



PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF DEMORALISATION IN JUVENILE FORENSIC ASSESSMENTS: FIELDS, MODELS AND NEW DIRECTIONS

Danuta RODE¹, Joanna KABZIŃSKA¹, Magdalena RODE², Ewa HABZDA-SIWEK¹

¹ *SWPS University of the Social Sciences and the Humanities, Katowice, Poland*

² *Institute of Psychology, University of Silesia in Katowice, Katowice, Poland*

Abstract

Psychological knowledge plays an essential role in juvenile cases in making appropriate decisions relating to adolescents who violate legal or social norms. Because they are presented as evidence in legal cases, psychological opinions need to satisfy rigorous formal and methodological requirements. The main purpose of the research, which was conducted in six district courts, was to investigate the practice, methodology and decision-making criteria of forensic psychologists who prepare expert opinions in juvenile cases in Poland. A questionnaire tool was used to gather information about cases in which courts appointed psychologists as expert witnesses. Records of court cases employing expert opinions (N = 253) were analysed to discover the subjects and procedures associated with psychological assessments of juvenile delinquents. It was found that though the questions the court asks are diverse, most referrals concern (1) determining the level of demoralisation (2) the signs of, and reasons for, demoralisation (3) deciding courses of action to prevent further demoralisation and (4) complete diagnoses of the personality, and emotional, social, and intellectual development, of juveniles. With respect to the decision-making criteria for psychological diagnosis of juvenile delinquents, the results showed that forensic psychologists follow functional, developmental, and prognostic models. In addition to setting out their research, the authors present a number of new developments in the psychological assessment of juvenile delinquents.

Keywords

Juvenile; Demoralisation; Psychological expert opinion.

Received 18 January 2019; accepted 6 February 2019

1. Introduction

This article reports the results of research carried out as part of the “Forensic-Psychological Expert-Opinion Writing in Juvenile and Parental Responsibility Cases” project, which was funded by the National Science Centre (grant OPUS no. 2015/19/B/HS5/01226). The aim of the project is to formulate methodological models and standards for forensic-psychological opinion-writing in these cases by analysing the methodological and diagnostic procedures employed by psychologists acting as expert witnesses. The project is pursuing its enquiries at two analytical levels: the legal

and the psychological. At the legal level this involves an analysis of the regulations on obtaining evidence from psychological opinions, the grounds for appointing psychologists as expert witnesses, the formulation of evidential hypotheses and the use of evidence from psychological opinions, and at the psychological level an analysis of the content of psychological opinions against formal and substantive criteria. Its aim is to devise a comprehensive model of the psychological diagnosis of juveniles who exhibit features of demoralisation. The research is now complete and analysis of the results has begun.

The results set forth here, which represent only a small part of the overall project, concern (1) a presentation of current fields and new directions in the psychological diagnosis of the demoralisation of juveniles in forensic psychological opinions and (2) a presentation of the fields which are not addressed in this diagnosis and should be introduced to enrich the traditional model. The article therefore attempts to highlight the current psychological practice associated with the diagnosis of juveniles and to introduce new directions that could coalesce into an integrated approach to diagnosis, which is a process that determines the quality of the psychological opinions presented as evidence in court cases.

Pursuant to Art. 25 § 1 of the Act on Proceedings in Juvenile Matters (Juvenile Act), the family court can ask a team of court forensic specialists, an expert witness, or another specialist institution to issue an opinion giving a comprehensive diagnosis of the personality of a juvenile and to suggest appropriate measures. Opinions of this kind are requested before issuing a decision to place a juvenile in a youth education centre, in a publicly-funded therapeutic institution, a social care home or a correctional facility (Art. 25 § 2 of the Juvenile Act). Though psychologists, educationalists and doctors can all issue opinions in juvenile cases, most are compiled by psychiatrists. Usually, material of this kind is prepared for the family courts by a team of experts, who produce what are known as “comprehensive” expert opinions. It is rare for them to be written by a single specialist working alone. To appoint specialists implies a need for a comprehensive diagnosis of a juvenile’s personality and recommendations for further measures. Yet the Juvenile Act does not define the role and tasks of the various experts clearly.

We can nevertheless say that what psychologists do when preparing expert opinions in cases of juvenile demoralisation is to diagnose the individuals concerned in respect of their behavioural, emotional and cognitive functioning. The end product is the psychological-forensic opinion, which contains the information the judge requires to decide suitable educational and/or correctional measures for the young person concerned. Responding to the Polish setting, Stanik (2008) proposed a theoretical model to structure the psychological diagnosis of juvenile demoralisation (otherwise defined in psychology as social maladjustment and/or asociality). Its aim is to produce increasingly accurate diagnoses and build preventive and corrective models adequate to the specificity of juvenile functioning. It is primarily descriptive and explanato-

ry and it is described at greater length elsewhere in the article.

Diagnosis of juvenile demoralisation: the psychological perspective

Psychological diagnosis can be conceived of and carried out in numerous ways. We learn from Reykowski’s regulatory theory of personality (1982), which is widely-known in psychology, that it is important to describe and explain certain categories of individual functioning with respect to demoralisation. The literature informs us that the following general categories of individual functioning combine in the diagnosis of the demoralisation of juveniles: (1) bi-opsychic factors, that is, the organic substrata of disorders of functioning (2) cognitive processes, including criticism of behaviour (3) instrumental-executive processes (4) emotional and motivational processes (5) personality (at the level of the instinct-drive-emotion nexus and of cognitive structures and social functioning, including dysfunctions of regulatory mechanisms) (6) functioning within the family, at school and in the peer group (scope of, extent of, and attitude to, the fulfilment of various social roles; outcomes of education and upbringing).

McCrae and Costa’s five-factor model of personality (1992a), which postulates the existence of general dimensions – undetermined by culture or demography – that make it possible to describe personality fully and deeply, is one of the best known contemporary ideas explaining individual behaviour. Its major dimensions are neuroticism, extroversion, openness to experience, agreeableness and conscientiousness. An attempt to explain the behavioural irregularities that make up manifestations of demoralisation can be made by diagnosing the following traits: gregariousness, activeness, neuroticism-anxiety, aggressiveness-hostility and impulsive searching for sensations. Diagnosis in the practice of juvenile forensic psychology proceeds according to the descriptive-explanatory theoretical model. A three part and three level composition (Figure 1) is the starting point for the approach presented here to the psychological diagnosis of the maladaptation of juveniles *versus* the diagnosis of the demoralisation of juveniles (Stanik, 2008; 1980).

The *first* level of diagnosis refers to a description of facts, that is, to the asocial behaviour of juveniles. The number, intensity, dynamics and duration of the particular symptoms of maladjustment are determined at this level. This is achieved by a variety of non-standard (interview, observation) and standard techniques (analysis of case files, scales, inventories,

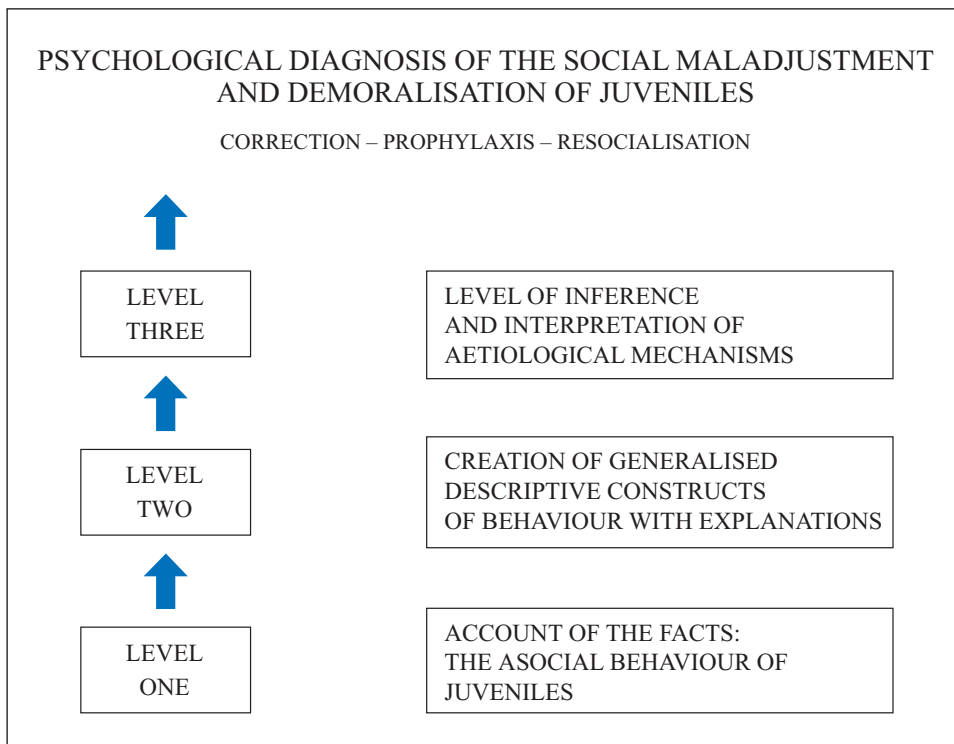


Figure 1. Model of the diagnosis of the demoralisation of juveniles *versus* the social maladjustment of juveniles in psychological perspective (source: own work based on Stanik, 2008).

tests). The name often given to this level in the psychological literature is “direct diagnosis”. The *second* level of diagnosis involves the formulation of generalised descriptive constructs (a sort of syndromology) mediating between categorised and ordered accounts of repeating facts in the form of the behaviour, and explanations for it, that the diagnostician is interested in. It is at this stage that the asocial personality is diagnosed and described. The diagnostician employs psychological constructs, such as aggressiveness and hostility, which are the determinants of the behaviour, and is also sometimes able to explain its aetiological background.

The *third* level of diagnosis (of inference and interpretation) considers the empirical data in the context of a theoretical system, and therefore against the background of a particular theory or in terms of certain eclectic constructs. It is in this context that we can explain established facts (or more often sets of facts) and show both the aetiological mechanisms, and the mechanisms of the particular personality dysfunctions, responsible for asocial functioning. It is important at this stage of diagnosis to describe and interpret the dysfunction of the regulatory personality mechanisms of the juvenile in terms of the aetiological factors, such as flawed socialisation, in the already entrenched destructive functioning (demoralisation), but also in terms of the development stage the juvenile is

at. Correction, resocialisation and prophylaxis cannot be effective without the knowledge gained at this level of diagnosis.

Determining the psychosocial maturity of juveniles, which is significant in determining responsibility for decisions, and their level of psychosocial development (Otto, Borum, 2004) is a very important question that, unfortunately, is often overlooked in the diagnosis of juvenile demoralisation. The psychosocial maturity of a juvenile is defined by: (1) responsibility, that is, the capacity to take independent decisions without the influence of external factors (2) the ability to adopt the following perspectives: (a) temporal: perceiving and predicting the immediate and long-term consequences of actions (b) interpersonal: the ability to adopt another’s perspective and to understand viewpoints other than one’s own (3) control: the capacity to control one’s own impulses (Cauffmann, Steinberg, 2000a; 2000b).

Furthermore, comparatively little attention is paid to investigating the cognitive system of juveniles in terms of the way they process social information and of any attendant regulatory shortcomings. We should add that identifying the mechanisms of social information-processing (Crick, Dodge, 1994; 1996) is an important factor determining the behaviour of an individual, including their anti-social actions. Glenn Walters (1990, 2006a), Nicki Crick and Kenneth Dodge

Table 1
Criminal thinking styles

Cognitive patterns of criminal thinking	
Proactive thinking	Reactive thinking
Mollification – this involves exculpation by an attempt to transfer blame for one's actions onto external factors, such as those connected with past experiences. This thinking style is marked by the belief that the world is unjust and that this sanctions criminal actions.	Cut-off – this involves cognitive isolation and disregard for the consequences of one's actions, which makes it possible not to think about responsibility for them and the risk of being punished for them. It reveals itself in demonstrations of frustration and the use of expressions such as "To hell with it!"
Entitlement – involves a person believing that special privileges are vested in them, which leads them to feel that they are unique and so have permission to transgress legal and social norms.	Cognitive indolence – refers to passivity and laziness of thought and behaviour that leads people driven by boredom and the desire to minimise effort to engage in impulsive and ill-thought-out activities.
Power orientation – this involves the dichotomous perception of people as either weak or strong and acceptance of the view that strong individuals can exploit and control those who are weaker. It is associated with seeking to use force to compensate for personal limitations.	Discontinuity – this is displayed in an inability to concentrate and act consistently, a lack of persistence and a tendency not to meet their commitments.
Superoptimism – this is shown in excessive self-confidence, overestimating one's abilities and believing that the consequences of anti-social actions can be delayed or avoided.	

