



INTERDISCIPLINARY EXPERTISE: NEW TASKS AND AREAS OF DIAGNOSTIC COOPERATION FOR FORENSIC PSYCHOLOGISTS*

Józef Krzysztof GIEROWSKI

*Department of Psychiatry, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland
Institute of Forensic Research, Kraków, Poland*

Abstract

The present state of forensic psychology and psychiatry requires a fresh assessment of the circumstances in which the justice system uses specialist knowledge of the principles and processes that underlie the human psyche and particularly mental health. The multidisciplinary and complementary approach to diagnosis, therapy and rehabilitation that is now standard practise when dealing with various mental disorders also requires the re-evaluation of the traditional criteria applied to the knowledge and skills of psychiatrists and clinical psychologists. While psychological and psychiatric knowledge is becoming increasingly more integrated, this trend is taking hold only slowly in forensic psychology and psychiatry. Given that the current legal provisions increasingly require the submission of complex psychiatric-psychological expert opinions, the issue appears worthy of further consideration. The complex approach to expert opinions has both advantages and drawbacks. There is a risk in preparing an interdisciplinary opinion of “mixing up” the concepts and terms used by experts in different specialisations and of encountering methodological difficulties. On the other hand, it would seem that drawing up complex expert opinions of interdisciplinary scope is now indispensable and a strong argument for the validity of the proposed approach may be made by referring to the positive experience with the DSM classification system. This paper analyses the principles and fields of psychiatric-psychological cooperation to produce expert opinions that arise from the provisions of the criminal and civil law. The issues involved are non-accountability, the imposition of preventive measures, prediction, assessing violence risk and certain civil law questions, such as incapacitation and declaration of will, which pose problems in preparing expert opinions. The model of psychiatric-psychological cooperation adopted by the legislator does not fully reflect the range of knowledge, skills and abilities involved in psychiatric and psychological practise and is not an internally coherent or consistent solution. Nevertheless, it does create the conditions for such cooperation to take place.

Key words

Forensic psychology; Complex forensic expert opinions; Standards in expert opinions.

Received 8 January 2013; accepted 5 March 2013

1. Introduction

The variety of problems that prompt the law to turn to psychological findings has resulted in the emergence of more specialised branches of psychology. Depending on the stage of the proceedings in which

a psychologist participates different criteria are employed: investigative psychology, which deals with the psychological principles of crime investigation, establishing a strategy for the proceedings and obtaining what is known as the personal evidence, the psychology of decision-making, which studies how decisions are made in court and which is mainly based on assessing evidential matters and, finally, correctional psychology, which analyses human functioning in correctional settings and resocialization. The psychology

* This paper was written as a result of a panel discussion held during the “Conditions of Using Projection Methods in Psychological Diagnosis for Court Purposes” Conference, which was held on 16–17 November 2012 in Lublin.

of testimonies and statements, criminal psychology and family psychology have arisen to meet the requirement for psychologists to provide solutions to evidential questions. It should be borne in mind, though, that these distinctions are not absolute and that the different fields of expertise often coincide.

The developing field of forensic psychology has elaborated specific methodologies and diagnostic procedures to address the legal problems to which these procedures apply. They have to be different in the case of minors, adult perpetrators of crime, witnesses or family cases. Because forensic psychology is confronted with diverse problems it has to refer to different branches of psychology and theoretical constructs. When analysing the main methodological problems of forensic psychological diagnosis the diverse nature of the basic tasks involved in preparing expert opinions, which have legal, methodological and diagnostic dimensions, should be considered. The present state of knowledge and experience of preparing expert opinions suggests that it is possible to establish some general and fundamental principles that must be considered if the basic standards of psychological diagnostics are to be observed and maintained, and if diagnostic practice and the procedures used to solve legal-procedural problems are to be adequate and useful [5, 6, 14].

Depending on the type and nature of an opinion, expert psychologists also have to consider the specificity of a diagnostic problem and pay close attention to its retrospective or prognostic aspects. In addition, they must grasp the relevance of the legal terms and definitions within whose framework the scope and subject of the diagnosed mental phenomena and processes are defined.

Recent years have seen constant growth in forensic psychology and the increasingly frequent participation of psychologists in the justice system. There are a number of reasons for this. First of all, there is the need to educate a pool of experts: to be able to practise as a forensic examiner it is not enough simply to have graduated in psychology. There are also a number of new concepts in the law, such as restorative justice, as well as changing forms of criminality. This challenges psychology to reach beyond its usual areas of application and address matters such as victim-offender mediation, profiling and negotiating with terrorists, stalking, computer crime or new phenomena in the area of sexual offences. This often requires close collaboration between the representatives of different forensic sciences, such as criminology, criminalistics, forensic medicine, psychiatry and sexology. This influences forensic examination, including the need and ability to prepare complex, interdisciplinary expert

opinions and the readiness and competence to coordinate therapy and rehabilitation that draws on multiple specialisations.

Forensic psychological diagnosis should therefore create the conditions for interdisciplinary cooperation (for example between psychiatrists and psychologists) in preparing expert opinions. It is this question that the article will proceed to explore in addressing the fields, tasks, methods and concepts that offer unexploited prospects for the broader and more complex involvement of psychology in criminal or civil law proceedings [14, 15].

2. Complex expert opinions: the basic legal and methodological problems

One possible variant of collaboration involves forensic experts of various specialisations, such as psychologists and psychiatrists, working together to produce complex expert opinions that present all of the actions taken in a particular case and are directed at finding a collaborative solution [7, 11, 27, 28, 30]. This includes both the examinations and the issuing of the expert opinion. The Supreme Court has ruled on complex opinions on several occasions [28] and has emphasized that the preparation of a complex opinion by a team of experts from various disciplines and areas of knowledge does not preclude their individual independence nor relieve them of individual responsibility for the correctness of the opinion in their area of specialisation (see judgments of 3 October 1979, VI KRN 225/79, unpublished; 17 October 1979, I KR 140/79, *OSNPG* 1980, no. 6, item 86). In a more recent ruling the Supreme Court has stated that a complex expert opinion does not have to be synonymous with the consistency of the assessments issued by its authors. The essence of such an opinion is that it is composed of a set of sovereign opinions concerning various phenomena important in correctly assessing a case. Differences between the assessments made by the various experts – including those with the same specialisations – do not automatically imply an obligation to issue a complex expert opinion. The decision to admit evidence in the form of a complex expert opinion is taken by the competent judicial body according to the nature of the case and the need to have an overall assessment conducted by experts in various disciplines at its disposal. The expert opinions given in a complex opinion do not necessarily have to be homogeneous and compatible. The court will freely evaluate the evidence and decide to admit the expert opinion or opinions that meet its requirements. Otherwise, it may

decide to exercise its right to appoint other experts in accordance with Article 201 of the Code of Penal Procedure [10, 11]. The absence of a complex expert opinion – even where the different teams of experts issue contradictory opinions – is not in itself an infringement of the procedural provisions (see judgment of 8 April 1999, IV KKN 653/98, *Prokuratura i Prawo* 1999, no. 10, case law, item 12).

Gaberle [10], a criminal law specialist, has attempted to systematise the terminology of the problems under consideration in the procedural situations that require the preparation of complex expert opinions (in accordance with Article 193 § 1, Article 3, and Article 202 § 1 of the Code of Penal Procedure). The author defines two types of collaborative opinion. The first is a complex opinion prepared by experts of various specialisations when the judicial body appointing the experts decides that they are to conduct a collaborative examination and to issue a single opinion – no matter whether the team of experts has been appointed on the initiative of the judicial body or assembled by the experts themselves (for example pursuant to Article 202 § 2 of the Code of Penal Procedure). The second is a collective opinion prepared by experts from the same discipline (for example Article 202 § 1 of the Code of Penal Procedure). When reporting (Article 200 § 2 point 5 of the Code of Penal Procedure), the experts are obliged to state whether they conducted the examination collectively or separately and to indicate the actions each of them performed. Gaberle notes that differences in the subjects of the examinations and in methodology can make it impossible for experts from different specialisations to conduct examinations collaboratively. The judicial body should therefore take care when using the injunction to conduct collective examinations and consult the experts before making a decision. If the experts cannot conduct a collective examination, they should offer an explanation in the opinion or, preferably, ask the judicial body to conduct the commissioned assessment in a different manner [10]. In conclusion, Gaberle expresses the view that a complex expert opinion, though it may be composed of various expert opinions, has to be a joint opinion and, consequently, has to be the result of agreement and negotiation between experts. Otherwise, the opinion is not collaborative but rather a series of independent expert statements [10].

As the present legal regulations allow for collaborative, complex psychiatric-psychological expert opinions (see above), it is worth, with reference to Habzda [19, 20], Gaberle [11], and Szymusik [30], taking a closer look at this question. The analysed variant for providing expert opinions makes it possi-

ble for experts from various disciplines to cooperate as equal members of a team and, as a result, to produce their conclusions jointly. There are advantages and drawbacks associated with this model however. There is a risk in preparing a joint expert opinion of “mixing up” the concepts and terms used by experts in different specialisations and of encountering methodological difficulties due to the justifications advanced by representatives of different specialisations for the diagnostic procedures to be applied and varying theoretical groundings. When applied to complex expert opinions, the principle of basing diagnosis on empirical evidence may be insufficient or difficult to realize as it will require a common denominator to be located. The scientific, empirical evidence may be treated differently in medicine (which was the source of the whole concept) than in psychology, which must take a broader view beyond the results of scientific research and weigh the practical competence of the diagnostician and – especially – the individual characteristics of the person being diagnosed. What is more, it must also take note of the cultural and contextual aspects of the diagnostic process [29]. On the other hand, it would appear that the need to produce opinions drawing upon the developing interdisciplinary links between various academic fields is unavoidable. The positive experience with the classification system of the American Psychiatric Association (DSM), whose additional diagnostic axes seem especially valuable, might serve as an argument for the validity of this approach. These axes constitute a specific background, or broad biopsychosocial context, which occurs with specific psychopathological syndromes. The multi-axial DSM-IV classification system is made up of clinical disorders (Axis I), comorbid personality disorders (Axis II), a description of general medical conditions (Axis III), a diagnosis of patient-specific psychosocial and environmental problems (Axis IV) and a general assessment of adaptation to life (Axis V). Together, they provide a global diagnosis of patient functioning [25]. It is worth mentioning that the ICD-10 system also employs three diagnostic axes [22], which describe basic clinical diagnosis (Axis I), level of disability (Axis II) and contextual factors (Axis III). They are, however, less elaborate than the DSM axes, which have further psychometric tools measuring each of the separate diagnostic axes [22, 25].

The concept of mental disorder is central to psychiatry and its diagnostics. It is defined as a clinically significant behavioural or psychological syndrome that occurs in an individual and is associated with distress (a painful symptom), disability (disturbance in at least one significant area of functioning) or a significantly

increased risk of death, pain, disability or severely limited freedom of action. The syndrome must be a symptom of behavioural, psychological or biological dysfunction in an individual [3, 22, 25].

The question of the wisdom and feasibility of issuing joint psychiatric-psychological complex expert opinions is in fact one of the relationship between medical-psychiatric symptomatic diagnosis (psychopathological syndrome) and clinical psychological diagnosis. Taking into consideration the fundamental methodological assumptions of both approaches, it may be stated that, rather than competing with it or offering an alternative, psychological diagnosis complements medical diagnosis. Psychological diagnosis expands upon medical diagnosis by referring to constructs and notions such as personality structure and its disorders, motivation, adaptation, problem solving and disorders of social functioning. What is more, it is difficult to overestimate the salutogenic perspective popularised by health psychology which, with reference to human immune resources, is playing a role of growing importance in devising individual therapeutic programmes – including for lawbreakers. The diagnostic methods and tools used by contemporary clinical psychological diagnostics (tests) and the verification procedures of psychological diagnostic hypotheses are also specific [3, 12, 13, 15].

