

mgr Agnieszka Daniszewska

Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku
Katedra Prawa Karnego i Kryminologii



**Wybrane cechy osobowości a poczytalność - studium
kryminologiczne**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem naukowym
prof. zw. dr hab. dr h.c. Emila W. Pływaczewskiego

BIAŁYSTOK 2019

*Wyjątkowemu autorytetowi
i wspinałemu opiekunowi naukowemu
prof. zw. dr hab. dr h.c. Emilowi W. Pływaczewskiemu
w dowód wdzięczności za rozwijanie dociekliwości naukowej,*

*z serdecznymi podziękowaniami
dr hab. n. med. Napoleonowi Waszkiewiczowi
za pomoc i wsparcie w organizacji badań naukowych,*

*a także rodzinie, narzeczonemu i przyjaciołom
za wytrwałość, cierpliwość i wiarę we mnie*

„Podejmowane decyzje są manifestacją osobowości”

Marek Edelman

Spis treści

Spis treści.....	5
Wykaz skrótów	7
Wprowadzenie	9
Rozdział I Metodyka badań.....	13
§1. Przedmiot i cel badań	15
§2. Problemy i hipotezy badawcze	18
§3. Metody, techniki i narzędzia badawcze	22
§4. Organizacja i przebieg badań własnych	28
Rozdział II Sytuacja prawna sprawcy niepoczytalnego i poczytalnego w stopniu ograniczonym w polskim prawie karnym	31
§1. Istota odpowiedzialności oraz niepoczytalności i poczytalności ograniczonej w prawie polskim	31
§2. Rozróżnienie czynników determinujących poczytalność ograniczoną i niepoczytalność – człon psychiatryczny	47
§3. Środki zabezpieczające izolacyjno-lecznicze stosowane wobec osób dotkniętych chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem	57
Rozdział III Teorie kryminologiczne dotyczące uwarunkowań do popełnienia przestępstwa	69
§1. Teorie biologiczne	69
§2. Teorie psychologiczne.....	88
§3. Teorie socjologiczne.....	98
Rozdział IV Opiniowanie zaburzeń osobowości w polskim procesie karnym	109
§1. Rola opinii biegłego w postępowaniu sądowym.....	109
§2. Udział biegłych w procesie karnym	122
§3. Diagnozowanie zaburzeń osobowości.....	144
Rozdział V Klasyfikacja wybranych zaburzeń osobowości.....	153

§1. Wprowadzenie do zaburzeń osobowości sensu largo	153
§2. Psychopatia - zaburzenie osobowości o znacznym zainteresowaniu badaczy, choć wciąż oficjalnie niesklasyfikowane	170
§3. Fałszywy obraz cech psychopatycznych – organiczne zaburzenie osobowości i socjopatia 201	
Rozdział VI Korelacje nasilenia poszczególnych cech osobowości z przestępczością	218
§1. Nasilenie cech psychopatycznych i wystąpienia zaburzeń osobowości o charakterze antyspołecznym a przestępczość	220
§2. Poziom empatii emocjonalnej i poznawczej a zachowania przestępcze	230
§3. Impulsywność, skłonność do ryzyka i empatia - związki poszczególnych cech w grupie przestępczej i nie przestępczej.....	242
§4. Zróźnicowanie poziomu lęku i depresji w poszczególnych grupach badanych.....	248
§5. Cechy psychopatyczne i antyspołeczne a rodzaj popełnianych przestępstw i recydywa	253
§6. Omówienie wyników badań	264
Zakończenie.....	274
Bibliografia.....	280
Wykaz tabel i rycin.....	294
Aneks	297

Wykaz skrótów

- 5-HIAA** - kwas 5-hydroksyindoloocetowy
- 5-HT** - Serotonina (5-hydroksytrypanina)
- BES-A** - Podstawowa Skala Empatii dla Dorosłych (*The Basic Empathy Scale in Adults*)
- DSM-V** - Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- EDA** - aktywność elektrodermalna (*electrodermal activity*)
- EEG** - elektroencefalografia
- EPQ** - Kwestionariusz Osobowości Eysencka (*Eysenck Personality Questionnaire*)
- HADS** - Szpitalna Skala Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)
- HCR-20** - *The Historical, Clinical, Risk Management-20*
- ICD-10** - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych rewizja dziesiąta (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
- IQ** - iloraz inteligencji (intelligence quotient)
- IVE** - Kwestionariusz Impulsywności (*Impulsiveness-Venturesomeness-Empathy Questionnaire*)
- k. c.** - ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.
- k.k.** - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny, Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.
- k.k. z 1932 r.** - Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny, Dz.U.1932.60.571
- k.k. z 1969 r.** - ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny, Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94
- k.p.k.** - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Postępowania Karnego, Dz.U. 1997 nr 89 poz. 555 z późn. zm.
- Konstytucja** - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- LSRPS** - Skala Obserwacyjna Skłonności Psychopatycznych (*Levenson Self-Report Psychopathy Scale*)
- M.I.N.I.** - Mały Międzynarodowy Kwestionariusz Neuropsychiatryczny (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*)

MAOA	- oksydaza monoaminowa typu A
MMPI	- Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości (<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>)
MRI, fMRI	- rezonans magnetyczny (<i>magnetic resonance imaging</i>), funkcjonalny rezonans magnetyczny (<i>functional magnetic resonance imaging</i>)
o. u. n.	- ośrodkowy układ nerwowy
OPD	- organiczne zaburzenie osobowości (<i>organic personality disorder</i>)
OSN	- Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNKW	- Orzecznictwo Izby Karnej i Wojskowej Sądu Najwyższego
PCL-R	- Skala obserwacyjna skłonności psychopatycznych (<i>Psychopathy Check List-Revised</i>)
PET-CT	- pozytronowa tomografia emisyjna (<i>positron emission tomography</i>)
SAVRY	- <i>Structured Assessment of Violence</i>
SN	- Sąd Najwyższy
SO	- Sąd Okręgowy
SPECT	- tomografia pojedynczego fotonu (<i>single photon emission tomography</i>)
SR	- Sąd Rejonowy
SVR-20	- <i>The Sexual Violence Risk-20</i>
TK	- Trybunał Konstytucyjny
u. o. z. p.	- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.
WAIS-R	- Skala Inteligencji dla Dorosłych Davida Weschlera (<i>The Wechsler Adult Intelligence Scale</i>)
WHO	- Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne jest stanem dobrego samopoczucia psychicznego lub braku choroby psychicznej. Stan taki dotyczy kogoś, kto funkcjonuje na zadowalającym poziomie dostosowania emocjonalnego i behawioralnego. Zdrowie psychiczne może w dużej mierze oznaczać zdolność jednostki do cieszenia się życiem oraz do tworzenia równowagi między czynnościami życiowymi a wysiłkami na rzecz osiągnięcia odporności psychicznej. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie psychiczne obejmuje subiektywne samopoczucie, postrzeganie własnej autonomii, oraz poszanowanie własnego potencjału intelektualnego i emocjonalnego. Zdrowie psychiczne jest objęte realizacją zdolności danej osoby do radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, stanem produktywnej pracy i prawidłowym współżyciem z pozostałymi członkami społeczności. Wpływ na to, w jaki sposób definiuje się „zdrowie psychiczne”, mają różnice kulturowe, subiektywne oceny i teorie wysnuwane przez ciało psychologiczne i psychiatryczne.

W połowie XIX wieku William Sweetser był pierwszym, który użył terminu „higiena psychiczna”, co może być postrzegane jako prekursor współczesnych podejść i prac nad promowaniem zdrowia psychicznego. Isaac Ray, jeden z założycieli i czwarty prezydent Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, definiował higienę umysłu jako „sztukę zachowania umysłu przed wszelkimi incydentami i wpływami, które mają na celu pogorszenie jego jakości i osłabienie jego energii”.

Badania epidemiologiczne wskazują, że od 1/4 do 1/3 osób w populacji przejawia jakikolwiek rodzaj zaburzeń psychicznych. Przyjmuje się, iż około 8 milionów Polaków cierpi na zaburzenie o podłożu psychicznym, a ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku. Z tego względu zdrowie psychiczne jest obecnie jednym z ważniejszych aspektów zdrowia, jest więc wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz samorządów terytorialnych.

Przez wiele lat temat osób chorych psychicznie był marginalizowany i stanowił społeczne tabu, jednak wobec wzrostu zapadalności na choroby psychiczne (w szczególności schizofrenię), zaburzenia osobowości (np. *borderline*) czy zaburzenia zachowania, należy zmierzyć się z tym problemem i dążyć do tego, by zdrowie psychiczne było traktowane ze szczególną dbałością - nie tylko w aspekcie państwowej ochrony zdrowia psychicznego, ale również poprzez zwalczanie negatywnych nastawień społecznych. W Polsce powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, którego głównym

celem jest między innymi zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. W treści ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego widnieje stwierdzenie, iż „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”.

W społeczeństwie wciąż pokutuje stwierdzenie, że choroba psychiczna to wstyd. Wiele osób, które cierpią z powodu jakichkolwiek odchyśleń od normy w zakresie zdrowia psychicznego, nie przyznają się do tego. Zaburzenia osobowości również są często spotykane. Ludzie z zaburzeniami osobowości mają problemy w relacjach międzyludzkich, ale często niesłusznie przypisują te problemy innym. Nie ma wyraźnego progu między typami a stopniami dysfunkcji osobowości, a jej patologię najlepiej klasyfikować w jednym wymiarze, od normalnej osobowości do skrajnie ciężkiego zaburzenia osobowości po drugiej stronie. Opis zaburzeń osobowości był przez lata komplikowany przez nadmierne jego przyleganie do nakładających się i niezatwierdzonych kategorii, które reprezentują specyficzne cechy, a nie podstawowe elementy zaburzeń osobowości. Wiele osób z tego rodzaju zaburzeniami pozostaje niezdiagnozowanymi w praktyce klinicznej i może otrzymać terapię, która okaże się nieskuteczna lub nawet szkodliwa. Współwystępowanie z innymi zaburzeniami psychicznymi jest powszechne, a obecność zaburzenia osobowości często ma negatywny wpływ na przebieg i wyniki leczenia. Zaburzenie osobowości wiąże się również z przedwczesną umieralnością i występowaniem samobójstw, ale co najważniejsze – pewne specyficzne zaburzenia osobowości lub nasilenie poszczególnych jej cech implikują ściśle związki z przestępczością, a więc ze zjawiskiem piętnowanym społecznie i moralnie.

W ocenie Autorki dysertacji niepełne ujęcie tak ważnego problemu, w szczególności w dobie zwiększonej rozpoznawalności zaburzeń osobowości, nie jest wystarczające, by w pełni świadomie i uproszczeń dokonywać oceny stanu poczytalności sprawców przestępstw (w tym drastycznych, agresywnych i niezrozumiałych). Zbyt często w opinii publicznej używane jest określenie „psychopata”, które wydaje się być pojęciem uniwersalnym, za pomocą którego określić można nie tylko sprawcę poważnego przestępstwa, ale i osobę ujawniającą deficyty poznawcze lub moralne, niedziałającą zgodnie z normami społecznymi i prawnymi. Nieuzasadnione nadużywanie tego terminu prowadzi do wzmożonej stygmatyzacji.

Część teoretyczno-kryminologiczna niniejszej rozprawy dotyczy w szczególności tak fundamentalnych kwestii, jak geneza pojęcia odpowiedzialności oraz poczytalności (w tym

ograniczonej i zniesionej) w kodeksach karnych polskich obowiązujących od roku 1932 do chwili obecnej. Następnie przedstawione zostały różnorodne czynniki, które w ocenie dogmatyki i judykatury determinują poczytalność ograniczoną i niepoczytalność, a także zaprezentowane zostały środki zabezpieczające izolacyjno-lecznicze stosowane wobec osób dotkniętych chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem.

Autorka dysertacji porusza także szeroką problematykę teorii kryminologicznych dotyczących uwarunkowań do popełnienia przestępstwa. W kręgu omówionych zagadnień znajdują się takie teorie jak teorie biologiczne (tezy kryminologii pozytywistycznej, koncepcje kierunku biopsychologicznego oraz teorie odwołujące się do zaburzeń funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego oraz uszkodzeń mózgu i jego biochemii), teorie psychologiczne (zorientowane biologicznie, teorie frustracji i agresji oraz teorie kognitywne), a finalnie rozważania nad materią teorii kryminologicznych zwieńczone są omówieniem teorii socjologicznych, tj. teorią anomii i zróżnicowanych powiązań, teoriami podkultur oraz innymi wybranymi teoriami nurtu socjologicznego, które związane są z zachowaniami dewiacyjnymi.

Z uwagi na to, iż każda decyzja procesowa w zakresie oceny poczytalności oskarżonego (podejrzanego) nie może odbyć się bez badania psychiatrycznego, kolejną część rozprawy stanowi wątek opiniowania zaburzeń osobowości w polskim procesie karnym, w którym Autorka dokonuje opisu roli opinii biegłego w postępowaniu sądowym, wymogów formalnych opinii oraz problemów napotykanym przez biegłych lekarzy psychiatrów i psychologów w diagnozowaniu stanu zdrowia psychicznego na potrzeby procesu karnego. Omówiony został także udział biegłych w ich pracy diagnostycznej – przedstawione zostały warunki przeprowadzania oraz przebiegu badań, metody wykorzystywane w diagnozie psychiatrycznej i psychologicznej, a także poruszona została kwestia sposobu diagnozy sfery motywacyjnej sprawcy czynu zabronionego oraz prawnokarne przesłanki stosowania środków zapobiegawczych w szpitalach psychiatrycznych. Wywód o opiniowaniu psychiatrycznym i psychologicznym wieńczy opis metod psychologicznych wykorzystywanych w badaniach zaburzeń osobowości oraz innych metod diagnostycznych osobowości zaburzonej (jak fMRI, TK czy pozostałych).

Częścią najbardziej zbliżoną merytorycznie do badań empirycznych, które zostały przeprowadzone na potrzeby niniejszej dysertacji, jest część dotycząca klasyfikacji wybranych zaburzeń osobowości, która w swej pierwszej części dokonuje wprowadzenia do zaburzeń osobowości *sensu largo*, tj. przedstawia koncepcje osobowości i osobowości

zaburzonych w znaczeniu psychologicznym, przedstawia rodzaje, istotę i cechy charakterystyczne zaburzeń osobowości *in genere* oraz prezentuje ogólny wpływ zaburzeń osobowości na sposób zachowania się człowieka. Ponadto, w części dotyczącej zaburzeń osobowości znalazła się część poświęcona wyłącznie psychopatii (trudności definicyjnych oraz braku umieszczenia psychopatii w klasyfikacjach psychiatrycznych, cech charakterystycznych tego rodzaju zaburzenia i kryteriów diagnostycznych, według których jest ona rozpoznawana, a także uwarunkowań biologicznych psychopatów i działalności przestępczej jednostek psychopatycznych, wpływu cech ich osobowości na zachowania agresywne oraz kwestii ich odpowiedzialności za popełnione czyny zabronione). Następnie Autorka prezentuje cechy diagnostyczne charakteropatii, patogenezę jej powstania i różnice w postrzeganiu zaburzeń osobowości na tle organicznym. Część dotyczącą *stricte* zaburzeń osobowości wieńczą konstatacje na temat socjopatii, jej rozróżnienia od psychopatii i charakteropatii, a także wpływu warunków środowiskowych na powstanie tegoż zaburzenia.

Trzon empiryczny dysertacji ukierunkowany jest na badanie poszczególnych cech osobowości i charakteru, a celem przeprowadzonych badań jest wywiedzenie wniosków o ich wpływie na karierę przestępczą osób badanych, zdolność oceny moralnej i doniosłości społecznej przedsięwziętych czynów. Głównym celem badań jest ukazanie ścisłej zależności między ubytkami w empatii a działaniami przestępczymi, a także związków wzmożonej skłonności do ryzyka, impulsywności oraz cech psychopatycznych na przekraczanie granic i norm ustalonych zarówno przez społeczeństwo, jak i prawo.

Nieobecność sprecyzowanych regulacji prawnych i kryteriów diagnostycznych utrudnia zwalczanie i przeciwdziałanie przestępczości agresywnej, której sprawcami są jednostki psychopatyczne lub socjopatyczne. W obliczu takiej sytuacji rozprawa doktorska ma na celu przybliżenie różnorodnych podejść do problemu, poprzez ukazanie stanowisk literatury o naturze medycznej i prawnej, mogących przyczynić się do kompleksowego jego opracowania.

Rozdział I

Metodyka badań

Mianem zaburzeń w kontekście psychiatrycznym nie określa się jedynie zaburzeń psychicznych, ale całą gamę zaburzeń zachowania i osobowości, będących problemem bardziej nieuchwytnym i wywołującym trudności nie tylko na polu diagnozy, ale też i leczenia. Zaburzenia osobowości traktowane przez pryzmat Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 to „głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, przejawiające się mało elastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Reprezentują one albo skrajne, albo znaczące odmienności w porównaniu z przeciętnym w danej kulturze sposobem spostrzegania, myślenia i odczuwania, a w szczególności – odnoszenia się do innych. Takie wzorce zachowania mają tendencję trwałości i obejmowania wielu zakresów funkcjonowania psychologicznego”¹.

Wśród tychże zaburzeń wyróżnia się między innymi psychopatię (która do dziś sprawia problemy definicyjne i jest nieprawidłowo używana w kontekście opisu zaburzeń osobowości), socjopatię i charakteropatię (organiczne zaburzenie osobowości wielokrotnie dające fałszywy obraz psychopatii), które łącznie stanowią przedmiot niniejszej dysertacji oraz punkt początkowy dla rozważań o wybranych cechach osobowości.

Dobór powyższych zaburzeń osobowości przez Autorkę dysertacji nie jest przypadkowy – wskazać należy, iż to właśnie psychopatia, charakteropatia i socjopatia są przedmiotem sporu wielu dogmatyków i praktyków, a pomimo wielu argumentów przyjmowanych przez strony tej polemiki, nie zostało dotychczas jednoznacznie określone czym dokładnie wyróżniają się te zaburzenia i czy mogą one powodować zmniejszenie poczytalności sprawców przestępstw.

Temat niniejszej dysertacji wskazuje na „wybrane cechy osobowości” – ujmuje on bowiem swym zakresem cechy takie jak empatia, impulsywność, skłonność do ryzyka oraz cechy psychopatyczne. Powyższe cechy zostały poddane badaniu, ponieważ nadaje się im kryminogeny charakter, na co wielokrotnie wskazywały różnorodne źródła literatury przedmiotu. Cechy te ściśle skorelowane są z przestępczością, a więc jeżeli dokonywana jest analiza i ocena poczytalności, to jedynie w kontekście osoby, która dopuściła się czynu zabronionego. Wybrane cechy osobowości sprzężone są także z obrazem psychopatii,

¹ *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009, World Health Organization, s. 212.*

socjopatii i organicznego zaburzenia osobowości, stąd koniecznym było dokonanie analizy materiału badawczego w kontekście powyższych zaburzeń.

Aby było możliwe stwierdzenie, czy dane zaburzenie zaklasyfikowane zostanie do zaburzeń psychicznych czy do zaburzeń osobowości, konieczny jest udział biegłych psychiatrów i psychologów. Ich rola w procesie karnym przy określaniu stopnia poczytalności sprawcy *a tempore criminis* jest kluczowa, gdyż w drodze opiniowania sądowo-psychiatrycznego i na gruncie badań psychologii klinicznej są w stanie stworzyć oni obraz świadomości sprawcy. Proces badania sprawcy, szukania odpowiedzi w różnorodnych aspektach jego zachowania oraz formułowanie opinii lekarskich z zebranych danych jest nieodzownym elementem diagnostyki zaburzeń osobowości, o których traktuje rozprawa doktorska.

Aby skutecznie podjąć i przeprowadzić badania naukowe dotyczące problemu wpływu poszczególnych cech osobowości na skłonności przestępcze jednostek i ich późniejszą odpowiedzialność karną w kontekście ograniczenia lub wyłączenia poczytalności, Autorka dysertacji podjęła szereg czynności przygotowawczych oraz odpowiednich kroków, które w efekcie pozwoliły na osiągnięcie określonego celu badawczego. Zagadnienia dotyczące metodyki badań stanowią istotną część rozprawy doktorskiej, przy czym wskazują nie tylko na opis poszczególnych metod badawczych, ale także na przebieg badań, przedstawienie trudności, które napotykał badacz na swojej ścieżce do osiągnięcia celu badawczego, a również opis przygotowywania materiałów oraz postępowania rozpoznawczego.

Opis metod badawczych zawiera w sobie podstawowe elementy procesu badawczego, tj. obejmuje konceptualizację (sprecyzowanie znaczenia pojęć oraz zmiennych, które zostały poddane badaniu), wybór metody badawczej (w tym kwestie doboru próby), a także obserwację, przetwarzanie danych, analizę osiągniętych wyników i zastosowanie, tj. sprawozdanie z wyników i ocenę ich implikacji².

Należałoby przyjąć, iż świadomą działalność badawczą sprowadza się do trzech etapów: 1) wyjściowej formy badań, jaką jest rozpoznanie przedmiotu badań, 2) opracowania efektów poznania, 3) konfrontacji wyników badań z praktyką³. Ze względu na powyższe, Autorka dysertacji przedstawiła w niniejszym rozdziale metodykę badań wykorzystanych do osiągnięcia określonego celu badawczego, wskazując kolejno na przedmiot i cel badań; problemy i hipotezy badawcze; metody, techniki i narzędzia badawcze oraz opis organizacji i przebiegu badań.

² E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, wyd. PWN, Warszawa 2004, s. 129.

³ J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, wyd. Bernardinum, Gdynia 2002, s. 19.

§1. Przedmiot i cel badań

Problem wpływu poszczególnych cech osobowości na ocenę poczytalności sprawców przestępstw, ujmowany zarówno na płaszczyźnie karnoprawnej, kryminologicznej, jak też psychologicznej i psychiatrycznej, jest przedmiotem zainteresowania naukowo-badawczego. Niemniej jednak, w wyniku zaistnienia wielu przeszkód natury definicyjnej i klasyfikacyjnej, które napotykają badacze, wciąż brak jest jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o wpływ cech osobowościowych człowieka na jego sferę motywacyjną i świadomość znamion czynu zabronionego, ale także na świadomość konsekwencji płynących z ujawnianych zachowań. Wciąż brak także usystematyzowanego klucza, który pomógłby badaczom, naukowcom oraz wymiarowi sprawiedliwości jednoznacznie (lub bardziej dokładnie) ocenić, czy nasilenie określonych cech osobowości i charakteru (w szczególności ujawnianych w obrazie klinicznym zaburzeń osobowości) ma związek z istotą popełnionego czynu zabronionego oraz znamionami podmiotowymi przestępstwa.

Powyższe implikuje konieczność sprecyzowania, jakie miejsce w klasyfikacjach psychiatrycznych i psychologicznych zajmuje psychopatia, nasilenie jakich poszczególnych cech pozwala rozróżnić psychopatię od socjopatii i charakteropatii oraz czy mają one związek z przestępczością *in genere*. Autor dysertacji niejednokrotnie obserwował zamienne używanie terminów „psychopatia” i „socjopatia”, co niewątpliwie utrudnia wyłonienie jednoznacznego obrazu każdego z tych zaburzeń. Również termin „charakteropatia”, który został po raz pierwszy użyty przez wybitnego psychiatrę polskiego, Tadeusza Bilikiewicza, nie jest powszechnie używany w celu opisu organicznych zaburzeń osobowości, a w literaturze amerykańskiej są one wyłącznie nazywane mianem organicznych zaburzeń osobowości (*OPD – Organic Personality Disorders*).

Choć powstały sprawdzone narzędzia do rozróżnienia pojęć psychopatii, socjopatii i charakteropatii, a skuteczność tych narzędzi potwierdzały wyniki wielu badań empirycznych, pojęcia te nie zostały ujawnione w dwóch podstawowych obecnie obowiązujących klasyfikacjach, jakimi są DSM-V (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Co prawda osobowość antyspołeczna (dyssocyjalna) oznaczona w ICD-10 kodem F60.2 „obejmuje osobowość amoralną, antyspołeczną, asocjalną, psychopatyczną i socjopatyczną”, jednakże już na wstępie rozważań o wpływie poszczególnych cech na przykładzie osobowości zaburzonych stwierdzić można, że klasyfikacje nie są na tyle jasne, by móc wyjść naprzeciw aktualnym potrzebom nauki i oczekiwaniom społecznym.

Autorka niniejszej dysertacji za przedmiot badań własnych przyjęła problematykę wpływu poszczególnych cech osobowości na ocenę poczytalności sprawców czynów zabronionych w kontekście związków pomiędzy nasileniem konkretnych cech a skłonnością do przestępstw. Zakreślony w ten sposób przedmiot badań został przedstawiony w sposób interdyscyplinarny, a wszak to właśnie interdyscyplinarność, dzięki której badacze mogą czerpać z dorobku innych nauk, jest znamioną cechą kryminologii. Rozprawa zawiera w sobie elementy prawa karnego, kryminologii *sensu stricto*, psychiatrii oraz psychologii, przy czym bez którejkolwiek z powyższych dziedzin naukowych dysertacja nie miałaby w pełni interdyscyplinarnego charakteru. Z uwagi na to, iż to Cesare Lombroso został uznany „ojcem kryminologii”, Autorka dysertacji to właśnie od teorii tego badacza rozpoczyna rozważania kryminologiczne nad etiologią przestępczości.

Przedmiotem niniejszej rozprawy doktorskiej jest istota wpływu poszczególnych cech osobowości na poczytalność sprawców w czasie popełnianych przez nich przestępstw. Rozprawa jest zasadniczo ukierunkowana na analizę powyższego zagadnienia w kontekście wpływu występowania i nasilenia pewnych cech osobowości człowieka – sprawcy przestępstwa - na jego poczytalność w rozumieniu karnoprawnym. Pojęcia oraz zasady, które immanentnie związane są z materią dysertacji, zostały poddane analizie w perspektywie aktualnie obowiązującego polskiego prawa karnego oraz obecnego stanu debaty naukowej w zakresie psychiatrii sądowej, psychologii klinicznej i kryminologii.

Określając przedmiot rozważań rozprawy, należy pochylić się nad kwestiami dotyczącymi poczytalności (pełnej, ograniczonej lub wyłączonej) ujętej w Kodeksie Karnym, jak również istotą zaburzeń osobowości występujących w psychiatrii i psychologii klinicznej, z naciskiem na zaburzenia zarówno organiczne, ale także zaburzenia niezwiązane z uszkodzeniem mózgu, wreszcie również nad kwestią opiniowania sądowno-psychiatrycznego i psychologicznego w procesie diagnozowania zaburzeń u osób podejrzanych o popełnienie przestępstwa.

Przez pojęcie poczytalności rozumiemy zdolność do rozpoznania znaczenia zarzucanego czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Kodeks Karny z 1997 roku definiuje *expressis verbis* jedynie niepoczytalność oraz poczytalność w znacznym stopniu ograniczoną. Niepoczytalność (a więc stan powodujący wyłączenie winy sprawcy, co skutkuje brakiem popełnienia przestępstwa) warunkowana jest występowaniem choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, które powodują, iż sprawca w czasie czynu nie mógł rozpoznać jego znaczenia lub pokierować

swoim postępowaniem. Jeżeli zaś zdolność ta była w znacznym stopniu ograniczona, mówi się wówczas o stanie ograniczonej poczytalności.

Przedłożona rozprawa doktorska ma na celu ukazanie powagi zjawiska wpływu poszczególnych cech związanych z zaburzeniami osobowości na zachowania przestępcze, kryminalną motywację, a w efekcie – w poszczególnych przypadkach na ograniczoną lub zniesioną poczytalność sprawcy *a tempore criminis*. Jest to problem natury karnoprawnej, kryminologicznej, ale również ogólnospołecznej. W drodze przykładu należy zauważyć, iż psychopatia (wciąż niesklasyfikowana przez badaczy w ICD-10 lub DSM-V) nie jest według kodeksu karnego czynnikiem powodującym niepoczytalność lub poczytalność ograniczoną, podobnie jak większość pozostałych zaburzeń osobowości, które zgodnie z poglądem judykatury jedynie „niekiedy mogą być pojmowane jako inne zakłócenie czynności psychicznych”.

Cechy osobowości, które stanowiąc mogą o rozróżnieniu dobra od zła, które badacze traktować niekiedy mogą jako trzon moralności ludzkiej, mają istotny wpływ na procesy tła motywacyjnego człowieka. Wśród takich cech możemy wyróżnić poziom empatii, skłonność do ryzyka, impulsywność, cechy psychopatyczne, ale także sposób odczuwania lęku i depresji przez człowieka.

Nieobecność sprecyzowanych regulacji prawnych i kryteriów diagnostycznych utrudnia zwalczanie i przeciwdziałanie przestępczości agresywnej, której sprawcami są na przykład jednostki psychopatyczne lub socjopatyczne. W obliczu takiej sytuacji rozprawa doktorska ma na celu przybliżenie różnorodnych podejść do problemu, poprzez ukazanie stanowisk literatury o naturze medycznej i prawnej, mogących przyczynić się do kompleksowego jego opracowania.

Celem dysertacji było więc ustalenie, dokonanie analizy oraz prezentacja nasilenia poszczególnych cech osobowości na podstawie informacji uzyskanych z literatury przedmiotu, orzecznictwa sądów powszechnych w Polsce oraz analizy ilościowej i jakościowej badań, które obejmowały kwestionariusze ankiety realizowane w Areszcie Śledczym w Białymstoku, Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. S. Deresza w Choroszczy i w grupie kontrolnej osób nieprzebywających w dwóch powyższych placówkach. Badaniami ankietowymi w grupach niekontrolnych objęte zostały osoby, które dopuściły się czynów zabronionych, w szczególności czynów agresywnych przeciwko mieniu, życiu i zdrowiu czy wolności innych osób. Przeprowadzone badania miały na celu wykazanie nasilenia poszczególnych cech, które odróżniały poszczególne grupy badanych od siebie, a swoistym dopełnieniem powyższych badań był

wywiad przeprowadzony z kryminologiem J.C. Barnesem (profesorem University of Cincinnati's School of Criminal Justice), traktujący o wpływie zaburzeń osobowości na działalność przestępczą człowieka i ewentualnej jego odpowiedzialności karnej z uwzględnieniem kwestii poczytalności (zniesionej lub ograniczonej).

Badania empiryczne prowadzone były na przestrzeni miesięcy lipiec-listopad 2018 r., przy czym grupę badawczą w SPP ZOZ w Choroszczy stanowiły osoby internowane na oddziałach psychiatrii sądowej (o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu), a grupę badawczą z Aresztu Śledczego w Białymstoku – osoby skazane odbywające karę pozbawienia wolności w warunkach nieszpitalnych. Sposób doboru powyższych grup badawczych miał na celu zapewnienie Autorce dysertacji możliwości porównania różnic między poszczególnymi zmiennymi, które dawały się zmierzyć za pomocą kwestionariuszy ankiety, by następnie pozwolić na ukazanie tych różnic w odniesieniu do praktyki przyjmowanej przez wymiar sprawiedliwości w procesach karnych z udziałem osób o zaburzonej osobowości.

§2. Problemy i hipotezy badawcze

Podstawą przeprowadzenia badań jest sformułowanie problemu badawczego, który powinien stanowić pewne bardzo istotne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć podjęte badanie. Problem badawczy jest elementem złożonym rozprawy naukowej, dlatego do jego wyjaśnienia potrzebne są problemy szczegółowe - ich przedstawienie wspomaga analizę całego zagadnienia, które jest przedmiotem określonych badań, pomaga w ich zaplanowaniu, pozwala na optymalny dobór odpowiednich narzędzi badawczych, a także chroni badacza przed pominięciem ważnych aspektów badanego problemu⁴. Nie każde pytanie jednak stanowić będzie problem badawczy, ale takie, które stanowi niejako punkt wyjścia do przeprowadzenia badań.