Table 1 was prepared based on the work of Walters et al. (2011) and Walters and Lowenkamp (2016).

(1994) are among the contemporary researchers to have addressed the determinants of demoralisation with respect to dysfunction and irregularities in social information-processing. Crick and Dodge (1994) found that juvenile offenders, as well as aggressive children, are characterised by various cognitive distortions and patterns of social-information processing that are different from those found in groups of properly-functioning young people and children.

Glenn Walters' idea of criminal thinking styles (2006a, 2006b) belongs to the psychological-cognitive paradigm, which asserts that a network of cognitive structures is responsible for the reception and processing of information and for instigating actions. A style of thinking is understood both as a process, but also in terms of its contents, which lead people to break the law repeatedly or to consistently be able to refrain from breaking it (Walters, Lowenkamp, 2016). Walters (2006a) initially distinguished eight cognitive patterns. However further analysis indicated that one of them – sentimentality – does not constitute a major feature of criminal thinking, even though it is an element of the so-called criminal lifestyle (Walters, 2014; Walters, Hagman, Cohn, 2011). The cognitive patterns that Walters currently recognises are set out and discussed in Table 1.

It is Walter's view (2014) that the criminal individual's cognitive system (including specific thinking styles) is formed in such a way as to sustain and justify irresponsible behaviour, intrusive interpersonal

behaviour, self-indulgence and the taking of decisions that bring benefit to the individual. We may note in summary that there are two dimensions in the psychological diagnosis of the demoralisation of juveniles: the individual-social dimension and the positive-negative dimension. The former focusses on the individual characteristics of the juvenile and addresses the broader context of their social functioning, while the latter corresponds with what is known in psychology as the negative and positive diagnosis of a young person.

2. Method

2.1. Research aims and questions

The aims of the study, which was conducted as part of research project NCN 2015/19/B/HS5/01226, are to present the diagnostic model of the demoralisation of juveniles applied in the writing of expert psychological opinions and the different diagnostic fields these reports address, as well as to relate new developments in the diagnosis of juvenile demoralisation within the framework of the traditional (current) model of diagnostic procedure. With these aims in mind, the following research questions were formulated:

1. What is the subject of the psychological diagnoses in juvenile cases?
2. What information on juveniles do psychological expert opinions contain?

3. Which model of psychological diagnosis is used in forensic opinion-writing in cases concerning the demoralisation and criminal acts of juveniles?

2.2. Research procedure

The research was carried out in six district courts: two each from the area of jurisdiction of the appeal courts in Katowice, Poznań and Białystok. The district courts were selected at random in such a way that the area of jurisdiction of each of the appeal courts included a district court in a large centre of population and a district court in a small centre of population. The district courts in towns that are at the same time the seat of a provincial court (a large centre of population) were therefore selected separately from those in small centres of population. The list of ordinary courts available on the Ministry of Justice website was used for this purpose. In this way the district courts in Gliwice and Jaworzno (Court of Appeal in Katowice), Zielona Góra and Września (Court of Appeal in Poznań), and Białystok and Szczytno (Court of Appeal in Białystok) were selected. The *Npw* registers for juvenile cases in which demoralisation or a punishable act is suspected served as the frame for the random selection of the district courts. Two-hundred-and-seventy-one juvenile court cases that included opinions compiled by psychologists were examined. Of these, 253 written in 2013–2015 were deemed fit for analysis (Białystok Appeal Court $N = 90$; Katowice Appeal Court $N = 78$; Poznań Appeal Court $N = 85$). Eighteen cases were excluded from further analysis due to gaps in the data.

2.3. Research tools

The authors designed their own questionnaire, which was specially adapted to analysing the psychological opinions included in case files, to investigate court records. It was divided into two parts: A and B. The purpose of part A was to investigate court files to gather information on (1) admission by the court of evidence from a psychological opinion (including how the expert witness was appointed, setting a time limit for issuing an opinion, formulation of an evidentiary thesis) and (2) the judgment of the court which made it possible to evaluate the use of evidence from a psychological opinion. Part B involved analysing the forensic-psychological opinions to establish the scope and subject of the psychological diagnosis of juvenile demoralisation (with account taken of the methodology of the psychological examination and of the consistency of the subject of the psychological diagnosis with respect to the hypothesis of the

court). These criteria are based on models defining the principles and guidelines of methodological procedure for expert witnesses to observe to ensure that the opinions they write are admissible as evidence in court (Heilbrun, 2001; Heilbrun, Marczyk, DeMatteo, 2002; Czerederecka, 2013). Due to a lack of empirical research evidence indicating the validity of various principles and criteria, an evaluation sheet was devised for each criterion, according to which competent judges estimated its significance in the methodological procedures involved in writing an opinion. A Kendall coefficient of concordance was obtained ($W = 0.791$). The average ranks derived in this procedure made it possible to construct the various criteria that were used to analyse the opinions. There were three modules in part B of the questionnaire used to analyse the forensic-psychological opinions. Module I contained formal information, including the evidentiary thesis (the questions the court referred to the psychologists, who were employees of the Family Diagnostic and Consultation Centre (RODK), forensic expert witnesses or *ad hoc* expert witnesses), the subject matter of the research and the research methods applied by the expert witnesses. Module II was connected with the different diagnostic fields for juveniles, including (1) care, upbringing, education and the family environment and (2) the juvenile's psychological diagnosis, including a personality diagnosis and information about their development, emotional bonds with family members, and the symptoms and causes of demoralisation. Module III included an analysis of the conclusions of the psychological opinions and the grounds for drawing them.

3. Results

3.1. The practice of obtaining evidence in the form of psychological opinions in cases of juvenile demoralisation and juvenile criminal acts

The research material consisted of 253 opinions in juvenile cases, of which 69.9% concerned demoralisation and 30.1% juvenile criminal acts. In most cases, the diagnostic examinations and compilation of the opinions were performed by a group of psychologists or by psychologists working alongside other specialists. In a few cases ($N = 4$) the psychologists worked alone when compiling the opinions (including the diagnostic procedure).

Table 2
Specialists' fields of expertise

Specialist compiling the opinion	N	%
Psychologist	4	1.6
Two psychologists	33	13.0
A psychologist and an educationalist	156	61.7
A psychologist and a psychiatrist	20	7.9
A psychologist, an educationalist and a psychiatrist	35	13.8
A psychologist from the court list of expert forensic witnesses	5	2.0
Overall	253	100.0

In the majority of cases, opinions on juveniles were written by a psychologist and an educationalist (61.1%). In only five cases were opinions on juveniles written by psychologists appointed from the lists of experts kept by the presidents of provincial courts.

3.2. The subject of the psychological opinion in juvenile cases

The court set the expert psychologist (or opinion-writing team) clear tasks and defined the scope and subject of the opinion for all of the 253 reports on juveniles investigated. Due to the variety of content of the court theses, which generated multiple subjects of psychological diagnosis, they were classified to make it possible to determine the specific subjects of the psychological diagnoses (while assuming demoralisation as their fundamental, general subject). The competent judges procedure was employed to categorise the court theses. The group was made up of three psychologists with at least five years' experience of writing opinions in juvenile cases. Two specialised in the clinical psychology of children and young people and one in the clinical psychology of mental disorders. A W-Kendall coefficient of concordance of $W = 0.798$ was calculated for the competent judges. Eight categories of issues for which a juvenile case was referred for a specialist opinion were identified. They were (1) determining the level (depth) of demoralisation, (2) symptoms and causes of demoralisation, (3) specifying interventions to prevent further demoralisation, (4) a comprehensive diagnosis of the personality, and of the emotional, social and intellectual development, of the juvenile, (5) state of physical and mental health (mental disorders, emotional disorders, dependences), (6) the family situation (parenting capacity, deficiencies in family functioning), (7) a change in the educational or corrective measure, (8) therapeutic and me-

dicinal interventions. The data are presented in detail in Table 3.

Table 3
Subject of expert psychological opinion

Subject of the expert opinion	N	%
Determining the level (depth) of demoralisation	197	77.8
Symptoms and causes of demoralisation	75	29.6
Specifying interventions to counteract further demoralisation	182	71.9
A comprehensive diagnosis of the personality, and of the emotional, social and intellectual development, of the juvenile	72	28.5
State of physical and mental health (emotional disorders, mental disorders, dependences)	20	7.9
The family situation (parenting capacity, deficiencies in family functioning)	49	19.4
A change in the educational or corrective measure	9	3.6
Therapeutic and medicinal interventions in respect of the juvenile	14	5.6
Other – depending on the issues particular to a case	23	8.4

The results indicated that the contents of the Juvenile Act and the court's questions, the subject the court specified for the expert opinion, and the direction of the diagnosis conducted by the experts were closely connected. The two basic subjects of the experts' investigations were determining the depth of demoralisation of juveniles (77.8%) and specifying further interventions, including suitable educational or correctional measures (71.9%). It should be noted that, though the remaining areas of investigation in the court's questions, that is, symptoms and causes of demoralisation, diagnosis of personality, and the family situation, are important factors for psychologists in determining the level of demoralisation, the courts included them in only one-third of questions. Few questions on therapeutic and medicinal interventions with respect to juveniles appear in the data on the various subjects of expert opinions. In juvenile cases it is necessary to be guided by the good of the individuals in question and to strive to achieve beneficial changes in their personalities and behaviour. Psychological or educational therapy can help them to understand themselves and serve to prevent their demoralisation from growing worse.

The diagnosis of demoralisation includes its situational, individual and environmental symptoms and determinants. It is a challenge to determine the degree of demoralisation in a juvenile. Attention is drawn in

the legislation only to the concrete behaviour of juveniles or to phenomena characteristic of demoralisation, such as reprehensible behaviour (including consistent absence from school, vagrancy, and using alcohol or other narcotics), violation of the principles of coexistence, and committing a prohibited act (Art. 4 § 1 of the Juvenile Act). In response to court questions, the team of diagnosticians determined the level of demoralisation in 197 juveniles. The greatest proportion (48.8%) was found to have a moderate level of demoralisation (96 individuals), while 32.9% (65 individuals) were deemed to have a low level of demoralisation. A high level of demoralisation was detected in only 18.3% of juveniles (35 individuals).

If they are to express the levels of demoralisation in juveniles objectively, psychologists must establish clear indicators for the phenomenon. The diagnosticians employed the following indicators to assess the levels of demoralisation: (1) the infrequency of symptoms or their regularity and continuity, (2) intensity of symptoms, that is, increasing harmfulness of acts, (3) the intentionality of actions: motivation to commit an act, harming others, (4) category of the act: theft, robbery.

3.3. Methodological approaches and models in the diagnosis of demoralisation in juveniles

The purpose of the diagnosis, which is contained in the court's question and is the cue that determines its type, course, nature and methods (descriptive, classificatory, functional, aetiological and psychosocial), is a matter of first importance. To select a particular model of diagnosis and decide the direction it should take is no less important. In response to these questions of purpose, model and direction, reference was made to two fields of information: the subjects of the opinions and the information contained in them. It was necessary to repeat the competent judges procedure on the information contained in the opinions to make the assessment of the data objective. So it was that three psychologists with at least five years' experience of writing opinions in juvenile cases categorised the diagnostic fields based on the results of the research. The W-Kendall coefficient of concordance that was obtained ($W = 0.814$) indicated considerable coherence among the judges in their assessments of the respective fields. The results are set out in Table 4.