Clinical practise fully supports the view that it is possible for psychiatrists and psychologists to collaborate closely and directly. In doing so the latter will suffer no loss of “psychological identity” and will broaden the area of their diagnosis when working on problems regarding the mental functioning of individuals with mental disorders.

The interdisciplinary experiences connected with multi-specialist, diagnostic-therapeutic teams in health care can serve as an additional argument in favour of collaboration between clinicians of various specialisations, including those involved in diagnosis for forensic expert opinions. Each team member can offer the team knowledge, skills and distinctive theoretical and practical approaches to solving specific problems and performing diagnostic and therapeutic tasks. The teams engaged in the care of individuals with mental health conditions are usually made up of psychiatrists, clinical psychologists, psychotherapists, sexologists and social workers. They hold a variety of views on the problems associated with mental disorders and may treat them as psychopathological syndromes (biomedical perspective), as consolidated psychological processes, as mechanisms leading to disturbances of the structural or functional properties of personality, behaviour, or adaptation, as describing the depth or

genesis of mental disorders (psychological perspective) or as psychosocial problems closely related to the fact of the disorder (sociological perspective). The essence of working in an interdisciplinary team lies in devising joint, agreed and unified diagnostic and therapeutic strategies and in treating patients holistically by taking their broad biopsychosocial backgrounds and health-problem contexts into consideration. Each team member will have distinct theoretical and methodological contributions to make. What is more, each has to be aware of the knowledge and ability of the other members so that communication and collaboration is possible and so that there is an awareness of the areas in which the individual specialists are most competent. The distinctiveness mentioned earlier is reflected in the standards, procedures, methods, means of verification of hypotheses, operationalization of theoretical variables and tools involved in diagnosis. The question that cannot be avoided here is that of how to reconcile the different theoretical perspectives taken into consideration when planning specific, coherent therapeutic or rehabilitative measures [13, 15].

In considering the issues connected with the potential for, and necessity of, issuing complex, interdisciplinary psychiatric-psychological expert opinions, it is worth concentrating more thoroughly on the changes and processes underway in recent years in psychopathology, including in psychiatry and clinical psychology. There has been a tendency in diagnosis – despite the continuous development and improvement of the biomedical diagnostic criteria included in the DSM and ICD systems – to seek joint diagnostic criteria and to integrate medical thinking with a psychological approach. This is exemplified by the changes in the description of personality disorders the American Psychiatric Association is proposing in the new edition of the DSM-V classification system. This is a theoretical construct that has for years taken account of up-to-date psychological knowledge of the structure of personality and its functional properties, including disorders.

Personality disorders have attracted the interest of forensic psychology and psychiatry for many years because they are linked with a tendency to criminal behaviour. It is an interest, though, that has led to numerous methodological and diagnostic simplifications. There is no doubt that the frequency of personality disorders among lawbreakers is especially high and that the threat posed to law and order by individuals with personality disorders is difficult to compare with any other – apart from that presented by psychosexual dysfunctions and psychopathological syndromes [15, 16]. The psychiatric and psychological forensic assessment of personality is the central focus of the diagnostic en-

deavour to answer the question of whether personality and, possibly, its disorders are *tempore criminis* grounds for the recognition of mental disturbance that diminishes or removes the ability of lawbreakers to recognize the significance of a prohibited act or to control their conduct. This is the question, then, of what influence the analysed disturbances have on the accountability of a lawbreaker. The legitimacy, the need for and the desirability of applying preventive measures, such as medical treatment or rehabilitation in all of the forms provided for by law, is an equally important matter for diagnosis and preparing expert opinions. At issue are the justice and purpose of interning an insane lawbreaker in a mental health institute, of their serving a sentence (in the case of diminished accountability) in a special therapeutic ward at a penal institution or of committing an offender against sexual liberty who demonstrates disorders of sexual preference for treatment in a high-security medical institution or at an outpatient facility. Regardless of what is to be issued: a complex expert opinion (for example a psychiatric-psychological opinion) or a number of separate and independent expert opinions (for example psychiatric, sexological and psychological), the diagnosis of personality is a fundamental prerequisite. Some of the especially important questions would therefore seem to be connected with the specificity and methodological distinctiveness of the medical (psychiatric and psychological) diagnostic procedures, with the resemblance between both perspectives and with the understanding of the basic terms, diagnostic measures and procedures used. The fundamental question, though, concerns the nature, theoretical background, structure and function of the personality, as well as the methods and procedures used to describe it. The fundamental question is therefore one of diagnosis [16, 17].

Describing personality disorders reliably and accurately is linked to the weaknesses of current classification systems, which have been noted in the psychiatric literature for a number of years. They result from the use of a system of categories to describe psychopathological disorders which, especially in its description of disorders of the structure and functional properties of personality, is arguably oversimplified and imperfect. The greatest disadvantages of this approach are the arbitrarily determined diagnostic thresholds and the resulting dichotomisation of the diagnostic criteria at the category level (the presence or absence of a disorder), dichotomisation at the level of a particular criterion (the presence or absence of a symptom), the criteria of polytheticity, which is the possibility that two people will meet two totally different sets of criteria yet belong to the same diagnostic category (the

result is great heterogeneity within a group), diagnostic instability (personality disorders as the least stable type of diagnosis in clinical practice) and the very high rates of comorbidity between the disorders in question [16, 18].

Before turning to the next argument supporting a change of approach to personality disorders, it is important to underline that there are no rational reasons why a biomedical, psychiatric approach to personality disorders should be atheoretical in the extreme, that is, no rational reasons why it should function without taking into consideration the knowledge of personality as created and developed by psychologists and as understood from a theoretical as well as a practical (diagnostic) perspective. Psychiatrists are, after all, aware of this and, in their discussions of the modifications to the psychopathological description of personality disorders that are about to result in the DSM-V, they are postulating changes that are almost revolutionary.

The changes in the diagnostic criteria for personality disorders proposed by the American Psychiatric Association in the fifth edition of the DSM, which is scheduled for release in 2013 [9], seem to represent a significant step towards including the current state of psychological knowledge in the classification systems for mental disorders. The DSM-5 (the working version uses the Arabic numeral) proposes the abandonment of the category of personality disorders in favour of a complex approach to the psychopathology of personality based on a multidimensional personality trait model. The first proposal to change the classification and diagnosis of personality disorders was released in February 2010 on the American Psychiatric Association's DSM-5 web pages, while the latest revised version of the new approach was released on 21 June 2011 (www.sm5.org). An overview of the current proposal is presented below.

The previously proposed mixed dimensional-prototypical model was replaced by a dimensional-categorical one. Diagnostic criteria for six specific personality disorders and for personality disorders defined by PDTS (Personality Disorders Trait Specified) are now proposed. The diagnosis of personality disorders in both groups is based on general diagnostic criteria and requires the inclusion of self- and interpersonal impairments in personality functioning, as well as the presence of at least one pathological personality trait domain or trait facet.

The six specific types of personality disorder (antisocial, avoidant, borderline, narcissistic, obsessive-compulsive and schizotypal) are defined by typical impairments in personality functioning and the presence of particular pathological personality traits. By

contrast, the PDTS will comprise a strongly heterogeneous group, which will be characterized by impairment in self and interpersonal functioning as measured by the Levels of Personality Functioning Scale, as well as by at least one pathological personality trait domain or trait facet. The descriptively and dimensionally defined PDTS category will replace the widely-used DSM-IV-TR category known as PDNOS (personality disorder not otherwise specified), which is residual, strongly heterogeneous and poorly defined.

The dimensional component of the DSM-5 system is to be expressed by describing each person through higher-order trait domains (groups) and various trait facets, as well as by including different levels of intensity for each trait. The dimensional component will also be expressed by evaluation of the level of personality impairment related to various dimensions of personality functioning.

The description of personality would include only the higher-order trait domains (known as the personality overview) or would involve assessment of all of the possible trait facets (known as the complex personality profile). Moreover, the classification system implies a third possibility for personality assessment that only includes trait facets that accurately describe a particular person in a “moderate” or “extreme” way. Choosing one of the possible types of personality description will depend on the circumstances (time available) or on substantive issues, such as the aim of the diagnosis and description and the level of case conceptualisation.

The proposed changes represent significant progress compared with the current classification system as they will offer a more complex capacity to describe normal-range personality traits and functioning based on the diagnostic system itself, which may be helpful in forensic psychiatric and psychological assessments. However, the DSM-5 authors' withdrawal of the prototype approach from the proposal, which would have allowed more flexible and complex diagnosis of personality disorders and avoided many of the drawbacks of the categorical approach, may cause considerable controversy. Attention is also drawn to the changes in the terminology itself, including changing the previously proposed “antisocial-psychopathic personality disorder” and returning to the term “antisocial (dissocial) personality disorder”, which might make the nomenclature similar to the ICD system. What is more, narcissistic personality disorder recurs as a separate category within the new approach.

What is especially new in the modifications mentioned above is the dimensional approach to all of the diagnostic criteria. The authors refer directly to the

psychological theories of personality to support their viewpoint, including especially the Five-Factor Model, which has been used for many years in various areas of life, including in psychological clinical practice. In other words, though the NEO-PI-R was not created to diagnose mental disorders, it can be of use in a clinical context as it provides information that can be valuable for diagnosis or therapy selection. The scores obtained in the inventory, which refer to character, aspiration levels, value systems, internal needs and the character of personal relationships, provide a detailed description of a patient's personality. When considering the relationship between psychiatric, biomedical descriptions of personality disorders and descriptions based on the Five-Factor Model in general terms, the complementary character of such an approach has to be emphasised. The psychological description of personality complements and extends the psychiatric diagnosis, without competing with it or excluding it [3, 16, 17, 18].

The search for collaborative, integrated, and complex solutions also includes biological and psychological therapy understood in broad terms. Generally speaking, all psychiatric treatment is of a complex nature as it involves the biological treatment of mental disorders (pharmacotherapy, electroconvulsive therapy, light therapy, psychosurgery, transcranial magnetic stimulation) as well as psychotherapy and rehabilitation. It may be said in fact that treating mental disorders almost always includes numerous psychological and biological methods. All of them are based on some kind of relationship and cooperation with the person being treated and they are designed to improve patients' mental, behavioural or social functioning. All psychiatric therapies, including those used with patients suffering from the most serious mental disturbance – mental illness – have to be systemic and complex, including the entire scope of biological and psychological therapy. These considerations may also serve as an argument for seeking diagnostic models that integrate categorical-symptomatic diagnosis (qualitative and biomedical) with a quantitative and dimensional approach, which is far closer to a psychological approach to diagnosis. Diagnostic models which integrate both diagnostic paradigms – qualitative and quantitative – may be created under the auspices of contemporary psychopathology. The integrated psychotherapeutic models now in use clearly confirm that this search is justified within the terms of the systemic, psychodynamic and cognitive-behavioural approaches [15].

These reflections and discussions would appear to confirm the meaning and purpose of this methodologi-

cal search within forensic psychological diagnostics, which aims to create complex and interdisciplinary diagnostic models for retrospective diagnosis of the accountability of perpetrators of crimes and for judgments and opinions that are clearly prognostic. In the practise of forensic assessment the models discussed are directly connected with giving an opinion on the advisability and validity of applying what are termed “medical-preventive measures” to perpetrators of crimes. Significant changes in favour of a complex and interdisciplinary approach have been made over recent years in this area of forensic assessment.