Na wstępie rozważań o kwestii wpływu poszczególnych cech osobowości na poczytalność sprawców czynów zabronionych i ich sferę motywacyjną, Autorka dysertacji powzięła wątpliwość, *czy konkretne cechy osobowości człowieka, takie jak niski poziom empatii, zwiększona impulsywność, obniżony poziom lęku, skłonność do ryzyka i występowanie cech psychopatycznych (występujące w przypadku psychopatii, socjopatii i charakteropatii) mogą być czynnikiem wpływającym na zakwalifikowanie czynu sprawcy do popełnionego w stanie znacznie ograniczającym poczytalność?*

⁴ M. Krajewski, *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego. Uwagi podstawowe*, wyd. M. Krajewski 2010, s. 19.

Na gruncie powyższej rozterki naukowej (stanowiącej główny problem badawczy dysertacji) Autorka wysnuwa dalsze problemy badawcze szczegółowe, do których należy zaliczyć pytania o następującej treści:

1. *Czy definicja ograniczonej poczytalności i jej wykładnia obejmuje swym zakresem pojęciowym zaburzenia osobowości?*
2. *Jakie trudności napotykają biegli sądowi i organy procesowe w związku z wystąpieniem u oskarżonego zaburzeń osobowości?*
3. *Czy uwarunkowania biologiczne i środowiskowe powodują powstanie różnorodnych zaburzeń osobowości? Jaki mają wpływ na skłonności przestępcze?*
4. *Czy empatia oraz uwarunkowania środowiskowe, jako czynniki w znacznej mierze rozróżniające socjopatię od psychopatii, wpływają na zróżnicowanie skłonności do zachowań przestępczych?*
5. *Jakie poszczególne cechy danej osobowości zaburzonej mają wpływ na wejście przez jednostkę na drogę przestępstwa?*
6. *Jaki związek ma charakter zmian organicznych w zaburzeniach osobowości z przestępczością? Czy charakteropatia może implikować zniesioną lub ograniczoną poczytalność?*
7. *Czy skłonność do ryzyka i impulsywność są determinantą zachowań przestępczych?*
8. *Czy istnieje zależność pomiędzy brakiem lęku i depresji a wystąpieniem cech psychopatycznych?*
9. *Czy istnieje zależność między nasileniem poszczególnych cech osobowości a rodzajem czynu przestępnego popełnionego przez daną jednostkę?*

Na gruncie przedstawionych powyżej problemów badawczych, które stanowią punkt wyjścia dla dalszego stworzenia hipotez badawczych, Autorka dysertacji formułuje główną hipotezę badawczą w następujący sposób: *konkretne cechy osobowości człowieka, takie jak niski poziom empatii, zwiększona impulsywność, obniżony poziom lęku, duża skłonność do ryzyka i występowanie cech psychopatycznych (występujących w przypadku psychopatii, socjopatii i charakteropatii) mogą być czynnikiem wpływającym na zakwalifikowanie czynu sprawcy do popełnionego w stanie znacznie ograniczającym poczytalność, choć jest to w dużej mierze zależne od istnienia zaburzeń współwystępujących z psychopatią lub socjopatią.*

W uzupełnieniu powyższej głównej hipotezy badawczej Autorka dysertacji sformułowała poniższe szczegółowe hipotezy badawcze:

1. *Definicja ograniczonej poczytalności i niepoczytalności zawarta w Kodeksie Karnym nie zawiera w swej literalnej treści terminu „zaburzenie osobowości” występującego wprost,*

zakłada jedynie wystąpienie „innego zakłócenia czynności psychicznych”, które w drodze wykładni traktowane być może jako zjawisko obejmujące zaburzenia osobowości, choć nie jest to częsta praktyka podejmowana w procesie karnym.

2. Podstawowym problemem, który napotykają na swej drodze lekarze opiniujący, a także organy procesowe w stosunku do sprawców, co do których zachodzi wątpliwość o ich poczytalność w czasie popełnienia czynu, jest współwystępowanie pewnych cech charakterystycznych dla różnego rodzaju zaburzeń osobowości, które mogą tworzyć tzw. „falszywy obraz” danego zaburzenia (np. cechy schizofrenii, które czasowo dominują w organicznym zaburzeniu osobowości). Ponadto problemy sprawia analiza tła motywacyjnego sprawcy, które niejednokrotnie (z uwagi na występowanie cech psychopatycznych) nie stwarza warunków do precyzyjnego określenia, jakie pobudki zachodziły w strefie wolicjonalnej sprawcy.

3. Uwarunkowania biologiczne i środowiskowe powodują powstanie różnorodnych zaburzeń osobowości, mają także odmienny wpływ na skłonności przestępcze; w zależności od rodzaju osobowości zaburzonej różnorodne czynniki biologiczne lub środowiskowe warunkować mogą powstanie danego zaburzenia – w przypadku charakteropatii są to głównie czynniki biologiczne w postaci uszkodzeń mózgu, w przypadku socjopatii – uwarunkowania środowiskowe bez wykazywanych patologii biologicznych, w psychopatii zaś – znaczenie ma zarówno sfera biologiczna jak i środowiskowa; wysoki poziom empatii oraz uwarunkowania środowiskowe, jako czynniki rozróżniające socjopatię od psychopatii, w ograniczonym zakresie wpływają na zróżnicowanie poszczególnych osób w skłonnościach do zachowań przestępczych.

4. Wysoki poziom nasilenia cech psychopatycznych ma wpływ na skłonności przestępcze, choć nie jest to jedyne kryterium, na podstawie którego rozróżnić można przestępców od populacji nieprzestępczej, bowiem istnieją jednostki o wysokim poziomie cech psychopatycznych, a nie popełniły one dotychczas przestępstwa; wysoki poziom empatii kognitywnej determinuje mniejszą skłonność do popełnienia przestępstwa;

5. Nasilenie poszczególnych cech, takich jak cechy psychopatyczne lub wystąpienie cech stanowiących o osobowości antyspołecznej implikuje stwierdzenie, iż dana jednostka może być bardziej skłonna do działań przestępczych; obniżony poziom empatii często koreluje z przestępczością; wysoki poziom skłonności do ryzyka i impulsywność mogą mieć wpływ na przestępczy charakter działań człowieka, jednak nie stanowią wyraźnego czynnika rozróżniającego grupę przestępczą od nieprzestępczej;

6. *Charakteropatia (organiczne zaburzenie osobowości) często uznawana jest za czynnik mający wpływ na zniesienie lub ograniczenie poczytalności sprawcy w czasie czynu.*

7. *Skłonność do ryzyka i impulsywność jako cechy osobowości nie mają znacznego wpływu na rozróżnienie grup przestępczych od nieprzestępczych;*

8. *Istnieje zależność pomiędzy brakiem lęku i depresji a wystąpieniem cech psychopatycznych choć jedynie w sytuacji wystąpienia innego zaburzenia, aniżeli tylko antyspołeczne zaburzenie osobowości – w populacji przestępców skierowanych do leczenia psychiatrycznego, przejawiającej cechy psychopatyczne, nasilenie lęku i depresji jest wyższe; nasilenie lęku i depresji w populacjach więziennych i szpitalnych jest wprost proporcjonalnie wyższe w stosunku do czasu, który upłynął od umieszczenia sprawcy w danej instytucji;*

9. *Istnieje zależność między nasileniem cech psychopatycznych i cech świadczących o antyspołecznym zaburzeniu osobowości a rodzajem przestępstw popełnianych przez sprawców czynów zabronionych – najczęstszymi przestępstwami popełnianymi przez osoby o nasilonych cechach psychopatycznych są przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz przestępstwa przeciwko mieniu.*

Powyższy sposób sformułowania problemów i hipotez badawczych miał na celu przybliżenie Autorkę dysertacji do uzyskania odpowiedzi na pytania o poczytalność sprawców o zaburzonej osobowości, którzy przejawiają konkretne cechy, a także nasilenie poszczególnych cech w odpowiednich konfiguracjach. Z uwagi na wypaczenie emocjonalnej sfery życia człowieka, zdaniem Autorki konkretne zaburzenia osobowości oddziałują na sferę motywacyjną sprawcy, przez co powinny być brane pod uwagę w procesie karnym jako przesłanka ograniczająca poczytalność *a tempore criminis*. Wiadomym jest, że jednoznaczne stwierdzenie, czy dana osoba cierpi na zaburzenia osobowości, jest niezwykle trudne. W obliczu istnienia najnowocześniejszych kwestionariuszy i testów zaburzeń osobowości już na etapie postępowania przygotowawczego czy sądowego można określić, czy dana osoba przejawia cechy dyssocjalne czy socjopatyczne. Nie jest jednak sporne, iż dotychczasowe kompleksowe badania nad psychopatią, socjopatią i organicznymi zaburzeniami osobowości są rzadkie i niepełne. Zaburzenia osobowości nie są często brane pod uwagę przy analizowaniu przesłanek dotyczących poczytalności sprawcy, tak więc problematyka ta powinna być znacznie szerzej opracowana.

§3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Termin „metoda” pochodzi z greki (*meta hodos*) i oznacza on pewną drogę do celu. „Metoda” jako słowo używane na potrzeby opracowań naukowych oznacza umyślny sposób [dążenia do określonego celu] stosowany przez badacza. Metoda zatem jest niczym innym jak zorganizowanym postępowaniem, które zmierza do wyjaśnienia określonego problemu badawczego. By osiągnąć jak najstabilniejszy obraz wyników badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej dysertacji, Autorka posłużyła się metodami badawczymi takimi jak: metodą dogmatyczną (prawnoporównawczą), metodą historycznoprawną i analityczną. Ponadto wskazać należy, że w zakresie badań empirycznych Autorka posłużyła się dwiema technikami badawczymi, jakimi są wywiad oraz ankietowanie. „Technika badań” jest pojęciem podrzędnym w porównaniu z terminem „metoda”, a także ogranicza się pojedynczych czynności, podkreślając przy tym przeznaczenie technik badawczych do określonego celu. Za pomocą wykorzystania poszczególnych technik badawczych możliwe jest bowiem gromadzenie, porządkowanie i przechowywanie zebranych informacji⁵. Taki dobór metod i technik badawczych przysłużył się Autorce niniejszej dysertacji do zweryfikowania przedstawionych hipotez badawczych oraz pozwolił na szczegółowe opracowanie problemu, jakim jest oddziaływanie wybranych cech osobowości na poczytalność sprawców czynów zabronionych.

Pojęcie poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym oraz niepoczytalności jest obecne od dekad w porządkach prawnych niemal na całym świecie – dotyczy ono bowiem istotnej kwestii, jaką jest możliwość przypisania winy osobie podejrzanej lub oskarżonej o dokonanie konkretnego czynu. Już w starożytnym Rzymie, który dał podwaliny systemom prawnym wielu państw, używano paremii *nullum crimen sine culpa*, co oznaczało w dosłownym przekładzie „nie ma przestępstwa bez winy” lub szerzej – „nie ma odpowiedzialności karnej bez winy”. Art. 31 obecnie obowiązującego Kodeksu Karnego Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, iż „nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem” (art. 31 § 1 k.k.). Ponadto, „jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary” (art. 31 § 2 k.k.)⁶. Nie zawsze jednak

⁵ J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej*, wyd. Difin, Warszawa 2005, s. 54-67.

⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.

brzmienie przepisów związanych z oceną poczytalności podsądnego było tożsame. Z tego względu Autorka dysertacji podjęła próbę dokonania analizy porównawczej kodeksów karnych obowiązujących w Polsce, poczynając od tzw. kodeksu Makarewicza (kodeksu karnego z 1932 r.), który był pierwszym kodeksem niepodległej Polski, a w wielu państwach europejskich uznawano jego merytoryczne walory⁷.

Metoda dogmatyczna posłużyła Autorce dysertacji do porównania przepisów prawnych obowiązujących obecnie w zakresie bezpośredniego lub pośredniego ujęcia problemu oceny poczytalności sprawców wykazujących zaburzenia osobowości. Regulacje prawne nie obejmują swym zakresem wprost zaburzeń osobowości jako czynnika wpływającego na ograniczenie lub wyłączenie poczytalności sprawcy czynu zabronionego, nie są one bowiem literalnie wymienione w członie psychiatrycznym zawartym w przepisie art. 31 § 1 k.k. Z tego względu niezbędnym było zaczerpnięcie wiedzy z judykatury (w szczególności Sądu Najwyższego), gdzie prawo zostaje przeanalizowane za pomocą wykładni językowej, systemowej, funkcjonalnej i celowościowej. Z uwagi na charakter zagadnień poruszanych w niniejszej dysertacji, istotne znaczenie miała także wykładnia operatywna, a więc stosowanie wszelkich rodzajów wykładni stosowanych przez organy sądowe dla rozwiązania konkretnej sprawy (w tym przypadku: sprawy karnej). Wykładnia operatywna ma charakter ściśle indywidualny, nie zaś abstrakcyjny, niemniej jednak pozwala niekiedy na poznanie motywów leżących u podstaw wydanego wyroku przez sąd⁸.

Z zastosowaniem powyższej metody nierozzerwalnie związane było wykorzystanie metody analitycznej, a więc polegającej przede wszystkim na dokonaniu analizy literatury przedmiotu traktującej o zagadnieniach poczytalności w zaburzeniach osobowości. Metoda analityczna piśmiennictwa (polskiego, ale także zagranicznego – głównie piśmiennictwa Stanów Zjednoczonych) pozwoliła Autorce dysertacji na ustalenie, w jaki sposób ujmowane są zaburzenia osobowości w kontekście odpowiedzialności karnej oraz czy jest to ujęcie wystarczające dla kompleksowej analizy problemu. Dzięki metodzie analitycznej możliwe było przeprowadzenie badań w takim zakresie, w jakim piśmiennictwo w niepełny sposób traktuje o problemie poczytalności osób o zaburzonej osobowości, a także sformułowanie hipotez badawczych. Metoda analityczna wykorzystana w niniejszym opracowaniu odnosiła się także do zbadania postaw prezentowanych w judykaturze w nawiązaniu do powyższego problemu.

⁷ J. Koredczuk, *Znaczenie kodeksu karnego z 1932 r. dla rozwoju nauki i prawa karnego w Polsce w XX wieku*, *Zeszyty Prawnicze* 2011, nr 11/2, s. 45-60.

⁸ L. Morawski, *Wstęp do prawoznawstwa*, wyd. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Toruń 2009, s. 135.

Poprzez wykorzystanie powyższych metod zaprezentowane zostały problemy związane z zakwalifikowaniem zaburzeń osobowości do przyczyn uzasadniających uznanie sprawcy przestępstwa za niepoczytalnego bądź działającego w stanie znacznie ograniczonej poczytalności. W konsekwencji ujawnienia potrzeby przeprowadzenia badań nad związkiem wybranych cech osobowości z poczytalnością, Autorka rozprawy wykorzystwała w opracowaniu technikę wywiadu i ankietowania. Posłużyły one zrozumieniu, jakie trudności spotykane są w opiniowaniu zaburzeń osobowości oraz które z cech mogą warunkować ograniczenie lub zniesienie poczytalności sprawcy.

Badania empiryczne polegały na wykorzystaniu takich narzędzi jak standaryzowane kwestionariusze ankiety, wykorzystywane w psychologii klinicznej i psychiatrii do oceny nasilenia pewnych cech osobowości. Zastosowanie tych narzędzi badawczych uzasadnione było potrzebą dokonania analizy jakościowej i ilościowej w zakresie wykazywanych cech osobowości przez osoby skazane oraz umieszczone w oddziałach psychiatrii sądowej. Z uwagi na to, iż Autorce dysertacji nie została udzielona zgoda na wgląd do dokumentacji medycznej badanych osób, analiza materiału badawczego oparta została na porównaniu nasilenia cech osobowości.

Cechy osobowości, jakie zostały wyodrębnione do zbadania w niniejszej dysertacji nie były przypadkowe – stanowiły one cechy osobowości zaburzonych, które w świetle dotychczas poznanej literatury ściśle związane są z przestępczością. Tymi cechami osobowości są kolejno: nasilenie cech psychopatycznych, poziom empatii ogólnej oraz empatii emocjonalnej i kognitywnej (poznawczej), poziom lęku i depresji, skłonność do ryzyka oraz impulsywność. Badano także wystąpienie dysocjalnych zaburzeń osobowości, by zestawić wyniki w tym zakresie ze skłonnościami przestępczymi, a następnie dokonać ich analizy przez pryzmat przyjętej przez sąd oceny poczytalności sprawcy.

Do przeprowadzenia powyżej opisanych badań empirycznych wykorzystano następujące kwestionariusze ankiety:

- kwestionariusz M.I.N.I. (część P dotycząca dysocjalnego zaburzenia osobowości) - Mały Międzynarodowy Kwestionariusz Neuropsychiatryczny (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*)
- kwestionariusz samoopisowy LSRPS - Skala Obserwacyjna Skłonności Psychopatycznych (*Levenson Self-Report Psychopathy Scale*)
- kwestionariusz BES-A – Podstawowa Skala Empatii dla Dorosłych (*The Basic Empathy Scale in Adults*)

- kwestionariusz HADS – Szpitalna Skala Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)
- kwestionariusz IVE - Kwestionariusz Impulsywności, Skłonności do Ryzyka i Empatii (*Impulsiveness-Venturesomeness-Empathy Questionnaire*)
- test zegara

W zakresie pierwszego z narzędzi badawczych, jakim był kwestionariusz M.I.N.I., badani otrzymywali zestaw 13 pytań podzielonych na dwie części – część pierwsza badała cechy antyspołeczne występujące przed 15 r.ż., część druga zaś – cechy antyspołeczne po 15 r.ż. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na co najmniej dwa pytania w pierwszej części oraz co najmniej trzech odpowiedzi twierdzących z drugiej części, stwierdzić można było wystąpienie osobowości dyssocjalnej. Przy braku spełnienia powyższych kryteriów, jednak z uwzględnieniem wystąpienia wyników granicznych, Autorka dysertacji ujmowała ten fakt w analizie korelacji wyników badań uzyskiwanych w poszczególnych skalach psychologicznych.

Kwestionariusz BES-A w pierwotnej swej wersji składał się z 40 itemów, jednak po analizie czynnikowej liczba pytań z biegiem lat zredukowana została do 20 itemów. Koncepcja empatii uważana jest za istotną w wielu różnych dziedzinach psychologii i psychiatrii, zwykle jest ona definiowana przez empatię afektywną (emocjonalną), opisywaną jako zdolność do odczuwania emocji innej osoby, oraz empatię kognitywną (poznawczą), pozwalającą na rozumienie uczuć innych ludzi⁹. Empatia jako całość, ale także jej czynniki składowe, stanowią niezbędny element prawidłowego rozwoju moralnego, dlatego też mają one związek z oceną związku tej cechy z przestępczością. Czynnikiem pierwszym (oznaczony w badaniach niniejszej dysertacji jako BESA_A), tj. empatia emocjonalna, badany jest w pytaniach 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 18. Drugi czynnik badany jest poprzez analizę odpowiedzi na pozostałe pytania kwestionariusza. Kwestionariusz wyposażony jest w odpowiedzi skonstruowane na zasadzie skali Likerta¹⁰. Pytania kwestionariusza są punktowane od 1 do 5 pkt, przy czym niektóre z pytań są pytaniami odwróconymi. Maksymalny wynik możliwy do osiągnięcia w tej skali to zatem 100 pkt.

Samoopisowa skala LSRPS (Skala Obserwacyjna Skłonności Psychopatycznych) jest to kwestionariusz także oparty na skali Likerta (model odpowiedzi od „stanowczo się

⁹ D.J. Jolliffe, D.P. Farrington, *Development and validation of the Basic Empathy Scale*, Journal of Adolescence 2006, nr 29, s. 589-611.

¹⁰ w metodologii badań społecznych pięciostopniowa skala, którą wykorzystuje się w kwestionariuszach ankiet i wywiadach kwestionariuszowych, dzięki której uzyskać można odpowiedź dotyczącą stopnia akceptacji zjawiska, poglądu itp.

zgadzam” do „stanowczo się nie zgadzam”), zawierający 26-punktową miarę cech psychopatycznych. W obecnym kształcie tego narzędzia skala bada nie tylko sumę punktów za udzielone odpowiedzi, ale również bada dwa czynniki – F1 (16 pytań sprawdzających istnienie psychopatii pierwotnej) oraz F2 (10 pytań badających psychopatię wtórną). Pytania 10, 12, 14, 15, 16, 19 oraz 22 są pytaniami odwróconymi, a więc i także punktowanymi odwrotnie¹¹. Narzędzie to zostało opracowane w celu oceny dwóch form psychopatii rozpoznawanych w literaturze przedmiotu, ze względu na ich znaczenie w zakresie przestępczości. Elementy oceny psychopatii (itemy) zostały opracowane w ten sposób, by za pomocą procedury samoopisowej uzyskać dwa czynniki podobne do tych, które zostały umieszczone na liście kontrolnej R.D. Hare (która opiera się na uzyskiwaniu wyników w drodze wywiadów klinicznych)¹².

Skala przeznaczona do badania leku i depresji (HADS) w oryginalnej swej formie opracowana została przez A. Zigmond i R. Snaith w 1983 roku, jest krótkim i szeroko stosowanym narzędziem do pomiarów przesiewowych poziomu lęku i depresji. Opracowana w wersji polskiej (i zmodyfikowana) skala HADS stworzona została przez M. Majkovicz, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnacką-Szawłowską. Kwestionariusz składa się w 7 pytań oceniających objawy depresji (zwłaszcza w zakresie zaburzeń odczuwania przyjemności) oraz 7 pytań z opracowanej przez R. Snaith skali niepokoju (lęku). Wynik testu stanowi suma punktów z danej kategorii, przy czym model odpowiedzi kwestionariusza także oparty jest na skali likertowskiej (od 0 do 3 pkt). Rzetelność kwestionariusza oceniono za pomocą współczynnika Cronbacha (dla lęku: -0,796, dla depresji -0,853). Wykazano, że skala HADS daje klinicznie miarodajne wyniki w porównaniach grup klinicznych oraz w badaniach objawów chorobowych¹³. Wyniki osiągane w poszczególnej podskali na poziomie 0-7 pkt świadczą o niepodwyższonym poziomie niepokoju i depresji, wyniki od 8-10 pkt stanowią poziom graniczny, a wartości równe lub wyższe niż 11 pkt świadczą o wyniku nieprawidłowym.

Kwestionariusz Impulsywności IVE jest jednym z kilku kwestionariuszy stworzonych przez Eysencków (Eysenck i Eysenck, 2011) i przeznaczony jest do dokonywania pomiaru trzech czynników (cech): impulsywności, skłonności do ryzyka i empatii. Skala IVE składa się z 54 pozycji (pytań), w których model odpowiedzi stanowi wybór TAK / NIE. Polska

¹¹ M.R. Levenson, K.A. Kiehl, C.M. Fitzpatrick, *Assessing Psychopathic Attributes in a Noninstitutionalized Population*, Journal of Personality and Social Psychology 1995, nr 1/68, s. 151-158.

¹² C.A. Brinkley, P.M. Diamond, P.R. Magaletta, C.P. Heigel, *Cross-Validation of Levenson's Psychopathy Scale in a Sample of Federal Female Inmates*, Assessment 2008, nr 4/15, s. 464-482.

¹³ A. Montazeri, M. Vahdaninia, M. Ebrahimi, S. Jarvandi, *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version*, Health and Quality of Life Outcomes 2003, s. 1-14.

adaptacja tego kwestionariusza oparta została na oryginalnej wersji testu przedstawionej w 1991 i 2006 roku. Odpowiedzi są punktowane w następujący sposób: 1 pkt za odpowiedź zgodną z kluczem, 0 pkt za odpowiedź niezgodną z kluczem. Wynik w danej skali stanowi suma punktów uzyskanych za odpowiedzi na pytania wchodzące w jej skład (16 pytań w skali skłonności do ryzyka oraz po 19 pytań w skali impulsywności i empatii). Wyniki otrzymane z poszczególnych skal są to wyniki tzw. surowe – należy je następnie przenieść do norm stenowych dla odpowiedniej grupy uwzględniającej płeć i wiek osoby badanej. Przy ocenie wyników korzysta się z odpowiedniej kategoryzacji:

- 1-3 steny – wynik niski;
- 4-7 stenów – wynik przeciętny;
- 8-10 stenów – wynik wysoki¹⁴.

Ostatnim testem zawartym w kwestionariuszu ankiety wykorzystanym na potrzeby niniejszej dysertacji był test zegara. Test ten stanowi narzędzie do oceny procesów wzrokowo-przestrzennych, procesów planowania i myślenia. Polega na umieszczeniu przez badanego kolejnych cyfr na tarczy zegara, a następnie narysowaniu wskazówek zegara na tarczy tak, by wskazywały konkretną godzinę¹⁵. W teście zegara przyjętym jako narzędzie służące do badania na potrzeby niniejszej dysertacji wskazano badanym polecenie, by narysowali wskazówki zegara tak, by pokazywały godzinę dziesięć po jedenastej. Istnieje wiele różnorodnych zasad punktowania tego testu, jednak przyjmuje się, iż poprawnym wykonaniem kolejnych elementów testu jest zaznaczenie na tarczy zegara cyfr od 1 do 12 (i tylko takich), rozmieszczenie cyfr zgodnie z ruchem wskazówek zegara i w prawidłowej kolejności, symetryczne rozmieszczenie cyfr, narysowanie dwóch wskazówek różnej długości¹⁶. Test zegara nie jest zadaniem jedynie konstrukcyjnym, ale ma szczególne znaczenie w diagnozowaniu otępień w wieku podeszłym. Jako że wiek grupy badawczej został określony na 25-65 rok życia, test zegara miał stanowić jedynie narzędzie pomocnicze do wykrycia ewentualnych organicznych uszkodzeń mózgu, które ujawniłyby się w zaburzeniach przestrzennych lub innych podobnych do charakterystycznych objawów zespołów otępiennych¹⁷. Z uwagi na brak możliwości uzyskania informacji pochodzących z

¹⁴ A. Jaworowska, *Kwestionariusz Impulsywności. Impulsywność, skłonność do ryzyka, empatia. Polska normalizacja*, wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011, s. 6, 70.

¹⁵ M. Gugała, E. Łojek, W. Lipczyńska-Łojkowska, A. Bochyńska, B. Sawicka, H. Sienkiewicz-Jarosz, *Przegląd metod neuropsychologicznych służących do diagnozy łagodnych zaburzeń poznawczych*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2007, nr 16 (1), s. 81-85.

¹⁶ T. Sobów, R. Magierski, M. Wojtera, I. Karlińska, M. Flirski, M. Gorcowski, R. Rydz, I. Kłoszewska, *Efektywność badań przesiewowych w kierunku otępienia*, *Psychiatria Polska* 2004, nr 1 (4), s. 293-300.

¹⁷ S. Krzywiński, *Test rysowania zegara*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1995, nr 4, 1 (2), s. 21-30.

dokumentacji medycznej badanych, Autorka dysertacji posłużyła się testem rysowania zegara jedynie pomocniczo, a wyniki z jego przeprowadzenia zaprezentowane zostały w sposób ilościowy (prawidłowe / nieprawidłowe). Zastosowanie tego narzędzia umożliwiło rozróżnienie osób badanych pod względem zaburzeń poznawczych, które mogły zaistnieć jako zaburzenia współwystępujące wraz z nasileniem poszczególnych (badanych za pomocą pozostałych kwestionariuszy) cech osobowości.

Z uwagi na to, iż badania kryminologiczne mające za przedmiot uwarunkowania osobowościowe w kontekście poczytalności wymagają zastosowania zarówno metod ilościowych (do wskazania, jak często występują określone nasilenia cech), jak i jakościowych (do wskazania korelacji pomiędzy wystąpieniem poszczególnych cech), niniejsza dysertacja wymagała zastosowania powyżej opisanych metod, technik i narzędzi badawczych.

§4. Organizacja i przebieg badań własnych

Empiryczne badania naukowe mające na celu weryfikację sformułowanych hipotez badawczych stanowią złożony proces, wymagający szczegółowego planowania, dokładności i prowadzenia tychże badań zgodnie z zamierzonym schematem. Prowadzenie badań związane jest z procesem gromadzenia i przetwarzania informacji o znaczeniu naukowym zgodnie z określonymi metodami badawczymi, czyli sposobami poznania naukowego. Od badań naukowych oczekuje się, że będą realizowane poprawnie i skutecznie, a metody badawcze dobrane świadomie z uwzględnieniem treści badań¹⁸. Ponieważ sposób doboru metod, technik i narzędzi badawczych został zaprezentowany powyżej, Autorka dysertacji przybliży organizację i przebieg badań przeprowadzonych na potrzeby tegoż opracowania.

W badaniach empirycznych ostatecznie uczestniczyło 150 osób w wieku od 25 do 65 lat. Autorka wskazuje, iż jest to ostateczna liczba osób badanych, ponieważ poszczególne przypadki osób badanych nie mogły być uznane za spełniające warunki udziału w badaniu - w grupie kontrolnej 2 osoby nie spełniały minimalnego kryterium wieku (22 i 24 lata), w grupie osób skazanych przebywających w Areszcie Śledczym jeden kwestionariusz ankiety został wypełniony nieprawidłowo (zaznaczone zostały jednakowe odpowiedzi dla wszystkich pytań). Ponadto w grupie osób internowanych na oddziałach psychiatrii sądowej w szpitalu psychiatrycznym z przekazanych 67 ankiet 17 nie zostało wypełnionych. Z uwagi na to, iż Autorka dysertacji założyła liczebność każdej z grup na poziomie 50 osób, niezbędnym było

¹⁸ J. Kawa, *Metodologia, metodyka, metoda jako podstawa wyводу naukowego*, Studia Prawnoustrojowe 2013, nr 21, s. 169-188.

ponowne przekazanie innym osobom kwestionariuszy ankiety, by liczba wypełnionych skal osiągnęła minimalny próg.

Badanie było anonimowe, dobrowolne, a badani zostali poinformowani o możliwości odstąpienia od udziału w badaniu w każdym czasie bez jakichkolwiek konsekwencji. Formularz świadomej zgody oraz informacja o badaniu znajduje się w końcowej części „aneksu” niniejszej rozprawy. Każda z grup przed przystąpieniem do badania wypełniała metrykę badania, w której osoby badane wskazywały wiek, płeć, rodzaj przestępstwa (w związku z którego popełnieniem odbywają karę pozbawienia wolności lub w związku z którego popełnieniem zastosowany wobec nich został środek zabezpieczający w postaci leczenia szpitalnego), czas odbytej już kary (lub odpowiednio czas odbytego już leczenia szpitalnego). Grupa kontrolna odpowiednio wskazywała, czy dana osoba została kiedykolwiek skazana prawomocnym wyrokiem za popełnienie przestępstwa (jeśli tak, to jakiego) oraz czy była kiedykolwiek leczona psychiatrycznie. W poszczególnych próbach uwzględniono zarówno mężczyzn jak i kobiety, jednak w grupie skazanych z Aresztu Śledczego kobiety stanowiły 7 osób z 50 badanych, w szpitalu psychiatrycznym – 2 z 50 osób badanych, a w grupie kontrolnej 22 osoby spośród 50 badanych.

Badanie w Areszcie Śledczym zostało przeprowadzone w ten sposób, że psycholog tej jednostki przekazał kwestionariusze ankiety osobom chętnym do wypełnienia badań, a następnie po upływie czasu na jego wypełnienie, zebrał testy. Niestety Autorka dysertacji nie została osobiście dopuszczona do przeprowadzenia badań, jednak z uwagi na to, iż nie zakładały one osobistego kontaktu i pełną anonimowość, nie stanowiło to przeszkody w skuteczności przeprowadzonych badań i oceny nasilenia cech osobowości w danych grupach.

Badanie grupy internowanych, co do których zastosowano środek zabezpieczający w postaci leczenia szpitalnego, odbywało się na oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. S. Deresza w Choroszczy. Autorka dysertacji prowadziła przedmiotowe badanie w okresie lipiec – listopad 2018 r., przy czym uprzednio ubiegała się o zezwolenie na przeprowadzenie badań w Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Po uzyskaniu stosownej zgody Kierownika Komisji w dniu 28.06.2018 r., w połowie lipca Autorka rozpoczęła przygotowania do przeprowadzenia badań. W pierwszej kolejności badanie przeprowadzono na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, które zaowocowało zebraniem 13 wypełnionych kwestionariuszy ankiety spośród 20 przekazanych do wypełnienia, następne kwestionariusze wypełniane były przez osoby przebywające na oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu I i III.