Analysis of the research material made it possible to present the diagnostic model of the demoralisation of juveniles applied by psychologists in 2013–2015. This may be termed a *functional* model of diagnosis because it includes (1) a classificatory-typological di-

Table 4
Content areas of expert opinions

Content areas of expert opinions	N	%
Family background, parenting, upbringing, education (conflicts, relationships within the family, problems)	237	93.7
The juvenile's parents (demographic data, occupation, income, parenting attitudes and styles)	193	76.2
The juvenile's physical and mental health (psychophysical development, education, social adjustment, illnesses, traumas, hospitalisations, consultations with specialists)	211	83.4
Educational history, problems in upbringing (adapting to the conditions of an institution, developmental delay, problems, help of others)	164	64.8
Level of intellectual development of the juvenile	203	80.2
Analysis of personality (cognitive, emotional and behavioural spheres), needs, values, norms	167	66
Emotional bond with family members (the role of emotion in the behaviour of a juvenile and relationships with relatives)	187	73.9
Interests and plans for the future (sport, other activities or interests)	102	40.3
Symptoms of demoralisation	217	85.7
Causes of demoralisation (individual factors, family factors, extra-familial factors)	189	74.7
Determining the level (depth) of demoralisation	197	77.8
Recommendations for further measures to introduce to the work being done on the juvenile's education, upbringing and formation	183	72.3

agnosis (2) a causal diagnosis, which was combined with a clinical diagnosis of a process (as described by Thorne in a 1974 paper), which involves describing the gradually developing irregularities in a juvenile's behaviour while searching for a mechanism to stabilise the pathological adjustment (3) a partial developmental diagnosis (mainly concerning early childhood) and (4) a prognostic diagnosis. At the same time, it was possible to distinguish the following in the structure of the diagnostic process: (1) levels of cognition (biological, psychological and sociological) encompassing the quality and scope of the information that it is necessary to collect in diagnosis and (2) longitudinal (the juvenile's history and life course) and cross sectional dimensions (assessment of the current situation) on to which the expert-opinion writers mapped the field and scope of the diagnosis. It should be noted that all of these elements are interrelated. In analysing the contents of the various levels on which juveniles function, the expert witnesses were attempting to contextualise a range of data in terms of an individual's entire biography and their present situation. This

meant adopting three temporal perspectives: the past, present and future, whereby the first two determine the view taken of the third, future, perspective, which defines the possibilities and conditions for the further development and behaviour of juveniles. With respect to psychological dysfunctions, and even to disorders of the adaptive and defence mechanisms, the future functioning of juveniles has often been less well represented compared to other perspectives, which has also restricted the prognostic value of diagnosis. It should be noted that when psychologists consider the subject of an expert opinion they attempt to employ a diagnostic model that focusses on the functioning of a juvenile in a particular area of life and on their performance of particular types of tasks and duties that define the mechanisms, processes and determinants underlying the manifestations of demoralisation in their behaviour.

The need to see individuals as they see themselves (the subjective world) and from the perspective of their social surroundings (the objective world) is very strongly accentuated in this model. The need to take account of its dynamism is a general principle of the diagnosis of demoralisation. This means that as well as covering the past, a diagnosis should address an individual's current experiences, sensations and life situation, which, in turn, means facing immediate decisions on remedial measures involving therapy and resocialisation. In that it can protect individuals from descending to further depths of psychosocial destruction, a diagnosis of this kind also serves as a safety mechanism.

In summary, there are five areas of investigation to emphasize in the model psychologists use to diagnose demoralisation in juveniles: (a) the first is symptomatological, where the symptoms are indicators of maladjustment and demoralisation, (b) the second is the field of theoretical foundations which, in addition to symptomatology, employs theoretical concepts arising from the general theory of the adaptation or normal functioning of individuals (motivation, emotions, cognitive-intellectual processes, attitudes, norms, values), (c) the third is research methodology: the use of measurement methods with reference to the symptoms of a given phenomenon and theoretical concepts (an account of this aspect of diagnosis, that is, of the methods used by specialists, has been omitted due to lack of space), (d) the fourth is the field of analyses that conceptualises demoralisation as a certain helplessness in an individual's environment, upbringing and education that causes difficulties in these three areas and renders them inadequate to the needs and aspirations of the individual, (e) the fifth, and final, area is that of the developmental potential of the juvenile and

the question of whether the demoralisation will ease or worsen.

3.4. New directions in juvenile psychological diagnosis

Considering the model above, it is noticeable that the psychological diagnosis aims to develop a multi-lateral snapshot of the current symptoms of irregular social functioning. In this way it answers the question "How is it now?" and thus defines the symptomatology of demoralisation. The next diagnostic task awaiting the psychologist is to answer the question "How did it get that way?" It is possible to determine the aetiological background of demoralisation by using reliable research tools and relating the results to psychological theories. It should be stressed that juveniles are individuals at a stage of constant developmental upheaval. Because of this it is difficult to determine the developmental level of various capacities or psychological characteristics with complete accuracy. It is therefore necessary to proceed with extreme caution when seeking to understand and explain the demoralisation of juveniles. The existing diagnostic procedure in juvenile cases does not include a model of risk factors of demoralisation or of the factors that protect against it, both of which are significant for prophylaxis and correction. Psychologists acting as expert witnesses focus primarily on symptomatology, on explaining the maladjustment of young people and on determining their current level of demoralisation, but they do not address the factors that increase the risk that it will grow worse in the future or the variables that can protect against this deterioration. Risk assessment can be defined as the systematic collection of information specifying the probability that a person will harm themselves or others (O'Rourke, 2008). Assessment of the risk of demoralisation is meant to extend beyond the individual being examined (in this case a juvenile) and to constitute a source of information that can support the planning of an adequate model of risk "management" and/or risk reduction. Situational, contextual, historical and individual factors are all subject to assessment (Wiesner, Silbereisen, 2003; Palmer, 2007). The risk construct is contextual, dynamic and of varying intensity, which means that the type and level of risk assessed is subject to change and highly dependent on context, situation and circumstances (Gierowski, 2008). Risk factors are specified by the diagnostician and not described within an explanatory context. The identification of *risk factors* for the demoralisation of an individual plays a prognostic role and thus makes it possible to predict criminal behaviour. The use of this

model in forensic psychological diagnosis is beneficial because it makes it possible to produce prognoses for the resocialisation of individuals in educational or corrective institutions and for those at liberty. The Early Assessment Risk List (EARL) and the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) are two tools employed to assess the risk of demoralisation. An experimental version of SAVRY was developed in Poland at the Institute of Forensic Research in Kraków, but unfortunately it has not been standardised and is not included in the "Opinion-Writing Methodology Standards" published by the Ministry of Justice in 2011. Psychologists acting as expert witnesses therefore have no standardised tool at their disposal that is based on risk-factor constructs. The scope of psychological diagnoses is thus restricted only to symptomatology and the explanation of the causes of demoralisation in juveniles. Furthermore, there is a lack of emphasis on *protective factors* in the model of the psychological diagnosis of demoralisation. If risk factors are commonly understood as all those things that increase the likelihood of problem behaviour or the development of disorders, then protective factors denote everything that makes this less likely (Fergus, Zimmerman, 2005).

According to Rutter's resilience theory (1987) protective factors constitute an important and separate group. In this reading protection means something more than the absence of risk. This assertion is supported by observations of teenagers who, though they are burdened by very many risk factors, do not present any parenting or educational problems, do not take psychoactive substances and do not commit crimes (Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington, Wikstroem, 2002). It is likely, therefore, that there are factors in play in these cases that protect against risky behaviour. Resilience is understood as the capacity of a dynamic system to adapt to disturbances that threaten its viability, function or development (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, Yehuda, 2014). There are two components whose presence is vital for resilience: an increased level of risk in the life of an individual and positive adaptation, which is the result of overcoming threats to normal development (Masten, Cicchetti, 2012). Pioneering research initiatives centred on resilience produced a list of resources and protective factors (Borucka, 2011), which can assist young people in avoiding the negative effects of the impact exerted by risk factors. Fergus and Zimmerman (2005) categorised protective factors as either assets, that is, *internal factors* such as competences, skills and self-efficacy, or as resources, that is, *external factors* such as support from parents, an adult

mentor or social organisations (promoting positive development). As a result of her review of existing research, Masten (2011) grouped protective factors into four categories: *individual features* (good intellectual functioning, optimism and aptitude), *family features* (such as a strong and supportive family environment, parental involvement in their children's schooling and in other matters affecting their children), *features of the local community* (a good place to live with access to effective schooling) and *features of the society's politics and culture*. The idea of resilience is now used in the diagnosis of risky behaviour, in prophylaxis, and in interventions combining therapy and resocialisation. The greatest difficulty in the analysis of risk factors and protective factors is the lack of a general theory explaining human behaviour and, in particular, the determinants and formulae of demoralisation.

Jessor's problem behaviour theory (1998, 2014) has been a frequent reference point for studies of the behaviour of children and the young. In this theory the risk factors are instigations for engaging in problem behaviour and the protective factors are controls against involvement in that behaviour. In accordance with Lewin's field theory, Jessor (2014) divided the risk and protective factors into four groups: biological and genetic factors, influence of the family, personality, and the influence of the broader social environment. The author supplied a full catalogue of risk and protective factors for each group. The theory of problem behaviour posits that if risk factors predominate in the life of a young person the risk of problem behaviour increases, whereas if protective factors predominate it declines. Jessor (1995) defined problem behaviour as that which departs from the social and legal norms expected of a particular age group. It often provokes a social control response in the form of expressions of disapproval (minimum sanction), being placed on probation, being placed in an educational or corrective institution and, finally, incarceration (maximum sanction). Jessor (2014) classified the following as problem behaviour: the use of psychoactive substances (smoking cigarettes, drinking alcohol, using narcotics), early sexual activity, lying, theft, robbery and physical violence.

Bronfenbrenner's bioecological model (2005), which distinguishes a number of levels of influence on the development of children, is a further idea commonly applied in research into risk and protective factors. The various levels include the individual features a child is born with (temperament, for example), the immediate environment of family, school and peers (in relation to which a child's personality is formed), the neighbourhood, and the general social context (coun-

try, region, the law). The risk-need-responsivity theoretical model developed by Andrews and Bonta (2010) lends weight to the case for developing and extending the idea of risk factors in juvenile (and adult) demoralisation in Poland. It plays a significant role in deciding corrective measures and the level of intervention with respect to those involved in criminal activity. Following several years of research Andrews and Bonta were able to define eight central risk and need factors, which are made up of the „big four” risk factors and the “moderate four” need factors, for the development and maintenance of criminal behaviour. The risk factors are used to decide the level of intervention, while the need factors should indicate the areas that require corrective measures aimed at reducing the likelihood of demoralisation growing worse. The following factors make up the “big eight”:

The authors also describe what are known as uncritical needs which, within the scope of psychological help, produce less promising results (See Table 5).

Table 5
Uncritical needs

Uncritical (minor) needs	Indicators
Assessment of self	Poor or inadequate sense of self-worth
Vague feelings of personal unease	Unease, anxiety
Major mental disorder	Schizophrenia, manic depression
Physical health	Physical deformity, nutrient deficiency, chronic illnesses

The Andrews-Bonta model rests on three principles: *the risk principle* informs us that problem, deviant and criminal behaviour can be reliably predicted and that treatment should focus on individuals with a high risk of disorders, *the need principle* underscores the importance of needs in the design and implementation of treatment, and *the responsiveness principle* describes how assistance and treatment should be delivered.