3. Violence risk factors and psychological-criminological prediction as examples of a complex approach to forensic expert opinions

Predicting and assessing the risk of criminal violence is a rapidly developing branch of forensic psychopathology (psychology and psychiatry). There is a tendency in current psychological and criminological research and theory to break with the search for isolated personality traits or psychopathological symptoms as the only indicators and predictors of criminal behaviour and instead to consider the mutual interplay of personality, pathological and social factors based on the dynamic model of personality development. The multifactorial approach to the description of the causes and psychological mechanisms leading to criminality begun by the Gluecks aims to identify and explain the meaning and origin of the various factors and variables that influence the functioning of disturbed or socially maladjusted individuals. This process leads to the identification of the risk factors that play an important prognostic role and make it possible to predict criminal behaviour. Significant progress was made in the mid-1980s in research and practise connected with risk assessment among adult psychiatric patients and criminal offenders. The hitherto-used prediction model assumed that danger (risk) was connected with personal characteristics and was therefore static and unchanging [2, 14]. Risk assessment had a purely clinical and unstructured character in the classical, traditional approach, in which the task of the risk assessor was to decide whether a particular person was “dangerous”. This was determined based on life history, on environmental and clinical data and sometimes on the results of a psychological assessment, such as the MMPI or the Rorschach test. Over the last twenty years, however, changes have been made in the concept of risk and

in the subject and method of risk assessment [4]. The following characteristics of risk are now considered to be significant:

- contextuality, which means that the risk of future violent behaviour is highly dependent on situation and circumstances;
- dynamics, which means that risk changes;
- intensity, which means that risk should be considered as a continuum (we may speak in these terms of a lower or higher likelihood of danger and the possibility of future violent behaviour).

The task of the assessor is therefore to determine the nature and degree of the risk of certain behaviour in predicted conditions and contexts in individuals with specific traits [1, 2, 8, 14].

There has been a simultaneous development of systematic empirical research to determine the specific risk factors associated with violence and with sexual violence. As a rule, the theories of risk include historical, social, individual and psychopathological factors.

With the introduction of a group of protective factors, these theories make it possible to take into account the salutogenic perspective or paradigm when considering the sources and mechanisms of criminality. The usefulness of statistical methods of risk assessment has also been noticed and attempts to use structured methods of clinical assessment, for example by introducing a list of factors significant in risk assessment along with coding criteria, have been made. In general, the modifications have signalled a change from “predicting danger” that is integrally linked with an individual to a broader “risk assessment” that includes the assessment of environmental, social and situational variables [1].

The above concepts and theories of risk factors and the diagnostic measures specially constructed by operationalizing them (SAVRY: Structured Assessment of Violence Risk in Youth; HCR-20: Historical/Clinical/Risk Management; SVR-20: Sexual Violence Risk; PCL-R: Psychopathy Checklist-Revised) have significantly improved the procedures for identifying the danger of criminal violence. What is more, they have established conditions conducive to early medical and psychological intervention to prevent social maladaptation in perpetrators of crime from continuing to develop. Finally, because they enable the monitoring and management of violence they also play an important role in penology, prevention and penal policy [1, 2, 4, 8, 21].

The research into risk factors and their conceptualisation can also be useful for the task of preparing expert opinions carried out by expert psychologists in their everyday work, including in giving opinions on

the accountability of a perpetrator of a crime and on the advisability of imposing preventive measures. It is possible to link the risk factors to the personality functioning of the perpetrator being examined and to the motivational processes behind their criminal (forbidden by law) behaviour, as well as to the desired and expected changes in their behaviour that take place as treatment and rehabilitation proceed. In this way it is possible to prepare a complete clinical diagnosis which will describe a perpetrator individually, holistically and functionally within biopsychosocial dimensions. The diagnosis is then objective and measurements of the danger or threat the individual poses to law and order are more accurate and reliable. In other words, the tools diagnosing the intensity, distribution and comorbidity of risk factors may have considerable diagnostic-prognostic value and may, in addition, be useful for formulating individual programmes of therapy, rehabilitation and resocialization. The tools employed within this approach are the HCR-20 scale, which measures ten historical and ten dynamic variables or the LSI-R (Level of Service Inventory Revised) [8]. The dynamic predictors mentioned can include, for example, cooperation in therapy, the presence of social support or the manifestation of impulsive behaviour. Their inclusion in the risk assessment scales allows researchers to monitor the level of danger of violence because the measurements can be repeated if any of the factors change. At the same time, the tools have become more structured, which restricts the potential influence of a clinician's subjective bias or of other confounding variables.

The research into the factors and psychological mechanisms that lead to juvenile criminality is mostly concerned with the risk factors of criminal behaviour and with attempts to create models that take account of the mutual relationships and functional links between them. It is the interplay of these risk factors and psychological mechanisms that leads to behavioural disorders, abnormal personality and to persistent social maladaptation. Though the question of criminogenic factors has a long history as a subject of research into juvenile criminality and is well described in the literature, attempts to create a coherent and broader model (or models) to describe the dynamic relationships and correlations between the variables mentioned above have yielded neither spectacular, nor even satisfactory, outcomes.

There is a need for conceptualisations of the psychological and psychopathological processes and mechanisms that lead to juvenile criminal behaviour that meet the requirements of a modern, complex and coherent model of variables and take account of both

the diversity and the interdependence of the processes and mechanisms mentioned above [4]. The legal construct of demoralisation should be considered in this connection as it is a basic criterion for the assessment, and therefore diagnosis, of social maladaptation in juveniles. If this construct (often criticized as atheoretical and lacking basic definitional criteria) is to be operationalized, an interdisciplinary approach that includes psychological, psychopathological and environmental-pedagogical variables is inevitable. A complex approach to the diagnosis of demoralisation, which integrates a variety of information about juveniles to obtain as complementary and coherent a description of them as possible, and to determine potential reasons for employing particular educational-corrective measures, would seem to be the only reasonable solution.

4. Complex expertise in civil cases

Calling on expert psychologists in civil law proceedings does not have such a rich tradition as it does in criminal law proceedings. However, there are at least two areas of concern for the civil courts in which psychologists are unquestionably competent and could provide valuable assistance. The first area includes cases requiring assessments of the mental state of a particular person so that their capacity to take independent decisions, enjoy rights and accept civil liability can be established. The skills and knowledge of psychiatrists in this area are unquestionable – especially with regard to classifying the illness and explaining the influence of the medication used on the efficiency of particular mental functions and the consequences for the individual's civil rights. In their analysis of the behaviour of such individuals in its overall context, however, psychologists can offer a broader explanation of the mechanisms involved in their actions and reactions and determine the conditions and possible limitations of the way they function in their life surroundings [6].

There are four categories of cases involving the cooperation of civil courts with psychologists: involuntary examination or treatment, full and partial legal incapacitation, capacity to perform legal actions and liability for damage. There has been a tendency in recent years for psychologists' scope of work to expand in all of the above areas – to the point, in fact, at which their contribution is regarded as a necessity. In incapacitation cases, a change was made in the Polish Code of Civil Procedure in 2007 that made the appointment of an expert psychologist (in addition to a psychiatrist and a neurologist) obligatory.

The change was prompted by the need for a thorough and more complex medical-psychological assessment of the basic premises for incapacitation – especially where the interests and well-being of the person to be incapacitated are concerned. Without a doubt these are changes for the better, as it is possible based on a psychological evaluation to make a full assessment of the cognitive processes, emotional state and social maturity of the examinee and, as a consequence, to determine their capacity to judge their own conduct critically and the scope and extent of their capacity to function independently in their life surroundings.

There have been further positive modifications to the practise of preparing expert opinions, which in this case concern the evaluation of grounds for a declaration of will and of its legal validity. In forensic practice this is mainly connected with the validity of a testament. It should be stated clearly here that preparing opinions in cases concerning testaments is only one specific form of forensic expertise in cases concerning the validity of a declaration of will. The subject of an expert opinion of this kind is the mental state of an individual who wishes to perform a valid legal action. In such cases the psychological and psychiatric criteria of its validity depend on “(...) freedom and consciousness in making decisions and declarations of will”. These issues have a definite and practical meaning in connection with the principles and standards of forensic assessment and of forensic-psychological diagnosis, as well as in connection with the issues of competence and methodology. Work published in recent years by a team at the Institute of Forensic Research in Kraków that produces expert psychiatric-psychological opinions presents an interesting methodological proposal regarding the wisdom and feasibility of issuing complex expert opinions on the validity of a declaration of will [23, 24]. This kind of forensic assessment has to be based on attempting to relate legal terms and definitions to current psychology and psychopathology. As a result, statutory terms and criteria such as “consciousness”, “freedom”, “making a decision” and “declaration of will” should be commensurable with up-to-date psychological or psychiatric knowledge. To be a reliable forensic expert in this area it is necessary at the very least to be able to specify the current understanding of psychological concepts such as “consciousness” and “will” and to give broader consideration to the “motivational aspects” of the problems to be analysed. The validity of a declaration of will in the light of current legal regulations in Poland depends mainly on a broad range of psychopathological factors. It is for this reason that current psychiatric understandings and descriptions of impairment of consciousness

or will cannot be put aside. The development of expert practise in this area depends on the capacity to create a holistic and interdisciplinary diagnostic model that will encompass the achievements of both clinical psychology and psychiatry in a complex and complementary fashion.

5. Summary and conclusions

The quite fundamental statement that forensic psychology is a typical “bridging” forensic science should be mentioned in summarising the discussion on the feasibility of, and even the need for, complex, expert forensic opinions. As with forensic medicine, psychiatry or criminalistics, forensic psychology adapts its experience and achievements to the legal disciplines so that the basic objectives of the justice system can be achieved. Its nature is therefore clearly interdisciplinary, which means that its development depends both on the improvement of its own standards, procedures and methods of assessment and on the ability to undertake new expert tasks, including through diagnostic collaboration in the form of complex, expert forensic opinions. The justice system’s growing need for complex, integrated expert opinions of this nature is a result of the theoretical-methodological transformations that have taken place within and between the related disciplines (for example clinical psychology and psychiatry) and of lawyers’ mounting awareness that the various evidential problems they confront in criminal or civil law proceedings are growing steadily more complex and elaborate.

The specific legal terms used by current criminal or civil law acts is an area of forensic assessment which shifts medical and psychological diagnostic procedures onto common ground. Examples are provided by the notion of “mental state” or by the psychological criteria of non-accountability. In essence, neither “the ability to recognize the significance of the act” nor “the ability to control one’s conduct” are psychological terms: they are legal terms that need to be given content and meaning during diagnosis that reflect current psychological or psychopathological knowledge and concepts. A similar situation prevails with “other mental disturbance” or with the grounds – significant in criminal law proceedings – for applying medical-preventive measures when predicting that a criminal act or danger to law and order is highly likely. It would seem that the time and conditions are right to begin work on a set of principles for preparing professional, complex psychiatric-psychological expert opinions and on a systemic approach to the circumstances in

which mentally disturbed perpetrators break the law. A start should also be made to address the broader context of using the achievements of clinical psychology, and social and community psychiatry, in the diagnosis and therapy of mentally disturbed persons who break the law. Similar consideration should be given to the legal construct of demoralisation and to civil law notions such as incapacitation and “(...) freedom and consciousness in making decisions and declarations of will”. The law – criminal as well as civil – establishes a framework for complex forensic assessments, which by definition are interdisciplinary and complementary and which broaden the knowledge and cognitive perspective of lawyers and so help them to deal with evidential dilemmas in court.

It is a plain fact that in the present legal regulations there are no coherent and consistent solutions to psychiatric and psychological issues that would be fully compatible with the current standards and proposals put forward by forensic psychologists and psychiatrists. The model of psychiatric-psychological cooperation in criminal law proceedings adopted by the legislator does not entirely reflect the core knowledge and skills of psychiatry and psychology and is neither an internally coherent nor a consistent solution. The Penal Code obliges psychologists to participate in cases requiring an assessment of accountability so that the need to impose preventive measures on those considered to be insane can be determined. According to the Code of Penal Procedure, however, a psychologist functions as an assistant expert and is appointed at the request of a psychiatrist. In general, rather than precluding the collaboration of experts, the procedural provisions in fact provide the legal framework for it to take place.

Interdisciplinarity, which applies equally to diagnosis, therapy or rehabilitation, is now the basic European standard by which forensic psychology and psychiatry achieve their essential goals. In terms of the relationship between mental disorders and penal proceedings understood in broad terms, interdisciplinarity is of a very general character as a result of the basic tasks of psychiatric care as formulated in the Mental Health Act. Unless the law provides otherwise, there is no reason why so-called forensic patients should not enjoy the same therapeutic standards as other disturbed or mentally ill individuals. This will not be brought about, however, without improving and developing the close diagnostic-therapeutic collaboration between psychiatrists and psychologists.

