, Szczecin, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, 2001.