4. Summary

The central aims of the research conducted by psychologists writing expert opinions in juvenile cases are to determine the depth of demoralisation of juveniles and to specify further interventions, including suitable educational or correctional measures. In some cases, though, the court will require certain issues that

are specific to a case to be given greater attention or emphasis. In the majority of cases the experts formulated a primary research problem (such as the level of demoralisation or recommending interventions to counteract further demoralisation), which was investigated through analysis of events or phenomena guided by detailed questions. The answers they sought concerned, for example, personality factors, the intellectual and emotional development (or psychological predisposition) of juveniles, particular deficits in the attitudes to education and upbringing of parents or guardians, mistakes made in upbringing and education, and the environmental and situational conditions. In most cases the psychologists worked alongside another specialist (an educationalist or psychiatrist) or as part of an opinion-writing team made up of a psychologist, an educationalist and a psychiatrist. The subject of the investigations required psychologists to compile comprehensive opinions addressing overlapping fields of expertise (most often psychology and education, and psychology and psychiatry), in which they endeavoured to exploit the range of knowledge and special skills at the disposal of this triumvirate of academic disciplines.

The starting point of expert-opinion writing is the answer to the question of whether psychological knowledge is capable of diagnosing the problem set out by the court and of reformulating it in psychological terms. In a case about the demoralisation of juveniles, the investigation answers the question of why they are behaving in that way, what is influencing their behaviour and how it can be counteracted. A psychological diagnosis of the demoralisation of juveniles and of its determining factors is unusually challenging on account of the following: (a) the lack of conceptualisations of the psychological processes and mechanisms that lead to demoralisation that would meet the criteria for a coherent model of the variables, take account of their functional interdependency and encompass all of the meanings commonly attributed to the concept, (b) the lack of methodological grounds for such an approach that would be adequate to the diversity of the research strategies applied in studies of juvenile behaviour, (c) the reluctance of young people to be studied or examined; manipulation of psychologists and facts, (d) the difficulty of delivering a precise diagnosis for the requirements of proceedings in juvenile cases is also the result of a lack of clear classifications, research methods and techniques that are not specified precisely, and the absence of universally accepted theoretical foundations. This is why the writers of expert opinions are compelled to strike a balance between the need for the standardization of methods

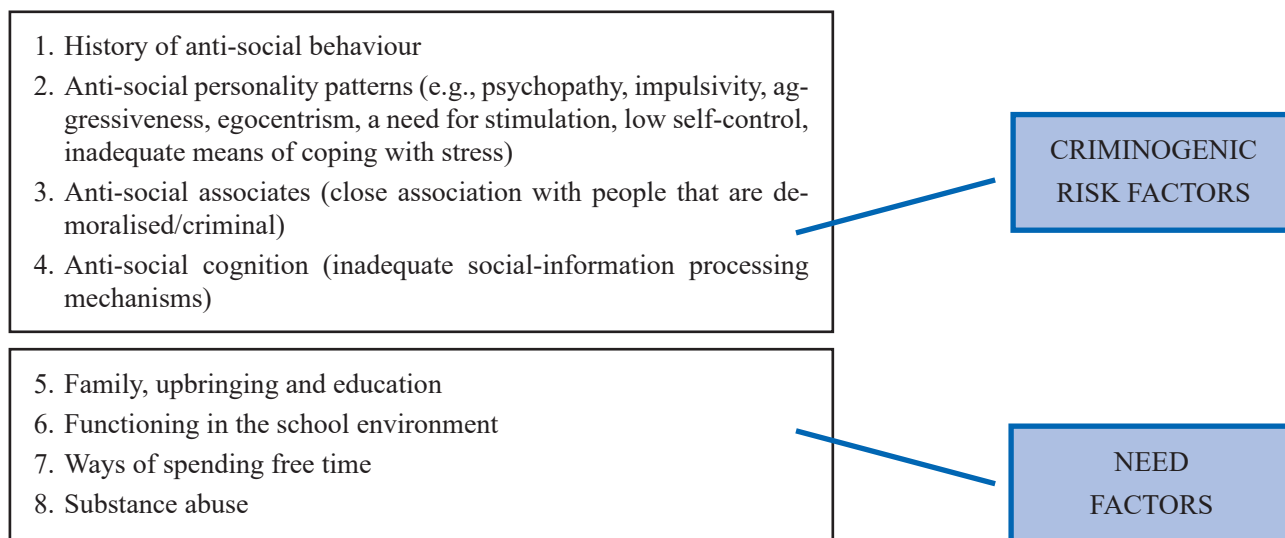


Figure 2. Risk and need factors.
Source: own work based on Andrews and Bonta (2010).

(as exemplified by the quantitative school, whose aim is to increase the reliability of research and so introduce a certain degree of repeatability to the results) and the need to adapt them to each of the individuals examined (as exemplified by the qualitative school, whose aim is to increase the accuracy of research and so give a more exact account of each person).

The existing model of the psychological diagnosis of juvenile demoralisation is a *functional* model. It offers a detailed account of the manifestations of demoralisation visible in the behaviour of a juvenile and explains them from the perspective of the norms and standards of a given discipline (biological, psychological, educational, social). The model’s outputs take the form of proposals for interventions that can be of help. By contrast, the new directions research is taking involve taking account of risk and protective factors – as grounded in the theory of resilience or vulnerability – in the diagnostic model for juvenile demoralisation, which can help explain behaviour of this kind. But above all the new directions make it possible to suggest ways of strengthening protective factors. They do this by bringing to the fore individual protective factors, such as conscientiousness, optimism, good intellectual functioning, agreeableness, sense of self-efficacy and sense of guilt, and emphasising protective factors inherent in the family, such as the support and commitment of parents, consistent education and mentoring from carers, guardians or tutors, and patterns of behaviour conventional in the family. They also make it possible for diagnoses to determine possibilities and directions for the development of juveniles (or the

restriction of such possibilities and directions), thereby taking into account the prospects for their future conduct. Recommendations for therapy, education or resocialisation are all strong points of a full diagnosis. Instead of focussing on the permanent features of individuals that can be observed (measured) at a particular moment, the concepts of resilience or vulnerability are concerned with the attributes that reveal themselves in situations of acute or prolonged stress and generate the behaviour of individuals. Under such conditions people who possess reserves of resilience can counteract influences that are not beneficial and continue to develop normally and adapt to new conditions, while others who do not possess the appropriate resources are overcome by adversity. The protective process, which is activated by factors that increase the risk of maladjustment or abnormal development, is therefore very important indeed in the theory of resilience.

The authors hope that the results obtained from completing the entire research project will make it possible to elaborate a psychological model for the diagnosis of demoralisation in juveniles that takes account of the determinants of resilience in the form of interacting biological, psychological, social and cultural factors, so as to determine how juveniles react to, and cope with, stressful experiences. It should not be forgotten, however, that responses to stress and trauma take place in interactions with other people in specific environments, where certain resources are available or absent, and within a variety of social, organisational and religious contexts.

References

1. Andrews, D. A., Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–5.
2. Borucka, A. (2011). Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań. (In) W. Junik (Ed.), *Resilience. Teoria – badania – praktyka* (pp. 11–28). Warszawa: Parpamedia.
3. Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human being human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
4. Cauffman, E., Steinberg, L. (2000a). Maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 1–21.
5. Cauffman, E., Steinberg, L. (2000b). Researching adolescents' judgment and culpability. (In) T. Grisso, R. Schwartz (Eds.), *Youth on trial: A developmental perspective on justice* (pp. 325–343). Chicago: University of Chicago Press.
6. Crick, N. R., Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information – processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
7. Crick, N. R., Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms on reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993–1002.
8. Czerederecka, A. (2013). Evidence evaluation criteria for expert opinions prepared by psychologists. *Problems of Forensic Sciences*, 93, 333–350.
9. Fergus, S., Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
10. Gierowski, J. K. (2008). Wybrane zagadnienia postępowania w sprawach nieletnich. (In) J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda (Eds.), *Psychologia w postępowaniu karnym* (pp. 462–467). Warszawa: LexisNexis.
11. Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
12. Heilbrun, K., Marczyk, G., DeMatteo, D. (2002). *Forensic mental health assessment: A casebook*. New York: Oxford University Press.
13. Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. (In) R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 3–5). Cambridge: Cambridge University Press.
14. Jessor, R. (2014). Problem behavior theory: A half-century of research on adolescent behavior and development. (In) R. M. Lerner, A. C. Petersen, R. K. Silbereisen, J. Brooks-Gunn (Eds.), *The developmental science of adolescence: History through autobiography* (pp. 239–256). New York: Psychology Press.
15. Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923–933.
16. Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 141–154.
17. Masten, A. S., Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in development and psychopathology: The legacy of Norman Garmezy. *Development and Psychopathology*, 24, 333–558.
18. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. (In) J. S. Wiggins (Ed.), *The Five-Factor Model of Personality: Theoretical perspectives* (pp. 51–87). New York: Guilford.
19. O'Rourke, M. (2008). Risk assessment. (In) G. Graham, D. Farrington, D. Crighton, G. Hughes (Eds.), *Dictionary of forensic psychology* (p. 160). Routledge: Taylor & Francis Group.
20. Otto, R., Borum, R. (2004). Evaluation of youth in the juvenile justice system. (In) W. O'Donohue, E. Levensky (Eds.), *Handbook of the forensic psychology. Resource for mental health and legal professionals* (pp. 871–893). Amsterdam: Elsevier/Academic Press.
21. Palmer, E. (2007). Thinking styles. (In) D. Carson, R. Milne, F. Pakes, K. Shalev, A. Shawyer (Eds.), *Applying psychology to criminal justice* (pp. 147–165). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
22. Rode, M. (2013). *Style myślenia przestępczego. Podstawy teoretyczne i diagnostyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
23. Reykowski, J. (1982). Osobowość jako centralny system regulacji. (In) T. Tomaszewski (Ed.), *Psychologia* (pp. 762–825). Warszawa: PWN.
24. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.
25. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Pantner-Brick, C., Yehuda, R. (2014). Resilience definitions theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1–14.
26. Stanik, J. M. (1980). *Asocjalność nieletnich przestępców jako przedmiot psychologicznej diagnozy klinicznej*. Warszawa.: Wydawnictwo Prawnicze.
27. Stanik, J. (2008). Diagnozowanie niedostosowania społecznego i asocjalności. (In) B. Urban, J. M. Stanik (Eds.), *Resocjalizacja* (pp. 168–197). Warszawa: PWN.
28. Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D., Wilkstroem, P. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 111–123.

29. Thorne, F. C. (1974). Some basic postulates of 'state' psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 30(3), 420–427.
30. Walters, G. D. (2014). An item response theory analysis of the psychological inventory of criminal thinking styles: Comparing male and female probationers and prisoners. *Psychological Assessment*, 26(3), 1050–1055. <http://doi.org/10.1037/pas0000014>.
31. Walters, G. D. (2006a). Appraising, researching and conceptualizing criminal thinking: a personal view, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 87–99.
32. Walters, G. D. (2006b). Proactive and reactive composite scales for the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS). *Journal of Offender Rehabilitation*, 42, 23–36.
33. Walters, G. D. (1990). *The criminal lifestyle: Patterns of serious criminal conduct*. Newbury Park, CA: Sage.
34. Walters, G. D., Hagman, B. T., Cohn, A. M. (2011). Toward a hierarchical model of criminal thinking: Evidence from item response theory and confirmatory factor analysis. *Psychological Assessment*, 23, 925–936.
35. Walters, G. D., Lowenkamp, C. (2016). Predicting recidivism with the psychological inventory of criminal thinking styles (PICTS) in community-supervised male and female federal offenders. *Psychological Assessment*, 28(6), 652–659. <http://doi.org/10.1177/1073191114539384>.
36. Wiesner, M., Silbereisen, R. (2003). Trajectories of delinquent behavior in adolescence and their covariates: Relations with initial and time-averaged factors. *Journal of Adolescence*, 26, 753–771.