References

1. Boer D. P., Hart S. D., Kropp P. R. [et al.], Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence, The Mental Health, Law & Policy Institute, Vancouver 1997.
2. Borum R., Bartel P., Forth A., Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth, Version 1. Consultation edition, University of South Florida, Tampa Bay 2002.
3. Cierpiałkowska L., Sęk H., Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne relacje, [in:] Psychologia kliniczna, t. 1, Sęk H. [ed.], Warszawa 2005.
4. Corrado R., Roesch R., Hart S., Gierowski J. [eds.], Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, interventions, and outcomes, NATO Science Series 2002.
5. Czerderecka A., Test Rorschacha w psychologicznej ekspertyzie sądowej, Wydawnictwo IES, Kraków 2006.
6. Czerderecka A., Gierowski J. K., Jaśkiewicz-Obydzińska T., Ekspertyza psychologiczna. [in:] Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane, Wójcikiewicz J. [ed.], Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2007.
7. Doda Z., Gaberle A., Dowody w procesie karnym, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1995.
8. Douglas K. S., Webster Ch. D., Hart S. D. [et al.], HCR-20: Violence risk management companion guide, The Mental Health, Law & Policy Institute, Vancouver 2001.
9. Eaton N., Krueger R., Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2010, 1, 97–118.
10. Gaberle A., Dowody w sądowym procesie karnym. Teoria i praktyka, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
11. Gaberle M., Ekspertyza kompleksowa w sprawie stanu zdrowia psychicznego oskarżonego – zagadnienia węzłowe, [in:] Psychologiczne i psychiatryczne opiniowanie sądowe w ramach nowych uregulowań prawnych, Stanik J. M., Majchrzyk Z. [eds.], Wydawnictwo Anima, Katowice 2001.
12. Gierowski J. K., Rola biegłego psychologa w opiniowaniu o poczytalności – problemy diagnostyczne i kompetencyjne, [in:] Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej, Gierowski J. K., Szymusik A. [eds.], Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
13. Gierowski J. K., Kompleksowe opiniowanie o stanie zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego, *Psychiatria Polska* 2006, 40, 5–17.
14. Gierowski J. K., Na pograniczu prawa i psychologii – nowe obszary współpracy w teorii i praktyce, *Czasopismo Psychologiczne* 2009, 15, 89–105.

15. Gierowski J. K., Jaśkiewicz-Obydzińska T., Najda M., Psychologia w postępowaniu karnym, LexisNexis, Warszawa 2010.
16. Gierowski J. K., Grabski B., Zaburzenia osobowości w opiniowaniu sądowym – perspektywa psychiatryczna i psychologiczna, *Psychiatria i Psychologia Sądowa* 2011, 3, 4–12.
17. Gierowski J. K., Grabski B. Zaburzenia osobowości – co nowego w propozycjach dla DSM-5?, *Psychiatria i Psychologia Sądowa* 2013, 1 [in press].
18. Grabski B., Gierowski J. K., Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji, *Psychiatria Polska* 2012, 5, 829–844.
19. Habzda E., Ekspertyza psychologiczna i psychiatryczna sprawców przestępstw. Modele współpracy biegłych, *Państwo i Prawo* 1992, 3, 49–56.
20. Habzda-Siwiek E., Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2002.
21. Hare R. D., The Hare Psychopathy Checklist – Revised. Manual, Multi-Health Systems, Toronto 1992.
22. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, IPiN, Kraków, Warszawa 1998.
23. Kowanetz M., Skupień E., The remit of psychologists and psychiatrists in the assessment of awareness and freedom of declaration of will, *Problems of Forensic Sciences* 61, 80–90.
24. Kowanetz M., Skupień E., Psychiatryczno-psychologiczne opiniowanie w sprawach o unieważnienie oświadczenia woli ze szczególnym uwzględnieniem oceny swobody, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2008, 58, 37–42.
25. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, Wciórka J. [ed.], Elsevier, Warszawa 2008.
26. Lipczyńska M., Ponikowski R., O jednolitą interpretację niektórych spornych pojęć z zakresu ekspertyzy, *Problemy Kryminalistyki* 1981, nr 150, s. 161–172.
27. Paprzycki L., Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym oraz w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, Wydawnictwo IES, Kraków 2006.
28. Paprzycki L. K., Błachnio-Parzych A., Paprzycki R., Opiniowanie psychiatryczne i psychologiczne w procesie karnym. Orzecznictwo i piśmiennictwo, Wydawnictwo IES, Kraków 2002.
29. Stemplewska-Żakowicz K., Diagnoza psychologiczna. Diagnostowanie jako kompetencja profesjonalna, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
30. Szymusik A., Opinia kompleksowa – zakres kompetencji poszczególnych specjalistów, [in:] Głazek A. [ed.], Dowód z opinii biegłego w projekcie kodeksu postępowania karnego, Wydawnictwo IES, Kraków 1996.

Corresponding author

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Klinika Psychiatrii
ul. Kopernika 21a
PL 31-501 Kraków
e-mail: gierowski@poczta.onet.pl

OPINIOWANIE KOMPLEKSOWE – NOWE ZADANIA I DZIEDZINY WSPÓŁPRACY DIAGNOSTYCZNEJ PSYCHOLOGA SĄDOWEGO

1. Wprowadzenie

Różnorodność zagadnień, dla rozwiązania których prawo sięga obecnie do ustaleń psychologii, spowodowała wyodrębnienie jej bardziej wyspecjalizowanych działów. Różne są tego kryteria. Ze względu na etap postępowania, w którym uczestniczy psycholog, wyróżnia się np. psychologię śledczą zajmującą się psychologicznymi zasadami prowadzenia śledztwa, ustalania strategii postępowania i uzyskiwania tzw. dowodów osobowych, psychologię podejmowania decyzji badającą mechanizmy podejmowania decyzji w sądzie (opartych głównie na ocenie kwestii dowodowych) czy psychologię penitencjarną, koncentrującą się na analizie funkcjonowania osób w środowisku więziennym i problematyce ich resocjalizacji. U podstaw wyodrębnienia psychologii zeznań i wyjaśnień, psychologii kryminalnej czy psychologii rodziny leżą konkretne problemy dowodowe, których rozwiązania oczekuje się od psychologa. Podziały te nie są ostre, a problematyka wyodrębnionych działów niejednokrotnie się pokrywa.

Rozwijająca się psychologia sądowa wypracowała także specyficzną metodologię i procedury diagnostyczne uwzględniające charakter problemu prawnego, którego dotyczą. Muszą być one odrębne w przypadku nieletnich, dorosłych sprawców przestępstw, świadków, czy też tzw. spraw rodzinnych. Zróżnicowana problematyka psychologii sądowej odwoływać się musi do różnych działów psychologii oraz opierać się na odrębnych konstrukcjach teoretycznych. Analizując główne problemy metodologiczne sądowej diagnozy psychologicznej, należy więc uwzględnić zróżnicowany, zarówno pod względem prawnym, jak i diagnostyczno-metodologicznym, charakter podstawowych zadań opiniodawczych. Aktualny stan wiedzy i doświadczenie opiniodawcze sugerują, iż możliwe jest sformułowanie pewnych ogólnych, fundamentalnych zasad, które muszą być uwzględnione, aby można było mówić, z jednej strony, o zachowaniu i przestrzeganiu podstawowych standardów diagnostyki psychologicznej w ogóle, z drugiej natomiast o adekwatności i przydatności działań diagnostycznych i stosowanych procedur w rozwiązywaniu określonych problemów prawno-procesowych [5, 6, 14].

W zależności od rodzaju i typu opinii, biegły psycholog musi też uwzględniać specyfikę problemu diagno-

stycznego, w tym zwłaszcza jego retrospektywny, bądź prognostyczny charakter. Musi także brać pod uwagę pojęcia prawne i definicje, które stanowią specyficzne ramy określające zakres i przedmiot diagnozowanych zjawisk i procesów psychicznych.

W ostatnich latach mamy do czynienia ze stale postępującym rozwojem psychologii sądowej i coraz większym udziałem psychologów w działaniach wymiaru sprawiedliwości. Wiąże się to z koniecznością kształcenia odpowiedniej kadry specjalistów; sam fakt ukończenia studiów psychologicznych nie gwarantuje bowiem odpowiedniego przygotowania do występowania w charakterze biegłego sądowego. Przyczyną tego są również nowe koncepcje teoretyczne w zakresie prawa (np. koncepcja sprawiedliwości naprawczej). Także zmieniające się formy przestępczości stawiają psychologii kolejne wyzwania, wykraczające poza obszar działań tradycyjnych (np. udział w mediacjach pomiędzy sprawcą i ofiarą przestępstwa, udział w profilowaniu sprawców aktów terrorystycznych i negocjacjach z nimi, problematyka tzw. stalkingu, przestępstwa komputerowe czy nowe zjawiska w przestępczości seksualnej). Wymienione obszary działań psychologów wymagają przy tym niejednokrotnie bliskiej współpracy z przedstawicielami innych nauk sądowych (np. kryminologii, kryminalistyki, medycyny sądowej), psychiatrii oraz seksuologii, co wywiera wpływ zarówno na aktywność ekspercką, w tym na potrzebę i umiejętność sporządzania kompleksowych, interdyscyplinarnych opinii, jak i na gotowość i kompetencje do podejmowania złożonych, wielospecjalistycznych oddziaływań terapeutyczno-resocjalizacyjnych.

Diagnoza sądowo-psychologiczna winna więc stwarzać warunki do interdyscyplinarnej, np. psychiatryczno-psychologicznej współpracy opiniodawczej. Temu problemowi poświęcone będą rozważania zawarte w dalszych częściach artykułu. Najogólniej biorąc, dotyczą one pewnych dziedzin, zadań, metod czy koncepcji, w których tkwią wciąż niewykorzystane jeszcze, potencjalne możliwości szerszego i kompleksowego uwzględnienia psychologii w postępowaniu karnym czy cywilnym [14, 15].

2. Opinia kompleksowa – podstawowe problemy prawne i metodologiczne

Wypracowanie wspólnej opinii przez biegłych różnych specjalności (np. psychologów i psychiatrów) to jeden z wariantów możliwości ich współpracy. Wariant ten polega na wydawaniu tzw. opinii kompleksowych

* Niniejsza praca powstała w wyniku dyskusji panelowej prowadzonej podczas konferencji „Warunki wykorzystywania metod projekcyjnych w psychologicznej diagnozie dla potrzeb sądu”, która odbyła się w dniach 16–17 listopada 2012 roku w Lublinie.