Autorka osobiście uczestniczyła w zebraniach społeczności szpitalnej, podczas których przedstawiła założenia badania, sposób jego przeprowadzenia oraz udzieliła niezbędnych odpowiedzi na pytania kierowane przez pacjentów. Badania empiryczne w szpitalu psychiatrycznym w Choroszczy zakończone zostały w listopadzie 2018 r.

Grupę kontrolną stanowiły osoby dobrane losowo, jedynym kryterium było kryterium wieku – osoby badane powinny znajdować się w przedziale wiekowym 25-65 lat. Z tego względu grupa kontrolna zawiera w sobie wyniki badań znacznie większej ilości kobiet, aniżeli grupa skazanych i internowanych. Wyniki grupy kontrolnej zostały finalnie uzyskane w styczniu 2019 roku. Autorka dysertacji po uzyskaniu poszczególnych wyników grup dokonała zliczenia ich wyników. Było to możliwe przy wykorzystaniu podręczników i kryteriów stosowanych w przeprowadzaniu tego rodzaju badań.

Analiza jakościowa uzyskanych wyników możliwa była dopiero po statystycznym opracowaniu współczynników korelacji i średnich poziomów uzyskiwanych przez badanych punktacji. Z uwagi na interdyscyplinarny charakter problemów badawczych i odpowiadających im hipotez, Autorka dysertacji dokonała zestawienia nasilenia poszczególnych cech osób badanych wraz z odniesieniem ich do sytuacji prawnej (tj. czy określone wyniki dotyczą grupy skazanych, którzy ponosili pełną odpowiedzialność karną, czy też dotyczą grupy internowanych, których poczytalność oceniono jako zniesioną). Analizę zależności pomiędzy cechami jakościowymi przeprowadzono przy pomocy testu chi-kwadrat Pearsona. W przypadku danych ilościowych normalność rozkładu oceniono testem Shapiro-Wilka. Nie stwierdzono normalności rozkładu badanych zmiennych. Do porównania badanych grup wykorzystano test Kruskala-Wallisa wraz z testami post-hoc. Do oceny zależności pomiędzy zmiennymi ilościowymi wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu Statistica 13.3. Wyniki za statystycznie istotne przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Rozdział II

Sytuacja prawna sprawcy niepoczytalnego i poczytalnego w stopniu ograniczonym w polskim prawie karnym

§1. Istota odpowiedzialności oraz niepoczytalności i poczytalności ograniczonej w prawie polskim

1. Zagadnienia wstępne

Przez odpowiedzialność karną możemy rozumieć ujemne konsekwencje, które winny być poniesione przez dany podmiot za czyn, który się mu przypisuje, a odpowiedzialność taka następuje przed sądem¹⁹. Zgodnie ze słownikiem języka polskiego, odpowiedzialnością w najogólniejszym znaczeniu jest moralny lub prawny obowiązek odpowiadania za swoje czyny²⁰. Niewątpliwie odpowiedzialność karna, która wiąże się z wachlarzem kar i środków karnych stosowanych jako sankcja za zachowanie sprzeczne z prawem, wymaga definicji znacznie bardziej dookreślonej. Obecnie obowiązujący Kodeks Karny z 1997 r. zakłada, iż „odpowiedzialności karnej podlega ten tylko, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia”. Istotna jest kwestia związku treściowo-funkcjonalnego między pojęciem „odpowiedzialności karnej” a „przestępstwem”, która ucieleśnia się w tym, że podstawę odpowiedzialności karnej stanowi przestępstwo, tak więc niemożliwa jest analiza odpowiedzialności bez wstępnego pochylenia się nad elementami wyznaczającymi pojęcie przestępstwa²¹.

Gdy mowa o nauce o przestępstwie, na jej przestrzeni dokonuje się analizy ogółu przesłanek, których łączna realizacja pozwala uznać dane zdarzenie za przestępstwo. Na pierwszy plan tego wieloskładnikowego zjawiska składa się pojęcie czynu. Według teorii nowożytnego prawa karnego jest to punkt wyjścia wszelkich konstatacji nad prawem karnym i łączącą się z nim istotą odpowiedzialności karnej²².

Zgodnie z najczęściej przyjmowanymi sposobami rozumienia pojęcia „przestępstwo”, wyróżnić można trzy, które odnoszą się do fenomenu będącego rzeczywistym zdarzeniem o charakterze bliżej nieokreślonym w sposób formalno-faktyczny (potoczne rozumienie słowa „przestępstwo”); fenomenu jako zdarzenia rzeczywistego o charakterze ściśle określonym,

¹⁹ M. Filar (red.), *Kodeks Karny. Komentarz*, wyd. V, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 30.

²⁰ Słownik języka polskiego, dostępny na stronie www.sjp.pwn.pl [dostęp: 18.01.2017].

²¹ R. Zawłocki, *Pojęcie przestępstwa* [w:] A. Marek, L. Paprzycki (red.), *System prawa karnego. Nauka o przestępstwie. Zasady Odpowiedzialności*. Tom 3, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2013, s. 101.

²² W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie Prawo Karne. Część Ogólna. Podręcznik*, wyd. Zak, Kraków 2011, s. 152.

który zostaje stwierdzony przez właściwy uprawniony organ i jest definiowane przez język prawny i prawniczy (karno-procesowe ujęcie realne); wreszcie fenomenu jako konstrukcji teoretyczno-prawnej, która odnosi się do czynu przestępnego ujmowanego w sposób abstrakcyjny (karno-materialne ujęcie abstrakcyjne)²³.

W odniesieniu do zaimka „kto” użytego przez prawodawcę, bezspornie wskazać należy, iż odpowiedzialność karną może ponieść jedynie osoba fizyczna. Czynem wówczas jest jej zewnętrzne zachowanie, które jest zależne od woli człowieka (nie zaś uzewnętrznione zjawiska takie jak myśli, poglądy)²⁴. Pozostaje ono pod kontrolą jego woli oraz przybiera postać działania lub zaniechania²⁵. Na gruncie prawa karnego o czynie mówimy wówczas, gdy człowiek (osoba fizyczna) podejmuje się pewnego zachowania w sytuacji umożliwiającej psychiczne sterowanie swymi ruchami. Nie jest zatem czynem w myśl prawa karnego zachowanie podjęte przez człowieka w sytuacji oddziaływania na niego siły fizycznej uniemożliwiającej oparcie się jej (*vis absoluta* – przymus bezwzględny, przymus fizyczny), a także uniemożliwiony przez stan fizjologiczny lub patologiczny poziom aktywności mózgu stan wewnętrzny danej osoby²⁶.

Zachowanie, które cechowane jest jako czyn, zachodzi w świecie zewnętrznym, tak więc jego zaistnienie następuje w społeczeństwie. Jest to wiele faktów, które tworzą swoisty zespół dający się zaobserwować, a także sprawdzić empirycznie. Te rozpoznawalne i sprawdzalne fakty z uwagi na swoje cechy mają określone znaczenie dla prawa karnego. Zaniechanie, rozpoznawane jako niedopełnienie nakazu określonego przez ustawę, również jest realnym bytem²⁷. Może być ono czynem, jeżeli czynności niedostrzegalne empirycznie (zmysłowo) są powiązane tożsamą czynnością myślową – wówczas zaniechanie, będące bezczynnością, na którą składają się owe czynności również zyskuje miano czynu²⁸. Ten kierunek przyjął K. Buchała, wywodząc, iż zaniechanie, by mogło być uznane za czyn, winno być rozpatrywane jako reakcja na bodźce docierające do człowieka z zewnątrz, tak więc jest to również pewna aktywność, mająca postać czynności nerwowej²⁹. Zaniechanie ma więc na gruncie prawa karnego charakter negatywny – jest definiowane jako „nieprzedsięwzięcie żadnych ruchów fizycznych, chociaż przez prawo były one nakazane”. Osoba, która

²³ R. Zawłocki, *Pojęcie przestępstwa...* op. cit., s. 36.

²⁴ L. Gardocki, *Prawo Karne*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2010, s. 48.

²⁵ M. Filar (red.), *Kodeks Karny. Komentarz...*, op.cit., s. 30.

²⁶ Wróbel, A. Zoll, *Polskie Prawo Karne...*, op. cit., s. 164.

²⁷ A. Z ę b i k, *Czyn przestępny w polskim kodeksie karnym*, Zeszyty Naukowe Akademii Spraw Wewnętrznych 1974, nr 4, s. 175.

²⁸ B. Wróblewski, *Przedmiot przestępstwa, zamachu i ochrony w prawie karnym*, Palestra 1935, nr 12, s. 949.

²⁹ K. Buchała, *Bezprawność przestępstw nieumyślnych oraz wyłączające ją dozwolone ryzyko*, Warszawa 1971, s. 66.

dopuszcza się zaniechania nie działa zatem w sposób, jakiego się od niej oczekuje³⁰. Zasadne wydawać się może wówczas stanowisko autorów, którzy akcentują brak samodzielnego bytu zaniechania w stosunku do działania, od którego sprawca się powstrzymał³¹.

W. Makowski podkreślał, iż dla określenia czynu niezbędne jest uwzględnienie elementów takich jak fizyczne zachowanie sprawcy i jego wewnętrzne procesy psychiczne. Skutkiem czynu jest jego zewnętrzny efekt, który odpowiada zachowaniu człowieka. Dlatego też wewnętrzne procesy zachodzący w psychice człowieka (a nieuzewnętrznione w jego zachowaniu) nie mogą być represjonowane przez pociągnięcie do odpowiedzialności karnej. Te zaś zachowania, które nie pociągają za sobą uczestnictwa procesów psychicznych, również nie powinny być uznawane za czyn³². Łacińska paremia *cogitationis poenam nemo patitur* wyraża naczelną regułę niekarania za myśli³³. Myśl człowieka może być czynem, gdy aktywność jednostki zostaje uzewnętrzniona jako jej postrzegalna forma – działanie, zaniechanie czy posiadanie. Cytując za wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 1 października 2003 r., "zasadniczym rdzeniem (istotą) znaczeniowym czynu pozostaje więź zachodząca między przeżyciami psychicznymi człowieka a jego postępowaniem"³⁴. Trudniej przedstawia się sytuacja, którą w literaturze przedmiotu nazywa się brakiem czynu lub „pozorem czynu”. Bazując na założeniach, iż do powstania „czynu” w ujęciu prawnokarnym niezbędna jest wola człowieka, a zatem element psychiczny – brak woli jako tego elementu spowoduje analogicznie brak czynu przestępnego. Rozróżnić jedynie w tym wypadku należy „pozór” od „braku” czynu. Przy konstatacjach nad istotą pozorów czynu zwrócić uwagę należy na udział organizmu ludzkiego w sytuacji niewystępowania procesów sterujących wolą i świadomością jednostki, gdzie zewnętrzne ruchy wytwarzane są przez podmiot bez aktywacji mózgu człowieka. Stany, w których można zaobserwować pozór czynu to na przykład hipnoza, narkoza, sen patologiczny czy stan nieprzytomności. Te niekontrolowane zachowania nie są jednoznacznie wytworem danej osoby, nie dokonuje ona bowiem wyboru w procesie psychicznym. Czynność jest jedynie wyrazem fizycznego procesu organizmu, który jest mimowolny³⁵.

³⁰ S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, wyd. Gebethner i Wolff, Warszawa 1946, s. 84-86.

³¹ E. Pływaczewski, w: *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, red. A. Marek, wyd. PWN, Warszawa 1986, s. 67.

³² W. Makowski, *Kodeks karny. Komentarz. Część ogólna*, Warszawa 1932, s. 17–19.

³³ Nie sposób odmówić słuszności wyrokowi Sądu Najwyższego, w którym wyraża on pogląd, iż "w polskim systemie prawa nie ma możliwości skazania za sam zamiar popełnienia przestępstwa" (wyrok z dnia 13 stycznia 2004 r., WA 62/03, OSNwSK 2004, poz. 90).

³⁴ Wyrok SN z dnia 1 października 2003 r., IV KKN 318/01, Lex nr 84460.

³⁵ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające ...*, op. cit., s. 562.

Pochylając się nad kwestią powszechnie przyjmowanej zasady, iż autorem czynu przestępnego może być jedynie osoba fizyczna, a czyn ten jest wyrazem jej woli, przyjąć można, że wytworem woli jednostki jest każdy przejaw jej życia. S. Glaser wskazuje, iż „czyn jest aktem woli człowieka, wola stanowi stronę wewnętrzną czynu, 'władzę psychologiczną' wprawiania w ruch odpowiednich organów systemu nerwowego”³⁶.

Aby mówić o przestępstwie, elementem koniecznym, który determinuje odpowiedzialność karną, jest bezprawność czynu, tj. fakt naruszenia zakazu bądź nakazu, który zawarty został w normie sankcjonowanej. "Przestępstwem jest czyn (...) godzący w substancjalne dobra społeczne uznawane przez społeczeństwo i pozostające pod protekcją nie tylko prawa karnego, ale i innych systemów normatywnych, w tym moralności, powinności wynikającej z poczucia tradycji i tożsamości narodowej. Czyn ten musi wykazywać obiektywną aspołeczność, w tym sensie, że zawsze występuje przeciwko wartościom akceptowanym przez daną zbiorowość"³⁷.

Przestępstwo będące przedmiotem postępowania karnego powinno być ujmowane nie tylko jako pewna kategoria jurydyczna, ale jako węzeł różnorodnych okoliczności, które ujawniły się zarówno przed dokonaniem określonego czynu, w jego czasie, a również po popełnieniu przestępstwa. Współczesna psychologia przyjmuje, iż odbiór informacji, które docierają do mózgu człowieka, uwarunkowany jest przez czynniki egzogenne i endogenne (osobowościowe). Wśród czynników zewnętrznych można wyróżnić siłę określonego bodźca, kontekst sytuacyjny; czynniki wewnętrzne zaś mogą stanowić napięcie psychofizyczne, właściwości systemu poznawczego (oczekiwania, doświadczenia, przekonania) oraz popędy i sfera uczuciowa jednostki. Okoliczności, które tworzą pełen obraz czynu zabronionego, należy odbierać jako pewien wycinek rzeczywistości, który zostaje oceniony przez sędziego w toku procesu karnego. Sprawca czynu zabronionego (jak każdy człowiek) odbiera mnóstwo bodźców i informacji, które zewsząd do niego napływają, ale każdy człowiek tworzy indywidualny obraz rzeczywistości, która go otacza. Niezwykle istotne zatem jest, by dokonać analizy okoliczności i znamion czynu zabronionego, które obejmował swą świadomością sprawca, by móc ocenić jego sytuację motywacyjną i świadomość zachowania sprzecznego z prawem³⁸.

³⁶ Ibidem, s. 564.

³⁷ wyrok SN z dnia 26 września 2003 r., WK 18/03, OSNwSK 2003, s. 2054.

³⁸ J. Giezek, *Świadomość sprawcy czynu zabronionego*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 49-59.

2. Odpowiedzialność karna na gruncie prawa polskiego na gruncie trzech głównych kodeksów: 1932 – 1969 - 1997

Dokonując analizy przepisów karnych uchwalonych w Kodeksach Karnych, które pozostawały w mocy od 1932 r., uwagę należałoby skupić na fakcie, iż istota odpowiedzialności karnej obowiązująca w obecnej chwili zawarta była już w treści art. 1 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks Karny. Brzmienie tego zapisu było bowiem następujące: „odpowiedzialności karnej ulega ten, kto dopuszcza się czynu, zabronionego pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia”³⁹. J. Makarewicz zważył, iż pociągnięcie do odpowiedzialności za dane przestępstwo mogło mieć miejsce wyłącznie wtedy, gdy ustawa karna groziła zastosowaniem kary za spełnienie tegoż przestępstwa. Miało to obrazować stanowisko nowożytnego prawa karnego, zgodnie z którym nie było możliwym karanie za czyn „najbardziej nawet społecznie szkodliwy” – jeżeli nie był zagrożony on karą, nie wypełniał on znamion czynu zabronionego⁴⁰. Przejrzystość oraz legalność działań wymiaru sprawiedliwości zapewniał zapis zawarty w art. 98 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1921 r., zgodnie z którym wszczęcie ścigania oraz wymierzanie kary obywatelowi dopuszczalne było jedynie na zasadach mających źródło w obowiązującej ustawie⁴¹.

Wiodącą zasadę odpowiedzialności karnej zawartą w art. 1 Kodeksu Karnego z 1997 r. posiadał również Kodeks Karny z 19 kwietnia 1969 r., której brzmienie zostało nakreślone w następujący sposób: „odpowiedzialności karnej podlega ten tylko, kto dopuszcza się czynu społecznie niebezpiecznego, zabronionego pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia”⁴². Zauważalny na pierwszym planie jest zapis o czynie „społecznie niebezpiecznym”, którego brak w Kodeksie Karnym z 1932 r. Interpretacji tego elementu, składającego się na istotę odpowiedzialności karnej, dokonał Sąd Najwyższy w dniu 5 listopada 1985 r., twierdząc, iż „na społeczne niebezpieczeństwo czynu składają się nie tylko czynniki obiektywne z nim związane, jak rodzaj i rozmiar szkody wyrządzonej lub grożącej dobru podlegającemu ochronie prawnej oraz sposób działania sprawcy, ale także czynniki subiektywne, jak rodzaj i postać winy, stopień zawinienia oraz pobudki i cele jego przestępnego działania itp.”⁴³.

³⁹ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks Karny, Dz.U. 1932 nr 60 poz. 571.

⁴⁰ Makarewicz J., *Kodeks Karny z komentarzem*, trzecie wydanie, Wydawnictwo Zakładu Narodowego Imienia Ossolińskich, Lwów 1932 r., s. 47.

⁴¹ Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267.

⁴² Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks Karny, Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94.

⁴³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1985 r. o sygn. akt Rw 991/85, OSNKW 1986/5-6/40.

Aby móc ocenić czy czyn, którego dokonano, stanowił przestępstwo, koniecznym było (w myśl zasady wyrażonej w art. 1 obowiązującego Kodeksu Karnego) wnikliwe porównanie poczynionych ustaleń faktycznych z przepisami prawa karnego obowiązującego w danym czasie. Prawidłowa kwalifikacja takiego czynu polegać powinna bowiem na rozpoznaniu wszystkich znamion, które w ustawie określają konkretny czyn. „Prawna ocena czynu stanowiącego przedmiot postępowania karnego nie może być dokonywana przy zatartych granicach pomiędzy obowiązującym stanem prawnym a poglądami - nawet najślusznieszymi i najbardziej przekonującymi - przedstawicieli nauki, prawa lub sędziego stosującego prawo w praktyce, na kształt postulowanych przyszłych uregulowań prawnych”⁴⁴.

Nie należało więc, dla głębszego zrozumienia pojęcia „społecznego niebezpieczeństwa”, poszukiwać konkretnego klucza oraz ram znaczeniowych. Owe „społeczne niebezpieczeństwo” traktować winno się jako konwencjonalną nazwę przestępstwa stanowiącego ujemny ładunek społeczny; czynu, który narusza pewne dobro, które ma dla społeczeństwa znaczenie⁴⁵.

W obecnie obowiązującym Kodeksie Karnym z 1997 roku kwestia odpowiedzialności karnej kształtuje się w formie niemal niezmienionej. „Dla bytu przestępstwa niezbędna jest jego materialna cecha (art. 1 § 2 k.k. w zw. z art. 115 § 2 k.k.). Przestępstwem jest czyn nie tylko formalnie wyczerpujący znamiona określone w ustawie karnej, ale i godzący w substancjalne dobra społeczne, uznawane przez społeczeństwo i pozostające pod ochroną nie tylko prawa karnego, ale i innych systemów normatywnych. Czyn ten musi wykazywać obiektywną aspołeczność jako skierowany przeciwko wartościom akceptowanym przez społeczeństwo”⁴⁶. Brak zatem stwierdzenia (jak w brzmieniu tego przepisu z Kodeksu Karnego z 1969 r.), iż czynem, z którym wiąże się odpowiedzialność karna, jest czyn społecznie niebezpieczny, nie powoduje, iż społeczna szkodliwość czynu przestaje być podstawowym kryterium w ocenie prawnej danego zachowania sprawcy. Skuteczność i poprawność tejsze analizy zapewniają zapisy zawarte w art. 115§2 k.k., stanowiące enumeratywne wyliczenie czynników wpływających na szkodliwość społeczną danego czynu. „Sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł

⁴⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 1994 r. o sygn. akt I KZP 6/94, Lex nr 45491.

⁴⁵ W. Wolter, *Z problematyki odpowiedzialności karnej na podstawie kodeksu z 1969 r.*, *Palestra* 13/8 (140), s. 8-30.

⁴⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 17 marca 2016 r. o sygn. akt II AKa 301/15, KZS 2016/4/17.

ostrożności i stopień ich naruszenia”⁴⁷. Tak więc mimo niezachowania formy przepisu w brzmieniu z Kodeksu Karnego z 1969 roku, społeczna szkodliwość czynu została ujęta jako jeden z podstawowych czynników warunkujących odpowiedzialność karną sprawcy.

3. Pojęcie niepoczytalności w polskim prawie karnym po 1932 r.

Aby możliwe było pociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności karnej, warunkiem koniecznym jest podleganie przez niego karze. Wina, która jest relacjonowana do czynu zabronionego i wina w sensie prawnokarnym – ona tylko może stanowić o podstawie odpowiedzialności karnej. Okoliczności, które związane są z wyłączeniem tejże odpowiedzialności, unormowane zostały w Kodeksie Karnym z 1932 r. jako okoliczności wyłączające zawinienie⁴⁸. Nie została tam, co prawda, zawarta definicja niepoczytalności wyrażona wprost⁴⁹, jednak art. 17 wspomnianego Kodeksu stanowił: „*nie podlega karze, kto w chwili czynu, z powodu niedorozwoju psychicznego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznej, nie mógł rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swym postępowaniem*”. Autor tej ustawy założył, iż to właśnie zdolność należytego pojmowania świata zewnętrznego jest głównym warunkiem poczytalności, a pozbawieni tej zdolności są „idjoci”, ludzie nie zdający sobie sprawy z otoczenia, osoby, u których zachodzi paraliż postępujący lub halucynacje⁵⁰. Obok jednak wywodzi, iż „nie tylko spostrzegać należy, ale także wyciągać ze spostrzeżeń należyte wnioski”. Mowa zatem o uleganiu złudzeniom, fałszywych wnioskach mających swoje podstawy w chorobach umysłowych (paranojach). Warunek trzeci, którego brak zdaniem autora Kodeksu powoduje niepoczytalność, jest to wrażliwość na pobudki. Mowa o pobudkach naturalnych, jakimi są potrzeby zaspokojenie głodu, popędu, mściwości czy próżności. W przypadku, gdy człowiek pozostaje niedostępny na oddziaływanie bodźców z zewnątrz, jest niezdrowy moralnie (zachodzi wówczas tzw. *moral insanity*). Niedostępność dla pobudek może przejawiać się w dwóch postaciach – albo sprawca niedostatecznie je rozumie, albo też wprawdzie je rozumie, jednak nie posiada wystarczająco siły, by jego działanie było z nimi zgodne⁵¹.

Zdaniem Makarewicza, „niepoczytalnym jest osobnik, który znajduje się w stanie niemożności rozpoznania wartości czynu lub pokierowania swoim działaniem zgodnie z tym

⁴⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.

⁴⁸ „Kwestia niepoczytalności jest zagadnieniem psychiatrii, która daje sędziemu materiał do zdecydowania, czy można sprawcy przypisać winę, a stwierdzenie niepoczytalności wyklucza winę bez potrzeby dalszych rozważań” - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 1952 r. wydany w sprawie o sygn. akt I K 1575/51, OSNK 1952/4/51.

⁴⁹ A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, wyd. LEX 2013.

⁵⁰ J. Makarewicz, *Kodeks Karny z komentarzem...*, op. cit., s. 70.

⁵¹ Tamże, s. 71.

rozpoznaniem”. Ujęcie niepoczytalności traktował on zatem wyłącznie przez pryzmat czysto psychologiczny. Niepoczytalność jako swego rodzaju anormalność pojmował poprzez analizę nastroju duchowego⁵².

Metoda psychologiczna, która w głównej mierze kształtuje sytuację sprawy niepoczytalnego w Kodeksie Karnym z 1932 r., nie skupia się na przyczynach, które wpływają na odmienny stan psychiczny sprawcy. Za przewagę metody psychologicznej uznawano wówczas kompetencje sędziego do orzekania o stanie poczytalności oskarżonego w procesie karnym. Odmienne światło na niepoczytalność sprawcy rzucała metoda psychiatryczna, która skupiała się jedynie na objawach. Makarewicz krytykował ponadto metodę, która zawierała się we francuskim Code Penal z 1810 roku⁵³, gdyż nie uznawał faktu, by jedynie biegły – jako specjalista z zakresu psychiatrii – miał decydować o podstawach odpowiedzialności sprawcy⁵⁴.

Kodeks Karny z roku 1932 r. do przypisania winy sprawcy czynu przewidywał konieczność wystąpienia „przytomności sprawcy w chwili dokonywania przestępstwa”. Przeciwna nieprzytomność mogła być skutkiem ostrej gorączki, ataku epileptycznego czy też zażycia substancji psychotropowych lub alkoholu w nadmiarze⁵⁵. Z występującym w art. 17 Kodeksu Karnego z 1932 r. upojeniem alkoholycznym wiąże się koncepcja *actio libera in causa*, która nakłada pełną odpowiedzialność karną na sprawcę, który co prawda popełnił czyn w stanie takiego upojenia, że nie był „przytomny”, by pojąć znaczenie swego działania, ale wprowadził się w taki stan właśnie w celu dokonania czynu zabronionego. Taki czyn był charakteryzowany wówczas jako działanie wolne (*actio libera*), nieskrępowane, „będące przyczyną skutku przestępnego (*in causa*)”⁵⁶.

„Poczytalność” jako stan człowieka pozwala uznać sprawcę czynu zabronionego za „podmiot przestępstwa”, a także stanowi warunek ponoszenia przez niego odpowiedzialności karnej. Już Franz von Liszt wskazywał, że „bez poczytalności nie jest możliwa wina, a przez to i przestępstwo”⁵⁷. W Kodeksie Karnym z 1932 r. niepoczytalny sprawca „nie podlegał karze”. Tak nieprecyzyjne sformułowanie przepisu powodowało, iż niepoczytalność nie była wprost ujmowana jako okoliczność wyłączająca winę. Sąd Najwyższy jednak w swym postanowieniu z dnia 22 stycznia 1938 r. (któremu wówczas została nadana ranga zasady

⁵² J. Makarewicz, *Prawo karne. Wykład porównawczy z uwzględnieniem prawa obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej*, Lwów–Warszawa 1924, s. 118.

⁵³ „Nie ma przestępstwa, jeżeli sprawa znajdował się w stanie obłąkania (*en état de demence*)”

⁵⁴ J. Makarewicz, *Prawo karne. Wykład porównawczy...*, op. cit., s. 118.

⁵⁵ J. Makarewicz, *Kodeks Karny z komentarzem...*, op. cit., s. 72.

⁵⁶ A. Golonka, op. cit.

⁵⁷ F. von Liszt, *Lehrbuch des Deutschen Strafrechts*, Berlin 1900, s. 144.

prawnej) nadał kierunek analizom tego przepisu, wskazując, iż przypisanie winy sprawcy niepoczytalnemu jest niemożliwe⁵⁸. Z powyższego rozumienia treści tegoż przepisu wynika jednoznacznie, iż pojęcie „innych zakłóceń czynności psychicznych” ujmowane powinno być możliwie szeroko i nie powinno sprowadzać się do stwierdzenia, iż niesienie poczytalności sprawcy warunkowane może być warunkowane jedynie stanami psychopatologicznymi. J. Makarewicz przyjął, iż słusznie Sąd Najwyższy ujął postać niepoczytalności, w którym uznał, że inne zakłócenia czynności psychicznych mogą mieć swą przyczynę niezwiązaną z chorobą psychiczną⁵⁹⁶⁰.

Dopiero wraz z Kodeksem Karnym z 1969 r., a dokładniej za sprawą unormowania zawartego w art. 25 §1, wprowadzono rozwiązanie, które w głównej mierze zostało wcielone w swej postaci do obecnie obowiązującego Kodeksu Karnego z 1997 r. Mowa o rozwiązaniu dotyczącym braku popełnienia przestępstwa przez sprawcę niepoczytalnego. Wspomniany art. 25 §1 k.k. z 1969 stanowił, iż „nie popełnia przestępstwa, kto z powodu niedorozwoju umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mógł w chwili czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swym postępowaniem”.

Obecny kształt art. 31 §1 k.k. stanowi niemal powtórzenie zapisu zawartego w Kodeksie Karnym z 1969 r., z tą jednak różnicą, że w ślad za postulatami podnoszonymi przez psychiatrów, w miejsce niedorozwoju umysłowego (będącego jednym z czynników powodujących niepoczytalność sprawcy) wcielono „upośledzenie umysłowe”, które jest pojęciem szerszym, bowiem obejmuje stany pourazowe mózgu, w wyniku których zanikają poszczególne funkcje mózgu⁶¹.

Nie jest obecnie spornym, zarówno w orzecznictwie jak i doktrynie, iż niepoczytalność nie powinna być oceniana w sposób abstrakcyjny, ale musi pozostawać

⁵⁸ „Możność przypisania "winy" w rozumieniu art. 14 k. k. jest zatem w przypadku art. 17 § 1 k. k. wyłączona i w oczywistym następstwie wyłączona jest możliwość przypisania przestępstwa wobec braku zasadniczego warunku odpowiedzialności karnej, mianowicie właśnie woli przestępczej wedle art. 14 k. k. Z tego też powodu trzeba bezwzględnie odrzucić przypuszczenie, jakoby zwrot "nie podlega karze" zawierał wskazówkę, że niepoczytalnemu należy przypisać przestępstwo, czyli wedle techniki orzekania uznać go "winnym", a tylko nie wymierzać kary; nie można temu zwrotowi nadawać znaczenia sprzecznego z istotą przestępstwa, które bez warunku woli z art. 14 k. k. w ogóle nie istnieje” (Postanowienie Sądu Najwyższego 7 sędziów z dnia 22 stycznia 1938 r. o sygn. akt I K 2126/37).

⁵⁹ M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991, s. 30.

⁶⁰ Mowa o poglądzie, który zaprezentował Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lutego 1935 r. wydanym w sprawie o sygn. akt I K 1075/34 – „art. 17 k.k. przeciwstawia stany chorobowe innym zakłóceniom czynności psychicznych, których źródłem mogą być przyczyny, nie mające nic wspólnego z chorobą psychiczną, jakimi są intoksykacje, okres dojrzewania płciowego, menstruacja, brzemiennosc, a także wzruszenie steniczne i asteniczne, jak gniew, przerażenie itp., oczywiście pod warunkiem, by były tak silne, żeby powodowały zupełny zanik działania intelektu lub woli, tj. możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem”.

⁶¹ J. Giezek, *Kodeks Karny. Część ogólna. Komentarz*, wyd. II, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 264.

zawsze w odniesieniu do konkretnego czynu⁶². Niepoczytalność, jak wynika z zapisu art. 31 §1 k.k., zachodzi wówczas, gdy w następstwie choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych występuje niemożność rozpoznania przez sprawcę znaczenia czynu lub niemożność pokierowania swoim postępowaniem. Niezdolność do rozpoznania znaczenia czynu może przybierać zatem formę niezdawania sobie sprawy przez sprawcę z tego, co robi, lub też niemożności prawidłowej oceny przedsięwziętych przez niego czynów⁶³.

W praktyce stan niepoczytalności sprawcy jest oceniany za pomocą metody mieszanej – przyczyny powstania stanu podlegają ocenie członu psychiatrycznego, następstwa ich zaś – za pomocą członu psychologicznego⁶⁴.