Corresponding author

Dr Magdalena Rode
Uniwersytet Śląski
Instytut Psychologii
ul. Bankowa 12
PL 40-007 Katowice
e-mail: magdalena.rode@us.edu.pl

PSYCHOLOGICZNA DIAGNOZA DEMORALIZACJI W OPINIODAWSTWIE SĄDOWYM W SPRAWACH NIELETNICH. OBSZARY, MODELE, NOWE KIERUNKI

1. Wprowadzenie

Prezentowane w niniejszym artykule wyniki stanowią rezultat badań wykonanych w ramach projektu badawczego pt. „Opiniowanie sądowo-psychologiczne w sprawach nieletnich i w sprawach z zakresu władzy rodzicielskiej” finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (grant OPUS nr 2015/19/B/HS5/01226). Celem projektu jest opracowanie modeli i standardów metodologicznych opiniowania sądowo-psychologicznego we wskazanych wyżej kategoriach spraw w oparciu o analizę procedur metodologiczno-diagnostycznych stosowanych przez biegłych psychologów. Projekt jest realizowany na dwóch poziomach analizy: prawnym i psychologicznym. Poziom prawny obejmuje analizę regulacji dotyczących zasięgania dowodu z opinii psychologicznej oraz przesłanek powoływania biegłych psychologów, sposobu formułowania tezy dowodowej oraz wykorzystania dowodu z opinii psychologicznej. Poziom psychologiczny dotyczy analizy treści opinii psychologicznych, która obejmuje zarówno kryteria formalne, jak i merytoryczne. Jego celem jest opracowanie całościowego modelu psychologicznej diagnozy osoby nieletniej przejawiającej znaną demoralizację. Badania zostały zakończone, trwa analiza rezultatów badań.

Zaprezentowane w niniejszym artykule wyniki badań stanowią jedynie wycinek z wyżej przedstawionego projektu badawczego i dotyczą domeny analiz psychologicznych zawartych w następujących celach: (1) przedstawienie obszarów i aktualnych kierunków psychologicznej diagnozy demoralizacji nieletnich na podstawie psychologicznego opiniodawstwa sądowego oraz (2) zaprezentowanie obszarów, które w procesie diagnozy demoralizacji nieletnich nie są praktykowane, a które powinny wzbogacić tradycyjny model postępowania diagnostycznego. W artykule starano się więc zwrócić uwagę na dotychczasową praktykę psychologiczną związaną z diagnozą demoralizacji nieletnich osób; wskazano także nowe kierunki w psychologicznej diagnozie nieletnich mogące stać się pewną propozycją integrującą różne podejścia diagnozy jako procesu warunkującego jakość sporządzonej opinii psychologicznej stanowiącej dowód w sprawie sądowej.

Zgodnie z art. 25 § 1 Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich sąd rodzinny w razie potrzeby może zwrócić się o wydanie opinii do opiniodawczych zespołów sądowych specjalistów, biegłego (biegłych) lub innej specjalistycznej placówki celem uzyskania komplekso-

wej diagnozy osobowości nieletniego oraz określenia właściwych kierunków oddziaływania na niego. Opinie takiej zasięga się ponadto przed wydaniem orzeczenia o umieszczeniu nieletniego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, domu pomocy społecznej albo zakładzie poprawczym (art. 25 § 2 u.p.n.). Ekspertem opiniującym w sprawach nieletnich może być psycholog, pedagog lub lekarz, przede wszystkim psychiatra. Sporządzanie opinii dla sądu rodzinnego jest najczęściej zadaniem dla zespołu ekspertów, którzy tworzą tzw. opinię kompleksową. Rzadko zdarzają się opinie opracowane przez jednego specjalistę. Podane w u.p.n. warunki/przesłanki powoływania specjalistów, a więc potrzeba diagnozy kompleksowej osobowości nieletniego oraz wskazanie kierunków oddziaływań, nie definiują jednoznacznie roli i zadań dla poszczególnych ekspertów.

Psycholog przygotowujący ekspertyzę w sprawach o demoralizację osób nieletnich przeprowadza zatem procedurę diagnozy nieletniego w zakresie jego funkcjonowania behawioralnego, emocjonalnego oraz poznawczego. Produktem końcowym czynności psychologa jest opinia sądowo-psychologiczna, w której znajdują się informacje potrzebne sędziemu do zastosowania adekwatnego środka wychowawczo-poprawczego wobec nieletniego. W warunkach polskich istnieje teoretyczna propozycja modelu psychologicznego diagnozy demoralizacji nieletnich (zastępczo zdefiniowanej w psychologii jako niedostosowanie społeczne i/lub asocjalność) pełniące funkcję strukturalizującą procedurę diagnozy psychologicznej, której celem jest stawianie coraz trafniejszych diagnoz oraz konstruowania modeli prewencyjnych i korekcyjnych – adekwatnych do specyfiki funkcjonowania osoby nieletniej (Stanik, 2008). Ma on charakter przede wszystkim opisowo-eksplanacyjny (szerzej opisany w dalszej części artykułu).

Diagnoza demoralizacji nieletnich w ujęciu psychologicznym

Sposobów i ujęć diagnozy psychologicznej jest bardzo wiele. Powszechnie znaną w psychologii teorią wskazującą na ważność opisu i wyjaśniania niektórych kategorii funkcjonowania jednostki w zakresie demoralizacji jest regulacyjna teoria osobowości Reykowskiego (1982). Analizując literaturę przedmiotu, należałoby wyszczególnić następujące ogólne kategorie funkcjonowania jednostki, które stanowią przedmiot diagnozy de-

moralizacji osób nieletnich: (1) czynniki biopsychiczne, czyli organiczne podstawy zaburzeń funkcjonowania, (2) procesy poznawcze (w tym: krytycyzm wobec postępowania), (3) procesy instrumentalno-wykonawcze, (4) procesy emocjonalne i motywacyjne, (5) osobowość (poziom popędowo-emocjonalny oraz poziom struktur poznawczych i funkcjonowania społecznego, w tym dysfunkcje mechanizmów regulacyjnych), (6) funkcjonowanie w rodzinie, w szkole oraz w grupie rówieśniczej (zakres, stosunek i stopień pełnienia poszczególnych ról społecznych, efekty edukacyjno-wychowawcze).

Jedną z najbardziej popularnych współcześnie koncepcji wyjaśniających zachowanie jednostki, a ujmujących osobowość w kategorii cech, jest tzw. pięcioczynnikowy model osobowości McCrae i Costy (1992a) postulujący istnienie ponadkulturowych i ponaddemograficznych ogólnych wymiarów pozwalających na pełną i wszechstronną charakterystykę osobowości. Model ten obejmuje pięć głównych czynników (wymiarów): neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumiennność. Diagnoza zawartości treściowej cech: towarzyskość, aktywność, neurotyczność-lęk, agresywność-wrogość oraz impulsywne poszukiwanie doznań może stanowić próbę wyjaśniania nieprawidłowości zachowania w formie przejawów demoralizacji.

Teoretycznym modelem postępowania diagnostycznego w psychologicznej praktyce sądowej w sprawach nieletnich jest model opisowo-eksplanacyjny. Założeniem wyjściowym prezentowanego ujęcia psychologicznej diagnozy niedostosowania vs. demoralizacji nieletnich (rycina 1) jest jej trójpoziomowy – trójpoziomowy skład (Stanik, 2008; 1980).

Pierwszy poziom diagnozy odnosi się do opisu faktów, tj. zachowań asocjalnych nieletniego. Na tym poziomie określa się specyficzne objawy niedostosowania pod kątem ich liczby, nasilenia, trwałości i dynamiki. Odpowiednie ustalenia w tym względzie uzyskuje się za pomocą różnych technik – niestandardowych (wywiad, obserwacja) i standardowych (analiza akt sądowych, skale, inwentarze, testy). Poziom ten w literaturze psychologicznej często jest nazywany „rozpoznaniem bezpośrednim”.

Drugi poziom opracowania diagnozy polega na tworzeniu uogólnionych konstruktów opisowych (swoistej syndromologii) pośredniczących pomiędzy skategoryzowanym i uporządkowanym opisem powtarzających się faktów, tj. interesujących nas zachowań, a ich wyjaśnianiem. Na tym etapie dokonuje się diagnozy i charakterystyki osobowości asocjalnej. Diagnosta operuje psychologicznymi konstruktami (np. agresywność, wrogość), które stanowią wyznaczniki zachowań, jest również czasem w stanie parcjalnie wyjaśnić tło etiologiczne postępowania.

Trzeci poziom diagnozy (poziom wnioskowania i interpretacji) zakłada rozpatrzenie uzyskanych danych em-

pirycznych w kontekście systemu teoretycznego, a więc na tle określonej teorii lub w ujęciu pewnych konstrukcji eklektycznych, w ramach których możemy wyjaśnić ustalone fakty (częściej ich zbiory), ukazując zarówno mechanizmy etiologiczne, jak i mechanizmy określonych dysfunkcji osobowościowych odpowiedzialnych za rozpatrywane funkcjonowanie asocjalne. Znaczące na tym etapie diagnozy są opis i interpretacja dysfunkcji osobowościowych mechanizmów regulacyjnych nieletniego w kontekście czynników etiologicznych (np. wadliwa socjalizacja) już utrwalonego destrukcyjnego funkcjonowania (demoralizacji), ale również etapu rozwojowego, w którym znajduje się nieletni. Ustalenia z trzeciego poziomu są koniecznym warunkiem dla podjęcia skutecznych oddziaływań korekcyjno-resocjalizacyjnych, jak i działań profilaktycznych.

Istotnym zagadnieniem, niestety często pomijanym w diagnozie demoralizacji nieletnich, jest określenie dojrzałości psychospołecznej nieletniego (jest to dyspozycja ważka dla określenia odpowiedzialności za podjęte decyzje) oraz poziomu rozwoju psychospołecznego (Otto, Borum, 2004). Dojrzałość psychospołeczną nieletniego określa się poprzez: (1) odpowiedzialność, czyli zdolność do podejmowania samodzielnych decyzji oraz niepodlegania wpływom czynników zewnętrznych; (2) umiejętność przyjmowania perspektywy: a) czasowej – umiejętność dostrzegania natychmiastowych i przewidywania dalekosiężnych skutków działania, b) interpersonalnej – zdolność do przyjmowania perspektywy drugiego człowieka i rozumienia odmiennego punktu widzenia od podmiotu; (3) kontrolę – zdolność do kontrolowania własnych impulsów (Cauffman, Steinberg, 2000a; 2000b).

W dość ograniczonym stopniu weryfikuje się także system poznawczy osoby nieletniej w kontekście sposobu przetwarzania informacji społecznych i występujących w tym procesie nieprawidłowości regulacyjnych. Dodać należy, iż ustalenie procesu przetwarzania informacji (Crick, Dodge, 1994, 1996) stanowi znaczący czynnik determinujący zachowanie jednostki, w tym działania antyspołeczne. Współczesnymi badaczami zajmującymi się uwarunkowaniami demoralizacji w zakresie dysfunkcji i nieprawidłowości przetwarzania informacji społecznych są Glenn David Walters (1990, 2006a) oraz Nicki Crick i Keneth Dodge (1994). Z obserwacji badawczych Cricka i Dodge’a (1994) wynika, że nieletni przestępcy, jak również agresywne dzieci charakteryzują się różnorodnymi zniekształceniami poznawczymi oraz wzorcami procesu przetwarzania informacji społecznych odmiennymi od tych, które są charakterystyczne dla grupy prawidłowo funkcjonujących adolescentów i dzieci.

Koncepcja myślenia przestępczego G. Waltersa (2006a, 2006b) mieści się w paradygmacie psychologiczno-kognitywnym zakładającym, iż sieć struktur poznawczych jest odpowiedzialna za przyjmowanie i prze-

tworzenie informacji oraz za uruchamianie działań. Styl myślenia rozumiany jest zarówno jako proces myślenia, jak i jego aspekty treściowe, które prowadzą do podjęcia oraz podtrzymania zachowań wiążących się z powtarzającym się łamaniem prawa (Walters, Lowenkamp, 2016)

W obrębie stylu przestępczego myślenia Walters (2006a) początkowo wyróżnił 8 wzorców poznawczych, jednak dalsze analizy wykazały, iż jeden z nich – sentymentalność – nie stanowi głównej cechy myślenia przestępczego, choć jest elementem tzw. przestępczego stylu życia (Walters, 2014; Walters, Hagman, Cohn, 2011). Aktualnie uznawane przez twórcę tej koncepcji wzorce poznawcze zostały wymienione i omówione w tabeli 1.