(kombinowanych, mieszanych). Ekspertyza czy też opinia kompleksowa to całokształt czynności dokonanych w sprawie przez biegłych różnych specjalności w celu opracowania powierzonego im do wspólnego rozstrzygnięcia zagadnienia [7, 11, 27, 28, 30]. Chodzi więc zarówno o przeprowadzenie przez nich badania, jak i wydanie opinii. Na temat opinii kompleksowych wypowiadał się również kilkakrotnie Sąd Najwyższy [28], podkreślając, że opracowanie kompleksowej ekspertyzy przez zespół biegłych różnych specjalności i dziedzin wiedzy nie wyłącza samodzielności i odpowiedzialności każdego biegłego za prawidłowość opinii w zakresie objętym jego specjalnością (wyroki: z 3 października 1979 r., VI KRN 225/79, niepublikowany, z 17 października 1979 r., I KR 140/79, *OSNPG* 1980, nr 6, poz. 86). W nowszym orzeczeniu Sąd Najwyższy stwierdził, że opinia kompleksowa niekoniecznie musi być równoznaczna ze zgodnością ocen wydanych przez jej autorów. Znaczenie takiej opinii sprowadza się głównie do tego, że zawiera ona zespół suwerennych opinii dotyczących różnych zjawisk istotnych dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy. Odmienne oceny różnych biegłych, i to nie tylko innych specjalności, nie powodują automatycznie obowiązku wydania opinii kompleksowej. O dopuszczeniu dowodu z opinii kompleksowej decyduje uprawniony organ procesowy, uwzględniając charakter sprawy i konieczność dysponowania całościową oceną specjalistów różnych dyscyplin. Kompleksowa opinia niekoniecznie bowiem musi wyrażać jednolitą i zgodną ocenę jej autorów. Sąd, w ramach swobodnej oceny dowodów, decyduje o przyjęciu jednej z opinii, którą uzna za odpowiadającą wymogom lub też o skorzystaniu z prawa powołania, zgodnie z art. 201 k.p.k., innych biegłych [10, 11]. Brak opinii kompleksowej nawet przy sprzecznych opiniach wydanych przez różne zespoły biegłych nie jest sam w sobie naruszeniem przepisów procesowych (wyrok z 8 kwietnia 1999 r., IV KKN 653/98, *Prokuratura i Prawo* 1999, nr 10, orzecznictwo, poz. 12).

Prawnik karnista, A. Gaberle [10], podjął próbę uporządkowania terminologicznego analizowanej problematyki w sytuacjach procesowych, w których dochodzi (zgodnie z art. 193 § 1 i art. 3 k.p.k. oraz art. 202 § 1 k.p.k.) do wydania opinii zespołowej. Wspomniany autor wyróżnia dwa typy opinii zespołowej: opinię kompleksową sporządzoną przez biegłych różnych specjalności, gdy organ procesowy powołujący biegłych zdecydował, że mają oni przeprowadzić badania wspólne i wydać jedną opinię, niezależnie od tego, czy zespół biegłych powołany został z inicjatywy organu procesowego, czy też na wniosek biegłych (np. w trybie art. 202 § 2 k.p.k.) oraz opinie kolektywną, sporządzoną przez biegłych tej samej specjalności (np. art. 202 § 1 k.p.k.). W ramach sprawozdania z przeprowadzonych czynności (art. 200 § 2 pkt. 5 k.p.k.) biegli opracowujący opinię zespołową zobowiązani są podać, czy prowadzili badania wspólnie, czy też

odrębnie i które z nich przeprowadził dany biegły. Cytowany autor zauważa, że nie zawsze biegli odmiennych specjalności mogą prowadzić wspólne badania, różnice przedmiotu i metodologii badań takich biegłych mogą to bowiem uniemożliwiać. Organ procesowy powinien zatem ostrożnie korzystać z nakazu przeprowadzania wspólnych badań, poprzedzając ewentualnie decyzje w tym przedmiocie konsultacją z biegłymi. Jeśli biegli nie mogą prowadzić wspólnych badań, powinni w opinii wskazać powody uniemożliwiające takie postępowanie, a najlepiej zwrócić się do powołującego ich organu o zmianę sposobu prowadzenia zleconej im ekspertyzy [10]. Podsumowując swoje rozważania, A. Gaberle wyraża pogląd, iż opinia kompleksowa, choć w jej ramach mogą być zaznaczone odmienne poglądy biegłych, musi być opinią wspólną, a zatem rezultatem porozumienia i uzgodnień między biegłymi, gdyż inaczej trzeba mówić o kilku niezależnych od siebie wypowiedziach biegłych [10].

Ze względu na fakt iż, jak zostało to wyżej przedstawione, obecne regulacje prawne przewidują wydawanie wspólnych kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych, warto za E. Habzdą [19, 20], M. Gaberle [11] i A. Szymusikiem [30] przyjrzeć się temu zagadnieniu nieco bardziej szczegółowo. Analizowany wariant opiniowania zakłada możliwość współpracy biegłych różnych specjalności jako równorzędnych członków zespołu i – w rezultacie – wypracowanie wspólnych wniosków końcowych. Ten model ma jednak zalety oraz wady. Opracowanie opinii kompleksowej niesie niebezpieczeństwo wymieszania treści pojęć używanych przez biegłych różnych specjalności i może stwarzać pewne trudności metodologiczne z uwagi na zróżnicowane teoretyczne zaplecze czy uzasadnienie stosowanych przez przedstawicieli różnych nauk procedur diagnostycznych. Ogólny postulat oparcia diagnozy na dowodach empirycznych, także w opiniowaniu kompleksowym, może okazać się niewystarczający czy też trudny do realizacji właśnie w sferze wspomnianych dowodów empirycznych, w tym przede wszystkim sprowadzania ich do wspólnego mianownika. Naukowe, empiryczne dowody czy podstawy mogą być bowiem odmiennie traktowane na przykład w medycynie (skąd wzięła się cała koncepcja) i w psychologii, gdzie zdecydowanie szerzej uwzględniać trzeba, oprócz wyników badań naukowych, praktyczną biegłość diagnozującego, a zwłaszcza indywidualne właściwości osoby diagnozowanej oraz kulturowe i kontekstowe (sytuacyjne) aspekty procesu diagnozy [29]. Z innej strony wydaje się, że nie można uniknąć konieczności wypracowania opinii uwzględniających rozwijające się powiązania interdyscyplinarne pomiędzy różnymi dziedzinami czy gałęziami nauk. Pozytywne doświadczenia z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM mogą być argumentem przemawiającym za sensownością tego typu podejścia.

Szczególnie wartościowe we wspomnianej klasyfikacji wydają się dodatkowe osie diagnostyczne. Stanowią one specyficzne tło czy też szeroki biopsychospołeczny kontekst, który towarzyszy występowaniu poszczególnych zespołów psychopatologicznych. I tak wieloosiowa klasyfikacja DSM-IV obejmuje psychiczne zaburzenia kliniczne (oś I), współwystępujące z nimi zaburzenia osobowości (oś II), opis ogólnomedycznego stanu somatycznego (oś III), diagnozę specyficznych dla pacjenta problemów psychospołecznych i środowiskowych (oś IV) oraz ogólną ocenę adaptacji życiowej (oś V), stanowiącą globalną diagnozę funkcjonowania pacjenta [25]. Warto wspomnieć, iż również klasyfikacja ICD-10 posługuje się trzema osiami diagnostycznymi [22]. Opisują one zarówno podstawowe rozpoznanie kliniczne (oś I), poziom niesprawności (oś II), jak i czynniki kontekstowe (oś III). Są one jednak zdecydowanie mniej rozbudowane niż osie klasyfikacji DSM, które dysponują dodatkowo narzędziami psychometrycznego pomiaru każdej z wyodrębnionych osi diagnostycznych [22, 25].

Dla perspektywy i diagnostyki psychiatrycznej centralnym pojęciem jest zaburzenie psychiczne. Definiowane jest ono jako pojawiający się u jednostki syndrom lub wzorzec zachowania albo wzorzec psychiczny mający znacznie kliniczne, związany w chwili występowania z odczuwanym cierpieniem (bolesnym symptomem) bądź upośledzeniem (zakłóceniem w co najmniej jednym ważnym obszarze funkcjonowania) lub z istotnie zwiększonym ryzykiem śmierci, bólu, inwalidztwa, albo też z poważnym ograniczeniem swobody działania. Zespół ten musi być przejawem behawioralnej, psychologicznej lub biologicznej dysfunkcji występującej u danej osoby [3, 22, 25].

Pytanie o możliwość i sensowność wydawania wspólnych psychiatryczno-psychologicznych opinii kompleksowych jest w istocie pytaniem o relację pomiędzy medyczą psychiatryczną diagnozą objawową (zespół psychopatologiczny) a kliniczną diagnozą psychologiczną. Uwzględniając podstawowe założenia metodologiczne obu podejść, można stwierdzić, iż diagnoza psychologiczna ma w stosunku do diagnozy medycznej charakter komplementarny, nie zaś konkurencyjny czy alternatywny. Poszerza ją i uzupełnia poprzez odwołanie się do takich konstruktów i pojęć psychologicznych, jak na przykład struktura osobowości i zaburzenia w jej funkcjonowaniu, motywacja, adaptacja, radzenie sobie z rozwiązywaniem problemów, czy też zaburzenia w funkcjonowaniu systemów społecznych. Trudno również przecenić wagę propagowanej przez psychologię zdrowia perspektywy salutogenetycznej. Odwołując się do uogólnionych zasobów odpornościowych człowieka, odgrywa ona coraz szerszą rolę w formułowaniu indywidualnych programów leczniczo-terapeutycznych, także w przypadku osób naruszających porządek prawny. Specyficzne są także metody i narzędzia diagnostyczne,

którymi posługuje się współczesna kliniczna diagnostyka psychologiczna (testy), a także procedury weryfikacji psychologicznych hipotez diagnostycznych [3, 12, 13, 15].

Praktyka kliniczna uzasadnia w pełni stanowisko, że istnieje możliwość ścisłej i bezpośredniej współpracy między psychiatrami oraz psychologami, w której ci ostatni, nie tracąc swej „psychologicznej tożsamości”, poszerzą obszar diagnostyki w sytuacji, gdy rozpatrywany będzie problem psychicznego funkcjonowania osób ujawniających zaburzenia psychiczne.

Jako dodatkowy argument za potrzebą współpracy między klinicystami różnych dziedzin, również w dziedzinie diagnostyczno-opiniodawczej, mogą służyć te doświadczenia, które coraz częściej, mając interdyscyplinarny charakter, związane są z funkcjonowaniem w opiece zdrowotnej wielospecjalistycznych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych. Każdy z członków takiego zespołu wnosi do niego swoją wiedzę, umiejętności, orientację teoretyczną, a także specyficzne podejście do rozwiązywania konkretnych problemów i zadań diagnostycznych oraz terapeutycznych. Zespoły zajmujące się rozwiązywaniem problemów zdrowotnych osób zaburzonych psychicznie tworzą najczęściej lekarze psychiatry, psycholodzy kliniczni, psychoterapeuci, seksuolodzy czy też pracownicy społeczni. Mają oni różne spojrzenia na problematykę zaburzeń psychicznych, traktując je bądź to jako zespół psychopatologiczny (perspektywa biomedyczna), bądź jako utrwalone psychologiczne procesy i mechanizmy prowadzące do zaburzeń struktury czy funkcjonalnych właściwości osobowości, zachowania bądź adaptacji, określające ich głębokość czy genezę (perspektywa psychologiczna) lub też jako psychospołeczny problem ściśle związany z faktem wystąpienia zaburzenia (perspektywa socjologiczna). Istota pracy w interdyscyplinarnym zespole sprowadza się do wypracowania wspólnych, uzgodnionych i ujednoliconych strategii postępowania diagnostyczno-terapeutycznego traktujących pacjenta w sposób całościowy, uwzględniający w postępowaniu z nim szerokie tło biopsychospołeczne, a także kontekst jego problemów zdrowotnych. Każdy z członków zespołu wnosi do niego swoją teoretyczną i metodologiczną odrębność i specyfikę. Musi być przy tym świadomy kompetencji i możliwości pozostałych członków zespołu, powinien też umieć się z nimi porozumiewać i współpracować, dostrzegać obszary, w których bardziej kompetentny będzie nie on sam, lecz reprezentant czy biegły innej specjalności, np. medycznej czy terapeutycznej. Wspomniana odrębność znajduje odzwierciedlenie już w zakresie czynności i procesów diagnostycznych, w tym zwłaszcza specyficznych standardów i procedur, metod, sposobów weryfikowania hipotez diagnostycznych, operacjonalizacji zmiennych teoretycznych czy też stosowanych narzędzi. Trudno w tym miejscu uniknąć pytania o możliwości bądź warunki

pogodzenia różnych perspektyw teoretycznych uwzględnianych w planowaniu konkretnych, spójnych, terapeutycznych czy rehabilitacyjnych oddziaływań [13, 15].