Nie ulega wątpliwości, iż ustawodawca w przedmiocie pojęcia „poczytalności” czerpał w niemałej mierze również z definicji pochodzących wprost z języka polskiego, który to pozwala ująć „poczytalność” jako stan rozporządzania pełnią władz umysłowych⁶⁵, świadomość, odpowiedzialność za swoje czyny⁶⁶. Pojęciem kontrastującym do „poczytalności” jest „niepoczytalność”, ujmowana jako „niemożność poczytania sprawcy czynu zabronionego przez ustawę karną, jako czynu zawinionego”⁶⁷. Osoba niepoczytalna charakteryzowana jest zaś jako ktoś, kto ma zaburzenia psychiczne lub intelektualne, które sprawiają, że nie jest zdolny do przewidywania skutków swoich czynów i może zachowywać się nieobliczalnie⁶⁸.

Ujęcie stanu niepoczytalności przez pryzmat psychiatryczno-psychologiczny (mieszany), a więc w sposób przyjmowany stale przez najważniejsze Kodeksy Karne poczynając od roku 1932, wiąże się z uznaniem, iż jest to stan zdrowia psychicznego człowieka lub jego psychicznego funkcjonowania, który jest ograniczony w czasie⁶⁹. W

⁶² Tak dał wyraz pogładowi również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 stycznia 1978 r. o sygn. akt V KR 183/77, OSNPG 1978, nr 7, poz. 76: „O niepoczytalności i ograniczonej poczytalności należy mówić w powiązaniu z konkretnym czynem sprawcy. Może się bowiem zdarzyć, że dany sprawca w odniesieniu do czynu wcześniej dokonanego miał ograniczoną zdolność rozpoznania tego czynu i pokierowania swym postępowaniem, a w odniesieniu do czynu późniejszego posiada zachowaną poczytalność”.

⁶³ J. Giezek, *Kodeks Karny. Część ogólna...*, op. cit., s. 266.

⁶⁴ P. Kozłowska-Kalisz, M. Budyn-Kulik, M. Kulik, M. Mozgawa (red.), *Kodeks Karny. Komentarz, wyd. VII*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 101.

⁶⁵ W. Doroszewski (red.), *Słownik języka polskiego. Tom VI. P-Pr*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1964, s. 592.

⁶⁶ M. Arcta, *Słownik ilustrowany języka polskiego, Tom 2*, wyd. M. Arcta, Warszawa 1916, s. 137.

⁶⁷ S. Pużyński [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, wyd. II, wyd. PZWL, Warszawa 1978, s. 254.

⁶⁸ J. Karłowicz, A. Kryński, W. Niedźwiedzki, *Słownik języka polskiego, Tom III*, Warszawa 1900-1927, s. 329.

⁶⁹ Ograniczony w czasie oznacza odniesienie do czasu popełnienia przestępstwa przez sprawcę, nie może zaś sprowadzać się do stwierdzenia, iż skoro w danym przypadku klinicznym występuje jakiegokolwiek zaburzenie psychiczne, to powoduje ono niemożność rozpoznania znaczenia przedsięwziętych czynów przez cały czas jego występowania – tak za wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 października 2015 r. o sygn. akt I

czasie tym człowiek nie jest w stanie rozpoznać świadomie, w jakiej sytuacji się znalazł, ale także niezdolny jest do postrzegania faktycznego i prawnego jej kontekstu. Kontrola własnych procesów psychicznych, a co za tym idzie – działań – jest niemożliwa⁷⁰.

W przypadku naruszenia porządku prawnego niezbędna jest indywidualna kliniczna diagnoza sprawcy, jego osobowości oraz sytuacji psychologicznej⁷¹, na potrzeby ustalenia, czy sprawca w czasie popełnienia czynu zabronionego był poczytalny, czy też zachodziło zmniejszenie lub wyłączenie jego poczytalności. Ma to związek z sytuacją motywacyjną sprawców, które oddziałują na ich zachowanie poprzez różnorodne procesy wewnętrzne. Stan psychiczny sprawcy ma znaczenie dopiero wówczas, gdy dokonane zostaną ustalenia o dopuszczeniu się przez niego czynu zabronionego. „Żaden przepis prawa nie zwalnia sądu z obowiązku ustalenia, czy oskarżony, który według opinii psychiatrów jest niepoczytalny w rozumieniu art. 31 §1 k.k., popełnił zarzucany mu czyn. Musi więc zachodzić zbieżność w czasie dwóch zaszłości: czynu oskarżonego oraz jego niepoczytalności” (za: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2002 r.)⁷².

Wskazywane przez ustawodawcę stany biologiczno-psychiatryczne, które uznaje się za anormalne, a więc przeciwne do pojęcia „zdrowia psychicznego”, tj. choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe, inne zakłócenie czynności psychicznych, w znaczny sposób kształtują świadomość i procesy wolicjonalne sprawcy. Sam fakt wystąpienia przesłanki o charakterze medycznym nie warunkuje niepoczytalności, tak samo jak sam brak świadomości bez związku przyczynowego z medycznymi przyczynami jego wystąpienia nie pozwala na uznanie sprawcy za niepoczytalnego⁷³. Schemat określania pojęcia niepoczytalności można przedstawić za pomocą dwóch członów: członu medycznego (choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe, inne zakłócenie czynności psychicznych) oraz członu psychologicznego (niemożność rozpoznania znaczenia czynu i niemożność pokierowania

ACa 491/15 (Lex nr 1842188), w którym powołuje on następującą tezę - „Nie można a priori przyjmować istnienia stanu wyłączającego świadomość nawet osób chorych psychicznie lub niedorozwiniętych umysłowo i to nawet wtedy, gdy są ubezwłasnowolnione całkowicie lub częściowo (powódka taką osobą nie jest), gdyż w danym momencie działać one mogą z wystarczającym rozeznaniem, czyli w stanie tzw. *lucidum intervallum*”.

⁷⁰ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające ...*, op. cit., s. 510.

⁷¹ Tamże, s. 512.

⁷² Wyrok SN z dnia 5 marca 2002r. o sygn. akt III KKN 329/99 (OSNKW 2002, nr 7-8, poz. 53).

⁷³ Za wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 czerwca 2016 r. o sygn. akt II AKa 129/16 (Lex nr 2171295) : „Dla przyjęcia niepoczytalności jest niezbędne ustalenie, czy z powodu jednej z wymienionych przyczyn psychiatrycznych wystąpił połączony z nią więzią przyczynową skutek psychologiczny w postaci zarówno niemożności rozpoznania znaczenia czynu (niemożność rozpoznania znaczenia czynu oznacza również niemożność kierowania postępowaniem), jak również niemożności pokierowania swoim postępowaniem (przy zachowanej zdolności rozpoznania znaczenia czynu); w praktyce oba wskazane elementy tj. niezdolność do rozpoznania znaczenia czynu i niezdolność do pokierowania swoim postępowaniem występują łącznie. Ewentualna niepoczytalność winna być ustalana w ścisłym powiązaniu z konkretnym czynem sprawcy”.

własnym postępowaniem). Człon psychologiczny składa się alternatywnie z dwóch czynników – czynnika intelektu i czynnika woli. Jest więc możliwe, że mimo zachowanej świadomości i sprawnego intelektu wystąpi takie zaburzenie sfery wolicjonalnej, które uniemożliwi człowiekowi kierowanie swym postępowaniem. Przeciwny wypadek, tj. poprawne pokierowanie swym postępowaniem przez sprawcę niezdolnego do rozpoznania znaczenia swego czynu, nie jest uznawany za możliwy⁷⁴. Dla przykładu W. Łuniewski przyjął, iż o poczytalności nie może decydować jedynie zdolność do prawidłowego rozpoznania znaczenia czynu, ponieważ niejednorodne może być rozumienie pewnych faktów i zjawisk przez różnych ludzi, toteż nie można mówić o jednakowej ocenie znaczenia czynów⁷⁵.

Wspomniany człon psychologiczny, którego wystąpienie warunkować może zniesienie poczytalności, odnosi się w pierwszej kolejności do rozumienia „znaczenia” czynu, który został przez sprawcę przestępstwa popełniony. Przedmiot rozpoznawczy może być ujęty dwuwarstwowo. Na pierwszy plan wysuwa się czysto fizyczny aspekt rozumienia czynu, a więc obejmowanie intelektem człowieka (rozpoznanie) sensu i celu czynu – sprawca zdaje sobie sprawę, że jego zachowanie ma na celu określone zdarzenie w świecie rzeczywistym (tj. świadomość, że pchnięcie nożem innego człowieka w miejsce, gdzie znajdują się ważne dla funkcjonowania organizmu narządy, np. serce, spowodować może skutek w postaci śmierci tego człowieka). Drugim aspektem rozumienia znaczenia czynu jest jego postać moralna i społeczna, która immanentnie związana jest z oceną materialnokarną danego czynu⁷⁶.

Człon psychiatryczny, który służy definiowaniu stanu poczytalności, manifestuje się przede wszystkim w następstwie odchyień, które zachodzą w zakresie normy psychicznej, a które implikują następstwo w postaci braku zdolności do rozpoznania znaczenia czynu i możliwości kierowania postępowaniem⁷⁷.

Podkreślić należy, że przy dokonywaniu analizy niepoczytalności sprawcy następuje pewien podział, który wynika z wzajemnego oddziaływania na siebie dwóch dziedzin nauki – psychiatrii sądowej oraz prawa. Pojęcie „niepoczytalność” zostało zatem stworzone na potrzeby jego wykorzystywania w odniesieniu do przypisania odpowiedzialności. „Aby

⁷⁴ J. Heitzman, I. Markiewicz, *Niepoczytalność – doktryna, praktyka, skuteczność, alternatywa*, Psychiatria Po Dyplomie 2012, tom 9, nr 3, s. 46.

⁷⁵ W. Łuniewski, *Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna*, Warszawa 1950, s. 15.

⁷⁶ M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 34.

⁷⁷ J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2013, s. 67.

istniała niepoczytalność, konieczne jest, by anormalne stany biologiczno-psychiatryczne rzutowały na świadomość lub wolę⁷⁸.

4. Istota poczytalności ograniczonej

Z pojęciem niepoczytalności nieodzownie łączy się pojęcie poczytalności ograniczonej. Nie można zaprzeczyć, iż w psychice ludzkiej występują nie tylko stany niepoczytalności i pełnej poczytalności, ale wiele jest stanów pośrednich. Taki zatem stan, który nie wyłącza odpowiedzialności karnej, ale jednocześnie nie pozwala na uznanie, iż sprawca miał zdolność do rozpoznania znaczenia swojego czynu i pokierowania swoim postępowaniem, nazywa się „poczytalnością ograniczoną”, „poczytalnością zmniejszoną” lub „umniejszoną”⁷⁹.

Już w Kodeksie Karnym z 1932 r. zaobserwować można zapis zawarty w art. 18, który przewidywał: „jeżeli w chwili popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”. Taka regulacja wychodziła naprzeciw częściowej odpowiedzialności sprawców, których stan można było umieścić pomiędzy całkowitym brakiem odpowiedzialności za czyn w wyniku zaistnienia niepoczytalności a stanem zdolności do pojmowania znaczenia czynu i kierowania swym postępowaniem (czyli *a contrario* – poczytalności). Ustawodawca przewidział bowiem stan, w którym jednostka jest częściowo „anormalna” w wyniku „przemijającego zatrucia, np. truciznami odurzającymi, względnie przemijającej choroby (gorączka)”⁸⁰. Zastosowanie tego przepisu było jednak wyłączone w przypadku, gdy sprawca z własnej winy wprowadził się w stan odurzenia, a następnie dopuścił się czynu zabronionego (tak przewidywał §2 wspomnianego art. 18 swym brzmieniem „przepisu §1 nie stosuje się, gdy ograniczenie zdolności jest skutkiem odurzenia wynikającego z winy sprawcy”). Ta surowość miała zastosowanie wyłącznie do wypadków zawinionego odurzenia, nie do sytuacji, gdy czynności psychiczne były zakłócone w inny sposób, nawet z winy tegoż sprawcy⁸¹.

Literalne brzmienie przepisu art. 18 Kodeksu Karnego z 1932 r. zostało wcielone do Kodeksu Karnego z 1969 r. Różnica jednak przebiegała w kwestii wyłączenia zastosowania przepisów dotyczących niepoczytalności i poczytalności ograniczonej „gdy sprawca wprowadził

⁷⁸ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 25.

⁷⁹ Tamże, s. 42.

⁸⁰ J. Makarewicz, *Kodeks Karny z komentarzem...*, op.cit., s. 74.

⁸¹ Ibidem.

się w stan odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć”. Taka zmiana wynikała z wcześniejszych postulatów w piśmiennictwie odnoszących się do zapisów Kodeksu Karnego z 1932 r. Niewątpliwie redakcyjne zabiegi, które polegały na umieszczeniu w jednym artykule regulacji dotyczących niepoczytalności i poczytalności ograniczonej, wpłynęły na pojmowanie tego drugiego stanu sprawcy przez pryzmat czynników psychiatrycznych i psychologicznych określających stan niepoczytalności⁸². Ze względów rzeczowych niemożliwym, a raczej – niewłaściwym, byłoby oderwanie pojęcia poczytalności ograniczonej od pojęcia niepoczytalności, ponieważ art 25 §2 k.k. wskazuje tylko na okoliczności różne od tych, które definiują niepoczytalność, nie zaś powtarza także te, które są tożsame.

Elementem, który może budzić kontrowersje, jest charakteryzowanie ograniczonej poczytalności w sposób ilościowy. Zwrot „w znacznym stopniu” (co do zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania postępowaniem) jest zwrotem nieostrym, a to właśnie „cały ciężar pojęcia ograniczonej poczytalności spoczywa na tym słowie, tak brzemiennym w swoich konsekwencjach”⁸³. W praktyce sądowej zdarza się bowiem, że opiniowany przez biegłego psychiatrę sprawca wykazuje pewne odchylenia od normy, które jednak nie statuują ograniczenia poczytalności w stopniu znacznym. Następstwem takiej sytuacji jest ponoszenie przez sprawcę pełnej odpowiedzialności karnej, ponieważ z uwagi na jego stan psychiczny niemożliwe jest zastosowanie nadzwyczajnego złagodzenia kary⁸⁴.

W obecnej postaci przepis art. 31 §2 k.k.⁸⁵ różni się jedynie określeniem „czasu” popełnienia czynu, nie „chwilą” jego popełnienia, co może być wyrazem ustawodawcy w dążeniu do klarownego i precyzyjnego określenia tego pojęcia. Sformułowanie określające ograniczoną poczytalność pomija wprawdzie w swym dosłownym brzmieniu człon psychiatryczny, jaki jest uwidoczniony w art. 31 §1 k.k. dotyczącym niepoczytalności (pod pojęciem „choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych”). Wspomniane jednak połączenie obu zapisów, dotyczących stanu świadomości sprawcy, pociąga za sobą potrzebę analizowania jego sytuacji prawnokarnej przez pryzmat tych samych czynników, uznawanych za genezę wystąpienia pewnego stanu, który odbiega od stanu poczytalności⁸⁶.

⁸² A. Golonka, op. cit.

⁸³ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 44.

⁸⁴ Tamże, s. 45.

⁸⁵ Art. 31 §2 k.k. „Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”.

⁸⁶ W. Świda, *Prawo karne. Część ogólna*, wyd. PWN, Warszawa 1986, s. 199.

Zasadniczym (i właściwie jedynym) rozróżnieniem poczytalności ograniczonej od niepoczytalności jest okoliczność, że sprawca posiadający ograniczoną poczytalność ma zdolność do rozpoznania znaczenia przedsiębranego czynu i kierowania swoim postępowaniem, jednak są one w znacznym stopniu ograniczone (tak przy niepoczytalności są one zniesione)⁸⁷. Nie jest więc wyłączona wina sprawcy przestępstwa, ale z uwagi na stopień ograniczenia poczytalności i okoliczności zachodzące w sprawie, jej ciężar jest odpowiednio umniejszony.

Istnieje wiele opinii co do tego, czy stan ograniczonej poczytalności powinien być przewidziany w przepisach prawa. Zwolennicy jego wykreślenia argumentują to tym, że zaklasyfikowanie danego przypadku sprawcy do stanu poczytalności ograniczonej czy też niepoczytalności jest czynnością niezwykle trudną i rodzić może wiele nadużyć i nadinterpretacji po stronie sądu lub biegłych czy obrońców⁸⁸. Psychika ludzka jest jednak niezwykle złożona i stanowi skomplikowany przedmiot badań, dlatego też sklasyfikowanie pewnych stanów do „poczytalności” lub „niepoczytalności” nie jest możliwe z uwagi na występujące odchylenia, atypowości, zróżnicowania w postrzeganiu rzeczywistości przez badanego lub inne kwestie, które kumulatywnie powodują, iż określenie stanu sprawcy nie może być scharakteryzowane jednoznacznie⁸⁹. Podejmując próbę uściślenia definicji poczytalności ograniczonej, przyjąć należy, że jest to określenie powstałe w celu scharakteryzowania takich stanów psychicznych sprawców, które znacznie obniżają prawidłowe rozpoznanie przez nich znaczenia czynu i kierowanie postępowaniem, będących wynikiem choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych.

Pochylając się nad definiowaniem stanu poczytalności ograniczonej, warto wskazać na fakt, iż prawo karne przewiduje możliwość zastosowania wobec sprawcy czynu zabronionego instytucji, która pozwala na nadzwyczajne złagodzenie kary wymierzonej sprawcy w przypadku, gdyby nawet najniższa kara przewidziana za dany czyn okazałaby się zbyt surowa przez wzgląd na jego właściwości osobiste lub okoliczności występujące przy popełnionym czynie⁹⁰. Istotą tej regulacji jest możliwość wymierzenia przez sąd kary pozbawienia wolności poniżej dolnej granicy ustawowego zagrożenia bądź na zastosowaniu kary nieizolacyjnej w miejsce pozbawienia wolności, a w wyjątkowych wypadkach na odstąpieniu od jej wymierzenia w ogóle. Kara w wymiarze nadzwyczajnie złagodzoną nie może jednak

⁸⁷ M. Filar (red.), *Kodeks Karny. Komentarz...*, op. cit., s. 176.

⁸⁸ W. Łuniewski, *Wykłady z dziedziny psychopatologii kryminalnej i psychiatrii*, Warszawa 1937, s. 104.

⁸⁹ A. Golonka, op. cit.

⁹⁰ L. Gardocki, *Prawo karne...*, op. cit., s. 196.

w żadnym wypadku przekroczyć podstawowego najniższego zagrożenia⁹¹. Jako ogólną i zasadniczą podstawę stosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary traktować należy art. 60 §2 k.k., który stanowi, iż „w szczególnie uzasadnionych wypadkach, kiedy nawet najniższa kara przewidziana za przestępstwo byłaby niewspółmiernie surowa”⁹². Oznacza to, że w niektórych przypadkach wymierzenie kary zgodnie z jej ustawowym zagrożeniem mogłoby być niewspółmiernie wysokie w stosunku do stopnia zawinienia, ewentualnie kara byłaby zbyt dolegliwa, mając na względzie realizację celów prewencji, zarówno indywidualnej, jak i ogólnej⁹³.

Poczytalność ograniczona w stopniu znacznym jest okolicznością, która daje podstawy do zastosowania przez sąd nadzwyczajnego złagodzenia kary⁹⁴, ponieważ rzutuje istotnie na ustalenie stopnia zawinienia. Stwierdzenie ograniczenia poczytalności w stopniu, o którym mowa w art. 31 § 2 k.k., daje możliwość sądowi zastosowania wobec sprawcy nadzwyczajnego złagodzenia kary w myśl art. 60 § 1 k.k.⁹⁵.

Stan poczytalności ograniczonej w rozumieniu art. 31 §2 k.k. nie determinuje jednak konieczności zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary wobec takiego sprawcy - z treści przepisu art. 31 § 2 k.k. nie wynika, że wobec sprawcy działającego w takich warunkach instytucja nadzwyczajnego złagodzenia kary winna stanowić regułę. Sąd w procesie wymiaru kary musi mieć na uwadze powyższą okoliczność, jednakże nie może pomijać pozostałych dyrektyw wymiaru kary zawartych w art. 53 k.k. oraz innych okoliczności, mających wpływ na jej ukształtowanie⁹⁶.

Stopień ograniczenia poczytalności sprawcy ma takie znaczenie, że im ten stopień jest zbliżony do całkowicie zniesionej poczytalności, tym szerszy powinien być zakres uwzględnienia tego faktu przy wymiarze kary⁹⁷.

⁹¹ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, wyd. Zak, Kraków 2010, s. 538.

⁹² Art. 60 § 2 k.k. wymaga do nadzwyczajnego złagodzenia kary wyjątkowości, nieprzeciętności i nadzwyczajności przypadków. Nie mogą to być zwyczajnie uzasadnione przypadki. Aby zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary należy zawsze stwierdzić, że stopień zawartości bezprawia, którego odzwierciedleniem ma być wymierzona kara, nie uzasadnia wymiaru kary nawet w wysokości równej dolnej granicy ustawowego zagrożenia. Wynik tego bilansu musi jednoznacznie wskazywać na przewagę okoliczności łagodzących, co w odniesieniu do dolnej granicy ustawowego zagrożenia przewidzianego za dane przestępstwo prowadzić musi do uznania jej za zbyt surową. Innymi słowy, przeprowadzona w kontekście pozostałych dyrektyw wymiaru kary analiza prowadzi do wniosku, że celowym jest wymierzyć karę nadzwyczajnie złagodzoną, aby w ten sposób zapewnić spełnienie celów kary – za: wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 15 lutego 2012 r. o sygn. akt II AKa 13/12 (Lex nr 1120034).

⁹³ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne...*, op. cit., s. 538.

⁹⁴ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2012, s. 187.

⁹⁵ Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 16 kwietnia 2015 r., III K 46/15, Lex nr 1745336.

⁹⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 grudnia 2016 r. II AKa 406/16, Lex nr 2191521.

⁹⁷ Za: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 1975 r. II KR 365/74, OSNKW 1977, nr 7-8, poz. 83.

§2. Rozróżnienie czynników determinujących poczytalność ograniczoną i niepoczytalność – człon psychiatryczny

1. Choroba psychiczna

Spośród trzech czynników wymienionych enumeratywnie przez ustawodawcę w art. 31 §1 k.k., na pierwszym planie jawi się choroba psychiczna. Jest to kryterium warunkujące niepoczytalność bądź poczytalność ograniczoną, które jest obecne we wszystkich współczesnych systemach prawa karnego. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie zawiera wprawdzie pojęcia „choroby psychicznej”. Mimo to, określenie to używane jest przez ustawodawcę w tekście ustawy dosyć często⁹⁸. Art. 3 wspomnianej ustawy stanowi, iż „ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby: chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), upośledzonej umysłowo, wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”. W środowisku psychiatrycznym wskazuje się, iż z tegoż zapisu można pośrednio wnosić, iż choroba psychiczna łączy się z objawami psychotycznymi.

W ogólnym znaczeniu tego pojęcia choroba psychiczna, będąca zaburzeniem psychicznym (jednak nie „innym zakłóceniem czynności psychicznych”, którym mogą być epilepsje, gorączka, upojenie, udar czy nawet wycieńczenie fizyczne), powoduje utratę zdolności chorego do realnej oceny otaczającej go rzeczywistości. Zgodnie z definicją podaną w „Wielkim Słowniku Medycznym”, choroba psychiczna jest terminem zbiorczym, który obejmuje wszystkie zaburzenia o typie psychotycznym. Węższe znaczenie tego terminu to psychoza. W doktrynie prawniczej wskazuje się także nierzadko na określenie choroby psychicznej jako „*przewlekłego procesu psychotycznego typu endogennego i organicznego bądź somatogennego*”⁹⁹. W literaturze podmiotu pod pojęciem chorób psychicznych *sensu largo* występują także zaburzenia osobowości, nerwice, zespoły otępienne czy zaburzenia będące skutkiem chorób mózgu o podłożu somatycznym¹⁰⁰.

⁹⁸ S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, *Psychiatria Polska* 2007, tom XLI, nr 3, s. 306.

⁹⁹ A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. PZWL, Warszawa 1992, s. 771.

¹⁰⁰ M. Tomaszewska, *Metodologiczny status pojęć - przesłanek ubezwłasnowolnienia na przykładzie choroby psychicznej*, *Prawo i Medycyna* 2008, nr 4, s. 107.

Warto jednak zauważyć, że światowe klasyfikacje psychiatryczne zrezygnowały ze stosowania terminu „choroba psychiczna”¹⁰¹, tak na przykład Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – międzynarodowy system diagnozy nozologicznej – posługuje się jedynie terminem „zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania”. Rozdział zawierający zaburzenia rozwoju psychicznego zawiera grupy klasyfikacyjne takie jak zaburzenia psychiczne organiczne, schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe, zaburzenia nastroju, zaburzenia nerwice, zaburzenia osobowości, upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwoju psychologicznego, zaburzenia zachowania i emocji oraz nieokreślone zaburzenia psychiczne. Najczęściej występujące choroby psychiczne to psychozy schizofreniczne, halucynozy, zespoły urojeniowe i choroby afektywne¹⁰².

Objawem chorobowym (tzw. *symptoma*), nazywamy zaburzenie funkcji psychicznej, które jest najmniej złożone – może być to zatem omam, halucynacja czy urojenie. Objawy chorobowe nierzadko łączą się w zespoły (*syndroma*), które w tej samej postaci mogą wystąpić w różnych rodzajowo chorobach. Z uwagi na to nie wystarczy jedynie zauważyć wystąpienia danego zespołu objawowego, by móc stwierdzić chorobę psychiczną – należy także dokonać anamnezy, która dotyczyć będzie całego przebiegu choroby, a także rozpoznać czynniki etiologiczne¹⁰³.

Zgodnie z założeniami ICD-10, schizofrenia (wskazana jako choroba o kodzie F20) cechuje się zakłóceniami myślenia i postrzegania. Występuje także „niedostosowany i spłycony afekt”. Mimo czasowych deficytów poznawczych, świadomość i sprawność intelektu są zachowane. Do najważniejszych objawów psychopatologicznych należą echo myśli, postrzeganie urojeniowe oraz urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia, zaburzenia myślenia i objawy negatywne, nasyłanie lub zabieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) ich, a także głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o chorym w trzeciej osobie¹⁰⁴.

Chociaż schizofrenia czasami odnoszona jest do "osobowości podzielonej", nie polega ona na tym, że ludzie chorzy robią sprzeczne ze sobą rzeczy. Specyfika definicji tej choroby

¹⁰¹ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające lub umniejszające winę...* op. cit., s. 522-523.

¹⁰² Tamże, s. 524.

¹⁰³ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 143.

¹⁰⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I., Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012, s. 216.

jest niejednorodna, wielu uczonych i badaczy nazywa ją inaczej. Harry Stack Sullivan¹⁰⁵ uznał, iż schizofrenia nie jest w zasadzie chorobą, ale stylem życia. J. Bannister sugerował, iż schizofrenia jako koncepcja to semantyczny Titanic, który jest skazany na porażkę jeszcze przed wypłynięciem - koncepcja schizofrenii jest tak rozproszona i niespójna, że prawie niemożliwa do użycia w kontekście naukowym¹⁰⁶.

Kluczowymi cechami, które definiują zaburzenia psychotyczne w schizofrenii są urojenia, halucynacje, zdezorganizowana mowa, rażąco zdezorganizowane lub anormalne zachowania motoryczne. Urojenia to stałe wierzenia, które wiążą się z niemożliwością powstrzymania sprzecznych ze sobą zachowań. Ich treść może obejmować różne formy (np. prześladowcze, somatyczne, odnoszące (ksobne), religijne, wielkościowe, oddziaływania). Urojenia prześladowcze przejawiają się w przekonaniu, że ktoś będzie krzywdzony, nękaną przez inną osobę, organizację lub grupę. Urojenia wielkościowe polegają na wierzeniu chorego, iż posiada nadzwyczajne zdolności czy siły, sławę lub majątek. Erotyczne urojenia skupiają uwagę chorego na bezpodstawnym przekonaniu o czyjejś miłości lub zainteresowaniu jego osobą. Urojenia somatyczne zaś polegają na przesadnej dbałości o zdrowie lub funkcjonowanie organizmu¹⁰⁷.

Halucynacje są wrażeniami percepcyjnymi, które pojawiają się bez zewnętrznego bodźca. Są żywe i jasne, z pełną siłą i wpływem normalnych wyobrażeń, ale nie występują pod dobrowolną kontrolą. Mogą występować w sensorycznej modalności, ale halucynacje słuchowe są w schizofrenii najczęstsze (jak również w związanych z nią zaburzeniach). Halucynacje słuchowe są zwykle doświadczane jako głosy, zarówno znane, jak i nieznane przez chorego, postrzegane przez niego jako zupełnie odrębne myśli. Te halucynacje, które występują podczas zasypiania (hipnagogiczne) lub budzenia się (hipnopompiczne) są uważane za występujące w normie. Halucynacje mogą być też normalną częścią doświadczenia religijnego w pewnym kontekście kulturowym¹⁰⁸.

Zdezorganizowane myślenie (formalne zaburzenie myślenia) jest zazwyczaj wnioskowane z przemówienia osoby chorej. Osoba może przełączyć się z jednego tematu na inny w bardzo dowolny i skrajnie błyskawiczny sposób (tzw. wykolejenie lub luźne skojarzenia). Odpowiedzi na pytania mogą być skrupulatnie lub całkowicie niepowiązane. Czasem mowa może być tak zdezorganizowana, że jest niemal niezrozumiała i przypomina

¹⁰⁵ Psychiatra i psychoanalityk amerykański, jeden z przedstawicieli neopsychoanalizy.

¹⁰⁶ E. M. Coles, *Clinical Psychopathology. An Introduction*, wyd. Routledge & Kegan Paul, London 1982, s. 41.

¹⁰⁷ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*, wyd. American Psychiatric Publishing, Washington DC, London 2013, s. 87.

¹⁰⁸ Tamże, s. 87-88.

afazję czuciową w kontekście językowym. Wśród kryteriów diagnostycznych wskazać można na znaczną i konsekwentną zmianę zachowania chorego, rozkojarzenie, stosowanie neologizmów, zachowania o charakterze katatonicznym, rozkojarzenie, niedostosowanie wypowiedzi, a także utrwalone omamy wraz z towarzyszącymi im myślami nadwartościowymi i urojeniami¹⁰⁹.

Rażąco zdeorganizowane lub anormalne zachowania motoryczne mogą być manifestowane na różne sposoby, począwszy od „dziecinnej głupoty” do nieprzewidywalnego pobudzenia. Problemy chorego mogą być odnotowywane w dowolnej formie świadomego zachowania, prowadząc do trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Zachowanie katatoniczne z kolei jest wyraźnym spadkiem reakcji na aktywność otoczenia. Przejawiać się ono może w zróżnicowany sposób – od odporności na wskazówki, instrukcje (negatywizm), poprzez sztywną, niezrozumiałą i dziwaczną wręcz postawę, aż po zupełny brak werbalnych lub motorycznych reakcji/odpowiedzi (mutyzm, uporczywe milczenie, osłupienie)¹¹⁰.

Jedną z bardziej zwięzłych definicji choroby psychicznej odnaleźć można w Wielkim Słowniku Medycznym, który stanowi, iż jest to „termin zbiorczy obejmujący wszelkie zaburzenia typu psychotycznego, tzn. takie, w których występują objawy psychotyczne (omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji i in.)”¹¹¹.

Klasyfikacja ICD-10 poza schizofrenią i jej wszelkimi odmianami, jakimi są w drodze przykładu: schizofrenia paranoidalna, hebefreniczna, katatoniczna, czy schizofrenia prosta, wskazuje także na szereg innych zaburzeń. Kod F21 wśród oznaczeń jednostek chorobowych to zaburzenie schizotypowe, cechujące się ekscentrycznym zachowaniem oraz nieprawidłowościami myślenia, wycofaniem społecznym, nierzadko na tle omamów i urojeń. Zaburzeniem, które może wiązać się z silnym stresem przeżytym niedługo przed wystąpieniem objawów chorobowych, jest ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne. Dychotomia charakteru tej choroby opiera się na konkretnych objawach, które z jednej strony mogą przybrać postać objawów schizofrenii, z drugiej zaś być ich całkowicie pozbawione.