Zdaniem Waltersa (2014) system poznawczy jednostki (w tym specyficzne style myślenia) został tak ukształtowany, aby utrzymywać i usprawiedliwiać nieodpowiedzialność zachowania, intruzyjność zachowań interpersonalnych, samopobłażanie sobie oraz podejmowanie decyzji przynoszących korzyść jednostce.

Podsumowując, można zauważyć, że psychologiczna diagnoza demoralizacji nieletnich odbywa się w dwóch wymiarach: indywidualno-społecznym oraz pozytywno-negatywnym, z czego indywidualny ogranicza się do koncentracji na jednostkowych właściwościach nieletniego, przechodząc do szerszego kontekstu jego społecznego funkcjonowania. Z kolei wymiar pozytywno-negatywny odpowiada w psychologii tzw. diagnozie negatywnej i pozytywnej młodego człowieka.

2. Metoda

2.1. Cel badań. Pytania badawcze

Prezentowanym w niniejszym artykule celem badań, prowadzonym w ramach projektu badawczego (NCN 2015/19/B/HS5/01226), jest przedstawienie obszarów aplikowanego w psychologicznej praktyce opiniodawczej modelu diagnozy demoralizacji nieletnich oraz ukazanie nowych kierunków diagnozy demoralizacji nieletnich w ramach tradycyjnego (aktualnego) modelu postępowania diagnostycznego. Mając na uwadze powyższy cel, sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Co jest przedmiotem diagnozy psychologicznej w sprawach dotyczących nieletnich?
2. Jakie informacje o nieletnim zawarte są w opiniach psychologicznych?
3. Jaki model psychologicznej diagnozy jest wykorzystywany w opiniodawstwie sądowym w sprawach o demoralizację i czyny karalne nieletnich?

2.2. Procedura badań

Badania prowadzono w 6 sądach rejonowych – po dwa sądy z obszaru właściwości miejscowej sądów ape-

lacyjnych w Katowicach, Poznaniu i Białymstoku. Sądy rejonowe zostały dobrane w drodze losowania w taki sposób, aby w obszarze właściwości danego sądu apelacyjnego znalazł się sąd rejonowy w dużym i małym ośrodku. Osobno zatem losowano sądy rejonowe w miastach, które są jednocześnie siedzibą sądu okręgowego (duży ośrodek) i spośród pozostałych, niespełniających tego warunku (mały ośrodek). Wykorzystano w tym celu listę sądów powszechnych dostępną na internetowej stronie Ministerstwa Sprawiedliwości. W ten sposób wylosowano sądy rejonowe w Gliwicach, Jaworznie (SA w Katowicach), Zielonej Górze, Wrześni (SA w Poznaniu), Białymstoku i Szczytnie (SA w Białymstoku). Operatem losowania w wybranych sądach rejonowych były repertoria dla spraw nieletnich – „Npw” (dla spraw nieletnich, w których zachodzi podejrzenie popełnienia czynu karalnego, demoralizacji). Łącznie analizie poddanych zostało 271 spraw sądowych dotyczących nieletnich, w których były zamieszczone opinie psychologiczne, z czego do analizy wykorzystano 253 opinie psychologiczne sporządzone przez psychologów w latach 2013–2015 (SA Białystok, N = 90; SA Katowice, N = 78; SA Poznań, N = 85); z uwagi na braki w danych 18 spraw zostało wykluczonych z dalszej analizy.

2.3. Narzędzie badawcze

W badaniach wykorzystano autorski Kwestionariusz do analizy akt sądowych, który został zaprojektowany do analizy akt sprawy i załączonych w nich opinii psychologicznych. Został on podzielony na dwie składowe: część A oraz B. Pierwsza z nich przeznaczona jest do analizy akt sądowych celem pozyskania informacji o (1) dopuszczeniu przez sąd dowodu z opinii psychologicznej (m.in. sposób powołania biegłego, określenie terminu wydania opinii, sformułowanie tezy dowodowej), (2) orzeczeniu sądu i jego uzasadnieniu, które pozwoliły na ocenę wykorzystania dowodu z opinii psychologicznej. Część B Kwestionariusza do analizy akt sądowych dotyczyła analizy opinii sądowo-psychologicznych, której podstawowym celem było ustalenie zakresu i przedmiotu psychologicznej diagnozy demoralizacji nieletnich z uwzględnieniem metodologii badania psychologicznego oraz spójności przedmiotu diagnozy psychologicznej z uwzględnieniem tezy sądu. Kryteria tworzące niniejszą część zostały skomponowane na podstawie modeli (Heilbrun, 2001; Heilbrun, Marczyk, DeMatteo, 2002; Czerederecka, 2013) definiujących zasady i wskazówki postępowania metodologicznego dla biegłych opracowujących opinię, aby spełniała ona zasady dopuszczalności dowodu w sądzie. Ze względu na brak empirycznych dowodów badawczych wskazujących na ważność poszczególnych zasad i kryteriów został opracowany arkusz oceny każdego kryterium, według którego sędziowie kompetentni szacowali jego istotność w procedurach me-

todologicznych w opracowaniu opinii. Uzyskano wskaźnik zgodności W-Kendala ($W = 0,791$), a średnie rangi uzyskane w tej procedurze pozwoliły na zbudowanie poszczególnych kryteriów, które zostały wykorzystane do analizy opinii. Kwestionariusz części B do analizy opinii sądowno-psychologicznych mieścił trzy moduły. I moduł obejmował dane formalne: teza dowodowa – pytania, z którymi zwraca się sąd do psychologów (pracowników RODK, biegłych sądowych, biegłych *ad hoc*), przedmiot badań oraz zastosowane przez biegłych metody badawcze. II moduł dotyczył obszarów diagnozy psychologicznej nieletniego, m.in. (1) warunków środowiska rodzinnego i sytuacji opiekuńczo-wychowawczej, (2) diagnozy psychologicznej nieletniego: danych rozwojowych nieletniego, diagnozy osobowości, więzi emocjonalnych z członkami rodziny, przejawów i przyczyn demoralizacji. III moduł zawierał analizę wniosków zawartych w opiniach psychologicznych i ich uzasadnienia.

3. Wyniki badań

3.1. Praktyka zasięgania dowodu w postaci opinii psychologicznej w sprawach o demoralizację i czyn karalny nieletnich

Materiał badawczy to 253 opinie w sprawach nieletnich, w tym 69,9% to opinie, które dotyczyły demoralizacji, a 30,1% – czynów przestępczych nieletnich. Badania diagnostyczne i opracowanie opinii były najczęściej wykonywane przez zespół psychologów (lub wspólnie z innymi specjalistami). W nielicznych przypadkach ($N = 4$) biegły psycholog pracował sam, wykonując samodzielnie zlecaną opinię psychologiczną (w tym procedurę diagnostyczną).

Najczęściej opinię dotyczącą nieletnich opracowywali psycholog i pedagog (61,1%). Psycholodzy powołani jako biegli sądowi z tzw. listy biegłych przesłuchiwanych sądów okręgowych sporządzili jedynie opinię w 5 sprawach nieletnich.

3.2. Przedmiot opinii psychologicznej w sprawach nieletnich

We wszystkich 253 analizowanych opiniach dotyczących nieletnich sąd formułował konkretne zadania dla biegłego psychologa (zespołu opiniującego), precyzując jednocześnie przedmiot i zakres opinii. Z uwagi na różnorodność treściową tez sądowych, generującą jednocześnie wieloprezydentowość diagnozy psychologicznej, dokonano klasyfikacji tez w kategorii pozwalające określić szczegółowy przedmiot diagnozy psychologicznej (zakładając demoralizację jako podstawowy, ogólny przedmiot diagnozy psychologicznej). Do skategoryzowania tez sądowych wykorzystano procedurę sędziów

kompetentnych; grupę sędziów stanowiło trzech psychologów mających co najmniej pięcioletnie doświadczenie w psychologicznym opiniowaniu w sprawach nieletnich (przy czym dwóch posiadało specjalizację psychologia kliniczna dzieci i młodzieży, jeden – specjalizację psychologia kliniczna zaburzeń psychicznych). Obliczono wskaźnik zgodności sędziów kompetentnych (W-Kendalla), który wyniósł $W = 0,798$. Wyodrębnionych zostało 8 kategorii zagadnień, dla wyjaśnienia których kierowano sprawę nieletniego do specjalistów mających sporządzić opinię. Są to: (1) określenie stopnia demoralizacji (pogłębienie), (2) przejawy i przyczyny demoralizacji, (3) określenie właściwych kierunków oddziaływań, by przeciwdziałać dalszej demoralizacji, (4) kompleksowa diagnoza osobowości, rozwój emocjonalny, intelektualny, społeczny nieletniego, (5) stan zdrowia psychicznego (zaburzenia psychiczne, uzależnienia), (6) sytuacja rodzinna (wydolność wychowawcza rodziców, nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny), (7) zmiana zastosowanego dotychczas środka, (8) oddziaływania terapeutyczne, lecznicze wobec nieletniego. Szczegółowe dane prezentuje tabela 3.

Uzyskane wyniki badań wskazują na ścisłe powiązanie treści ustawy o nieletnich z pytaniami sądu i określaniem przez niego przedmiotu ekspertyzy i kierunku psychologicznej diagnozy prowadzonej przez biegłych. Podstawowym przedmiotem badań biegłych jest określenie stopnia demoralizacji nieletnich (77,8%) oraz propozycji zaleceń określających kierunki dalszych oddziaływań z uwzględnieniem zastosowania odpowiedniego środka wychowawczego lub poprawczego (71,9%). Zauważyć należy, że pozostałe obszary problemowe zawarte w pytaniach sądu, tj. przejawy i przyczyny demoralizacji, a także diagnoza osobowości badanego nieletniego, jego sytuacja rodzinna, mimo iż są dla psychologów ważnym czynnikiem pozwalającym określić stopień demoralizacji, przez sądy są przedstawiane w jednej trzeciej pytań. Słabo zauważalne w prezentowanych danych dotyczących przedmiotu opinii są pytania o oddziaływania terapeutyczne czy lecznicze wobec nieletnich. W sprawie nieletniego należy się kierować jego dobrem, w tym dążyć do osiągnięcia korzystnych zmian w jego osobowości i zachowaniu, działania terapeutyczne (psychologiczne, pedagogiczne) mogą pomóc w zrozumieniu siebie i mieć funkcję profilaktyczną wobec pogłębienia się demoralizacji nieletnich.

Diagnoza demoralizacji obejmuje jej przejawy i uwarunkowania zarówno indywidualne, jak i środowiskowe czy sytuacyjne. Trudności następcza określenie stopnia demoralizacji nieletniego; ustawodawca, posługując się terminem „demoralizacja”, w kilku sytuacjach zwraca jedynie uwagę na konkretne zachowania nieletniego lub wymienia zjawiska charakterystyczne dla demoralizacji: naruszanie zasad współżycia, popełnienie czynu zabronionego, sposoby nagannego zachowania się, m.in.

systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego, używanie alkoholu lub innych środków odurzających, włóczęgostwo (art. 4 § 1 u.p.n.). Zespół badający, odpowiadając na pytanie sądu, u 197 nieletnich określił stopień ich demoralizacji. Najwięcej, bo 48,8% nieletnich (96 osób), przejawiało demoralizację w stopniu umiarkowanym, 32,9% (65 osób) – w stopniu niskim; jedynie u 18,3% nieletnich (35 osób) stopień demoralizacji określono jako wysoki.