Rozważając kwestie dotyczące możliwości i potrzeby wydawania interdyscyplinarnych, kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych, warto poświęcić nieco uwagi przemianom i procesom, jakie w ostatnich latach zachodzą w szeroko ujmowanej psychopatologii obejmującej zarówno psychiatrię, jak i psychologię kliniczną. W diagnozowaniu, pomimo ciągłego rozwijania i doskonalenia biomedycznych kryteriów diagnostycznych zawartych w klasyfikacjach DSM jak i ICD, można zauważyć tendencje do poszukiwania wspólnych kryteriów diagnostycznych integrujących myślenie medyczne z podejściem psychologicznym. Dobrym przykładem są zmiany, jakie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne proponuje w nowej klasyfikacji DSM-V w zakresie opisu zaburzeń osobowości, a więc konstrukt od lat uwzględniającego stan wiedzy psychologicznej na temat struktury osobowości i jej funkcjonalnych właściwości, w tym także zaburzeń.

Zaburzenia osobowości od wielu lat były przedmiotem zainteresowania psychiatrii i psychologii sądowej, wiązano je bowiem ze skłonnościami do zachowań przestępczych, dopuszczając się przy tym szeregu metodologicznych i diagnostycznych uproszczeń. Nie ulega jednak wątpliwości, iż częstotliwość występowania zaburzeń osobowości w populacji osób naruszających prawo jest szczególnie wysoka, a zagrożenie dla porządku prawnego, jakie stwarzają osoby z zaburzeniami osobowości, trudno porównać z jakimikolwiek innymi, z wyjątkiem dysfunkcji psychoseksualnych i zaburzeń psychopatologicznych [15, 16]. Osobowość stanowi więc w opiniowaniu sądowym, zarówno psychiatrycznym jak i psychologicznym, podstawowy czy też główny przedmiot i obiekt czynności diagnostycznych zmierzających do odpowiedzi na pytanie o to, czy osobowość i ewentualne jej zaburzenia stanowiły *tempore criminis* podstawę do rozpoznania zakłóceń czynności psychicznych, które ograniczały bądź znosiły zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem. Jest to pytanie o wpływ analizowanych zaburzeń na stopień poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Niemniej ważnym diagnostyczno-opiniodawczym problemem jest kwestia zasadności, potrzeby czy celowości stosowania środków zabezpieczających, a więc oddziaływań leczniczo-rehabilitacyjnych, we wszystkich przewidywanych prawem formach. Chodzi więc o uzasadnienie celowości internacji niepoczytalnego sprawcy w zakładzie detencyjnym, odbywanie kary (w przypadku znacznie ograniczonej poczytalności) w specjalnym, terapeutycznym oddziale zakładu karnego czy też o skierowanie sprawcy czynu przeciwko wolności seksualnej, ujawniającego zaburzenia preferencji seksualnych, do leczenia w zakładzie zamkniętym bądź instytucji ambulatoryjnej. We wszyst-

kich wspomnianych przypadkach diagnoza osobowości stanowi istotną przesłankę opiniodawczą, niezależnie od tego, czy wydawana jest ekspertyza kompleksowa, na przykład psychiatryczno-psychologiczna, czy też odrębne i niezależne opinie (np. psychiatryczna, seksuologiczna i psychologiczna). Ważne stają się więc pytania o specyfikę, odrębność metodologiczną medyczno-psychiatrycznego i psychologicznego postępowania diagnostycznego, podobieństwo pomiędzy obydwoma perspektywami, a także rozumienie podstawowych terminów stosowanych metod diagnostycznych czy procedur. Zasadnicze pytanie musi więc dotyczyć istoty osobowości, jej teoretycznego zaplecza, opisu zaburzeń jej struktury bądź funkcji czy też sposobów i procedur opisywania, a więc diagnozowania [16, 17].

Problem rzetelnego i trafnego opisu zaburzeń osobowości związany jest – z od lat podkreślanymi w literaturze psychiatrycznej – wadami i słabościami aktualnych rozwiązań klasyfikacyjnych. Wynikają one przede wszystkim z kategoryjnego systemu opisu zaburzeń psychopatologicznych, który jawi się jako nadmiernie uproszczony i niedoskonały, zwłaszcza w opisie zaburzeń dotyczących struktury i funkcjonalnych właściwości osobowości. Jako podstawowe wady omawianego podejścia wymienić można arbitralnie ustawione progi diagnostyczne z wynikającą z nich dychotomizacją kryteriów diagnostycznych na poziomie kategorii (zaburzenie obecne lub nieobecne), dychotomizację na poziomie danego kryterium (objaw obecny lub nieobecny), polityczność kryteriów (możliwość, iż dwie osoby spełniać będą dwa całkowicie różne zestawy kryteriów, a jednak należeć do tej samej kategorii diagnostycznej, z czego wynika znaczna heterogenność w obrębie grupy), niestabilność diagnoz (zaburzenia osobowości to najmniej stabilny typ diagnozy w praktyce klinicznej) czy bardzo wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń omawianego typu [16, 18].

Przechodząc do kolejnego argumentu uzasadniającego potrzebę głębszej modyfikacji podejścia do zaburzeń osobowości, trzeba podkreślić, iż brak jest jakichkolwiek racjonalnych argumentów za tym, aby biomedyczne, psychiatryczne ujęcie zaburzeń osobowości mogło być skrajnie ateoretyczne, tzn. funkcjonować poza tworzonym i rozwijanym przez psychologów kanonem wiedzy na temat osobowości ujmowanej zarówno z perspektywy teoretycznej, jak i bardziej praktycznej (diagnostycznej). Świadomi tego są już zresztą sami psychiatrzy, którzy, dyskutując nad zmianami w psychopatologicznym opisie zaburzeń osobowości mającym niebawem przyjąć formę DSM-V, postulują zmiany niemal rewolucyjne.

Znaczącym krokiem w kierunku uwzględnienia w klasyfikacjach chorób psychicznych aktualnego stanu wiedzy psychologicznej wydają się zmiany w zakresie kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości proponowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatrycz-

ne w ramach piątej edycji DSM (wydanie przewidywane jest na 2013 rok [9]). DSM-5 (w roboczej wersji obowiązuje numeracja arabska) proponuje znaczące zmiany zwłaszcza w zakresie problematyki zaburzeń osobowości, rezygnując z wyodrębnienia tej kategorii, a zmierzając bardziej w kierunku kompleksowego ujęcia psychopatologii osobowości w ramach wielowymiarowego modelu cech osobowości. Pierwsza publikacja propozycji zmian w klasyfikowaniu i diagnozowaniu zaburzeń osobowości na stronach internetowych DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego miała miejsce w lutym 2010 roku. Ostatnia zmodyfikowana wersja nowego ujęcia pojawiła się 21 czerwca 2011 roku (www.dsm5.org). Aktualna propozycja została zaprezentowana w zarysie poniżej.

Zaproponowany wcześniej model mieszany, wymiarowo-prototypowy, zastąpiony został modelem wymiarowo-kategorialnym. Proponuje się obecnie kryteria diagnostyczne sześciu specyficznych zaburzeń osobowości i zaburzeń osobowości określonych poprzez cechy PDTS (ang. Personality Disorders Trait Specified). Istota rozpoznawania zaburzeń osobowości z obu grup zawarta jest w ogólnych kryteriach diagnostycznych i sprowadza się do uwzględnienia zarówno obecności upośledzenia funkcjonowania osobowości w obszarze „ja” i „interpersonalnym”, jak i obecności przynajmniej jednej patologicznej domeny cech (ang. trait domain) lub aspektu przejawiania się cechy (ang. trait facet).

Specyficzne zaburzenia osobowości (antysocjalne, unikające, z pogranicza, narcystyczne, obsesyjno-kompulsyjne i schizotypowe) zdefiniowane zostają poprzez charakterystyczne dla nich upośledzenie w zakresie funkcjonowania osobowości i obecność typowych cech patologicznych. Z kolei PDTS stanowiąc będą mocno heterogenną grupę, w której dysfunkcji w zakresie „ja” i „interpersonalnym” szacowaną za pomocą skali Poziomów Funkcjonowania Osobowości (ang. Levels of Personality Functioning Scale) towarzyszyć będzie przynajmniej jedna z patologicznych domen cech lub jeden z aspektów przejawiania się cechy. Opisowo i wymiarowo zdefiniowana kategoria PDTS zastąpi powszechnie używaną rezydualną, silnie heterogenną i słabo zdefiniowaną kategorię zaburzeń osobowości bliżej nieokreślonej (PDNOS) systemu DSM-IV-TR.

Wymiarowa komponenta systemu wyrażona ma być poprzez możliwość opisu każdej osoby (także niezaburzonej) poprzez nadrzędne domeny (grupy) cech i różne aspekty ich przejawiania się, a także poprzez uwzględnienie różnych poziomów nasilenia danej cechy. Wymiarową komponentą proponowanego systemu będzie również ocena poziomu dysfunkcji osobowości odnoszona do różnych wymiarów jej funkcjonowania.

Opis osobowości mógłby uwzględniać jedynie nadrzędne domeny cech (tzw. ogólny opis osobowości, ang. personality overview) lub zawierać ocenę wszystkich

możliwych aspektów cech (tzw. pełny profil osobowości, ang. comprehensive personality profile). System zakłada także trzecią możliwość opisu, tj. uwzględnia w nim tylko takie aspekty przejawiania się danych cech, które w „umiarkowany” lub „skrajny” sposób adekwatnie opisują daną osobę. O wyborze jednego ze sposobów opisu decydować mają okoliczności (dostępny czas) lub względy merytoryczne (cel diagnozy i opisu, poziom konceptualizacji przypadku).

Prezentowana propozycja zmian stanowi niemały postęp w odniesieniu do istniejącego systemu; daje pełniejszą i bardziej wszechstronną możliwość opisu cech i funkcjonowania osobowości niezaburzonej opartą na samym systemie diagnostycznym, co może okazać się pomocne w ocenie sądowo-psychiatrycznej i sądowo-psychologicznej. Jednak kontrowersje budzić może wycofanie się autorów DSM-5 z propozycji wprowadzenia do nowego systemu podejścia wykorzystującego prototypy, które pozwalałoby na bardziej elastyczną i całościową diagnozę zaburzeń osobowości, unikającą wielu wad podejścia kategorialnego. Zwracają także uwagę zmiany w samym nazewnictwie, w tym zmianę jednego członu wcześniej proponowanej nazwy „antysocjalno-psychopatycznego zaburzenia osobowości” z powrotem na określenie „antysocjalne (dysocjalne) zaburzenia osobowości”, co zbliżać może nomenklaturę do systemu międzynarodowego ICD. W nowym ujęciu powracają także, jako oddzielna kategoria, narcystyczne zaburzenia osobowości.

To, co we wspomnianych zmianach ma charakter szczególnej nowości, sprowadza się do dymensjonalnego ujęcia wszystkich kryteriów diagnostycznych. Uzasadniając swoje stanowisko, autorzy wprost powołują się na psychologiczne koncepcje osobowości, w tym zwłaszcza na Model Wielkiej Piątki, który od lat znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach życia, w tym także w psychologicznej praktyce klinicznej. Mówiąc inaczej, pomimo iż inwentarz NEO-PI-R nie został stworzony w celu wykrywania zaburzeń psychicznych, może z pożytkiem być stosowany również w kontekście klinicznym. Uzyskane dzięki niemu informacje mogą okazać się niezwykle cenne w formułowaniu diagnozy czy też przy wyborze rodzaju terapii. Wyniki uzyskane w inwentarzu dostarczają bowiem szczegółowego obrazu osobowości pacjenta; odnoszą się do jego charakteru, poziomu aspiracji, wyznawanego systemu wartości, mówią o wewnętrznych potrzebach oraz o charakterze kontaktów osobistych. Oceniając ogólnie relacje, jakie zachodzą pomiędzy psychiatrycznym, biomedycznym opisem zaburzeń osobowości a opisem opartym na Modelu Wielkiej Piątki, podkreślić należy komplementarny charakter takiego podejścia. Psychologiczny opis osobowości uzupełnia oraz poszerza diagnozę psychiatryczną, nie konkuruje jednak z nią i jej nie wyklucza [3, 16, 17, 18].