W praktyce spotykane są również zaburzenia epizodyczne, które posiadają objawy zarówno schizofrenii, jak i afektywne, ale nie pozwalają na rozpoznanie powyższych zaburzeń lub epizodów maniakalnych czy depresyjnych. Nie należy jednak ich utożsamiać z zaburzeniami nastroju (afektywnymi), które mają charakter nawrotowy. Spośród nich Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych wyróżnia

¹⁰⁹ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające* ..., op. cit., s. 524.

¹¹⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders...*, op. cit., s. 88.

¹¹¹ *Wielki słownik medyczny*, wyd. PZWL, Warszawa 1996.

hipomanię (wzmożenie energii, aktywności, kontaktów z otoczeniem, zmniejszona potrzeba snu), manię z objawami psychotycznymi lub bez tychże objawów (wzmożenie nastroju nieadekwatne do sytuacji pacjenta, beztroska dobroduszość – przy objawach psychotycznych dodatkowo chory doświadcza omamów, urojeń)¹¹².

Wyraźnie zaburzony nastrój, który wiąże się z występowaniem dwóch lub więcej epizodów chorobowych to zgodnie z Klasyfikacją zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Obejmują one epizody hipomanii, epizody objawów psychotycznych, epizody ciężkiej depresji lub krzyżowanie się tych objawów. Ten rodzaj zaburzenia również można zaklasyfikować do „choroby psychicznej”, będącej jednym z elementów składowych niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej. Choroby afektywne nie tylko nie mają nadal w pełni poznanej swej etiologii, ale wraz z nimi współwystępują często także halucynacje czy urojenia¹¹³, mimo iż ich podstawową cechą jest krzyżowanie się objawów o skrajnym podłożu emocjonalnym.

Zgodnie z twierdzeniami T. Bilikiewicza, choroby psychiczne to nie tylko psychozy, czyli choroby umysłowe, które upośledzają umysł, ale także nerwice, które „pozostawiają intelekt nienaruszony”. Takie szerokie ujęcie choroby psychicznej przejawiało się również w poglądach Komisji Kodyfikacyjnej Kodeksu karnego z 1932 r., która uznała, iż chorobą psychiczną można nazywać trwałe zaburzenie psychiczne (w najogólniejszym ujęciu)¹¹⁴.

Zdaniem S. Pużyńskiego, utrzymywanie w stosowaniu określenia „choroba psychiczna” i jego pochodnych w polskim prawodawstwie „jest anachronizmem, który może być przyczyną poważnych nieporozumień oraz nadużyć”¹¹⁵. Dlatego też w celu ułatwienia komunikacji klinicystów i badaczy w terminologii i opisach zaburzeń, klasyfikacja stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ograniczyły się do określenia „zespół psychopatologiczny”, zamiast używania określenia „choroba psychiczna”¹¹⁶, co wydaje się, z uwagi na ciągłe zmiany w terminologii i definiowaniu stanów psychicznych człowieka, posunięciem logicznym i dobrze rokującym.

¹¹² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012, s. 217-221.

¹¹³ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające...*, op. cit., s. 525.

¹¹⁴ M. Tarnawski, *Zmniejszona poczytalność sprawcy przestępstwa*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1976, s. 59.

¹¹⁵ S. Pużyński, *Choroba psychiczna ...* op. cit., s. 308.

¹¹⁶ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające...*, op. cit., s. 523.

Cytując za J.K. Gierowskim, „prawne definicje i procedury z trudem przekładają się na pojęcia, którymi posługuje się współczesna psychiatria. Dogmatyczny, statyczny i konserwatywny charakter prawa jest często czynnikiem, który utrudnia czy też uniemożliwia wykorzystanie, dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości, bardziej współczesnej wiedzy psychiatrycznej, zwłaszcza w obszarze oddziaływań terapeutycznych czy rehabilitacyjnych”¹¹⁷.

2. Upośledzenie umysłowe

Upośledzenie umysłowe będące potencjalną psychiatryczną przyczyną wystąpienia stanu niepoczytalności u sprawcy czynu zabronionego zostało wprowadzone do polskiego porządku prawnego w roku 1969, gdy w Kodeksie Karnym sformułowanie „niedorozwój umysłowy” zostało zastąpione właśnie „upośledzeniem umysłowym”. Wskazuje się, iż było to niezaprzeczalnie trafne posunięcie ustawodawcy, w szczególności z uwagi na zbyt wąski zakres pojęcia „niedorozwój umysłowy”¹¹⁸. Upośledzenie bowiem obejmuje zarówno stan niedorozwoju umysłowego (który jest stanem wrodzonym), ale także upośledzenie wtórnie zaistniałe w późniejszych etapach życia, powstałe na przykład w wyniku urazów i uszkodzeń mózgu.

W Kodeksie Karnym z 1997 r. „upośledzenie” ma charakter bardziej neutralny. Mówi się obecnie o niepełnosprawności intelektualnej. Jest to sformułowanie znacznie ogólniejsze, co dla prawa karnego niekoniecznie stanowi lepszą alternatywę. O ile w Kodeksie Karnym z 1969 r. psychologia chętnie posługiwała się przedziałami (takimi jak testy inteligencji, liczby, progi – przez co dość łatwo klasyfikowano konkretną osobę do pewnego stopnia niedorozwoju), teraz granice te, a zwłaszcza przedziały, nie są ocenne. Zaklasyfikowanie w granicach upośledzenia nie zależy już tylko od wyników w testach, ale od tego, jak człowiek funkcjonuje w generalnym tego słowa znaczeniu.

W ślad za Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Międzynarodowych, upośledzenie umysłowe jest „zatrzymaniem lub niepełnym rozwojem umysłowym, manifestującym się upośledzeniem w okresie wzrastania, zwłaszcza w okresie umiejętności związanych z ogólnym stanem inteligencji”. Dla przykładu rozróżnia się upośledzenie kognitywne, językowe, ruchowe lub społeczne¹¹⁹. Upośledzenie umysłowe, które dawniej nazywane było oligofrenią (od łacińskiego: *oligos* – mało, *phren* - rozum),

¹¹⁷ J.K. Gierowski, *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, Palestra 2003 nr 7-8, s. 107.

¹¹⁸ J. Giezek, *Kodeks Karny. Część ogólna...*, op. cit., s. 264.

¹¹⁹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych..., op. cit., s. 244.

obecnie zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego PWN jest stanem niedostatecznej sprawności intelektualnej powstałej wskutek niedorozwoju lub uszkodzenia tkanki mózgowej we wczesnym dzieciństwie. Przez oligofrenię i niedorozwój rozumiało się „ogólne zmniejszenie możliwości rozwojowych spowodowane wczesnymi, a jednocześnie nieodwracalnymi zmianami patologicznymi w centralnym układzie nerwowym”¹²⁰. Zgodnie zaś z teorią K. Kirejczyka upośledzeniem jest „istotnie niższy od przeciętnego w danym środowisku globalny rozwój jednostki, z nasilonymi równocześnie trudnościami w zakresie uczenia się i przystosowania, spowodowany we wczesnym okresie rozwojowym przez czynniki dziedziczne, wrodzone i nabyte po urodzeniu, wywołujące trwałe zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego”¹²¹.

Upośledzenie umysłowe jest diagnozowane poprzez stwierdzenie współwystępowania łącznego trzech kryteriów, jakimi są intelektualne funkcjonowanie na poziomie istotnie niższym niż średni, widocznie obniżone przystosowanie społeczne, które przejawia się w obniżonych zdolnościach porozumiewania się, samoobsługi, umiejętności interpersonalnych, a także, gdy mowa o niedorozwoju umysłowym – wystąpienie tych objawów przed osiągnięciem dorosłości¹²². Obniżenie poziomu inteligencji określa się przy pomocy tzw. testów do mierzenia inteligencji – testu Wechslera. Wyróżnia się cztery stopnie upośledzenia: lekki (poziom umysłowy, który plasuje się pomiędzy drugim a trzecim odchyleniem standardowym), umiarkowany (pomiędzy trzecim a czwartym odchyleniem), znaczny (między czwartym a piątym odchyleniem standardowym) i głęboki, gdzie poziom umysłowy znajduje się poniżej pięciu odchyłeń standardowych¹²³.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, posługując się terminem lekkiego upośledzenia umysłowego, przyjmuje, iż przybliżona wartość ilorazu inteligencji przy lekkim upośledzeniu oscyluje między 50 a 69, przez co możliwe jest występowanie trudności w nauce u dzieci. Osoby dorosłe z lekkim upośledzeniem są w stanie pracować i utrzymywać relacje społeczne. Do tej kategorii upośledzenia zalicza się również lekki niedorozwój umysłowy. Upośledzenie w stopniu umiarkowanym charakteryzuje się wartością ilorazu inteligencji od 35 do 49, która może powodować znaczne opóźnienia rozwoju w dzieciństwie. Możliwe jest jednak osiągnięcie takiego stanu niezależności w zakresie samoobsługi. Znaczny stopień upośledzenia wyróżnia

¹²⁰ H. Spionek, *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1970, s. 21.

¹²¹ K. Kirejczyk, *Oligofrenopedagogika*, wyd. WSPS, Warszawa 1978, s. 45.

¹²² T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające...*, op. cit., s. 526.

¹²³ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...* op. cit., s. 203.

się koniecznością stałej opieki nad osobą niepełnosprawną umysłowo, wiąże się z wartością IQ od 20 do 34, głęboki stopień zaś dotyczy wartości ilorazu inteligencji poniżej 20 i wieku umysłowego na poziomie poniżej 3 lat u osób dorosłych, powodując tym samym poważne ograniczenia w komunikowaniu się, poruszaniu czy samoobsłudze¹²⁴.

Upośledzenie lekkie jest najłagodniejszą jego formą, która charakteryzuje się ograniczonym zasobem słów (zwłaszcza w czynnej mowie), lub nieadekwatnością ich doboru. Jednostka ma problemy z pamięcią, uwagą, orientacją społeczną. Przystawianie nowych wiadomości jest utrudnione, a myślenie przebiega w sposób kojarzenia konkretnych wyobrażeń. Osoby upośledzone w stopniu lekkim najczęściej starają się naśladować innych, ponieważ brak im zdolności do działania z własnej inicjatywy, dlatego też z łatwością ulegają wpływom otoczenia. Wiąże się to również niezdolnością do wykorzystania własnego doświadczenia i niskim krytycyzmem¹²⁵.

Upośledzenie w stopniu umiarkowanym wiąże się już z poważnymi uszkodzeniami w centralnym układzie nerwowym. Mowa osoby upośledzonej jest niewyraźna, słownictwo ubogie, a procesy myślenia skupiają się jedynie na skojarzeniach, gdyż logiczne rozumowanie jest mocno ograniczone. Słabe kontrolowanie własnych popędów, niska sprawność lokomocyjna i rozwój motoryczny powodują, iż zachowanie takich osób odbiega od przyjętych norm¹²⁶. Warto wskazać na fakt, iż przyjmuje się, że to właśnie w tej grupie upośledzonych występują zaburzenia osobowości i zachowania (znacznie częściej niż przy upośledzeniach w stopniu lekkim), będące źródłem zachowań agresywnych, antyspołecznych i destrukcyjnych¹²⁷. Osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym, które wyrażają nadpobudliwość, skłonność do agresji czy wzmożoną ruchliwość, z reguły są jednostkami, które dopuszczają się czynów zabronionych. W ślad za opinią biegłych psychiatrów sądowych, takie osoby często są kwalifikowane do grupy tych, u których zachodzi wyłączona bądź ograniczona poczytalność¹²⁸.

W upośledzeniu o stopniu znacznym nauka pisania i czytania staje się właściwie niemożliwa. Może być to skutkiem bardzo ograniczonej pamięci krótkotrwałej. Mowę stanowią proste i krótkie zdania. Upośledzeni w znacznym stopniu, choć są w stanie dokonywać czynności samoobsługowych, wymagają nieustannej opieki, gdyż nie są zdolni do

¹²⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych..., op. cit., s. 244-245.

¹²⁵ Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna: zarys*, wyd. PWN, Warszawa 1982, s. 148.

¹²⁶ J. Lausch-Żuk, *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Wyd. UAM, Poznań 2001, s. 150.

¹²⁷ J. Kostrzewski, *Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo* [w:] K. Kirejczyk (red.) *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*, wyd. PWN, Warszawa 1981, s. 113.

¹²⁸ T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*, wyd. PZWL, Warszawa 1973, s. 357.

samodzielnej egzystencji. Przy upośledzeniu głębokim nie występuje już percepcja, pamięć jest jedynie cząstkowa, a osoby z głębokim upośledzeniem najczęściej nie są w stanie mówić i teź mowy nie rozumieją. Wskazuje się, iż zdolność wyrażania emocji ograniczona jest jedynie do okazywania szczęścia lub jego braku¹²⁹.

Czasami upośledzenie umysłowe wywołane jest zmianami w organizmie. Wśród takich zmian, które mogą powodować upośledzenie umysłowe, wyróżnia się na przykład małogłowie. W wyniku zmniejszonego obwodu czaszki nierzadko stwierdza się zatrzymanie rozwoju mózgu. Ponadto wspomniany zanik mózgu mogą powodować stany zapalne przebyte w okresie życia płodowego lub we wczesnym dzieciństwie – wówczas płyn, który gromadzi się w korze mózgowej generuje ciśnienie, a ono z kolei prowadzi do zanikania tkanki mózgowej. Wówczas powstaje wodogłowie¹³⁰.

Pod postacią upośledzenia umysłowego kryje się również syndrom Downa, zwany wcześniej *mongoloidą*¹³¹, wywołany wadami rozwojowymi przy zaburzeniach funkcji gruczołów dokrewnych lub anomaliami układu chromosomów. Czynnikiem wywołującym upośledzenie są także nieprawidłowości układu tarczycy lub uszkodzenia mózgu wywołane ujemnym czynnikiem Rh krwi matki przy dodatnim czynniku Rh krwi płodu, co prowadzi do reakcji antygenowych. W doktrynie podaje się, iż upośledzenie wywołane zaburzeniami przemiany materii (niedorozwój fenylopirogronowy) występuje u około 0,5-1% upośledzonych umysłowo¹³².

3. Inne zakłócenia czynności psychicznych

Trzecim ze stanów, który może powodować stwierdzenie niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej u sprawcy czynu przestępnego, jest wskazane w Kodeksie Karnym „inne zakłócenie czynności psychicznych”. Jest to co prawda pojęcie dość nieostre, dlatego też już od czasu obowiązywania Kodeksu Karnego z 1932 r. trwały dyskusje, jakie stany psychiczne człowieka powinny być do tej kategorii zaliczone, a które posiadają znamiona zawarte w innych pojęciach. Jak wynika z komentarza J. Makarewicza do Kodeksu z 1932 r., „do poczytania czynu sprawcy konieczna jest przytomność sprawcy w chwili dokonywania przestępstwa. Chwilowa nieprzytomność może być wynikiem ostrej choroby (gorączka), lub też napadu choroby przewlekłej (napad epileptyczny), może być nawet

¹²⁹ J. Lausch-Żuk, *Pedagogika osób z umiarkowanym...*, op. cit., s. 150.

¹³⁰ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 218.

¹³¹ Nazwa pochodzi od skośnie ustawionych i wąskich szpar oka, małej czaszki i szerokiej nasady nosa, które są charakterystyczne dla osób cierpiących na syndrom Downa.

¹³² M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 219.

przejawem normalnego funkcjonowania organizmu (sen – przy przestępstwach z opuszczenia), lub też sztucznie spowodowanym następstwem działania sprawcy – skutkiem użycia narkotyku”¹³³. Mimo takiego ujęcia tego przepisu istniało wiele rozbieżności. Część środowiska psychiatrii klinicznej wyrażała pogląd, iż przez „inne zakłócenia” można rozumieć jedynie takie zakłócenia, które mają podłoże patologiczne, tj. takie, które obejmują tylko chorobowe zaburzenia czynności psychicznych¹³⁴. Przedstawiciele doktryny, którzy sprzeciwiali się takiemu ujęciu „innych zakłóceń czynności psychicznych” uważali, iż nie powinno się ono ograniczać jedynie do stanów chorobowych przez wzgląd na fakt, że „dla prawnika jest obojętne, z jakich przyczyn powstała utrata świadomości – fizjologicznych czy patologicznych, ważne jest tylko to, czy spowodowały one stan wyłączający poczytalność. Stan taki może wynikać z chorób gorączkowych, rozstroju psychicznego, w szczególności omamów, czasu porodu, dojrzewania płciowego itp.”¹³⁵.

Ponadto wskazywano, iż świadectwem szerokiego pojmowania „innych zakłóceń czynności psychicznych” jest wykładnia historyczna, za pomocą której możliwa jest analiza prac kodyfikacyjnych, a wynikiem której nie jest zawężanie tego pojęcia jedynie do zakłóceń patologicznych. Podkreślenia warte jest również to, iż zgodnie z wykładnią czysto językową, skoro przepis przewiduje „inne zakłócenia czynności psychicznych”, nie można przez to rozumieć jedynie zakłóceń chorobowych¹³⁶.

Kodeks Karny z 1969 r., a raczej uzasadnienie do jego projektu, ujmowało wprost, iż określenie „inne zakłócenia czynności psychicznych” to zarówno zakłócenia chorobowe, ale także niechorobowe, bowiem nawet ludzie zdrowi mogą przeżywać niezwykle objawy psychologiczne, które – mimo wszystko – choroby ani zaburzenia psychicznego trwale nie determinują¹³⁷.

W obecnym brzmieniu Kodeksu Karnego z 1997 r. uznaje się, że „inne zakłócenia czynności psychicznych” mogą nie mieć charakteru patologicznego, a obejmują również wszystkie zaburzenia psychiczne, które wskazuje V Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób,

¹³³ J. Makarewicz, *Kodeks Karny z komentarzem...*, op. cit., s. 72.

¹³⁴ A. Golonka, op. cit.

¹³⁵ Tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lutego 1935 r. wskazał, że „z redakcji art. 17 k. k. wynika, że ustawodawca przeciwstawia tu stany chorobowe *innym zakłóceniom czynności psychicznych*, których źródłem mogą być przyczyny, nie mające nic wspólnego z chorobą *psychiczną*. Istotnie, doświadczenie i nauka wskazują, że przyczynami takimi mogą być np. intoksykacja, okres dojrzewania płciowego, menstruacja, brzemienność a także wzruszenia steniczne i asteniczne, jak gniew, zazdrość, przerażenie i t. p., oczywiście pod warunkiem, by były tak silne, że powodowały bądź zupełny zanik, bądź tylko ograniczenie w znacznym stopniu działania intelektu lub woli, czyli - jak mówi ustawa - możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem” (I K 1075/34).

¹³⁶ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 32.

¹³⁷ A. Golonka, op. cit.

Urazów i Przyczyn Zgonów. Ponadto w pojęcie „innych zakłóceń” wcielone zostały również stany upojenia lub odurzenia. Przyznać zatem należy, iż trzecia kategoria czynnika psychiatrycznego, która może determinować niepoczytalność lub poczytalność ograniczoną w znacznym stopniu, jest bardzo szeroka, w szczególności biorąc pod uwagę, iż obejmuje „odurzenie senne, hipnozę, stan posthipnotyczny, zaburzenia rozwojowe, okres dojrzewania płciowego, okres klimakteryjny, menstruacyjny, skrajne przemęczenie, zaburzenia wywołane nadużyciem alkoholu lub innych środków odurzających, ale także psychopatię, choroby wieku podeszłego (...) cukrzycę, zatrucia, ponadto przebieg ciąży, (...) stan afektu fizjologicznego i strach”¹³⁸.

Nie powinno się jednak traktować pojęcia „innych zakłóceń czynności psychicznych” jako kategorii, do której klasyfikować można wszelkie stany psychiczne człowieka, które nie odpowiadają definicjom „choroby psychicznej” lub „upośledzenia umysłowego”. Wychodząc poza ramy siatki pojęciowej wykorzystywanej w nauce prawa karnego, sięgnąć należy do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, która stanowi, iż „ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o: osobie z zaburzeniami *psychicznymi*, odnosi się to do osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), upośledzonej umysłowo, wykazującej inne zakłócenia czynności *psychicznych*, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń *psychicznych*, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”.

§3. Środki zabezpieczające izolacyjno-lecznicze stosowane wobec osób dotkniętych chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem

1. Podział i istota środków karnych przewidzianych przez obecnie obowiązujący Kodeks Karny z 1997 r.

Kodeks Karny – jako ustawa przewidująca zasady odpowiedzialności za popełnienie czynu zabronionego – wskazuje, iż obecnie do systemu środków penalnych zalicza się kary, środki karne, środki związane z poddaniem sprawcy próbie oraz środki zabezpieczające. Kary i środki karne charakteryzuje to, iż stosuje się je w ścisłym związku ze stwierdzoną winą sprawcy czynu zabronionego, środki zabezpieczające zaś – co do zasady - gdy brak jest winy sprawcy, ale stwarzać on może zagrożenie dla porządku prawnego. Zastosowanie środka

¹³⁸ T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające* ..., op. cit., s. 528.

zabezpieczającego nie ma na celu represjonowania sprawcy, ale ochronę społeczeństwa przez niebezpiecznymi sprawcami przestępstw¹³⁹.

Istnieją różne teorie na temat klasyfikacji środków zabezpieczających oraz kryteriów, na podstawie których taka klasyfikacja się odbywa. Pierwsza klasyfikacja przewiduje podział na środki, które są związane z popełnieniem czynu zabronionego przez sprawcę, który znajdował się w stanie niepoczytalności lub stanie znacznie ograniczonej poczytalności. Następnie rozróżnia się środki związane z popełnieniem czynu zabronionego przez sprawcę w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. Jako ostatnią kategorię wymienia się środki o charakterze administracyjnym. Druga koncepcja ujęcia podziału środków karnych przewiduje tylko dwie ich kategorie, którymi są środki leczniczo-rehabilitacyjne oraz administracyjne¹⁴⁰.

Obecne brzmienie Kodeksu Karnego enumeratywnie wylicza środki zabezpieczające i tak są nimi: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, oraz pozostałe – środki leczniczo-rehabilitacyjne - terapia, terapia uzależnień oraz pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Środki administracyjne mają stanowić dla sprawcy przestępstwa dolegliwość, a ich istotę stanowi pewna izolacja od społeczeństwa¹⁴¹, obejmująca zakazy, nakazy czy pozbawienie pewnych uprawnień. Art. 93a k.k. wskazuje na możliwość zastosowania tytułem środka zabezpieczającego nakazów lub zakazów przewidzianych przez art. 39 pkt 2-3 k.k.

Zgodnie z tym zapisem sąd może zatem wobec sprawcy czynu zabronionego zastosować jeden z poniższych środków karnych (o ile ustawa stanowi o takiej możliwości), jakimi są: zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej; zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi; zakaz przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu; zakaz wstępu na imprezę masową; zakaz wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych; nakaz okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym; zakaz prowadzenia pojazdów;

Podkreślenia wymaga kwestia, iż z uwagi na dwutorowy model prawa karnego, który obowiązuje nie tylko w Polsce, ale w większości europejskich kodeksów karnych,

¹³⁹ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego ...*, op. cit., s. 141.

¹⁴⁰ Tamże, s. 142.

¹⁴¹ Przejawiająca się w tym miejscu funkcja prewencyjna wynika z tego, iż środki administracyjne są w zasadzie środkami karnymi, których zastosowanie w ramach środka zabezpieczającego jest możliwe, gdy ustawa tak stanowi.

przesłanką do zastosowania środka zabezpieczającego wobec sprawcy jest popełnienie przez niego czynu zabronionego¹⁴². Dwutorowość przejawia się w tym, iż obok orzeczonej kary istnieje możliwość zastosowania środka zabezpieczającego, który ma służyć zapewnieniu bezpieczeństwa dla porządku prawnego i społecznego przez szeroko pojętą neutralizację możliwego niepożądanego zachowania sprawcy czynu. Taka możliwość w rękach sądu, wykorzystująca uzupełniające się działanie dwóch instrumentów polityki karnej, pozwala na realizację różnych funkcji przewidzianych prawem, mając na względzie warunki i cechy sprawcy, będącego ich adresatem¹⁴³. Nie wystarcza do zastosowania środka zabezpieczającego jedynie stwarzanie niebezpieczeństwa (odpowiednio dla innych, ale też i dla samego siebie), jednak stanowić to może podstawę do izolacji takiego sprawcy.

Wskazać należy na fakt, iż W. Wolter rozróżniał środki zabezpieczające według kryterium ich charakteru. Wywodził on, że środki zabezpieczające o charakterze bezpośrednim odnoszą się wprost do osoby sprawcy, poprzez jego odizolowanie od społeczeństwa, by uniemożliwić mu powtórne naruszanie porządku prawnego. Środki o charakterze bezpośrednim zaś mają na celu wyeliminowanie z otoczenia sprawcy pewnych „przedmiotów”, bez których zneutralizowana jest jego niebezpieczna postawa czy natura. Pośredni charakter środków zabezpieczających polega zatem na pozbawieniu sprawcy pewnych jego uprawnień, które wiążą się z określonymi rodzajami przestępstw (w drodze przykładu: pozbawienie sprawcy prawa wykonywania zawodu lub prowadzenia pojazdów mechanicznych).

2. Środki zabezpieczające o charakterze leczniczym i terapeutycznym

Pochylając się nad regulacją środków zabezpieczających, warto przyjrzeć się ich ujęciu w świetle kodeksów obowiązujących przed wejściem w życie Kodeksu Karnego z 1997 r. J. Makarewicz w swym komentarzu do Kodeksu karnego z 1932 r. wskazał następująco - „z chwilą bankructwa kary pozbawienia wolności, jako środka, który miał przestępcę poprawiać czy odstraszać, stanąć musiało społeczeństwo wobec problemu, co należy uczynić, aby poza wymiarem sprawiedliwości w postaci odpłaty, osiągnąć jeszcze ochronę społeczeństwa przed przestępczością. Pozostają przeto środki zabezpieczające, samoistne, występujące obok środków karnych. (...) nie zawsze chodzi o osobnika, którego można zasądzić na karę i tę karę odpowiednio ukształtować, chodzi także o jednostki

¹⁴² T. Bojarski, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, J. Lachowski, J. Majewski, Ł. Pohl, *Okoliczności uchylające* ..., op. cit., s. 546.

¹⁴³ K. Krajewski, *Istota środków zabezpieczających*, [w:] L.K. Paprzycki (red.), J.K. Gierowski, K. Krajewski, K. Postulski, M. Siwek, *System Prawa Karnego*..., op. cit., s. 4.

niebezpieczne, które z powodu braku warunków odpowiedzialności w ogóle (lub w chwili dokonania) nie mogą być przedmiotem kary”¹⁴⁴.

Wobec powyższego, w Kodeksie Karnym z 1932 r. art. 79 przewidywał, iż w przypadku uznania sprawcy czynu zabronionego za nieodpowiedzialnego, którego pozostawanie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, sąd zarządza jego umieszczenie w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych albo innym zakładzie leczniczym. W myśl tego przepisu niebezpiecznym był sprawca, który zagrażał porządkowi prawnemu i zgodnie z art. 17 zachodziła u niego niepoczytalność w czasie czynu. W przypadku ograniczonej poczytalności sprawcy, sąd nie orzekał obligatoryjnie o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, ale miał taką możliwość. Jeżeli sąd zaś skazał takiego sprawcę na karę pozbawienia wolności, to o tym, czy orzeczona kara ma zostać wykonana, decyduje po zwolnieniu sprawcy z zakładu leczniczego¹⁴⁵.

W Kodeksie Karnym z 1932 r., podobnie jak w obecnie obowiązującej regulacji, czas wykonywania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym nie był określany z góry, z tą jednak różnicą, że bez względu na okoliczności lub fakt ustania „niebezpieczeństwa grożącego ze strony sprawcy”, nie można było go zwolnić z zakładu przed upływem roku od dnia umieszczenia¹⁴⁶. Była to swojego rodzaju ostrożność ustawodawcy, polegająca na ochronie społeczeństwa przed zbyt pochopnym podejmowaniem decyzji o zwolnieniu sprawcy z zakładu psychiatrycznego, gdyż niebezpieczeństwo, jakie stwarza osoba z zaburzeniami psychicznymi, nie jest tak łatwe do wyeliminowania w krótkim czasie¹⁴⁷ - stąd też określenie minimalnego okresu internowania.

Kodeks z 1932 r. przewidywał także umieszczenie w placówkach psychiatrycznych sprawców, którzy popełnili czyn w związku z „nadużywaniem napojów wysokowych lub innych środków odurzających”. Sąd stwierdzając, iż nałóg danego sprawcy miał związek z popełnieniem przez niego czynu przestępnego, mógł go umieścić w zakładzie leczniczym na okres 2 lat, po ewentualnym odbyciu przez niego orzeczonej kary. Było to rozwiązanie dość zaskakujące w swej istocie, ponieważ przewidywało literalnie odwrotną kolejność wykonania kary i środka zabezpieczającego niż w stosunku do sprawcy, u którego stwierdzono

¹⁴⁴ J. Makarewicz, *Kodeks Karny z komentarzem...*, op. cit., s. 158.

¹⁴⁵ Art. 80 k.k. w brzmieniu z 1932 r., tj.: „jeżeli przestępcę uznano za mającego zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem (art. 18§1), a jego pozostawanie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, sąd może zarządzić jego umieszczenie w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych albo w innym zakładzie leczniczym.

¹⁴⁶ K. Krajewski, *Istota środków zabezpieczających ...*, op. cit., s. 31.

¹⁴⁷ J. Makarewicz, *Kodeks Karny z komentarzem...*, op. cit., s. 162.

poczytalność ograniczoną. W przypadku osób uzależnionych wykonywana była najpierw kara, a następnie fakultatywnie środek zabezpieczający, w przypadku drugim – u osób o ograniczonej poczytalności – najpierw wykonywany był środek zabezpieczający, a dopiero potem ewentualna kara¹⁴⁸.

Instytucja postpenalnych środków zabezpieczających, których zastosowanie przewidywał Kodeks Karny z 1932 r., zginęła z polskiego prawa karnego wraz z wejściem w życie Kodeksu Karnego z 1969 r., który nie upatrywał już środków do walki z recydywą i przestępczością zawodową w środkach izolacyjno-eliminacyjnych. Regulacje związane ze środkami zabezpieczającymi dotyczyły wówczas środków administracyjnych i leczniczych, stosowanych wobec sprawców o ograniczonej bądź zniesionej poczytalności, a także wobec osób uzależnionych od alkoholu lub substancji psychotropowych. Nowy Kodeks ograniczył środki zabezpieczające do bardzo wąskiego ich pojmowania jako środka do izolacji niebezpiecznych sprawców, którzy są uzależnieni lub cierpią na zaburzenia psychiczne. Redakcyjne zmiany w Kodeksie Karnym polegały na zastąpieniu terminu „nieodpowiedzialnego sprawcy” pojęciem sprawcy niepoczytalnego, ale także terminu „zakład leczniczy” określeniem „zakład leczenia odwykowego”.

Wprawdzie zasada bezwzględnej nieoznaczoności okresu pobytu w zakładzie psychiatrycznym została w dalszym ciągu zachowana, jednak zrezygnowano z minimalnego okresu przebywania sprawcy w takim zakładzie (zgodnie z Kodeksem Karnym z 1932 r. był to rok). Ponadto, kara pozbawienia wolności lub ograniczenia wolności mogła być orzeczona fakultatywnie, po zwolnieniu sprawcy z zakładu leczniczego podejmowana była przez sąd decyzja o potrzebie jej wykonywania. Istotne przy orzekaniu o wykonaniu takiej kary było to, jak długo sprawca przebywał w zakładzie przed zwolnieniem – im dłużej pozostawał na przymusowym leczeniu przed zwolnieniem, a im krótsza była orzeczona kara, tym zasadniejsze było odstąpienie przez sąd od jej wykonania¹⁴⁹.

Zgodnie z art. 93c k.k. w obowiązującym obecnie jego brzmieniu środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy:

- co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności;
- w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności;
- w razie skazania za przestępstwo zabójstwa, spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zgwałcenia, wykorzystania seksualnego osoby bezradnej, niepoczytalnej,

¹⁴⁸ K. Krajewski, *Istota środków zabezpieczających ...*, op. cit., s. 32.