Formułowanie stopnia demoralizacji nieletnich wymaga od psychologów wyraźnego ustalenia „wskaźników” demoralizacji, aby zobiektywizować ocenę ich stopnia. Diagnostyci w ocenie stopnia demoralizacji wykorzystywali następujące wskaźniki: (1) incydentalność przejawów lub ich regularność i ciągłość, (2) intensywność przejawów, tj. pogłębianie się szkodliwości czynów, (3) intencjonalność działania – motywacja do popełnienia czynu, szkodenia innym, (4) kategoria czynu – kradzież, rozbój.

3.3. Modele i podejścia metodologiczne w diagnozie demoralizacji nieletnich

Niezbywalne jest pytanie o cel diagnozy; ten jest przedstawiony w pytaniu sądu; udzielenie odpowiedzi na to pytanie pozwala na przyjęcie określonego typu (rodzaju) diagnozy, determinującego przebieg i charakter czynności diagnostycznych i metody diagnozowania (opisowa, klasyfikacyjna, funkcjonalna, przyczynowa, psychospołeczna). Niemniej istotne jest pytanie o przyjęty model diagnozowania, czyli ukierunkowanie diagnozy. Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, skorzystano z dwóch obszarów danych: dotyczących przedmiotu ekspertyzy oraz informacji zawartych w opiniach. Analiza informacji umieszczonych w opiniach wymagała w celu obiektywizacji ocen danych ponownego zastosowania procedury sędziów kompetentnych (trzech psychologów z co najmniej pięcioletnią praktyką w opiniowaniu z sprawach nieletnich), którzy na podstawie wyników badań dokonali kategoryzacji obszarów diagnozy. Wskaźnik zgodności W-Kendala ($W = 0,814$) wskazywał na dużą spójność sędziów w ocenie danych obszarów. Wyniki przedstawia tabela nr 4.

Analiza materiału badawczego pozwoliła na zaprezentowanie stosowanego przez psychologów modelu diagnozy demoralizacji nieletnich w latach 2013–2015. Można go określić jako *funkcjonalny* model diagnozy, gdyż obejmuje: diagnozę identyfikacyjną (klasyfikacyjno-typologiczną), diagnozę kauzalną (przyczynową), która połączona była z opisywaną przez Thorne'a (1974) kliniczną diagnozą procesu, czyli opis stopniowo rozwijającej się dynamiki nieprawidłowości zachowania nieletniego wraz z poszukiwaniem mechanizmu stabilizującego patologiczne przystosowanie, częściowo diagnozę rozwojową (głównie dotyczyła okresu wczesnego

go dzieciństwa) i diagnozę prognostyczną. Równocześnie w strukturze procesu diagnozy dało się wyróżnić: (1) płaszczyzny poznania (biologiczna, psychologiczna i socjologiczna) obejmujące jakość i zakres treściowy informacji, które należy zebrać w procesie diagnostycznym, (2) dwa przekroje (podłużny: historia i przebieg życia nieletniego, oraz poprzeczny: ocena sytuacji, stanu obecnego), w których opiniujący umieszczali obszar i zakres poznania diagnostycznego. Trzeba podkreślić, iż wszystkie wyróżnione elementy wzajemnie są ze sobą powiązane. Dokonując analizy treściowej poszczególnych płaszczyzn funkcjonowania nieletniego, biegli starali się wykorzystać dane z dostępnych źródeł informacji i ulokować je w perspektywie całej biografii i obecnej sytuacji jednostki; oznaczało to uwzględnienie trzech perspektyw czasowych: przeszłości i teraźniejszości, które wyznaczały sposób widzenia trzeciej perspektywy – przyszłościowej, określając możliwości i warunki dalszego rozwoju i postępowania nieletnich. Ten aspekt diagnozy – funkcjonowanie nieletniego w przyszłości – często był słabiej wobec pozostałych perspektyw przedstawiany z punktu widzenia psychologicznych dysfunkcji, a nawet zaburzeń mechanizmów przystosowawczych i obronnych, co też ograniczało wartość prognostyczną diagnozy. Należy zaznaczyć, że psychologowie, mając na uwadze przedmiot ekspertyzy psychologicznej, starają się wykorzystać model diagnozy skoncentrowany na funkcjonowaniu nieletniego w pewnym obszarze życiowym wraz z realizowaniem przez niego określonego rodzaju zadań, obowiązków definiujących mechanizmy, procesy oraz uwarunkowania będące podłożem przejawów demoralizacji w jego zachowaniu.

W modelu tym bardzo silnie wyeksponowana jest konieczność spojrzenia na jednostkę z jej własnej perspektywy (świat subiektywny) i z perspektywy jej otoczenia społecznego (świat obiektywny). Generalną zasadą diagnozy demoralizacji stanowi konieczność uwzględnienia jej dynamiczności, co oznacza, że rozpoznanie winno obejmować nie tylko przeszłość, ale też bieżące przeżycia, doznania, sytuację jednostki, co w efekcie wiąże się z natychmiastową decyzją w zakresie działań naprawczych o charakterze terapeutyczno-resocjalizacyjnym. Diagnoza taka spełnia także funkcje ratownicze, chroni jednostkę przed dalszą możliwością pogłębiającej się destrukcji psychospołecznej.

Podsumowując, w modelu diagnozy demoralizacji nieletnich, który stosują psychologowie, można zaakcentować cztery obszary analiz: (a) objawowo-symptomatologiczny, w którym objawy stanowią wskaźniki nieprzystosowania, demoralizacji, (b) obszar podstaw teoretycznych, w którym oprócz symptomatologii wykorzystuje się pojęcia teoretyczne wynikające z ogólnej teorii przystosowania lub normalnego funkcjonowania jednostki (np. motywacja, emocje, procesy poznawczo-intelektualne, postawy, normy, wartości), (c) metodologia badań

– poprzez symptomy danego zjawiska, ujęcia teoretyczne wykorzystać sposoby pomiaru (ten aspekt diagnozy – przedstawienie stosowanych przez specjalistów metod – ze względu na ograniczenie tekstu nie został ujęty) oraz (d) obszar analiz ujmujący demoralizację od strony pewnej bezradności środowiska wychowawczego wobec jednostki sprawiającej trudności wychowawcze oraz „nie dostosowania” tego środowiska do potrzeb i aspiracji, wreszcie (e) obszar możliwości rozwojowych nieletniego w aspekcie ograniczania lub pogłębiania się procesu demoralizacji.

3.4. Nowe kierunki w psychologicznej diagnozie nieletnich

Rozpatrując powyższy model, zauważa się, iż obraz demoralizacji nieletniego zamieszczony w diagnozie psychologicznej ma na celu multilateralne ukazanie aktualnych przejawów nieprawidłowego funkcjonowania społecznego nieletniego, czyli odpowiada na pytanie „jak jest?”, a więc definiuje symptomatologię demoralizacji. Kolejnym zadaniem psychologa diagnosty jest udzielenie odpowiedzi na pytanie „jak do tego doszło?”. Wykorzystując respektowane narzędzia badawcze oraz odnosząc uzyskane wyniki badań do teorii psychologicznych, określamy tło etiologiczne demoralizacji. Zaakcentować należy, iż osoba nieletnia to jednostka, która znajduje się na etapie ciągłych zmian rozwojowych. Trudno jest jednoznacznie określić poziom rozwoju poszczególnych zdolności czy właściwości psychologicznych z racji dynamiki rozwojowej i należy zachować szczególną ostrożność w wyjaśnianiu demoralizacji osoby nieletniej. Dotychczasowy model postępowania diagnostycznego w sprawach osób nieletnich nie ujmuje – znaczącego z punktu widzenia profilaktyki i korekcji – modelu czynników ryzyka demoralizacji i czynników ochronnych. Biegły psycholog koncentruje się przede wszystkim na symptomatologii oraz wyjaśnianiu nieprzystosowania adolescenta, określa aktualny poziom demoralizacji nieletniego, ale nie uwydatnia tych czynników, które zwiększają ryzyko pogłębiania się demoralizacji w przyszłości, jak również nie eksponuje się tych zmiennych, które pełnią właściwość ochronną, zabezpieczając przed dalszym rozwojem demoralizacji. Ocenę ryzyka można zdefiniować jako systematyczny zbiór informacji, które określają stopień prawdopodobieństwa, z jakim osoba może wyrządzić szkodę sobie lub innym (O'Rourke, 2008). Ocena ryzyka demoralizacji ma wykraczać poza ocenę samego podmiotu badanego (w tym przypadku nieletniego), ma stanowić źródło informacji celem zaplanowania adekwatnego modelu „zarządzania” ryzykiem (*risk management*) i/lub niwelowania ryzyka (*risk reduction*). Ocenie podlegają czynniki sytuacyjne, kontekstualne, historyczne i indywidualne (Wiesner, Silbereisen, 2003; Palmer, 2007). Konstrukty ryzyka charakteryzuje

się: kontekstualnością, dynamiką i nasileniem, a więc natura i stopień ocenianego „ryzyka” jest dynamiczna i wysoce zależna od kontekstu, sytuacji i okoliczności (Gierowski, 2008). Czynniki ryzyka są przez diagnostę wyszczególniane, a nie opisywane w kontekście eksplanacyjnym. Wyróżnienie *czynników ryzyka* demoralizacji danej jednostki odgrywa rolę prognostyczną, umożliwiając tym samym przewidywanie zachowań przestępczych. Wykorzystanie owego modelu w diagnostyce psychologicznej w obszarze sądowniczym jest korzystne z uwagi na możliwość określenia prognozy resocjalizacyjnej w warunkach wolnościowych i w warunkach zakładu wychowawczego lub poprawczego. Narzędziami stosowanymi do oceny ryzyka demoralizacji są *Early Assessment Risk List* (EARL) oraz *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY). W Polsce powstała wersja eksperymentalna SAVRY (Arkuszy Oceny Ryzyka Wystąpienia Zachowań o Charakterze Przemocy u Młodzieży) w Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie. Niestety narzędzie to nie zostało wystandaryzowane i nie jest ujęte w „Standardach opiniodawczych” wydanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości w 2011 r. Psycholog, pełniąc funkcję ekspertalną na gruncie prawa, nie dysponuje żadnym wystandaryzowanym narzędziem, które byłoby oparte na konstrukcie czynników ryzyka. Tym sposobem zakres przedmiotu diagnozy psychologicznej jest ograniczony jedynie do symptomatologii i wyjaśnienia przyczyn demoralizacji osoby nieletniej. Ponadto w modelu diagnozy psychologicznej demoralizacji wyraźnie zauważa się brak podkreślenia tzw. *czynników chroniących*; jeśli czynniki ryzyka są powszechnie rozumiane jako wszystko to, co zwiększa prawdopodobieństwo zachowywania się w sposób problemowy lub rozwoju zaburzeń, to analogicznie – czynniki chroniące oznaczają to, co zmniejsza to prawdopodobieństwo (Fergus, Zimmerman, 2005).