Poszukiwania wspólnych zintegrowanych i kompleksowych rozwiązań obejmują także szeroko ujmowany obszar oddziaływań terapeutycznych, zarówno biologicznych, jak i psychologicznych. Generalnie rzecz ujmując, leczenie psychiatryczne ma zawsze kompleksowy charakter; obejmuje zarówno biologiczne metody leczenia zaburzeń psychicznych (farmakoterapię, elektrowstrząsy, leczenie światłem, psychochirurgię czy też przezczaszkową stymulację magnetyczną), jak i psychoterapię oraz rehabilitację. Można więc powiedzieć, że leczenie zaburzeń psychicznych obejmuje niemal zawsze wiele form zarówno psychologicznych, jak i biologicznych. Wszystkie one opierają się na jakimś rodzaju relacji i współpracy z osobą leczoną, ukierunkowanych na poprawę psychicznego, behawioralnego lub społecznego funkcjonowania pacjenta. Każda terapia psychiatryczna, w tym także ta, którą stosuje się w stosunku do osób ujawniających najpoważniejsze zakłócenia czynności psychicznych pod postacią choroby psychicznej, musi mieć charakter systemowy i kompleksowy, uwzględniający całą gamę różnorodnych oddziaływań terapeutycznych – biologicznych i psychologicznych. Powyższe uwagi uzasadniają dodatkowo poszukiwania w zakresie tworzenia takich modeli diagnostycznych, które zintegrują kategoriałno-objawową, tj. jakościową diagnozę biomedyczną z podejściem ilościowym, wymiarowym, zdecydowanie bliższym psychologicznemu podejściu do czynności i procesów diagnostycznych. Współczesna psychopatologia to obszar tworzenia takich modeli diagnostycznych, które integrują oba diagnostyczne paradygmaty – jakościowy i ilościowy. Aktualnie funkcjonujące zintegrowane modele psychoterapeutyczne dość jednoznacznie potwierdzają sens tego typu poszukiwań, zarówno przy podejściu systemowym, jak i psychodynamicznym czy poznawczo-behawioralnym [15].

Powyższe uwagi i rozważania zdają się uzasadniać sens tych poszukiwań metodologicznych w diagnostyce sądowo-psychologicznej, które zmierzają do tworzenia interdyscyplinarnych, kompleksowych modeli diagnostycznych zarówno sytuacji wypowiedzania się o poczytalności sprawcy czynu zabronionego, a więc przy diagnozie retrospektywnej, jak i w sytuacjach mających charakter sądów i opinii ewidentnie prognostycznych. W praktyce opiniodawczej pozostają one w bezpośrednim związku z wypowiedzaniem się o celowości i zasadności stosowania w stosunku do sprawcy czynu zabronionego tzw. środków leczniczo-zabezpieczających. W opiniowaniu tego typu nastąpiły w ostatnich latach istotne zmiany, preferujące podejście interdyscyplinarne i kompleksowe.

3. Prognoza psychologiczno-kryminologiczna i czynniki ryzyka przemocy jako przykłady podejścia kompleksowego w opiniowaniu sądowym

Dziedziną intensywnego rozwoju psychopatologii sądowej (psychologii i psychiatrii) jest prognozowanie i szacowanie ryzyka przemocy kryminalnej. We współczesnych badaniach i teoriach psychologiczno-kryminologicznych odchodzi się od poszukiwania wyizolowanych cech osobowościowych czy też objawów psychopatologicznych jako jedynych wskaźników lub predyktorów zachowań przestępczych i, wzorując się na dynamicznym modelu rozwoju osobowości, postuluje się wzajemne oddziaływanie zarówno czynników osobowościowych, psychopatologicznych, jak i społecznych. Zapoczątkowane przez Gluecków wieloczynnikowe podejście do opisu przyczyn i psychologicznych mechanizmów prowadzących do przestępczości zmierza do identyfikacji oraz wyjaśnienia znaczenia i genezy różnorodnych czynników i zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie osób zaburzonych i społecznie nieprzystosowanych. Proces ten prowadzi do wskazania tzw. czynników ryzyka, o których wiadomo, iż odgrywać mogą istotną rolę prognostyczną, umożliwiając tym samym przewidywanie zachowań przestępczych. W połowie lat 80. XX wieku nastąpił znaczny postęp w zakresie badań i praktyki związanej z szacowaniem oceny ryzyka u dorosłych pacjentów psychiatrycznych i przestępców kryminalnych. Dotychczas stosowany model przewidywania oparty był na założeniu, że zagrożenie (ryzyko) jest związane z właściwościami osobniczymi, a zatem jest statyczne i nie podlega zmianom [2, 14]. W klasycznym, tradycyjnym ujęciu, ocena zagrożenia miała charakter czysto klinicznego i nieustrukturywanego. Do zadań oceniającego należało ustalenie, czy dana osoba jest „niebezpieczna”, a dokonywano tego na podstawie historii życia, danych śródowiskowych i klinicznych; czasem wykorzystywano też wyniki badań psychologicznych, takich jak MMPI czy test Rorschacha. Zmiany w podejściu do oceny ryzyka wprowadzone w ostatnich dwudziestu latach dokonane zostały w zakresie koncepcji, przedmiotu oceny oraz metody oceny [4]. Dotyczą one zarówno samego rozumienia konstruktury ryzyka (zagrożenia), jak i przedmiotu oraz metody jego oceny. Obecnie zwraca się uwagę na następujące właściwości owego konstruktury:

- kontekstualność, co oznacza, że ryzyko wystąpienia w przyszłości zachowań związanych z użyciem przemocy jest w wysokim stopniu zależne od sytuacji i okoliczności;
- dynamikę, czyli podleganie zmianom;
- nasilenie, co oznacza, że ryzyko rozpatruje się jako continuum. Możemy mówić o mniejszym lub większym prawdopodobieństwie zagrożenia i możliwości,

że dana osoba w przyszłości będzie ujawniać zachowania o charakterze przemocy.

Jak wynika z powyższego, zadaniem oceniającego jest określenie natury i stopnia ryzyka wystąpienia pewnego rodzaju zachowań u osoby o określonych właściwościach w przewidywanych warunkach i kontekście [1, 2, 8, 14].

Jednocześnie nastąpił rozwój systematycznych badań empirycznych zmierzających do ustalenia specyficznych czynników ryzyka wyróżniających osoby, u których występują zachowania o charakterze przemocy, w tym także seksualnej. Koncepcje ryzyka z zasady uwzględniają podział czynników na historyczne, społeczne i indywidualne (w tym kliniczne, czyli psychopatologiczne). Poprzez wprowadzenie grupy czynników ochronnych koncepcje te stwarzają także sprzyjające warunki do uwzględnienia w zakresie źródeł i mechanizmów prowadzących do przestępczości perspektywy czy też paradygmatu salutogenetycznego. Dostrzeżono też przydatność statystycznych metod oceny ryzyka oraz podjęto próby stosowania ustrukturuowanych narzędzi oceny klinicznej, np. opracowywanie wykazu czynników istotnych dla oceny ryzyka wraz z kryteriami ich kodowania. Najogólniej biorąc, zmiany w podejściu do omawianej problematyki polegały na przejściu od integralnie związanego z jednostką „przewidywania niebezpieczeństwa” do „szacowania ryzyka” uwzględniającego szerzej rolę ocen dotyczących zmiennych środowiskowych, społecznych i sytuacyjnych [1].

Wyodrębnione teorie i koncepcje czynników ryzyka oraz, będące wynikiem operacjonalizacji wspomnianych koncepcji, specjalnie skonstruowane narzędzia diagnostyczne (np. Structured Assessment of Violence Risk in Youth – SAVRY), Historical / Clinical / Risk Management – HCR-20, Sexual Violence Risk-20 – SVR-20, Psychopathy Checklist-Revised – PCL-R) udoskonaliły znacznie procedury wykrywania zagrożenia kryminalną przemocą. Stworzyły także sprzyjające warunki do wczesnej interwencji (medyczno-psychologicznej) mającej zapobiegać postępującemu i pogłębiającemu się procesowi społecznej dezadaptacji sprawców czynów zabronionych. Odgrywają również ważną rolę w penitencjarystyce, prewencji i polityce karnej. Umożliwiają bowiem monitorowanie przemocy i „zarządzanie” nią [1, 2, 4, 8, 21].

Badania nad czynnikami ryzyka oraz ich konceptualizacje mogą być także przydatne do celów i zadań, które w swojej codziennej pracy opiniodawczej realizuje biegły psycholog wypowiadający się zarówno o poczytalności sprawcy, jak i o zasadności stosowania środków zabezpieczających. Istnieje bowiem możliwość odniesienia wyodrębnionych czynników ryzyka do funkcjonowania osobowości badanego sprawcy, procesów motywacyjnych, jakie leżały u podstaw jego przestępnych – zabronionych przez prawo karne — zachowań,

jak też postępujących w miarę leczenia i rehabilitacji pożądaných i oczekiwanych zmian w jego zachowaniu. Możliwe staje się więc stworzenie pełnej klinicznej diagnozy, która w sposób indywidualny, a zarazem całościowy (holistyczny) i funkcjonalny opisywać będzie osobę sprawcy w wymiarach biopsychospołecznych i zobiektywizuje wartość diagnozy, zwiększając trafność i rzetelność pomiaru zagrożenia czy też niebezpieczeństwa, jakie stwarza badany dla porządku prawnego. Mówiąc inaczej, narzędzia diagnozujące nasilenie, układ i współwystępowanie czynników ryzyka mają niemałą wartość diagnostyczno-prognostyczną, są także przydatne do formułowania indywidualnych programów terapeutycznych, rehabilitacyjnych i resocjalizacyjnych. W ramach tego podejścia stosuje się narzędzia takie, jak: skala HCR-20 rozpatrująca 10 zmiennych historycznych oraz 10 dynamicznych czy Kwestionariusz Poziomu Zagrożenia (LSI-R, the Level of Service Inventory Revised) [8]. Do wspomnianych predyktorów typu dynamicznego można zaliczyć chociażby skłonność do współpracy w ramach terapii, obecność sieci wsparcia społecznego czy przejawianie impulsywnych zachowań. Umieszczenie ich w obrębie skal do szacowania ryzyka pozwala badaczom na monitorowanie poziomu zagrożenia przemocą dzięki możliwości powtórzenia pomiaru przy zmianie któregokolwiek z czynników. Jednocześnie narzędzia przybrały bardziej ustrukturuowany charakter minimalizujący wpływ subiektywnego nastawienia klinicysty oraz innych zmiennych zakłócających.

Badania nad czynnikami i psychologicznymi mechanizmami prowadzącymi do przestępczości nieletnich koncentrują się z jednej strony na czynnikach ryzyka zachowania przestępczego, z drugiej obejmują próby tworzenia modeli uwzględniających ich wzajemne relacje i funkcjonalne powiązania prowadzące w efekcie do kształtowania się zaburzeń zachowania i nieprawidłowej osobowości oraz utrwalonych przejawów dezadaptacji społecznej. O ile kwestia czynników kryminogennych tradycyjnie już jest przedmiotem badań nad przestępczością nieletnich i posiada dość bogatą literaturę, o tyle próby stworzenia spójnego i szerszego modelu (lub modeli) ujmującego dynamiczne relacje i współzależności pomiędzy wspomnianymi zmiennymi nie zakończyły się spektakularnymi czy nawet tylko zadowalającymi wynikami i efektami. Brak jest bowiem takich konceptualizacji psychologicznych i psychopatologicznych procesów oraz mechanizmów prowadzących do przestępczego zachowania nieletnich, które spełniałyby warunki nowoczesnego, kompleksowego i spójnego modelu zmiennych uwzględniającego zarówno ich zróżnicowanie, jak i funkcjonalne współzależności [4]. Trudno w tym miejscu nie wspomnieć o prawnym konstrukcie demoralizacji, stanowiącym podstawowe kryterium oceny (a więc i diagnozy) przejawianych przez nieletniego objawów nieprzystosowania społecznego. Operacjona-

lizując wspomniane pojęcie, wielokrotnie krytykowane za ateoretyczność i brak podstawowych definicyjnych kryteriów, trudno uniknąć podejścia interdyscyplinarnego, w którym uwzględnione być winny zarówno zmienne psychologiczne, psychopatologiczne, jak i środowisko-pedagogiczne. Kompleksowe podejście do diagnozy procesu demoralizacji jawi się jako jedyne sensowne rozwiązanie integrujące różnorodne informacje o nieletnim tak, aby uzyskać możliwie komplementarny i spójny obraz jego osoby oraz ewentualne uzasadnienie stosowania określonych środków i oddziaływań wychowawczo-poprawczych.