¹⁴⁹ K. Krajewski, *Istota środków zabezpieczających ...*, op. cit., s. 38-40.

seksualnego nadużycia stosunku zależności na szkodę osoby małoletniej, obcowania płciowego z małoletnim, popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych;

- w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, przestępstwo przeciwko wolności, przeciwko wolności seksualnej i obyczajności lub przeciwko rodzinie i opiece, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia
- w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka

Przepis art. 93b §1 k.k. wprowadza zasadę konieczności, a więc zasadę rozstrzygającą, czy środek zabezpieczający może być stosowany w danym przypadku. Sąd bowiem może orzec taki środek jedynie wówczas, gdy „jest to konieczne, by zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające”. Ponadto środek w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym może być orzeczony jedynie w celu zapobieżenia ponownego popełnienia czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

Odnosząc się już konkretnie do grupy sprawców wymienionych w pkt 1, wskazuje się, iż obejmuje ona wszystkich tych, u których z powodów wskazanych w art. 31 §1 k.k. (choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe, inne zakłócenia czynności psychicznych) *tempore criminis* wystąpiła niepoczytalność. Po umorzeniu postępowania sąd może zastosować zatem wolnościowe środki zabezpieczające, ale w wypadku wystąpienia wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia przez niego w przyszłości czynu zabronionego orzeka on o pobycie w zakładzie psychiatrycznym. Sprawca skazany za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności może co prawda spotkać się z zastosowaniem wobec niego nadzwyczajnego złagodzenia kary, ale nie wyłącza to też możliwości orzeczenia wobec niego izolacyjnego środka zabezpieczającego¹⁵⁰.

Ciekawym rozwiązaniem jest regulacja wprowadzona nowelizacją Kodeksu Karnego z 2015 r., która w art. 93c pkt 4 k.k. wskazuje *in concreto* na sprawców z zaburzeniami osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej

¹⁵⁰ M. Królikowski, *Wymiar kary po 1 lipca 2015 r.*, [w:] P. Wiliński (red.), *Obróńca i pełnomocnik w procesie karnym po 1 lipca 2015 r. Przewodnik po zmianach*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 387.

użycia. Sprawcy z takimi zaburzeniami w dużej mierze wykazują zachowania agresywne i mocno odbiegające od przyjętych w społeczeństwie norm. Dowolność organu orzekającego nie jest jednak tak szeroka, jak mogłoby się wydawać, a to przez wzgląd na ograniczenie, jakim jest skazanie na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia oraz kwestię takiego nasilenia zaburzenia osobowości, które w wysokim stopniu sprzyja popełnieniu czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia¹⁵¹.

Internacja w zakładzie psychiatrycznym wiąże się z odejściem od naczelnej zasady wyznaczonej przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, która podkreśla, iż leczenie powinno być dobrowolne, a więc wykonywane jedynie po uzyskaniu od potencjalnego pacjenta zgody. Z uwagi na prewencyjny charakter środka zabezpieczającego, jakim jest pobyt w zakładzie psychiatrycznym, nacisk położony jest na ochronę społeczeństwa i porządku prawnego. Zadania lecznicze, które są wykonywane w trakcie stosowania wobec sprawcy środka zabezpieczającego o charakterze leczniczym, to nie tylko farmakoterapia i psychoterapia, ale też psychoedukacja i oddziaływanie rehabilitacyjne. Całość zadań, które wykonuje placówka lecznicza, powinna być wykonywana w sposób kompleksowy i interdyscyplinarny, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i psychologicznej.

Zakłady psychiatryczne o charakterze zamkniętym dzielą się pod względem poziomu ich zabezpieczenia. Do zakładu o warunkach maksymalnego zabezpieczenia kieruje się takich sprawców, których zachowania zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób lub polegają na niszczeniu przedmiotów znacznej wartości, a nie mogą być opanowani w zakładzie zamkniętym o wzmocnionych warunkach zabezpieczenia. Oczywista jest niemożność samowolnego oddalenia się takiego sprawcy z zakładu.

Sprawcy, których zachowania zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób oraz polegają na niszczeniu przedmiotów znacznej wartości, a nie mogą być opanowani w zakładzie zamkniętym o podstawowych warunkach zabezpieczenia, odbywają leczenie w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu. *Per analogiam*, zamknięty zakład psychiatryczny o podstawowych warunkach zabezpieczenia to taki, do którego kieruje się sprawców, którzy nie stwarzają podstaw do skierowania ich do zakładu o wyższej formie zabezpieczenia¹⁵².

¹⁵¹ Prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa, pozwalające na stosowanie określonego w art. 94 § 1 k.k. środka, musi być wysokie, tzn. graniczące z pewnością. Samo tylko przypuszczenie, dopuszczalność możliwości popełnienia czynu zabronionego, zatem taka sytuacja, w której możliwość tę uznaje się jedynie za niewykluczoną, nie jest wystarczające (za: wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 7 lipca 2010 r. o sygn. akt II Akzw 535/10).

¹⁵² J.K. Gierowski, *Istota środków zabezpieczających*, [w:] L.K. Paprzycki (red.), J.K. Gierowski, K. Krajewski, K. Postulski, M. Siwek, *System Prawa Karnego...*, op. cit., s. 120-121.

Środki zabezpieczające leczniczo-rehabilitacyjne, ujęte obecnie w art. 93a §1 k.k., obejmują terapię, która (jako nieizolacyjny środek zabezpieczający) zobowiązuje sprawcę do stawiennictwa w określonej placówce w terminach, które wyznacza psychiatra, seksuolog lub terapeuta. „Terapia” wiąże się również z koniecznością poddania się terapii farmakologicznej, która ma skutkować osłabieniem popędu seksualnego, alternatywnie z poddaniem się psychoterapii lub psychoedukacji, które mają na celu poprawę funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Terapia uzależnień odpowiednio wymaga od sprawcy, wobec którego orzeczono ten środek karny, aby stawał się we wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego w określonych terminach i poddał się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego środka o podobnym działaniu.

Pobyt w zakładzie psychiatrycznym orzeczony wobec sprawcy skazanego za przestępstwo zabójstwa, spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zgwałcenia, wykorzystania seksualnego osoby bezradnej, niepoczytalnej, seksualnego nadużycia stosunku zależności na szkodę osoby małoletniej, obcowania płciowego z małoletnim, popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych oznacza pobyt w zakładzie leczniczym, który świadczy opiekę zdrowotną w zakresie opieki psychiatrycznej. Warunkiem jednak jest umieszczenie takiego sprawcy w zakładzie o wzmocnionych zabezpieczeniach¹⁵³. Sprawcy przestępstw związanych z zaburzeniami preferencji seksualnych nie mogą ponadto być umieszczani na tych samych oddziałach, co sprawcy niepoczytalni, ponieważ każda grupa internowana powinna być jednorodna psychopatologicznie¹⁵⁴.

Warto podkreślić, że katalog środków zabezpieczających został nieprzypadkowo ułożony w kolejności od najłagodniejszych do wywierających najsilniejszą ingerencję w sferę wolności sprawcy. Sąd w momencie orzekania o potrzebie zastosowania środka zabezpieczającego ma swobodę jego wyboru, dokonany wybór jednak nie wiąże w późniejszym etapie lekarzy, którzy dowolnie mogą modyfikować postępowanie psychiatryczne lub psychologiczne wobec sprawcy, w zależności od potrzeb wynikających w trakcie leczenia. Zasada proporcjonalności zakłada bowiem konieczność każdorazowego dopasowywania rodzaju i intensywności środka zabezpieczającego do potrzeb zabezpieczenia¹⁵⁵.

¹⁵³ Zgodnie z zapisem zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 15.11.2010 r. w sprawie wykazu zakładów zamkniętych przeznaczenia do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich pojemności i warunków zabezpieczenia (Dz. U. Nr 230, poz. 1520).

¹⁵⁴ K. Krajewski, *Istota środków zabezpieczających...*, op. cit., s. 125.

¹⁵⁵ M. Królikowski, *Wymiar kary po 1 lipca 2015 r...*, op. cit., s. 387.

3. Opiniowanie o stosowaniu leczniczych środków zabezpieczających

Wiele zagadnień, które znajdują się w punkcie zetknięcia prawa, psychiatrii i psychologii, jest elementem zainteresowania psychopatologii sądowej, która łączy w sobie psychiatrię sądową i psychologię sądową. Relacje, które zachodzą między prawem a psychopatologią sądową, określić można za pomocą wskazania obszarów ich wzajemnych zależności. W kwestii tworzenia prawa podkreśla się rolę podstaw psychiatrii i psychologii, które winny być każdorazowo uwzględniane w procesie legislacyjnym, ponieważ prawo, z racji pełnienia funkcji regulacyjnych i społecznych, powinno uwzględniać aktualny stan wiedzy i nauki, by jak najlepiej chronić interesu społecznego. Jeżeli mowa o stosowaniu prawa, nie sposób nie zwrócić uwagi na wieloaspektową rolę biegłych psychiatrów i psychologów sądowych, którzy są nie tylko doradcami i konsultantami, ale i biegłymi, ekspertami¹⁵⁶. W kontekście wykonywania orzeczeń zróżnicowane i nierzadko skomplikowane działania, mające na celu resocjalizację i terapię, wiążą się na przykład z realizowaniem środków zabezpieczających¹⁵⁷.

Zasada wysłuchania biegłych, która ma zastosowanie do przepisów dotyczących orzekania środków zabezpieczających, zakłada zbadanie wszelkich przesłanek stosowania środków zabezpieczających. Biegły psychiatra formułuje diagnozę i prognozę lekarską, zadaniem biegłego psychologa zaś jest określenie prognozy społeczno-kryminologicznej, mając na względzie cechy osobowości sprawcy¹⁵⁸. Ponadto współczesna konstrukcja pojęcia niepoczytalności wymaga skorzystania z wiedzy nie tylko psychopatologicznej, ale i czysto psychologicznej, np. w kwestii niektórych koncepcji (jak koncepcja stresu psychologicznego)¹⁵⁹.

Nadrzędną przesłanką, która pozwala na zastosowanie środka zabezpieczającego, jest zapobieżenie popełnieniu przestępstwa przez sprawcę, który byłby związany z chorobą

¹⁵⁶ Na pozycję psychologa w kwestii wydawania opinii wskazał Sąd Najwyższy w swym postanowieniu z dnia 23 listopada 2011 r. (II KK 284/11) - „o ustaleniu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego decydują lekarze psychiatry i psycholog, którego dominująca pozycja uwidacznia się w szczególności w zakresie ustalenia „innego zakłócenia czynności psychicznych”, które nie ma charakteru patologii psychiatrycznej”.

¹⁵⁷ J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Środki zabezpieczające: umieszczenia – pobytu w zakładzie karnym, w zakładzie zamkniętym przeznaczonym dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne oraz terapia i elektroniczna kontrola miejsca pobytu stosowane wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniem osobowości*, [w:] L.K. Paprzycki (red.), J.K. Gierowski, K. Krajewski, K. Postulski, M. Siwek, *System Prawa Karnego. Środki zabezpieczające. Tom 7*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2015, s. 140.

¹⁵⁸ J.K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu karnym*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2010, s. 410.

¹⁵⁹ Tamże, s. 163.

psychiczną, upośledzeniem umysłowym, zaburzeniem preferencji seksualnych lub uzależnieniem od alkoholu innego środka odurzającego, a celem zastosowania środka nie jest ukaranie sprawcy, ale zabezpieczenie społeczeństwa przed niebezpieczeństwem, które dany sprawca może powodować. Często niepodjęcie środka zabezpieczającego byłoby ryzykowne dla społeczeństwa z uwagi na pozostawanie sprawcy na wolności i niepodjęcie przez niego koniecznego (ze względu na jego stan psychiczny) leczenia. Jako że nie każda choroba psychiczna, zaburzenie lub uzależnienie determinują ryzyko ponownego przestępnego zachowania, osoby posiadające wiadomości specjalne (czyt. psychiatrzy, psychologowie, seksuolodzy) muszą stwierdzić, czy stan psychiczny sprawcy może stwarzać niebezpieczeństwo ponownego zachowania sprzecznego z prawem¹⁶⁰.

Prawdopodobieństwo popełnienia czynu musi być wysokie, nie może być też trudne do przewidzenia. Co do zasady wynika ono z przewidywanych zachowań, które warunkowane są przeżyciami psychopatologicznymi. Jeżeli objawy psychopatologiczne, które określone zostały jako powód popełnienia danego czynu, nie ustępują, prawdopodobieństwo wskazane w Kodeksie Karnym uznaje się za wysokie. Owe prawdopodobieństwo, a raczej opiniowanie o nim, jest jednym z najtrudniejszych zadań biegłych, ponieważ zawiera w znacznej mierze elementy prognostyczne¹⁶¹.

Bezpieczeństwo publiczne w dużej mierze zależy od decyzji sądu, który stosuje środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, a decyzja taka zapada dopiero po zapoznaniu się przez sąd z opinią i analizą stanu psychicznego sprawcy sporządzoną przez biegłych. Ryzyko ponownego popełnienia czynu, wskazane w opinii, powinno pozostawać w ścisłym związku z chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym, zaburzeniem preferencji seksualnych lub uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji odurzających. Każdy przypadek powinien być oceniany indywidualnie.

W drodze przykładu – spożycie alkoholu powoduje takie objawy jak rozhamowanie, kłótniowość, agresje, chwiejność afektywną, zaburzoną uwagę, zaburzone wydawanie osądu lub ograniczoną zdolność oceny czy w końcu wpływ na funkcjonowanie indywidualne. Aby uznać, iż to alkohol zadziałał w danym przypadku dysfunkcjonalnie, stwierdzone powinny być co najmniej dwa z powyższych objawów. Przy wystąpieniu zbiegu upojenia z chorobą psychiczną niekiedy obraz psychopatologiczny może być zniekształcony, dlatego też opiniowanie w przypadkach chorób alkoholowych jest niezwykle trudne. Ponadto niektóre

¹⁶⁰ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 336-338.

¹⁶¹ J. Przybysz, *Psychiatria sądowa. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, wyd. TUMULT, Toruń 2005, s. 65.

substancje psychoaktywne, takie jak marihuana czy amfetamina, mogą naśladować objawy chorobowe¹⁶².

Diagnoza psychopatologiczna ma na celu ustalenie, jakie procesy i zjawiska psychiczne doprowadziły do popełnienia przez sprawcę czynu – to znaczy – ustalenie sytuacji motywacyjnej jednostki, a w szczególności jej zdolności samokontroli. Z uwagi na wprost przedstawiony w art. 31 §1 k.k. związek przyczynowy pomiędzy biologicznym a psychologicznym kryterium niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej¹⁶³, psychologia kliniczna może być bardzo przydatna w odtwarzaniu procesów i zależności między zakłóceniem lub zaburzeniem psychicznym a zdolnością rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem. Próba zdefiniowania niepoczytalności byłaby niemożliwa bez ujęcia członu psychologicznego. To bowiem dzięki kryterium psychologicznemu istnieje możliwość ustalenia, jaki stan psychiczny sprawcy determinuje jego działanie w stanie niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej¹⁶⁴.

Sąd orzekający o zastosowaniu wobec sprawcy środka zabezpieczającego, zgodnie z zapisami Kodeksu Karnego Wykonawczego, zasięga opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, określa rodzaj tego zakładu i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej ze względu na miejsce pobytu sprawcy jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia oraz polecenie doprowadzenia wraz z poleceniem przyjęcia – kierownikowi wskazanego zakładu.

Komisja, wydając opinię o umieszczeniu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym, powinna mieć na względzie przesłanki takie jak rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca w przeszłości; rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub ucieczkowych w przeszłości; aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz choroby współistniejące; uzależnienie od alkoholu, środka odurzającego lub substancji psychotropowych; związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi; ogólną sprawność fizyczną; szczególne wskazania do postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego; przebieg i wyniki dotychczasowego

¹⁶² K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 343-344.

¹⁶³ Mowa tu o wyrażeniu „z powodu” w zapisie „nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”.

¹⁶⁴ J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Środki zabezpieczające ...*, op. cit., s. 164.

leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji; miejsce zamieszkania sprawcy oraz dostępne miejsca w zakładach *psychiatrycznych*¹⁶⁵.

Wykrywanie potencjalnych zagrożeń przemocą jest możliwe dzięki stale udoskonalanym narzędziom diagnostycznym, takim jak SAVRY, HCR-20, SVR-20, PCL-R. Współczesny postęp nauki umożliwia stworzenie pełnej klinicznej diagnozy, która pozwala wniknąć w obraz bio-psycho-społeczny danego sprawcy (jako połączenie płaszczyzn biologicznej, psychologicznej i społecznej). Poszczególne czynniki ryzyka ukazane przez pryzmat osobowości danego sprawcy, jego podłoża motywacyjnego, a także pożądanych i oczekiwanych zmian w jego zachowaniu zwiększają rzetelność stwierdzenia, czy istnieje zagrożenie ze strony badanego sprawcy. Choć w Kodeksie Karnym wskazuje się, że przedmiotem opinii biegłych jest „stan zdrowia psychicznego sprawcy”, to jednak oznacza to raczej szeroko rozumiany stan psychiczny, a nie tylko kwestię zdrowia psychicznego lub jego braku¹⁶⁶.

Powszechnie uznawanym europejskim standardem jest współcześnie interdyscyplinarność. Jak wskazuje stała praktyka kliniczna, ścisła współpraca psychologów i psychiatrów w opiniowaniu sprawców przestępstw pod kątem „stanu zdrowia psychicznego sprawcy”, wiążącego się niejednokrotnie z orzeczeniem wobec niego środków zabezpieczających, jest nie tylko możliwa, ale i wskazana z uwagi na dychotomiczny charakter definicji niepoczytalności (kryterium biologiczno-psychiatryczne i psychologiczne)¹⁶⁷.

¹⁶⁵ Przesłanki wskazane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych.

¹⁶⁶ J.K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu karnym...*, op. cit., s. 420.

¹⁶⁷ *Ibidem*, s. 421.

Rozdział III

Teorie kryminologiczne dotyczące uwarunkowań do popełnienia przestępstwa

§1. Teorie biologiczne

1. Kryminologia pozytywistyczna

Znane kryminologom pytanie lombrozjańskie – dlaczego jedno ludzie popełniają przestępstwa, a inni nie? - w świetle teorii pozytywistów wiązało się z indywidualizmem, tj. zorientowaniem na osobę sprawcy. Determinizm, który cechował podejście tej szkoły, skupiał się na zachowaniach ludzkich (w tym i przestępnych), które zależne są od wielu czynników, a na które ludzie nie mają wpływu. Cesare Lombroso w swym dziele „Człowiek zbrodniarz w stosunku do antropologii, jurysprudencji i dyscypliny więziennej” wysnuł teorię o typie tzw. „urodzonego przestępcy”. Zdaniem Lombroso, przestępcy stanowili odrębny typ człowieka, który w porównaniu do pozostałych ludzi, reprezentuje niższy poziom ewolucyjny¹⁶⁸.

Na piedestał wyniósł Lombroso badania empiryczne i nakazywał „przystąpić do badania bezpośredniego, somatycznego i psychicznego człowieka przestępcy, porównując je z danymi dotyczącymi człowieka normalnego i obłąkanego”. W ten sposób badając więźniów Lombroso stwierdził, że około 40% skazanych stanowią przestępcy z urodzenia, niemogący uwolnić się od wrodzonych właściwości¹⁶⁹. Mając na uwadze teorie o przestępstwie jako zjawisku biologicznym i przyrodniczym, które warunkowane jest przez sprawcę czynu (jego właściwości fizyczne i psychiczne), Lombroso wyróżnił pewne cechy-klucze, które służyć mogły lepszemu identyfikowaniu zbrodniarzy. I tak „mordercy odznaczają się objętością żuchwy, wydatnymi policzkami, włosami czarnymi i gęstymi, rzadkim zarostem, bladą twarzą”, a podpalacze mniejszą wagą i dłuższymi kończynami. Choć z uwagi na postęp nauki i technologii teoria Lombroso nie cieszy się obecnie wysokim uznaniem wśród przedstawicieli doktryny, badane przez niego odrębności, przejawiające się w funkcjonowaniu psychiki (cynizm, impulsywność, brak wyrzutów sumienia) w dużej mierze mają odzwierciedlenie w rzeczywistości nawet w świetle obecnego dorobku nauki¹⁷⁰.

¹⁶⁸ M. Kuć, *Kryminologia*, wyd. C. H. BECK, Warszawa 2013, s. 14.

¹⁶⁹ B. Hołyst, *Kryminologia*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 713.

¹⁷⁰ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, wyd. Arche, Gdańsk 2006, s. 91.

Zgodnie z założeniami Cesare Lombroso człowiek zbrodniarz powinien posiadać co najmniej sześć cech (specyficzna budowa ucha, wystające kości policzkowe, deformacja czaszki, cofnięte czoło etc.), które występują w obrębie jego głowy, ale również powinien wykazywać odmienności w budowie organów wewnętrznych, czy być leworęcznym¹⁷¹.

Główną zasadą wyjaśnień kryminalnych Lombroso były twierdzenia o tym, że przestępcy reprezentują szczególny fizyczny typ, różniący się od nie-przestępców. Ogólnie rzecz biorąc twierdził, że przestępcy wykazują formę degeneracji, która przejawia się w cechach fizycznych odzwierciedlających wcześniejsze formy ewolucji. Opisywał on przestępców jako jednostki atawistyczne, symbolizujące powrót do wcześniejszej formy życia ewolucyjnego. W drodze przykładu uważał, że uszy o niezwykłych rozmiarach, pochyle czoła, nadmiernie długie ręce, cofnięte podbródki i skręcone nosy wskazywały na cechy fizyczne występujące wśród przestępców. Lombroso sklasyfikował przestępców na cztery główne kategorie:

1. urodzeni przestępcy o atawistycznych cechach;
2. szaleni przestępcy, w tym idioci, imbecyle i paranoicy, a także epileptycy i alkoholicy;
3. okazjonalni kryminaliści lub kryminoidzi, których zbrodnie są przede wszystkim wyjaśniane przez szansę (okazję)¹⁷²
4. przestępcy z pasji, popełniający zbrodnie z powodu gniewu, miłości lub honoru, których charakteryzuje bycie „zmuszonym do popełnienia przestępstwa przez nieprzezwyciężoną siłę”.

Na tej podstawie Lombroso zmodyfikował swe teorię w pięciu kolejnych wydaniach dzieła *L'uomo delinquente*, w których każdy zwrócił uwagę na coraz bardziej środowiskowe wyjaśnienia przestępczości, w tym klimat, opady deszczu, seksualność, zwyczaje małżeńskie, prawa obowiązujące w miejscu zamieszkania przestępcy, strukturę rządu i wpływ organizacji kościelnych. Nigdy jednak całkowicie nie porzucił idei istnienia urodzonego przestępcy.

Teorię antropologiczną Cesarego Lombroso nawiązującą do dorobku frenologów (poszukujących związku między kształtem czaszki a psychiką człowieka) i fizjonomistów (skupiających się na korelatkach psychiki i ukształtowania twarzy), kontynuowali inni naukowcy, na przykład John Caspar Lavater, który twierdził, że istnieje związek między cechami twarzy a zachowaniem badanej osoby. Później Franz Joseph Gall, wybitny anatom,

¹⁷¹ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia...*, op. cit., s. 91.

¹⁷² Choć, zdaniem Lombroso, oni również mieli wrodzone cechy, które predysponowały do kryminalizacji.

rozwinął myśl poprzedników, twierdząc, że kształt głowy implikuje indywidualne cechy osobowości¹⁷³.

Enrico Ferri, następca i kontynuator teorii Cesare Lombroso, wyróżniał nie tylko przyczyny antropologiczne, które warunkują przestępczość danej jednostki, ale także przyczyny fizyczne (teluryczne) i społeczne. Nie skupiał się on jedynie na cechach fizycznych i psychicznych, jak prekursor teorii – Lombroso, ale poszerzył on krąg przyczyn antropologicznych o takie czynniki jak płeć, wiek, stan cywilny czy wykształcenie. Wbrew oczekiwaniom, za przyczyny fizyczne Ferri brał pod uwagę rasę człowieka, klimat, porę roku czy nawet czynniki meteorologiczne. Podłoże społeczne dla czynów przestępczych upatrywał w obyczaju, religii, sytuacji rodzinnej lub ustawodawstwie. Klasyfikacja przestępców według Enrico Ferri pokrywała się w części z teorią Lombroso, gdyż przewidywała rozróżnienie przestępców z urodzenia (obciążonych przez cechy dziedziczne), obłąkanych (chorych psychicznie) lub przestępców z namiętności (działających pod wpływem napięcia emocjonalnego), przypadkowych (kryminoidów) i przestępców z nawyknięcia¹⁷⁴.

Rafaele Garofalo, również bazując na teorii Cesare Lombroso, wywiódł wnioski o przestępstwach naturalnych i sztucznych. Wysnuł on również teorię o braku zmienności ludzkiej natury. Podzielał pogląd „ojca kryminologii” o przestępcach z urodzenia, którzy mieli wykazywać cechy „dzikich” ludzi, ale również uważał, iż przestępstwo naturalne polega na naruszeniu podstawowych uczuć, jakimi są „wstręt do zadawania innym ludziom cierpień oraz poszanowanie cudzego prawa własności”¹⁷⁵.

W tezach Rafaele Garofalo widoczny był wpływ „darwinizmu społecznego”¹⁷⁶, który to powstał w latach 80. XIX wieku i pierwotnie został użyty do krytyki filozofii "walki o byt" i przetrwania jednostek lepiej przystosowanych. Zdaniem Garofalo niektórzy członkowie społeczeństwa mogli mieć wyższe niż przeciętne poczucie moralności, ponieważ zaliczali się do „wyższych członków grupy”. Rozważał on zasadność lombrozjańskiej koncepcji przestępczości (powiązanej z pewnymi cechami fizycznymi), dochodząc do wniosku, iż idea ta ma wartość, lecz nie została udowodniona, bo choć występują anomalie fizyczne, nie są one regułą. Wysnuł natomiast teorię o braku odpowiednio rozwiniętych uczuć altruistycznych u przestępców, które mogły być przekazywane im przez dziedziczenie.

¹⁷³ J. R. Lilly, F. T. Cullen, R. A. Ball, *Criminological Theory. Context and Consequences*, wyd. SAGE Publications, Newbury Park 1989, s. 28-29.

¹⁷⁴ M. Kuć, *Kryminologia...*, op. cit., s. 17.

¹⁷⁵ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 714.

¹⁷⁶ A. Drouard, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001, s. 3222.

Takie wnioski doprowadziły Garofalo do zidentyfikowania czterech klas przestępców, z których każda różniła się od innych brakami w uczuciach współczucia i litości. Zdaniem Garofalo mordercom brakowało zarówno litości, jak i uczciwości. Przestępcom agresywnym brakowało litości, na co mogły w znacznym stopniu wpływać czynniki środowiskowe, takie jak nadużywanie alkoholu, ale możliwie również fakt, że przestępczość była w pewnych grupach społecznych powszechna. Zgodnie z tą teorią złodzieje popadali w brak rzetelności i prawdomówności, a działania ich można było określić wobec warunku „będących bardziej wytworem czynników społecznych niż u przestępców z innych klas”. Ostatnia kategoria zawierała cyników lub przestępców seksualnych, z których niektórzy byliby sklasyfikowani jako agresywni, ponieważ ich działania wynikały z "niskiego poziomu energii moralnej", a nie z braku litości. Garofalo używał analogii społeczeństwa jako naturalnego ciała, które musi albo przystosować się do środowiska, albo zostać wyeliminowane. Brak zdolności przestępców do życia według podstawowych ludzkich uczuć, niezbędnych społeczeństwu do przetrwania, powinien prowadzić do ich likwidacji, a śmierć ich przyczynić by się miała do przetrwania społeczeństwa¹⁷⁷.

Teorie biologiczne (antropologiczne), mimo wielu ich przeciwników, w latach późniejszych miały również zwolenników¹⁷⁸. Korzenie teorii konstytucyjnej można wywodzić od antropologii Lombroso i jej wpływu na pracę francuskiego policjanta Alphonse Bertillon (1853-1914), a właściwie jego pionierskiej praktyki antropometrycznej, znanej później jako Bertillonage. W systemie Bertillona każdy przestępca był identyfikowany przez pomiar jego głowy za pomocą indywidualnych oznaczeń, takich jak na przykład blizny czy tatuaże. Sam pomysł nie jest niezwykły i można go przypisać Arystotelesowi i Platonowi, jednak zastosowanie nowoczesnej technologii oraz adaptacja metod naukowych zaczerpniętych z antropologii sprawiły, że podejście Bertillona stało się tak godne uwagi i atrakcyjne, że inni badacze, tacy jak niemiecki psychiatra Ernst Kretschmer (1888-1964), kontynuowali ten kierunek badawczy.

Kretschmer dostrzegł podobne możliwości powiązania budowy twarzy, czaszki i ciała z charakterem i zaburzeniami psychicznymi. Podobnie jak Bertillon, Kretschmer wykorzystał kombinację fotografii i technik antropologicznych do pomiaru i opisu swoich pacjentów. Kretschmer ostatecznie opracował klasyfikację ciała opartą na trzech jego typach: chudej i słabej (astenicznej); wysokiej i muskularnej atletycznej budowie i w końcu krępej, nawet

¹⁷⁷ J. R. Lilly, F. T. Cullen, R. A. Ball, *Criminological Theory...*, op. cit., s. 33-35.

¹⁷⁸ Jak badacz E. Hooton, który przeprowadził złożone badania na szeroką skalę wśród przestępców, które miały wykazać, że właściwości fizyczne człowieka determinują jego ułomności psychiczne.

grubej, pyknicznej. Jak sugeruje Kretschmer, każdy typ ciała związany był z cechami osobowości, a w skrajnej formie ze szczególnymi postaciami psychopatologii. Chudy typ asteniczny był introwertykiem; muskularny typ atletyczny był asertywny, podczas gdy krępy typ pykniczny były wysoce towarzyski. W skrajnych postaciach budowa asteniczna była podatna na wycofanie i schizofrenię (jak i na schizofrenię był podatny również typ atletyczny). Otyłość pykniczna prawdopodobnie rozwijała zaburzenie maniakalno-depresyjne. Kretschmer zwrócił także uwagę na zachowanie przestępcze, klasyfikując ponad 4000 spraw karnych, zgodnie z jego trzema cechami fizycznymi. Doszedł do wniosku, że typ asteniczny był prawdopodobnie zamieszany w drobne kradzieże i oszustwa, atletycznie zbudowani przestępcy byli brutalni, a pyknicy popełniali szereg zbrodni, głównie związanych z oszustwami, ale czasami także z przemocą. Odkrycia Kretschmera były szeroko poczytywane i wpłynęły na myśl amerykańskiego psychologa Williama Herberta Sheldona (1898-1977), którego imię stało się synonimem teorii konstytucyjnej¹⁷⁹.

Uczni Sheldon i Stevens w latach 40. XXI wieku przedstawili związki osobowości ludzkiej z cechami fizycznymi, które zyskały następnie miano teorii somatotypów. Skupili się oni na trzech podstawowych rodzajach budowy. Pierwszą z nich jest budowa ciała określana jako mezomorficzna (*mesomorphic*) – charakteryzowana jako muskularny typ człowieka, o sylwetce zbudowanej atletycznie w kształcie trójkąta, dobrej posturze i grubej skórze; taki typ zdaniem uczonych jest najbardziej problematyczny z uwagi na bezwzględność, obojętność na cierpienie, potrzebę dominacji i ciągłe łaknienie przygód. Drugi typ budowy ciała – ektomorficzny (*ectomorphic*) – cechuje nerwowość, pobudliwość, introwertyzm i chroniczne spięcie. W kwestii cech fizycznych ektomorfików wyróżnia bardzo szczupła – zwykle wysoka – sylwetka i delikatna rzeźba mięśniowa. Trzecim typem wskazywanym przez uczonych jest typ endomorfika (*endomorphic*), czyli osoba otyła i „miękką”, zwykle niska, o nierozwiniętych mięśniach, doświadczająca problemów w utracie wagi. Endomorfik to osoba towarzyska, wesoła i łatwo nawiązująca kontakty. Taką osobę przedstawiano jako jednostkę najmniej podatną na naruszanie norm prawnych¹⁸⁰.