W myśl teorii odporności (*resilience*) Ruttera (1987) czynniki chroniące stanowią ważną, odrębną grupę; ochrona jest czymś więcej niż tylko brakiem ryzyka. Wynika to chociażby z obserwacji nastolatków obciążonych wieloma czynnikami ryzyka, którzy jednak nie sprawiają problemów wychowawczych, nie sięgają po środki psychoaktywne, nie dokonują czynów przestępczych (Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington, Wikstroem, 2002). Oznacza to, że w takich przypadkach prawdopodobnie mamy do czynienia z oddziaływaniem czynników, które chronią przed ryzykownymi zachowaniami. W teorii *resilience* odporność odnosi się do zdolności dynamicznego systemu do przystosowania się do zakłóceń zagrażających żywotności, funkcji lub rozwojowi tego systemu (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, Yehuda, 2014). Kluczowym wymogiem *resilience* jest obecność dwóch komponentów: podwyższonego poziomu ryzyka w życiu jednostki oraz pozytywnej adaptacji, która jest wynikiem pokonania zagrożeń dla

prawidłowego rozwoju (Masten, Cicchetti, 2012). Pionierskie badania nad *resilience* doprowadziły do powstania listy zasobów i czynników chroniących (Borucka, 2011). Czynniki chroniące mogą pomóc młodzieży uniknąć negatywnych skutków oddziaływania czynników ryzyka. Fergus i Zimmerman (2005) dokonali podziału czynników chroniących na: *atomy*, czyli czynniki wewnętrzne, takie jak kompetencje, umiejętności, poczucie własnej skuteczności itp.; *zasoby zewnętrzne*, tj. wsparcie rodziców, dorosły mentor, organizacje społeczne (promujące pozytywny rozwój). Natomiast A. Masten (2011) w wyniku przeglądu dotychczasowych badań pogrupowała czynniki chroniące w cztery kategorie, tj.: *cechy indywidualne* (np. dobre funkcjonowanie intelektualne, optymizm, uzdolnienia); *cechy rodziny* (np. silne i dające oparcie środowisko rodzinne, zaangażowanie rodziców w naukę i inne sprawy dziecka); *cechy społeczności lokalnej* (np. dobre środowisko zamieszkania, skuteczna praca szkoły); *cechy polityki i kultury społeczeństwa* (np. ochrona zdrowia, niski poziom społecznej akceptacji przemocy). Koncepcja *resilience* wykorzystywana jest obecnie zarówno w diagnozie zachowań ryzykownych, jak i w oddziaływaniach terapeutyczno-resocjalizacyjnych i profilaktyce.

Największym utrudnieniem w analizie czynników ryzyka i czynników ochronnych jest brak ogólnej teorii wyjaśniającej ludzkie zachowania, a w szczególności wyznaczników i formuły demoralizacji.

Mocno wykorzystywana w badaniach nad zachowaniem dzieci i młodzieży jest Teoria Zachowań Problemowych Jessor (1998, 2014). W teorii tej czynnikami ryzyka nazwano te przyciągające do zachowań problemowych, a czynnikami chroniącymi – odpychające od takich zachowań. Jessor (2014), zgodnie z teorią pola Lewina, podzielił czynniki ryzyka i czynniki chroniące na cztery grupy: uwarunkowania biologiczno-genetyczne, wpływ rodziny, uwarunkowania osobowościowe oraz wpływ szerszego otoczenia społecznego. W każdej grupie autor podał pełny katalog zarówno czynników ryzyka, jak i czynników ochronnych. Teoria Zachowań Problemowych zakłada, że jeśli powyższe czynniki wystąpią w życiu młodego człowieka, to ryzyko zachowań problemowych wzrasta (jeśli przeważają czynniki ryzyka) lub maleje (jeśli przeważają czynniki chroniące). Jessor (1995) zdefiniował zachowania problemowe jako te, które odstają od norm społecznych i prawnych przewidzianych dla określonych grup wiekowych. Powodują one często kontrolę społeczną przejawiającą się w wyrażeniu dezaprobaty (minimalna sankcja), nadzorze kuratorskiej służby sądowej, umieszczeniu w zakładach wychowawczych, poprawczych czy więzieniach (maksymalna sankcja). Do zachowań problemowych Jessor (2014) zaliczył m.in.: używanie substancji psychoaktywnych (palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków); przedwczesną aktywność seksualną,

zachowania dewiacyjne, takie jak kłamanie, kradzieże, rozboje, przemoc fizyczna itp.

Inną dość powszechnie stosowaną w badaniach nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi koncepcją jest model ekologiczny Bronfenbrennera (2005). Wyróżnia on kilka poziomów wpływu na rozwój dziecka: poczynając od indywidualnych cech, z którymi dziecko się rodzi (np. temperament), poprzez najbliższe otoczenie, w relacji do którego kształtuje się osobowość dziecka (rodzina, szkoła, rówieśnicy), środowisko lokalne (sąsiedztwo), aż po ogólny kontekst społeczny (tzn. kraj, region, przepisy prawne).

Modelem teoretycznym przemawiającym za słuszością rozwijania w Polsce koncepcji czynników ryzyka demoralizacji nieletnich (ale też sprawców dorosłych) jest wypracowany model „Ryzyko-potrzeba-reagowanie” (*Risk-Need-Responsivity model*) Andrews i Bonty (2010). Pełni on znaczącą funkcję w określaniu działań korekcyjnych i poziomu interwencji wobec osób zaangażowanych w działalność przestępczą. Autorzy ci po wieloletnich badaniach wyróżnili tzw. wielką ósemkę (*Big Eight*) kryminogennych czynników ryzyka (wielka czwórka, *Big Four*) oraz czynników potrzeb (*Moderate Four*) zachowań świadczących o niedostosowaniu społecznym. Czynniki ryzyka stosuje się dla określenia poziomu interwencji, z kolei czynniki potrzeb powinny wskazywać obszary wymagające działań korekcyjnych celem niwelowania prawdopodobieństwa pogłębiania się demoralizacji. Grupę tzw. wielkiej ósemki tworzą czynniki, które przedstawiono na rys. 2.

Autorzy dodają jeszcze tzw. potrzeby niekrytyczne, które w zakresie pomocy psychologicznej dają mniej obiecujące rezultaty (tabela 5).

Model Andrews i Bonty opiera się na trzech zasadach: *zasada ryzyka* wskazuje, że zachowania problemowe, dewiacyjne i przestępcze można wiarygodnie przewidzieć, a leczenie powinno koncentrować się na jednostkach o wyższym ryzyku zaburzeń; *zasada potrzeb* podkreśla znaczenie potrzeb w projektowaniu i zastosowaniu leczenia; *zasada responsywności* opisuje, w jaki sposób należy zapewnić pomoc i leczenie.

5. Podsumowanie

Podstawowym przedmiotem badań psychologów opiniujących w sprawach nieletnich jest określenie stopnia demoralizacji nieletnich oraz zaleceń określających kierunki dalszych oddziaływań z uwzględnieniem zastosowania odpowiedniego środka wychowawczego lub poprawczego. Zdarza się też, że sąd wyraża poszczególne zagadnienia, odnosząc się w większym stopniu do specyfiki sytuacji.

Eksperti najczęściej formułowali nadrzędny problem badawczy (jak np. stopień demoralizacji, zalecenia

kierunku oddziaływań w celu przeciwdziałania dalszej demoralizacji), który badano przez analizę wydarzeń lub zjawisk ujętych w szczegółowych pytaniach dotyczących np. czynników osobowościowych, rozwoju intelektualnego, emocjonalnego nieletnich (lub predyspozycji psychicznych), a także określonych deficytów postaw wychowawczych rodziców/opiekunów, popełnionych błędów wychowawczych czy uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych. Psycholog najczęściej pracował wspólnie z drugim specjalistą (pedagog, psychiatra) lub w zespole opiniującym (psycholog, pedagog, psychiatra). Przedmiot badań wymagał opracowania przez psychologów opinii kompleksowych odnoszących się do obszaru pogranicznego (najczęściej psychologiczno-pedagogicznego i psychologiczno-psychiatrycznego), w których starano się wykorzystać zakres wiadomości i umiejętności specjalnych pozostających w dyspozycji tych trzech dyscyplin naukowych.

Punktem wyjścia opiniowania stanowi odpowiedź na pytanie, czy wiedza psychologiczna pozwala na zdiagnozowanie problemu zawartego w pytaniach sądu i przeformułowanie go na problemy psychologiczne. Przedmiot badania w sprawie demoralizacji nieletnich dotyczy pytania: dlaczego tak postępują, co na to wpływa i jak temu przeciwdziałać.

Diagnoza psychologiczna demoralizacji osób nieletnich i czynników ją warunkujących jest niezwykle trudna ze względu na: (a) brak takich konceptualizacji psychologicznych procesów i mechanizmów prowadzących do demoralizacji, które spełniałyby kryteria spójnego modelu zmiennych, uwzględniając ich funkcjonalne współzależności, i które obejmowałyby wszystkie powszechnie przypisywane pojęciu znaczenia, (b) brak założeń metodologicznych takiego podejścia, które odpowiadałoby różnorodności strategii badawczych stosowanych w studiach nad zachowaniami nieletnich, (c) niechętną postawę młodych osób do badania, manipulowanie psychologiem, faktami, (d) trudność w sprecyzowaniu diagnozy na potrzeby postępowania w sprawach nieletnich wynika także z braku jednoznacznych klasyfikacji, niedookreślenia metod i technik badawczych oraz z braku akceptowanych powszechnie podstaw teoretycznych. Dlatego biegły „balansuje” między potrzebą standaryzacji metod (charakteryzowaną przez nurt ilościowy mający na celu zwiększenie rzetelności badań, a więc pewnej powtarzalności wyników) a potrzebą ich dostosowywania do każdego badanego (charakteryzowaną przez nurt jakościowy mający na celu zwiększenie trafności badań, a więc dokładności charakterystyki badanego).

Dotychczasowy model diagnozy psychologicznej demoralizacji nieletnich ma postać *funkcjonalnego* modelu diagnozy. Ujmuje w szczegółowy opis: przejawy demoralizacji widoczne w zachowaniu nieletniego, ich wyjaśnienie z punktu widzenia norm i standardów (biologicznych, psychologicznych, pedagogicznych, społecznych)

istniejących na gruncie danej dyscypliny oraz konkluzje dotyczącą proponowanych działań pomocowych i interwencyjnych.

Nowe kierunki badań wskazują na uwzględnienie w modelu diagnozy demoralizacji nieletnich czynników ryzyka i czynników ochronnych odwołujących się do teorii odporności (*resilience*) lub podatności (*vulnerability*), które nie tylko pomagają w wyjaśnianiu zachowań o cechach demoralizacji, ale nade wszystko pozwalają – poprzez zaakcentowanie czynników ochronnych, np. indywidualnych, typu: sumienność, optymizm, dobre funkcjonowanie intelektualne, ugodowość, poczucie własnej skuteczności, poczucie winy czy czynników ochronnych tkwiących w rodzinie: wsparcie i zaangażowanie rodziców, spójne praktyki wychowawcze opiekunów, wzory zachowań konwencjonalnych w rodzinie – zasugerować możliwości ich wzmacniania. Pozwalają także określić w diagnozie możliwości i kierunki rozwoju nieletniego (lub ich ograniczenia), uwzględniając tym samym perspektywę jego postępowania w przyszłości. Propozycje oddziaływań terapeutycznych, wychowawczych czy resocjalizacyjnych są mocnym atutem pełnej diagnozy nieletniego. W myśl koncepcji odporności lub podatności to nie stałe cechy jednostki, które można zaobserwować (zmierzyć) w dowolnym momencie, ale właściwości ujawniające się w sytuacji silnego lub długotrwałego stresu generują zachowanie jednostki. Wtedy niektóre osoby (posiadające zasoby odpornościowe) są w stanie przeciwstawić się niekorzystnym wpływom i nadal mogą się prawidłowo rozwijać i przystosować się do nowych warunków. Natomiast inni (nieposiadający odpowiednich zasobów) ulegają przeciwnościom losu. W teorii odporności kluczowe znaczenie ma więc proces ochrony (*protective process*) uruchamiany pod wpływem czynników zwiększających ryzyko złej adaptacji lub nieprawidłowego rozwoju.

Autorki mają nadzieję, że wyniki badań uzyskane ze zrealizowania całego projektu badawczego pozwolą na nakreślenie psychologicznego modelu diagnozy demoralizacji nieletnich uwzględniającego determinanty odporności w obszarze czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych (które współdziałają ze sobą), aby określić, w jaki sposób nieletni reaguje na stresujące doświadczenia i jak sobie z nimi radzi. Wiemy na pewno, że reakcja na stres i traumę ma miejsce w kontekście interakcji z innymi ludźmi, dostępnymi zasobami, specyficznymi środowiskami, religiami, organizacjami i społecznościami.