4. Opiniowanie kompleksowe w sprawach cywilnych

Korzystanie z pomocy biegłych psychologów w procesie cywilnym ma znacznie uboższe tradycje niż w procesie karnym. Niemniej istnieją co najmniej dwa obszary zagadnień rozstrzyganych przez sądy cywilne, co do których trudno kwestionować kompetencje psychologa, a w których jego pomoc może być nawet szczególnie przydatna. Pierwszy z nich obejmuje te przypadki, które wymagają oceny stanu psychicznego określonych osób, niezbędnej do ustalenia ich zdolności do samodzielnego stanowienia o sobie, korzystania z praw i ponoszenia odpowiedzialności cywilnej. Kompetencje psychiatrów w tym zakresie są niekwestionowane, zwłaszcza jeśli chodzi o ustalenie jednostki chorobowej czy wyjaśnienie wpływu stosowanych leków na sprawność określonych funkcji psychicznych i wynikających z nich konsekwencji dla praw cywilnych konkretnej osoby. Psycholog jednak, dokonując analizy zachowania tej osoby w kontekście całej sytuacji życiowej, jest w stanie znacznie szerzej wyjaśnić mechanizmy jej działań czy reakcji, a także wskazać warunki i ewentualne ograniczenia jej funkcjonowania w środowisku [6].

Współpraca psychologa z sądem cywilnym obejmuje cztery kategorie spraw: poddanie przymusowemu badaniu i leczeniu, ubezwłasnowolnienie całkowite i częściowe, dokonywanie czynności prawnych i odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę. We wszystkich tych obszarach zauważyć można w ostatnich latach tendencje do poszerzania kompetencji psychologa, a nawet do konieczności korzystania z jego pomocy. I tak w przypadku ubezwłasnowolnienia wprowadzono w 2007 roku zmianę polskiego kodeksu postępowania cywilnego nakazującą obligatoryjne powołanie biegłego psychologa (oprócz psychiatry i neurologa). Związane było to z potrzebą bardziej wszechstronnego, wnikliwego i kompleksowego (medyczno-psychologicznego) określenia podstawowych przesłanek ubezwłasnowolnienia, zwłaszcza w zakresie interesu i dobra osoby, w stosunku do której ubezwłasnowolnienie wnioskowano. Wprowadzone zmiany idą

niewątpliwie w dobrym kierunku, na podstawie badań psychologicznych można bowiem dokonać pełnej oceny procesów poznawczych, stanu emocjonalnego i dojrzałości społecznej badanego, a w konsekwencji ustalić jego zdolność do krytycznej oceny własnego postępowania oraz możliwość i zakres jego samodzielnego funkcjonowania w środowisku w określonej sytuacji życiowej.

W praktyce opiniodawczej dostrzec można także inne pozytywne zmiany dotyczące tym razem opiniowania przesłanek odnoszących się do oświadczeń woli i ich prawnej ważności. W praktyce sądowej dotyczy to przede wszystkim ważności testamentu. Trzeba w tym miejscu jasno podkreślić, iż opiniowanie w sprawach testamentowych to pewna wybrana, specyficzna forma opiniowania w sprawach ważności oświadczenia woli. Przedmiotem opinii tego typu jest stan psychiczny człowieka pragnącego dokonać istotnej czynności prawnej. W takich przypadkach kryteria psychologiczno-psychiatryczne ważności czynności zależą od „świadomego i swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli”. Zagadnienia te mają konkretne, praktyczne odniesienie związane z zasadami oraz standardami opiniowania i diagnozowania sądowo-psychologicznego, dotyczą także kwestii kompetencyjnych i metodologicznych. Opublikowane w ostatnich latach prace zespołu opiniodawczego psychiatryczno-psychologicznego z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie stanowią ciekawą propozycję metodologiczną dotyczącą możliwości i sensowności wydawania kompleksowych opinii dotyczących właśnie ważności oświadczenia woli [23, 24]. Opiniowanie takie musi opierać się na próbie odniesienia prawnych pojęć i definicji do współczesnej psychologii i psychopatologii. A więc takie ustawowe terminy i kryteria, jak „świadomość”, „swoboda”, „podjęcie decyzji”, „wyrażenie woli” winny znaleźć możliwe pełne odniesienie do aktualnej wiedzy psychologicznej czy psychiatrycznej. Określenie współczesnego rozumienia takich pojęć psychologicznych, jak „świadomość”, „wola” czy też szersze uwzględnienie „motywacyjnych aspektów” analizowanej problematyki to podstawowe warunki rzetelnego pełnienia funkcji biegłego. Ważność oświadczenia woli w świetle obowiązujących w Polsce regulacji prawnych zależy przede wszystkim od występowania szerokiej gamy czynników psychopatologicznych. Nie można w związku z tym abstrahować od tego, jak współczesna psychiatria rozumie i opisuje zaburzenia świadomości czy też woli. Przyszłość i rozwój praktyki opiniodawczej w omawianej kwestii jest uwarunkowana możliwością stworzenia holistycznego, interdyscyplinarnego modelu diagnostycznego, który w możliwie spójny i komplementarny sposób uwzględniać będzie dorobek zarówno psychologii, jak i psychiatrii klinicznej.

5. Podsumowanie i wnioski

Podsumowując przedstawione powyżej rozważania nad możliwością, sensownością, a nawet potrzebą opiniowania kompleksowego, warto nawiązać do dość podstawowego stwierdzenia, iż psychologia sądowa jest typową „pomostową” nauką sądową. Podobnie bowiem jak medycyna sądowa, psychiatria czy kryminalistyka, swoje doświadczenia i osiągnięcia adaptuje na rzecz nauk prawnych w celu umożliwienia realizacji podstawowych celów wymiaru sprawiedliwości. Ma w związku z tym ewidentnie interdyscyplinarny charakter, a jej rozwój zależy z jednej strony od doskonalenia własnych standardów, procedur i metod badawczych, z drugiej natomiast od umiejętności podejmowania nowych zadań eksperckich, także poprzez współpracę diagnostyczną realizowaną w ramach tzw. opiniowania kompleksowego. Zwiększające się zapotrzebowanie wymiaru sprawiedliwości na tego typu całościowe i zintegrowane opinie wynika z jednej strony z przeobrażeń teoretyczno-metodologicznych zachodzących w pokrewnych sobie naukach czy też na ich styku (np. psychiatrii i psychologii klinicznej), z drugiej jest następstwem coraz większej świadomości prawników złożoności i stopnia skomplikowania różnorodnych problemów dowodowych, z którymi konfrontuje ich proces karny czy cywilny.

Obszarem, który w opiniowaniu sądowym sprowadza do wspólnej płaszczyzny zarówno medyczne, jak i psychologiczne postępowanie diagnostyczne, są specyficzne pojęcia prawne, którymi posługują się obowiązujące ustawy karne czy cywilne. Dotyczy to na przykład pojęcia „stanu psychicznego” czy też tzw. psychologicznych kryteriów niepoczytalności. Zarówno „zdolność rozpoznania znaczenia czynu”, jak i „zdolność kierowania postępowaniem” nie są w istocie pojęciami psychologicznymi (jedynie prawnymi) i wymagają tego, aby „wypełnić” je, w trakcie procesu diagnostycznego, współczesną wiedzą i pojęciami psychologicznymi czy psychopatologicznymi. Analogicznie przedstawia się sytuacja diagnozy „innych zakłóceń czynności psychicznych” czy też ważnych dla postępowania karnego przesłanek dotyczących zasadności stosowania środków leczniczo-zabezpieczających poprzez formułowanie sądów prognostycznych odnoszących się do niebezpieczeństwa dla porządku prawnego lub wysokiego prawdopodobieństwa zabronionego prawem zachowania. Wydaje się, iż nadszedł czas i nastały warunki do podjęcia prac nad zasadami tworzenia profesjonalnych, kompleksowych opinii psychiatryczno-psychologicznych oraz nad systemowym podejściem do okoliczności, w których zaburzony psychicznie sprawca narusza porządek prawny, a także nad szerszym wykorzystaniem dorobku psychologii klinicznej oraz psychiatrii społecznej i środowiskowej w diagnozie oraz terapii osób zaburzonych psychicznie naruszających ten porządek. Podobnie ocenić należy

prawny konstrukt demoralizacji czy też takie pojęcia związane z prawem cywilnym, jak ubezwłasnowolnienie czy „swoboda i świadomość podejmowania decyzji i wyrażania woli”. Prawo, zarówno karne, jak i cywilne, wyznacza więc pewne ramy, w których funkcjonować może opiniowanie kompleksowe, z definicji mające charakter ocen interdyscyplinarnych, komplementarnych, uzupełniających się wzajemnie, poszerzających wiedzę i perspektywę poznawczą prawnika, ułatwiające mu rozstrzyganie procesowych dylematów dowodowych.

Jest faktem, że zagadnienia psychiatryczno-psychologiczne nie zostały w aktualnych regulacjach prawnych rozwiązane w sposób spójny i konsekwentny, do końca zgodny ze współczesnymi standardami i propozycjami wielokrotnie zgłaszanymi przez środowisko psychiatrów i psychologów sądowych. Przyjęty przez ustawodawcę model współpracy psychiatryczno-psychologicznej w procesie karnym nie odpowiada w pełni merytorycznym kompetencjom psychiatrii i psychologii, nie jest też rozwiązaniem wewnątrznie spójnym i konsekwentnym. I tak przepisy kodeksu karnego wymagają obligatoryjnego udziału psychologa w tych kwestiach związanych z opiniowaniem o poczytalności, które uzasadniają potrzebę stosowania izolacyjnych środków zabezpieczających wobec osób niepoczytalnych. Natomiast w kodeksie postępowania karnego psycholog funkcjonuje jako pomocniczy dla psychiatrii biegły, powoływany na jego wniosek. Ogólnie biorąc, przepisy procesowe nie wykluczają jednak możliwości współpracy opiniodawczej, stwarzając dla niej konkretne podstawy prawne.

Interdyscyplinarność jest dziś podstawowym europejskim standardem w osiągnięciu przez psychologię i psychiatrię sądową ich podstawowych celów. Zasada ta dotyczy w równym stopniu czynności diagnostycznych, terapii oraz rehabilitacji. W dziedzinie zaburzeń psychicznych i ich związków z szeroko ujmowanym postępowaniem karnym ma ona bardzo ogólny charakter wynikający z podstawowych zadań opieki psychiatrycznej sformułowanych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Brak jest jakichkolwiek argumentów, aby nie przyjąć, że wszędzie tam, gdzie przepisy prawa tego nie zabraniają, tzw. pacjenci sądowi mogli korzystać z tych samych standardów terapeutycznych, co wszyscy inni ludzie chorzy i zaburzeni psychicznie. Zasadę tę można realizować jedynie poprzez doskonalenie i rozwijanie ścisłej diagnostyczno-terapeutycznej współpracy pomiędzy psychiatrami oraz psychologami.