William H. Sheldon dorastał w gospodarstwie rolnym prowadzonym przez swojego ojca, który był naturalistą i zwolennikiem kontrolowania przyszłości rasy ludzkiej w taki sam sposób, jak kontroluje się zwierzęta. Sheldon zajął się typologią ciał Kretschmera i dokonał jej reinterpretacji w kategoriach zmiennych ciągłych. Rozpoznał on trzy rodzaje składników

¹⁷⁹ C.R. Hollin, *Psychology and Crime. An Introduction to criminological psychology*, wyd. Routledge Nowy Jork 2013, s. 58.

¹⁸⁰ R.M. Holmes, S.T. Holmes, *Profiling violent crimes. An investigative tool*, wyd. Thousand Oaks, London 2009, s. 54.

w ciele człowieka, a były nimi: 1) tłuszcz i przewód pokarmowy, które rozwijają się z endodermalnej warstwy embrionalnej; 2) mięśnie, kości i tkanka łączną, które pochodzą głównie z mezodermalnej warstwy zarodkowej, oraz 3) mózg i centralny układ nerwowy, które pochodzą z ektodermalnej warstwy zarodkowej. Zdaniem Sheldona, przewaga rozwoju endodermalnego powodowała endomorfię, budowę podobną do typu pyknicznego Kretschmera. Sheldon nazywał takie osoby wielorybami lub hipopotamami, które pod względem temperamentu są raczej zrelaksowane, towarzyskie i lubiące jeść. Przewaga rozwoju mezodermalnego rodziła zdaniem Sheldona mezomorfię – tj. budowę podobną do sportowego charakteru Kretschmera, a osobowość tę Sheldon określał jako energiczną, asertywną i odważną, porównując ją do postaci orłów i sów. Przewaga rozwoju ektodermy powodowała ektomorfię – formę podobną do jednostki astenicznej Kretschmera – a więc osobę o pierwiastku artystycznym¹⁸¹.

2. Koncepcje kierunku biopsychologicznego (dziedziczenie cech, aberracje chromosomalne; badania adopcyjne, rodzin i bliźniąt)

Próba wyjaśnienia przestępczych zachowań ludzkich, zgodnie z którą bazuje się na potencjale genetycznym (naturze, charakterze) i środowisku (wychowaniu, wpływie czynników zewnętrznych), nazywana jest niekiedy podejściem biopsychologicznym. Punktem wyjścia tej charakterystyki było rozróżnienie genotypu od fenotypu. Jakikolwiek organizm żywy posiada swój genotyp – a więc specyficzne ułożenie genów, które jest dziedziczone w kodzie genetycznym. Fenotyp zaś to każda cecha genetyczna, która jest obserwowalna (np. rozwój fizyczny ciała, zachowanie, funkcjonowanie psychologiczne), na którą wpływa środowisko, geny organizmu i interakcje między nimi. Oznacza to, że organizm o takim samym genotypie, który kształtowany jest różnorodnie przez dane środowisko, nie będzie wyglądał lub zachowywał się tak samo.

Istnieje tendencja w naukach społecznych do podejrzeń o wpływie genetycznym na zachowania kryminalne, z podkreśleniem jednak wagi czynników społecznych i środowiskowych. Kwestia wpływu dziedziczności na ludzkie zachowania stanowiła podwaliny wielu badań w różnych dziedzinach nauki. Sir Francis Galton, pół-kuzyn Karola Darwina, zasugerował trzy podstawowe metody badawcze, dzięki którym można badać interakcje między naturą a wychowaniem. Trzy metody Galtona, nadal stosowane przez

¹⁸¹ E.M. Coles, *Clinical Psychopatology...*, op. cit., s. 176.

badaczy obecnie, to badania rodzinne (genealogiczne), badania bliźniąt oraz badania adopcyjne¹⁸².

Mimo dużego zainteresowania badaczy powyższą tematyką, wskazać należy na kilka błędnych teorii związanych z genetyką przestępczości, które zostały wyparte przez przeprowadzone później badania rodzin, bliźniąt i dzieci adopcyjnych. Pierwszą z nich jest twierdzenie o istnieniu genu bezpośrednio odpowiedzialnego za przestępcze zachowania. Potwierdzone zostało, że nie ma genów odpowiedzialnych za przestępczość, ale istnieją geny zawierające kod białek i enzymów, które mogą wpływać na procesy fizjologiczne, stanowiące przyczynę kryminalnych zachowań. Co więcej, jest mało prawdopodobne, że pojedynczy gen będzie predysponował do przestępstwa. Zamiast tego jest bardziej prawdopodobne, że wiele genów działających w połączeniu powoduje różny stopień genetycznych predyspozycji do zachowań przestępczych w całej populacji. Genetycy behawioralni uznają zarówno znaczenie czynników środowiskowych, jak i interakcji między genetyką a środowiskiem.

Kolejnym błędnym twierdzeniem jest teza implikująca, że badania genetyczne mogą wyjaśnić, dlaczego niektóre konkretne osoby popełniają przestępstwa. Należy pamiętać, że dziedziczność jest pojęciem populacyjnym i nie może być stosowana na poziomie indywidualnym. Taka analiza mogłaby prowadzić do wniosków, że 50% wariacji kryminalnych zachowań można zaliczyć do czynników genetycznych, ale jest to oparte na ogólnej populacji podmiotów i nie można tego ekstrapolować na konkretne jednostki społeczne. Taka liczba nie oznacza na przykład, że połowę przestępstw popełnianych przez przestępców można przypisać do genetyki, podczas gdy druga połowa ma przyczyny środowiskowe. Nie oznacza to również, że czynniki genetyczne stanowią przestępstwa popełnione przez 50 na 100 przestępców. Tym samym również pogląd, że zbrodnia jest częściowo genetycznie określona, oznaczałoby, że nie można zmienić zachowań przestępczych. Zwrot "przestępstwo jest przeznaczeniem" nie jest wspierane przez behawioralne badania genetyczne, ponieważ nawet bardzo specyficzne zaburzenia genetyczne, takie jak fenyloketonuria (*phenylketonuria*, *PKU*), które mogą powodować zaburzenia funkcji umysłowych, mogą być leczone przez czynniki wpływu środowiskowego, jak np. dieta. Wpływy genetyczne nie działają w próżni - ich ekspresja zależy od parametrów środowiskowych¹⁸³.

Istnieją dwa główne powody, dla których należy zbadać rodzinę pod względem zrozumienia zachowań przestępczych. Należy najpierw rozważyć procesy zachodzące w

¹⁸² C.R. Hollin, op. cit., s. 50.

¹⁸³ A. Raine, *The psychopathology of crime*, wyd. Academic Press, San Diego 1993, s.48.

rodzinie, w której jeden lub więcej członków rodziny zachowuje się w sposób kryminalny; po drugie, istotne jest oszacowanie stopnia podobieństwa między zachowaniem się konkretnej osoby a jej biologicznymi krewnymi. Badanie procesów rodzinnych dostarczyło wielu informacji na temat pochodzenia rodzinnego przestępców. Podstawą rozumowania leżącego u podstaw badań rodzinnych jest to, że krewni biologiczni mają wspólną konstrukcję genetyczną, a wynikiem tego jest fakt, że jeśli istnieje dziedziczna predyspozycja do zachowania przestępczego, rodziny przestępcze będą miały tendencję do przekazywania „złych” genów swym (w przyszłości przestępczym) dzieciom.

Nie jest trudno znaleźć dowody na to, że zachowania przestępcze dotyczą rodzin, szczególnie w przypadku bliskich związków genetycznych. Istnieją relacje z początku XX wieku wskazujące, że skazani przestępcy pochodzili z rodzin z kryminalną historią (Dugdale, 1910; Estabrook, 1916), ale też bardzo podobne wnioski są wysnuwane we współczesnych badaniach z kilku krajów (Fergusson, Horwood i Nagin, 2000; Hurwitz i Christiansen, 1983; Nijhof de Kemp i Engels, 2009)¹⁸⁴.

Badania genealogiczne (rodzinne) miały na celu wychwycenie zachowań społecznych, które wynikały z dziedziczenia. Fundamentem tego kierunku były badania rodzin wielopokoleniowych, gdzie cechy przodka rzutowały na cechy pokoleń późniejszych. Wyniki badań pokazały jednak, że wpływu cech dziedziczonych nie można oddzielać od cech nabywanych przez wpływ czynników społecznych¹⁸⁵.

Zgodnie z danymi pochodzącymi z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii (Farrington, Barnes, Lambert, 1996), odnotowano wysoką koncentrację przestępstw w jednostkach rodzinnych: mniej niż 10 procent rodzin stanowiło ponad 40% wszystkich aresztowanych. Ustalono wówczas, że kiedy rodzice są przestępcami, zwiększa się ryzyko, że ich dzieci będą popełniać przestępstwa. Związki pomiędzy zachowaniami przestępczymi rodziców a zachowaniami ich dzieci nie są nieuniknione - niektóre dzieci z rodzin przestępczych nie zostały skazane za przestępstwa, a niektóre dzieci rodziców niekaranych weszły na drogę kryminalnych zachowań.

U podstaw objaśnienia ciągłości międzypokoleniowej przestępstwa leży kilka podstawowych faktów. Między innymi jest to twierdzenie, że rodzice mogą narazić swoje dzieci na czynniki ryzyka takie jak niskie wykształcenie i zamieszkanie w ubogim sąsiedztwie, utrwalając tym samym cykl deprawacji i kryminalnej działalności. Ponadto ludzie mają skłonność do zawierania małżeństwa z podobnymi osobami, tak więc przestępcy

¹⁸⁴ C.R. Hollin, op. cit., s. 51.

¹⁸⁵ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia...*, op. cit., s. 93.

poszukują przestępców, a tym samym narażają swoje dzieci na większe ryzyko. Członkowie rodziny wywierają na siebie wzajemny wpływ, co może prowadzić do nadużyć. Warto zauważyć ponadto, że przestępczość rodzicielska jest przekazywana za pośrednictwem stylu nieprawidłowego wychowania dziecka, który nie rozwija poprawnego poczucia winy i sumienia u dzieci¹⁸⁶.

Badania bliźniąt, które zapoczątkowano w okresie międzywojennym, a kontynuowano po wojnie, upatrywały zgodność w zachowaniu bliźniąt monozygotycznych (posiadających 100% genów wspólnych ze sobą), których dla kontrastu nie wykrywano w zachowaniach bliźniąt dwuzygotycznych (jedynie 50% genów wspólnych). Taka teoria nie była jednak do końca trafna, ponieważ człowiek nawet z małą człękoksztalną posiada około 98% genów wspólnych. Każda cecha była dychotomicznie badana, tj. zgodność w kwestii skłonności przestępczych lub brak tych skłonności były obliczane dla każdego z rodzajów bliźniąt (monozygotycznych lub dwuzygotycznych) oddzielnie. Stąd wywodzone były wnioski, że gdyby jedno z bliźniąt monozygotycznych było przestępcą, u drugiego bliźniaka wystąpi 70% szans na wejście w przestępczą ścieżkę życiową¹⁸⁷. Badania te jednak wielokrotnie były krytykowane z uwagi na brak poddania pod rozagę czynników środowiskowych występujących niezależnie od czynników dziedzicznych.

Zainspirowana badaniami Francisa Galtona i opracowana przez Hermanna Siemensa, metoda badania bliźniąt była wielokrotnie przeprowadzana od lat dwudziestych XX wieku jako sposób na ustalenie, czy konkretna cecha ma pochodzenie genetyczne. Metoda porównuje współczynniki konkordancji lub korelacje identycznych bliźniąt monozygotycznych z tymi samymi pomiarami bliźniąt dwuzygotycznych tej samej płci. W przypadku schorzeń psychiatrycznych – jako dowód na działanie czynników genetycznych – wymieniano istotnie wyższy współczynnik konformizmu między bliźniętami monozygotycznymi w porównaniu z bliźniętami dwuzygotycznymi. Podkreślenia wymaga fakt, że metoda bliźniąt bada pary bliźniąt wychowanych razem, nie zaś rozdzielonych¹⁸⁸.

Studia nad adopcją i dziedzicznością przewidywały, że osoby spokrewnione biologicznie są rozdzielane wkrótce po urodzeniu i żyją swoim życiem w różnych środowiskach. Jeśli zatem zachowanie adoptowanego dziecka jest bliższe jego biologicznym rodzicom, aniżeli adopcyjnym (którzy żyją także w środowisku dziecka), to taki wynik

¹⁸⁶ C.R. Hollin, op. cit., s. 52.

¹⁸⁷ A. Raine, *The psychopathology of crime...*, op. cit., s. 55.

¹⁸⁸ J. Joseph, *Twin Studies In Psychiatry And Psychology: Science Or Pseudoscience?*, *Psychiatric Quarterly* Vol. 73, No. 1, Spring 2002, s. 73.

dostarcza dowodów na wpływy genetyczne. Z drugiej strony, jeśli dzieci najbardziej przypominają rodziców adopcyjnych, wówczas krystalizuje się wpływ środowiskowy.

Istnieją dwa podstawowe typy badań adopcyjnych. Pierwsze z nich identyfikuje przestępców, którzy porzucili swe dzieci, doprowadzając do ich adopcji i porównuje ich dzieci z zachowaniami innych adoptowanych dzieci, których biologiczni rodzice nie są przestępcami; drugi rodzaj badania scentralizowany jest na dziecku adoptowanym i porównaniu jego cech z cechami przestępczymi rodziców przestępczych i adopcyjnych.

Pojawiły się z czasem sugestie, że podstawową predyspozycją genetyczną jest alkoholizm, który z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zachowania przestępczego (Bohman, 1978). Kolejne badanie adopcyjne przeprowadzone przez Cadoret i Cain (1980) wykazało, że najsilniejszym wpływem genetycznym na zachowania antyspołeczne było istnienie biologicznego krewnego, którego zachowania były antyspołeczne lub który posiadał problem alkoholowy. Czynniki środowiskowe rodziców adopcyjnych z problemami takimi jak zaburzenia psychiczne, problemy małżeńskie, długi i nadużywanie substancji psychoaktywnych jest silnie związany z antyspołecznym zachowaniem adoptowanego dziecka. Im więcej rozważanych zmiennych, tym bardziej złożona staje się interakcja natura-wychowanie. Także klasa społeczna adoptowanego dziecka ma znaczny wpływ na późniejsze zachowania przestępcze, gdy obecny był genetyczny wpływ biologicznego rodzica zbrodniarza¹⁸⁹.

Wyniki dotyczące dzieci adoptowanych wykazały, iż podobieństwo rodzinne wynika nie ze środowiska, w którym przebywają członkowie rodziny, ale w dużej mierze z kwestii genetycznych. Warto jednak wskazać, że analiza badań, które skupiły się na bliźniętach i na dzieciach adopcyjnych, wykazała, że wspólne środowisko wpływa w 24% na zachowania antyspołeczne, a wpływy genetyczne – w około 40%. Wspólne środowisko miało większy wpływ na relacje bliźnięta-rodzeństwo niż w relacjach potomstwo-rodzice¹⁹⁰. Dziedziczenie cech wskazujących na uwarunkowanie do popełniania przestępstw dotyczy jedynie pospolitych przestępstw (np. kradzieży), nie zaś przestępstw agresywnych. Badania dziedziczenia cech przestępczych dały podwalinę dla dalszych badań naukowych, mających na celu wykazanie genetyki przestępczości¹⁹¹.

Ciekawe spostrzeżenia wiążą się z dziedziczeniem skłonności do osobowości antyspołecznej. Pięciokrotnie większe ryzyko wystąpienia osobowości antyspołecznej mają

¹⁸⁹ C.R. Hollin, op. cit., s. 54.

¹⁹⁰ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 918.

¹⁹¹ A. Raine, *The psychopathology of crime...*, op. cit., s.63.

krewni mężczyzn z taką osobowością w pierwszym stopniu, bez znaczenia przy tym jest fakt, czy zostali oni następnie rozdzieleni od tegoż krewnego czy nie. Kluczowe jest tu bowiem powiązanie rodzinne, a nie wspólne przebywanie w danym środowisku¹⁹².

Choć wielokrotnie odrzucano w analizie uwarunkowań do przestępczości czynnik inteligencji, jest on „zbyt oczywisty”, by mógł być pominięty. Ogólnie rzecz biorąc istnieje dość ścisły związek między ilorazem inteligencji rodziców i ich dziecka, związek ten istnieje także między niskim ilorazem inteligencji a przestępczością. Wielokrotnie przeprowadzane badania obejmujące dwie grupy – ludzi notorycznie karanych i ludzi nigdy niekaranych – wskazały, że przestępcy znacznie gorzej radzą sobie w testach sprawdzających poziom inteligencji. Co prawda nie uwzględniono w powyższych badaniach czynników środowiskowych, takich jak pozycja społeczna rodziców czy otoczenie dorastania, jednak jak następie potwierdzono – iloraz inteligencji jest znacznie silniejszym korelatem przestępczości aniżeli rodzinna pozycja badanego¹⁹³.

Przykładem silnego związku ilorazu inteligencji z przestępczością może wskazywać badanie przeprowadzone na grupie 204 zabójców, spośród których aż 78% wykazywało niską normę intelektualną, 8% sprawców zakwalifikowanych zostało do grupy upośledzonych umysłowo, a tylko około 10% zabójców wykazało się inteligencją ponadprzeciętną. Poziom intelektualny jest zatem ważnym czynnikiem kryminologicznym, w szczególności przestępstwa agresywne mocno korelują z niższą sprawnością intelektualną¹⁹⁴.

Odnosząc się do chromosomów występujących u człowieka – istnieją dwadzieścia dwie pary autosomów (chromosomów homologicznych, jednakowych) oraz jedna para chromosomów płciowych – heterosomów, różniących się od siebie (allosomów). Chromosom żeński oznaczany jest symbolem X, męski - symbolem Y. Przy prawidłowym układzie chromosomów u kobiet rysuje się on jako XX, u mężczyzn zaś XY. Badania, które przeprowadzał uczony P. Jacobs zakładały, iż dodatkowy chromosom męski w układzie powoduje wzmoczoną agresję i tendencję do podejmowania działań przestępczych. Co prawda te tezy nie znalazły potwierdzenia w późniejszych badaniach, jednak biorąc pod uwagę jednostki o psychice nieprawidłowej, to wystąpienie dodatkowego chromosomu jest w tych przypadkach znacznie częstsze aniżeli w niezaburzonych przypadkach¹⁹⁵. Mimo wszystko nie

¹⁹² B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 927.

¹⁹³ A. Moir, D. Jessel, *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości*, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1998, s. 28.

¹⁹⁴ A. Wolska, *Model czynników ryzyka popełnienia przestępstwa*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2001, s. 139.

¹⁹⁵ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia...*, op. cit., s. 94.

zmienia to faktu, że aberracja chromosomalna występuje średnio u 0,15% społeczeństwa, tak więc czynnik, jakim jest dodatkowy chromosom, nie powinien być jedynym ani nawet zasadniczym przy objaśnianiu przestępczości.

Choć teorii na temat wpływu dodatkowego chromosomu było wiele - od podwyższonego poziomu testosteronu, przez wyższy wzrost i ponadprzeciętny poziom inteligencji, po antyspołeczne zachowanie – badacze byli zgodni co do jednej kwestii. Mianowicie wszystkie przypadki o wzorcu chromosomalnym XYY cechowała wrogość i zachowanie pełne agresji. Daleko idącym wnioskiem wysnutym na podstawie tych wyników byłoby jednak traktowanie osób z dodatkowym chromosomem za przestępców¹⁹⁶.

3. Koncepcje odwołujące się do zaburzeń funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Uszkodzenia mózgu i jego biochemia.

Negatywnie oceniane tendencje w zachowaniu, które wiążą się z uszkodzeniem mózgu, w psychiatrii nazywane są charakteropatią. Mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego są trudniej wykrywalne niż poważniejsze uszkodzenia mózgu, jednak również prowadzą one do dysfunkcji mózgowych. Takie mikrouszkodzenia mogą powstać nawet w okresie życia płodowego, podczas porodu, ale i w wyniku urazów mechanicznych lub chorób w dalszych etapach życia. Co prawda nie można jednoznacznie stwierdzić, że uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego bezsprzecznie prowadzą do antyspołecznych zachowań (niekiedy taki pogląd wyraża neolombrozjanizm), jednak wpływ takich uszkodzeń nie jest nieznaczący.

Kategorię przewidzianą w Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10, która obejmuje zaburzenia osobowości wywołane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, nazywa się „organicznymi zaburzeniami osobowości”. Znamienna jest tu radykalna zmiana zachowań, które były utrwalone w okresie przedchorobowym, przy czym najsilniej narażone jest wyrażanie emocji, potrzeb i impulsów. Procesy poznawcze ulegają zaburzeniu, a objawia się to w postaci aberracji planowania i przewidywania ewentualnych następstw swoich działań. Powyższe nieprawidłowości są bardzo zbliżone do objawów zespołu płata czołowego – zespół ten, jak wiadomo, nie tylko ma swe źródło w uszkodzeniach płata czołowego, ale również w uszkodzeniach innych części mózgu, które z płatem czołowym są funkcjonalnie i strukturalnie połączone¹⁹⁷.

¹⁹⁶ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 924.

¹⁹⁷ A. Bilikiewicz, *Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu* [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria. Tom II Psychiatria Kliniczna*, wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, s. 148.

Płat czołowy pokryty jest korą mózgową. Kora przedczołowa (tj. potocznie nazywana w ten sposób kora mózgową przednia) odpowiedzialna jest za reakcje emocjonalne ludzi, organizację zachowania, a także zdolność planowania. Kora przedczołowa ma istotne znaczenie w hamowaniu impulsywnych zachowań, sprzyja zachowaniu uwagi i koncentracji, utrzymując przy tym schemat działań, który ma służyć osiągnięciu zamierzonych celów¹⁹⁸.

Uszkodzenie mózgu nie jest zjawiskiem jednoznacznym. Oprócz mechanicznego zniszczenia wynikającego z urazowego uszkodzenia głowy (guzy mózgu), guzów oponiaka powstałych z opon mózgowych podtwardówkowych, krwotoków wewnątrzczaszkowych oraz miażdżycy (gromadzenia substancji tłuszczowych i tkanki łącznej w tętnicach, które wiążano z dietą o wysokiej zawartości cholesterolu), przedstawiono dotychczas dowody zróżnicowanego wpływu różnych rodzajów uszkodzeń mózgu na wyniki testów psychologicznych, ale zaobserwowano również zróżnicowane efekty w ogólnym funkcjonowaniu pacjentów. Utrata funkcji poznawczych jest początkowo często tak stopniowa, że pacjent jest w stanie funkcjonować bez znacznego upośledzenia w adaptacji społecznej. Dlatego na przykład krwiak podtwardówkowy może być szczególnie interesujący dla psychopatologów, ponieważ często towarzyszy mu postępujące pogorszenie funkcjonowania społecznego i psychicznego przy braku typowych objawów neurologicznych. Charakterystyczne objawy obejmują zmienny poziom świadomości, obejmujący spowolnienie umysłowe i dezorientację oraz często wiążą się z bólem głowy. Pomysł, że istnieje szczegółowa lokalizacja poszczególnych cech umysłu w korze mózgowej, został przedstawiony już w 1664 roku przez Thomasa Willisa.

To właśnie kora mózgową najbardziej przyciąga uwagę psychologów. Kora mózgową jest obustronnie symetryczna i, z pewnymi wyjątkami, struktury w każdej półkuli mózgowej są powiązane z funkcjami przeciwnej połowy ciała. Na przykład sparaliżowanie prawej strony ciała zwykle wiąże się z uszkodzeniem lewej półkuli, podczas gdy paraliż na lewą stronę zwykle wiąże się z uszkodzeniem prawej półkuli. Najważniejszymi wyjątkami od tej zasady kontralateralizacji są „lokalizacja centrów mowy i języka w dominującej półkuli, która zwykle jest lewą półkulą u osób praworęcznych oraz lokalizacja ośrodków wzrokowo-przestrzennych” w niedominującej półkuli. Dominująca półkula została również opisana jako pośrednicząca w myśleniu analitycznym, podczas gdy niedominująca półkula pośredniczy w procesie syntezy. Uszkodzenie mózgu ograniczone do jednej półkuli wiąże się z

¹⁹⁸ A. Moir, D. Jessel, *Zbrodnia rodzi się w mózgu...*, op. cit., s. 86.

upośledzeniem odpowiednich funkcji psychologicznych. Oprócz efektów lateralizacji każda półkula składa się z czterech płatów: czołowej, skroniowej, ciemieniowej i potylicznej.

Mimo funkcji, które przypisane niejako są do poszczególnych części mózgu, specjalizacje konkretnych obszarów mogą ulegać zmianie. Dzieje się tak szczególnie często w okolicznościach, jakie stanowią uszkodzenia mózgu we wczesnych okresach życia. Wówczas pełnienie funkcji uszkodzonej partii przejmuje inna część mózgu, która z zasady odpowiada za inne czynności¹⁹⁹.

Głównym skutkiem uszkodzenia płata czołowego jest osłabiona motywacja, często przybierająca postać niepowodzenia w inicjowaniu i kontrolowaniu długotrwałego, ukierunkowanego na cel zachowania. Równie często spotykanymi skutkami uszkodzenia płata czołowego są niedostateczne zdolności oceny sytuacji lub przewidywania oraz odhamowanie. Znaczna część kory skroniowej jest związana z pamięcią słuchową. Wewnątrz fałdy płata znajdują się struktury hipokampalne. Sam płat jest częstym miejscem do stymulacji, dzięki któremu przypomina sobie przeszłe doświadczenia²⁰⁰.

Istotne znaczenie dla okolic czołowych ma przepływ impulsów pomiędzy układem limbicznym a korą czołową, które wpływają na samokontrolę. W wielu przeprowadzonych badaniach kładziono nacisk na kwestie uszkodzeń czołowych i skroniowych obszarów mózgu, co zaowocowało wynikami wręcz zaskakującymi – około 90% osób z przeszłością kryminalną prezentowało deficyty neuropsychologiczne wynikające z urazów okolicach czołowo-skroniowych. W szczególności recydywiści i sprawcy przestępstw agresywnych posiadali uszkodzenia kory czołowej, płatów skroniowych i układu limbicznego – uszkodzenia takie mogą być przyczyną zachowań impulsywnych oraz bezmyślnych, brutalnych i gwałtownych²⁰¹. Płat czołowy, który jest pokryty korą mózgową, jest ośrodkiem odpowiedzialnym za emocje. Kora przedczołowa organizuje zachowanie człowieka i odpowiada za umiejętności planowania, kora oczodołowo-czołowa – za odróżnianie dobra od zła. Przez jej połączenie z ciałem migdałowatym i układem limbicznym jest obszarem, gdzie kształtują się emocje i uczucia²⁰². Przodomózgowie ma znaczenie dla procesów zapamiętywania i świadomego myślenia. Upośledzenie tej części mózgu może istotnie wpływać na zaniki samokontroli i zaangażowania emocjonalnego, w szczególności

¹⁹⁹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 162.

²⁰⁰ E. M. Coles, *Clinical Psychopatologia...*, op. cit., s. 182.

²⁰¹ A. Wolska, *Model czynników ryzyka ...*, op. cit., s. 124.

²⁰² A. Daniszewska, *Serial homicide: profiling of victims and offenders for policing*, wyd. Springer 2017, s. 27.

poprzez uszkodzenie głównych jej struktur, jakimi są hipokamp, kora mózgowa i ciało migdałowate²⁰³.

Bezpośrednie dowody na dysfunkcję czołową w przestępczości pochodzą z badań neuropsychologicznych, które sugerują dysfunkcję przednią i czołową u agresywnych przestępców. Yeudall i Fromm-Auch porównali 86 kryminalistów z grupą 79 osób niebędącymi przestępcami za pomocą Baterii Testowej Halsteda-Reitana²⁰⁴. Wyniki wskazały, iż znacznie więcej dysfunkcji neuropsychologicznych (w szczególności uszkodzeń płata czołowego) występuje w grupie badanych przestępców²⁰⁵.

Początkowo w psychiatrii wiele nowych wniosków i doświadczeń dostarczały wykonywane lobotomie, tj. operacje, podczas których dokonywano przecięcia między płatami mózgu. U celu tych działań leżało oddzielenie części mózgu, która odpowiedzialna była za kontrolę emocjonalną, od pozostałych ośrodków.

Odkryto wówczas, iż po oddzieleniu płata czołowego człowiek traci zdolność do krytycznej oceny swoich działań, ale także znacznie ograniczony zostaje jego niepokój i podwyższone jest uczucie euforii. Wybuchy emocji, zmiany osobowości, utrata samokontroli oraz zanik poczucia winy i skruchy prowadziły do wywiedzenia wniosków o wyzwoleniu agresji przy udowodnionych uszkodzeniach płatów skroniowych i czołowych²⁰⁶. Następstwami psychicznymi zabiegów były trwałe zmiany osobowości, swą istotą najbardziej zbliżone do charakteropatii. Skoro więc przy charakteropatii najsilniej narażone jest wyrażanie emocji, potrzeb i impulsów, a procesy poznawcze chorego również są zaburzone, podobieństwo w tym zakresie jest dosyć wysokie.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, stworzona przez World Health Organization zawiera w swym spisie kategorię F07, tj. „zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu”. Termin ten obejmuje również zespoły, jakimi są zespół płata czołowego, zespół zaburzeń osobowości w padaczce skroniowej, po przebytej lobotomii lub leukotomii²⁰⁷.

²⁰³ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 160.

²⁰⁴ Przekroczenie określonej ilości odpowiedzi błędnych odpowiedzi przy badaniu za pomocą baterii testowej Halsteda-Reitana wskazuje na organiczne uszkodzenie mózgu, w tym głównie na uszkodzenie płatów czołowych mózgu ludzkiego.

²⁰⁵ B. Bąk, A. Herzyk: Wielowymiarowe baterie oceny neuropsychologicznej, [w:] M. Klimkowski, A. Herzyk (red.), *Diagnoza neuropsychologiczna, przegląd zagadnień*, wyd. UMCS, Lublin, 1987, s. 79-88.

²⁰⁶ A. Moir, D. Jessel, *Zbrodnia rodzi się w mózgu...*, op. cit., s. 94.

²⁰⁷ *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I*, 2009, World Health Organization, s. 212.

Określenie „zespół płata czołowego” używane jest właściwie w dwóch sytuacjach – gdy uszkodzenie podstawy płata czołowego dotyczy sklepiści lub części nadczołowej. Zespół czołowy ze sklepiści wiąże się z zaburzeniami napędu psychoruchowego, mającymi postać apatii, abulii z nastrojem dysforycznym, a niekiedy występuje znaczna chwiejność uczuciowa. W związku z deficytami uwagi, życie chorego jest animalno-wegetatywne. Nie tylko nie dąży on ku wyższym wartościom i traci poczucie ambicji, ale również ztraca uczuciowość wyższą i uczucia społeczne²⁰⁸.

Przebieg zespołu czołowego z uszkodzeniem części podstawowej płata czołowego również wiąże się z rozhamowaniem, co może powodować skłonność do ekscesów i wybryków płciowych. Wiąże się z tym również szczególny rodzaj humoru chorego, który polega na niewybrednych żartach, najczęściej mających zabarwienie seksualne. Od zespołu ze sklepiści odróżnia się on tym, że występuje pobudzenie psychoruchowe i skłonność do agresji²⁰⁹. Obraz, który daje zespół czołowy z uszkodzeniem części podstawowej płata czołowego, bywał niejednokrotnie zestawiany z charakteropatią. Nie wydaje się, by było to słuszny pogląd, szczególnie ze względu na nadrzędność pojęciową charakteropatii względem poszczególnych odmian zaburzeń, związanych z różnorodnym umiejscowieniem uszkodzeń²¹⁰.

Znanym przykładem z historii psychiatrii przedstawiającym zespół płata czołowego jest Phineas Gage, który był pracownikiem Great Western Railway. Żelazny pręt przeszył jego głowę, wchodząc przez policzek i przebijając mu czaszkę na wskroś. Gage przeżył wypadek, ale przeszedł istotną zmianę osobowości. Przed wypadkiem był rzetelnym pracownikiem i dobrym mężem. Po wypadku opisywano go jako impulsywnego, lekceważącego, upartego i aspołecznego. Obszarem mózgu uszkodzonym w wypadku był lewy płat czołowy. Najnowsze badania oceniające uszkodzenie kory czołowej wykazały pewien wzorzec zmian, w tym utratę uczuciowości społecznej, skłonność do przemocy, płytkość i łatwość bycia wytraconym z równowagi wewnętrznej. Ten wzór deficytów znany jest właśnie jako zespół płata czołowego²¹¹.

Przechodząc następnie do kwestii uszkodzeń układu limbicznego i ciała migdałowatego wskazać należy, że są to również niezwykle istotne (z punktu widzenia badań

²⁰⁸ A. Bilikiewicz, *Zaburzenia osobowości i zachowania ...*, op. cit., s. 151.

²⁰⁹ A. Daniszewska, N. Waszkiewicz, *Poczytalność w zaburzeniach osobowości – charakterystyka problemu na przykładzie socjopatii, psychopatii i charakteropatii* [w:] E. Guzik-Makaruk, N. Waszkiewicz, S. Chojnowska, S.D. Szajda (red.), *Wybrane prawne i medyczne aspekty zaburzeń psychicznych i ich profilaktyki*, wyd. Temida 2, Białystok 2019, s. 271.

²¹⁰ A. Bilikiewicz, *Zaburzenia osobowości i zachowania ...*, op. cit., s. 151.

²¹¹ A. Raine, *The psychopathology of crime...*, op. cit., s.109.

agresji) obszary mózgu człowieka. Układ limbiczny odpowiedzialny jest za regulację i kontrolę zachowań seksualnych, zaspokajania głodu i ucieczki, ale dotyczy także uczuć strachu, miłości i nienawiści²¹². Szczególną rolę przypisuje się mu w zakresie zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju. Ciało migdałowe to zaś podstawowy element nagradzania, który znajduje się w ludzkim organizmie. Przepływ emocji zmysłowych, których odbicie znajdujemy w myślach, związany jest z połączeniem ciała migdałowego z innymi obszarami mózgu, takimi jak hipokamp, podwzgórze, wzgórze czy jądro pólężące. Usunięcie lub znaczne uszkodzenie ciała migdałowego upośledza zdolność uczenia się jednostki na podstawie własnych doświadczeń czy za pomocą systemu kar i nagród. Przeciwnie reakcje emocjonalne uzyskuje się za pomocą stymulacji tej części mózgu²¹³. Wspomniane podwzgórze to zaś swoista „determinanta osobowości” ludzkiej – sprawuje ono kontrolę nad przysadką mózgową, która odgrywa kluczową rolę w regulacji czynności układu hormonalnego.

Przemoc i jej geneza jest zjawiskiem złożonym z perspektywy psychologicznej, społecznej, biologicznej, ale i fizjologicznej. Na samo tło motywacyjne sprawcy składa się wzajemna relacja czynników środowiskowych, neurofizjologicznych i biochemicznych, każde zaś uszkodzenie układu limbicznego, kory mózgowej, płata czołowego czy skroniowego może skutkować brutalnym zachowaniem²¹⁴. Im większe występują dysfunkcje mózgu, tym mniejsze jest działanie hamulców reakcji agresywnych, bowiem jądro migdałowe (nieprawidłowo działające w przypadku organicznych uszkodzeń mózgu) nie spełnia swej kontrolującej funkcji²¹⁵.

Badanie encefalograficzne (EEG) skupia się na rejestrowaniu aktywności elektrycznej komórek nerwowych. Najczęściej aktywność ta jest badana na powierzchni skóry głowy. Głównym celem tego badania jest określenie, kiedy występują wyładowania elektryczne komórek mózgowych. Dzięki tej metodzie możliwe jest stwierdzenie, jakie jest źródło zaburzeń – np. zmiany ogniskowe w mózgu²¹⁶. Metoda EEG ukazuje wypadkową aktywność elektryczną komórek znajdujących się w mózgu, w szczególności w korze mózgowej.

²¹² A. Moir, D. Jessel, *Zbrodnia rodzi się w mózgu...*, op. cit., s. 97.

²¹³ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 160.

²¹⁴ A. Moir, D. Jessel, *Zbrodnia rodzi się w mózgu...*, op. cit., s. 100.

²¹⁵ A. Wolska, *Model czynników ryzyka ...*, op. cit., s. 125.

²¹⁶ M. Furgał, B. Gierat, *Etiologia, Diagnostyczne badania pomocnicze* [w:] J. Heitzman [red.], *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 32.

Fale theta decydują o senności, ponieważ ich zwiększoną liczbę rejestruje się w trakcie snu człowieka, najczęściej z odprowadzeń skroniowych²¹⁷. Pozostają one również w ścisłym związku z podatnością mózgu na pobudzenie, ponieważ większa odporność na ewentualne pobudzenie mózgu jest determinowana przez aktywność fal theta w korze mózgowej²¹⁸. Fale Beta występują najliczniej w okolicy czołowej i ulegają przyspieszeniu przez bodźce i czynniki zewnętrzne (również emocje). Nadmiar powolnych fal jest związany z niedojrzałością mózgu i potrzebą stałej stymulacji, aby zrekompensować i poprawić poziomy aktywacji mózgu. Fale Alfa odzwierciedlają stan relaksu i odpoczynku, a z uwagi na powiązanie płątów skroniowych z procesami emocjonalnymi wywodzić można o nieprawidłowościach w tym obszarze, które wywołują agresywne zachowania²¹⁹.

Fale alfa mają także związek z poziomem testosteronu, ponieważ wysoki jego poziom indukuje niską aktywność alfa. Ponadto u przestępców agresywnych obserwuje się niski poziom serotoniny, co pobudza nagłe i niebezpieczne zachowania. Serotonina jest substancją przekąźnikową, która kontroluje emocje i popędy. Jej wahania wiążą się także w występowaniem uczucia strachu, głodu, niepokoju czy bólu. Niedobór 5-hydroksytryptaminy (serotoniny) przekładać się może na drażliwość i impulsywność reakcji – także więc na znaczne obniżenie możliwości samokontroli. Serotonina nie bez powodu nazywana jest potocznie hormonem szczęścia, gdyż do jej działań należy między innymi łagodzenie objawów depresji i lęku. W odniesieniu do płci mózgu, na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż u zdrowych osób poziom serotoniny mężczyzn często nie przekracza 52% poziomu tego hormonu u kobiet²²⁰. Serotonina moduluje działanie neuronów, a w ten sposób wpływa ona na przetwarzanie informacji. Zakłócenia w poziomie serotoniny powodują nieumiejętność organizmu do zachowania prawidłowego poziomu glukozy w mózgu. Z kolei niski poziom glukozy prowadzi do zwiększonego wydzielania noradrenaliny²²¹. Wzrost poziomu norepinefryny (nazywanej inaczej noradrenaliną), który prowadzi do powstawania depresji i lęku, najczęściej spotykany jest podczas przeżywania stresu²²². Ten związek chemiczny produkowany jest w synapsach nerwów współczulnych oraz w nadnerczach (ich części rdzeniowej). Podwyższa ona ciśnienie i poziom glukozy we krwi, przyspieszając przemianę

²¹⁷ R. Mazur, *Neurologia kliniczna dla lekarzy i studentów medycyny*, wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, s. 149.

²¹⁸ A. Daniszewska, N. Waszkiewicz, *Poczytalność w zaburzeniach osobowości ...*, op. cit., s. 275.

²¹⁹ O. Ortega-Noriega, M.L. Perez-Lopez, F. Ostrosky-Shejet, *Quantitative Electroencephalogram and psychopathy. A case study report*, *Revista Medica del Hospital General de Mexico* 2015, 78 (1), s. 43-46.

²²⁰ A. Moir, D. Jessel, *Zbrodnia rodzi się w mózgu...*, op. cit., s. 67.

²²¹ Tamże, s. 79.

²²² M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 155.

materii; zwęża naczynia obwodowe, rozszerzając tym samym naczynia wieńcowe. Brak noradrenaliny powoduje deficyty motywacyjne i depresję, a jej nadmiar – zespoły maniakalne²²³.

Inną substancją stanowiącą neuroprzekaźnik mózgu jest dopamina. Jej niedobory, a więc niedostateczne dostarczanie organizmowi bodźców w systemie nagradzania, mogą przyczyniać się do podejmowania przez ludzi czynności, które są ryzykowne lub polegają na przyjmowaniu narkotyków. Zdaniem niektórych badaczy dopaminę wiąże się ściśle ze schizofrenią. Określana jest ona jako neuroprzekaźnik wzmocnienia, który odpowiada za napęd behawioralny i stanowi podstawę motywacji do działania. Osoby, które wyróżniają się dużą ilością dopaminy, charakteryzuje silna chęć do przeżywania ekscytacji i wysoka wytrwałość. Przeciwnie wnioski wyciąga się w sytuacji osób, które cierpią na niedobór dopaminy - cechują się one niską skłonnością do działania, biernością i apatią.

Dopamina należy do grupy katecholamin, a jej spektrum działania jest bardzo szerokie, w zależności od obszaru występowania – koordynuje ona napięcie mięśni, procesy emocjonalne i wydzielanie hormonów. Dopamina kształtuje stosunek człowieka do otoczenia, w którym się znajduje, dlatego osoby zażywające substancje psychoaktywne (które stymulują produkcję dopaminy) cechują zaburzenia wyższych czynności psychicznych²²⁴.

Kortyzol – hormon podwzgórzowy, nazywany jest nierzadko „markerem stresu”, gdyż jego stężenie znacząco rośnie w sytuacjach stresujących. Ma on znaczenie dla autonomicznego pobudzenia, ponieważ wpływa na struktury limbiczne. W reakcję z kortyzolem wchodzi alkohol i testosteron, co może tłumaczyć, dlaczego sprawcy przestępstw cierpiący na choroby alkoholowe charakteryzują się gwałtownością i agresją. Testosteron zaś okazuje się odgrywać istotną rolę w genezie agresji, co stwierdza się na podstawie badań prowadzonych na zwierzętach i nie tylko.

Badania na zwierzętach sugerują, że testosteron odgrywa ważną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu pewnych form agresji – taką tezę wysnuto na podstawie badań gryzoni. Badania mające na celu wykrycie ilości wolnego testosteronu w ślinie pokazały znaczące pozytywne korelacje między testosteronem a przemocą w grupie przejawiającej fizyczną agresję²²⁵.

²²³ A. Markowicz-Narękiwicz, *Związek między wydzielaniem neuroprzekaźników a powstawaniem chorób psychicznych – na szczególnie omówionym przykładzie depresji*, Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009-2011, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, s. 57.

²²⁴ Ibidem, s. 55.

²²⁵ A. Raine, *The psychopathology of crime...*, op. cit., s. 206.

§2. Teorie psychologiczne

1. Teorie psychologiczne zorientowane biologicznie

Koncepcja Zygmunta Freuda dotycząca umysłu i zjawisk psychicznych powstała pod wpływem jego wiedzy o fizjologii i jego kontaktu z Ernstem Brucke (1819-1892), nauczycielem Freuda i fizjologiem. W rzeczy samej Freud spodziewał się, że wiedza na temat fizjologii mózgu będzie pewnego dnia stanowić podstawę jego teoretyzowania. Freud zakładał istnienie dwóch przeciwstawnych sił w życiu mentalnym, będących ciągłym konfliktem między biologicznymi potrzebami a instynktami. Rzeczywistość społeczna, zdaniem Freuda, nakłada ograniczenia na zaspokojenie instynktów. Potrzeby biologiczne uznał zaś za siłę pierwotną i zasugerował, że podstawowym celem organizacji osobowości jest maksymalizacja satysfakcji przy jednoczesnej minimalizacji kary ze strony społecznej. Freud konsekwentnie zakładał, że człowiek jest z natury egocentrykiem²²⁶.

Nieświadome popędy i instynkty, które odgrywają kluczową rolę w zachowaniu człowieka, tworzą tzw. wyposażenie energetyczne organizmu. Pierwszy instynkt to *Eros*, tj. instynkt życia i miłości, drugi zaś – *Thanatos* – instynkt śmierci. Instynkt do życia powoduje dbałość o zdrowie i ogólnopojęte bezpieczeństwo. Wobec instynktu śmierci człowiek działa destrukcyjnie i to właśnie w tym instynkcie widział Freud źródło agresywnych zachowań ludzkich²²⁷.

Głównym pojęciem teorii Freuda była nieświadomość, którą pojmował jako obszar umysłu. Podświadomość była postrzegana jako psychiczny fenomen ze strukturalną dychotomią między świadomością a nieświadomością. *Id*, *ego* i *superego* są to grupy różnych procesów: *id* (dosłownie „to”) - mentalne przesłanie procesów biologicznych; *superego* („nadjaźń”) - prezentacja procesów społecznych lub ich wpływów; *ego* („ja”) - mentalna prezentacja „jaźni i czysto psychologicznych procesów”. *Id* składa się ze wszystkiego, co jest odziedziczone i obecne w chwili narodzin, a obejmuje instynktowne procesy. To oryginalna struktura osobowości, z której rozróżnia się *ego* i *superego*, ma ona na celu unikanie bólu, dyskomfortu i nieprzyjemności, gdy napięcie powstaje w wyniku stymulacji zewnętrznej lub wewnętrznej. *Id* funkcjonuje w taki sposób, aby natychmiast rozładować negatywne bodźce i przywrócić osobę do bardziej komfortowego poziomu. Kiedy psychoanalitycy mówią o *ego*, odnoszą się do wielu procesów poznawczych, które obejmują pamięć, percepcję i tworzenie koncepcji.

²²⁶ E.M. Coles, *Clinical psychopathology. An introduction*, wyd. Routledge&Kegan Paul, Londyn 1982, s. 254.

²²⁷ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 740.

Chociaż późniejsi teoretycy zasugerowali, że niektóre z tych procesów mają pierwotną autonomię i należą do "bezkonfliktowej" sfery *ego*, Freud uważał *ego* za powstające w wyniku konfliktu między *id* a światem zewnętrznym. *Ego* powstaje, ponieważ zaspokojenie potrzeb jednostki niezmiennie wymaga interakcji, a jej celem jest połączenie się z otoczeniem. *Superego* to zaś swoista internalizacja wartości i standardów społeczeństwa. Jest to moralne ramię osobowości i ma dwie strony: *ego* idealne i sumienie. Uważa się, że rozwija się ono w odpowiedzi na nagradzanie i karanie. Jego główne funkcje są trojaki: ma hamować impulsy *id* (szczególnie te o charakterze seksualnym lub agresywnym, ponieważ są to impulsy, których ekspresja jest najbardziej zakazana przez społeczeństwo); przekonać *ego*, by zastąpić cele moralne realistycznymi, a także - by dążyć do perfekcji²²⁸.

Dążenia *id* do przyjemności są kontrolowane przez *ego*, którego zadaniem jest badanie, czy wyrażanie impulsów jest bezpieczne w rzeczywistości otaczającej człowieka. Ponadto ukierunkowuje ono wspomniane impulsy na właściwe tory, by osiągnąć konkretne cele. Ocenianie, planowanie, wykorzystywanie procesów myślowych i rozumowanie – to zauważalne wypadkowe działania *ego*. Irracjonalność i brak dbałości o rzeczywistość to nie tylko cechy *id*, ale także *superego* - z taką jednak różnicą, że osoba, u której procesy *id* nie są wystarczająco kontrolowane, jest impulsywna, a osoba, nad którą dominuje *superego*, jest sztywna, niezdolna do przeżywania przyjemności i nadmiernie przestrzegająca zakazów²²⁹.

Determinantą nienormalnych zachowań są traumatyczne wydarzenia, gdyż to one prowadzą daną osobę do stanu infantylnej bezradności, której prototypem jest trauma porodowa. Początkowo, aby zachować kontrolę w sposób racjonalny, człowiek zorientowany na rzeczywistość próbuje z lękiem walczyć, wykorzystując racjonalne metody. Ale gdy nie może on poradzić sobie z irracjonalnością – wówczas pojawiają się mechanizmy obronne uważane za irracjonalne sposoby radzenia sobie z lękiem – zniekształcają, kamuflują lub zaprzeczają rzeczywistości, a tym samym utrudniają rozwój osobowości (Freud, 1894).

Represją nazywał Freud mimowolne odrzucanie impulsów ze świadomości, szczególnie idei takich jak te, które związane są z dziecięcymi impulsami seksualnymi i agresywnymi, które budzą niepokój w świadomości. Regres następuje wówczas, gdy dana osoba próbuje uniknąć lęku terażniejszości, zachowując się w sposób, który jest zgodny z wcześniejszym etapem ich życia. Freud twierdził, że taka osoba cofnęła się wówczas w swym rozwoju osobowości²³⁰.

²²⁸ E.M. Coles, *Clinical psychopatologia...*, op. cit., s. 256.

²²⁹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 104.

²³⁰ E.M. Coles, *Clinical psychopatologia...* op. cit., s. 259.

Zdaniem Zygmunta Freuda konflikty, jakie zachodzą pomiędzy *id*, *ego* i *superego*, mają miejsce na poziomie nieświadomości. Wówczas do głosu dochodzą fakty wyparte i zapomniane. Interakcje między tymi trzema rodzajami sił osobowości ludzkiej powodują uczucie lęku i niepokoju, który może być zarówno świadomy, jak i nieświadomy. Zmian w sferze lękowej możemy dokonać za pomocą mechanizmów obronnych, takich jak wyparcie, przemieszczenie, zaprzeczenie, projekcja czy sublimacja.

Wyparcie jest swoistym wyrzuceniem ze świadomości wspomnień i wyobrażeń. Jest to reakcja odmienna od przemieszczenia, które polega na wyładowaniu negatywnych emocji na przedmiotach bądź osobach, które nie stanowią ich źródła. Z zaprzeczaniem mamy do czynienia wówczas, gdy jednostka usiłuje usunąć ze swojego życia fakty wewnętrzne – tj. szczególnie w sytuacji, gdy nie otrzymuje ona poczucia bezpieczeństwa i miłości. Ostatecznie sublimacja jest najkorzystniejszym z rozwiązań dla radzenia sobie z lękiem i poczuciem niepewności, ponieważ pozwala przekuć energię psychiczną z celów, które są społecznie niepożądane, na cele konstruktywne²³¹.

Przed wszystkim jednak Freud przyjął medyczny model choroby. Dla Freuda nienormalne zachowanie jest tylko symptomem, powierzchownym przejawem lub indywidualną próbą radzenia sobie u podłoża konfliktu. Do zbioru medycznych przyczyn choroby (której objawy nie stanowią jeszcze samej choroby w sobie, a jedynie jej etiologię), którymi zgodnie z tradycyjną medycyną były zarazki, geny, biochemia mózgu oraz anatomia układu nerwowego, Freud dodał jeszcze wewnątrzpsychiczne konflikty²³².

Wielu uczonych usiłowało ulepszyć teorię Freuda, np. Hartmann, Kardiner, Karush i Ovesey. Niektórzy teoretycy poszerzyli pewne aspekty teorii Freuda. Murray i McClelland są tego doskonałymi przykładami. Henry A. Murray, podobnie jak Freud, podkreślał nieświadomą motywację i odzwierciedlenie jej w czynach, jednak ujmował je jako subiektywne sprawozdanie z ludzkich fantazji lub wyobraźni. Teoria Murraya różniła się od teorii Freuda w swoim traktowaniu idealnego *ego*, które według Murraya mogło być całkowicie oddzielone od *superego*. W ten sposób był on w stanie wyjaśnić takie skrajności ludzkich pragnień jak aspirowanie rozpoczęcia przestępczej ścieżki życiowej, posługę i oddanie się Bogu lub społeczeństwu i wyraźnie nasilone działania charytatywne.

David C. McClelland zbadał potrzebę zidentyfikowaną przez Murraya. Jego pomysły były zakorzenione w motywacji psychoanalitycznej szkoły, ale McClelland skoncentrował się na afekcie związanym z motywacją osiągnięcia celów, definiując każdy afekt jako pozytywny

²³¹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 104.

²³² Tamże, s. 113.

lub negatywny, który wywołany zostaje w sytuacjach związanych z konkurencją, doskonałością i ideałami. Wczesne prace McClellanda były w dużej mierze poświęcone rozwijaniu ogólnej teorii motywacji osiągnięć, jednak później był on zainteresowany zastosowaniem tej teorii do problemów wzrostu gospodarczego, a także do specyficznych problemów zachowań przedsiębiorczych i menedżerskich. Jego teoria miała ograniczone zastosowanie w warunkach klinicznych i niekiedy była krytycznie oceniana jako regres do hedonizmu Jeremy'ego Benthama²³³.

August Aichhorn (1878-1949) – nauczyciel, który pracował w Wiedniu z trudną młodzieżą skora do zachowań przestępczych, był jednym z pierwszych, którzy zastosowali zasady teorii psychoanalitycznej do wyjaśniania zachowań dzieci, pomocy im oraz ich rodzinom. Aichhorn (1925) argumentował, że same czynniki środowiskowe nie mogą odpowiadać za przestępcze działania młodej osoby. Rozróżnił on przestępczość jawną i ukrytą. Twierdził, że obserwując wyraźne akty przestępczości, ich przyczynę można znaleźć w ukrytych predyspozycjach z dzieciństwa. Aichhorn zaczął od koncepcji zasady przyjemności Freuda bazującej na poglądzie, że jedynym zmartwieniem niemowlęcia jest jego własna wygoda i dobre samopoczucie, tak więc dziecko przychodzące na świat jest jednostką społeczną. Dopiero w trakcie normalnego, niezaburzonego rozwoju dziecko staje się coraz bardziej uspołecznione - wraz z pojawieniem się *ego* i rzeczywistości. Wyróżnił on jednak małą, aczkolwiek fundamentalną zasadę: zachowanie dziecka jest zgodne z zasadami funkcjonowania jego otoczenia.

Franz Alexander (1891-1964)²³⁴ również wykorzystał zasadę rzeczywistości, aby wyjaśnić zachowania przestępcze. Przestrzeganie przez przestępców zasady przyjemności i zasady rzeczywistości oznacza, że nie są oni w stanie odłożyć natychmiastowej gratyfikacji, by następnie uzyskać większy zysk w dłuższej perspektywie czasowej. Zachowanie przestępcze w wieku dorosłym jest zatem wytworem cech, które rozwinęły się w dzieciństwie. Healy i Bronner (1936) użyli innej koncepcji z teorii psychoanalitycznej, aby wyjaśnić zachowania przestępcze. Sublimacja jest procesem, w którym nasze instynktowne impulsy są kierowane na inne myśli, emocje i zachowania. Przestępcze zachowanie wynika z niezaspokojonych pragnień, które odnoszą się do braku doświadczenia silnego emocjonalnego przywiązania z inną osobą, zazwyczaj rodzicem. Przestępczość jest więc utożsamiana z "odgrywaniem" lub sublimacją wewnętrznych napięć i dynamicznych, psychologicznych sił. Wyjaśnienie przestępstw w oparciu o zasady psychoanalityczne było

²³³ E.M. Coles, *Clinical psychopatology...*, op. cit., s. 262.

²³⁴ Urodzony na Węgrzech profesor psychologii na Uniwersytecie w Chicago.

dominującym podejściem psychologicznym do lat czterdziestych (np. Abrahamson 1944, Friedlander 1947)²³⁵.

Przez około trzynaście lat Carl Jung był bliskim współpracownikiem Freuda i uważano go za godnego jego następcę. Jednak spór, jaki między nimi wyniknął, doprowadził Junga do zerwania związków z Freudem i opracowania własnej metody psychoterapii. Psychologia analityczna Junga łączyła się z jego zainteresowaniem archeologią z ideami religijnymi, a także darwinowską teorią ewolucji. Głównym punktem odróżniającym Junga od Zygmunta Freuda było opracowanie koncepcji zbiorowej i osobistej nieświadomości oraz zidentyfikowanie w nich dwóch charakterystycznych pojęć: "archetypów" i "kompleksów". Tam, gdzie Freud podkreślał infantylne pochodzenie osobowości, Jung znajdował pochodzenie rasowe i filogenetyczne - ewolucyjnie uformowaną osobowość. Jednak dla Junga współczesny człowiek nie był jedynie fizycznym produktem pokoleń – podzielał on pogląd o istotności interakcji z środowiskiem. Świadomy aspekt zbiorowej nieświadomości przypisywał Jung podobieństwu struktury mózgu we wszystkich grupach etnicznych, utrzymując, że zaprzeczanie dziedziczenia tych utajonych śladów pamięci jest zaprzeczeniem ewolucji i teorii genetyki. Koncepcja archetypu Junga miała wiele wspólnego z ogólną koncepcją „instynktu”. Była dziedzicznym potencjałem lub predyspozycją do działania w określony sposób. Człowiek, zdaniem Junga, rodzi się z wieloma predyspozycjami, które kierują jego zachowaniem i częściowo określają, czego będzie w życiu świadom. W drodze przykładu podawał on lęk przed ciemnością lub drapieżnikami, który dla naszych przodków mógł powodować niezliczone niebezpieczeństwa.

Koncepcja archetypu nie tylko pozwoliła Jungowi wyjaśnić występowanie zasadniczo podobnych zjawisk w odmiennych rasach i kulturach, które wydają się ewoluować niezależnie, ale także miała na celu przyjrzenie się pewnym anomaliiom w obrębie tej samej rasy i kultury²³⁶.

2. Teorie frustracji i agresji

Badania zachowań zwierząt prowadzone przez K. Lorenza dały mu podstawę do stworzenia teorii o istnieniu czterech głównych instynktów, które tworzą siłę napędową ewolucji. Były nimi, zdaniem Lorenza, instynkt seksualny, instynkt głodu, agresji i ucieczki. W kontekście przestępczości największy wpływ ma, rzecz jasna, instynkt agresji, który jest instynktem wrodzonym. Aby ujawniły się zachowania, będące wynikiem instynktu agresji,

²³⁵ C.R. Hollin, *Psychology and Crime. An Introduction ...*, op. cit., s. 61.

²³⁶ E.M. Coles, *Clinical psychopathology...*, op. cit., s. 269.

nie jest konieczne wystąpienie jakiegokolwiek bodźca zewnętrznego. Według Konrada Lorenza agresja to wrodzona gotowość do walki, bez której przetrwanie organizmu nie jest możliwe. Dlatego też popierał on swoje tezy twierdząc, że bez tejże gotowości przetrwanie gatunku nie byłoby możliwe. Ludzie w drodze ewolucji utracili takie zdolności jak kontrolowanie i hamowanie agresji, jednak zachowali płynący z niej instynkt²³⁷. Agresja gromadzi się bowiem w ośrodkach centralnego układu nerwowego, a taka negatywna energia wymaga rozładowania – dlatego też teoria Lorenza zbliżona jest do teorii Freuda o wrodzonym instynkcie agresji, mimo iż powstała ona w wyniku badań prowadzonych na różnych grupach (pacjentach w przypadku Freuda i zwierząt w przypadku Lorenza). Krytycy takiego podejścia zarzucali mu jednak fakt oderwania dokonywanych analiz i wysnuwanych na tej podstawie wniosków od bodźców i sił zewnętrznych²³⁸.

Jak stwierdził Konrad Lorenz, *„zanim czytelnik przystąpi do lektury książki, należy mu się, jak sądzę, krótka odpowiedź na pytanie, dlaczego autor określa agresję wewnątrzgatunkową jako zło tylko „tak zwane”, a nie najoczywiściej prawdziwe? Dlatego, że choć agresja w swej prymitywnej, nieokielzanej formie krwawych walk jest zgubna nie tylko dla poszczególnych osobników, ale w ogóle dla gatunku, to jednak gdy ujawnia się w postaci zrytualizowanej, bywa wprawdzie czasem przykra dla pokonanej jednostki, ale stanowi motor postępu ewolucyjnego i kulturowego, przyczyniając się do wyselekcjonowania osobników najwartościowszych, najstosowniejszych do osiągnięcia wysokich rang w społeczności”*²³⁹.

Stan frustracji może również stanowić źródło agresywnych zachowań, ponieważ frustracja (jako stan negatywny i nieprzyjemny) występować może w związku ze zablokowaniem realizacji zamierzonych celów. Tak właśnie wskazywał J. Dollard – podkreślał on, iż agresja nie jest jedynym możliwym następstwem frustracji, ale na pewno frustracja stanowić będzie genezę agresji. Na stan sfrustrowanej osoby składać się mogą takie okoliczności jak wielość porażek doznawanych w życiu, upór w dążeniu do celu, niepowodzenia w osiągnięciu stawianych sobie działań. Przeciwnie zatem do teorii Lorenza, teoria frustracji-agresji zakłada dominujący wpływ czynników zewnętrznych na zachowania agresywne²⁴⁰.

²³⁷ K. Kowalczyk, B. Jankowiak, E. Krajewska-Kułak, H. Rolka, M. Sierakowska, *Teorie agresji – prawda czy mity?*, Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3), s. 396-400.

²³⁸ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 741.

²³⁹ K. Lorenz, *Tak zwane zło* (przekł. A.D. Tauszyńska), wyd. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1996, s. 5.

²⁴⁰ B. Hołyst, *Kryminologia...*, s. 742.

Bandura i Mischel następnie zakładali, iż prawidłowym było przyjmowanie przez Dollarda rozpoznanie potężnego wpływu bieżących bodźców środowiskowych. Porzucili oni jednak niedookreślone i nieprawidłowo (a raczej - niekompleksowo) zdefiniowane mechanizmy jak cechy czy instynkty. Wyuczony wzorce zachowania mogły wynikać ze społecznego uczenia się (np. obserwacji innych). Ponadto procesy poznawcze stawiali oni na równi z procesami behawioralnymi²⁴¹.

Powyższe teorie o istnieniu frustracji jako źródła agresywnych zachowań zmodyfikował amerykański psycholog L. Berkowitz. Uważał on, iż teoria Dollarda była nad wyraz uproszczona. Konstatował on zatem, iż dopuszczanie się przez ludzi agresji zależy nie tylko od czynników zewnętrznych, ale także od wewnętrznej gotowości do agresji. Bodźce świata zewnętrznego mogą wzbudzać agresję, jednak to właśnie sumowanie się i wzajemne zwielokrotnianie czynników zewnętrznych i wewnętrznych stanowią źródło zachowań agresywnych. Gniew inicjuje stan gotowości, a wywołać go może nie tylko przeżywana frustracja. Nasilenie zachowań agresywnych spowodowane może być przez sam nawyk agresywnej reakcji lub bodźce sytuacyjne, które samoistnie prowadzą do agresji. W ramach uzupełnienia swej teorii Berkowitz wprowadził termin ogólnego pobudzenia, którego istnienie sprzyja powstaniu reakcji agresywnej. Następnie doszedł on do wniosku, iż związek bodźca z zachowaniem agresywnym może ulegać modyfikacji w zależności od konkretnych cech osobowości²⁴². Jednakże Berkowitz (1993) zwrócił uwagę na fakt, iż pojmowanie agresji jako naruszania norm i zachowania negatywnie odbieranego społecznie nie uwzględnia faktu, że wartościowanie zachowań również zależy od poglądów oceniającej strony²⁴³.

Próbie uporządkowania i sklasyfikowania wszelkich rodzajów agresji podjął Erich Fromm, który dokonał podziału zachowań agresywnych człowieka na obronne zachowania agresywne i dezaptacyjne zachowania agresywne²⁴⁴. Pierwszy rodzaj zachowań określa zachowania zmierzające do ochrony wartości, które dla jednostki są istotne w przypadku wystąpienia zagrożenia. Inne zachowania agresywne to zaś tzw. „agresja instrumentalna”, której bezpośrednim celem nie jest wyrządzenie krzywdy. Biologicznie dezaptacyjna destruktywność i okrucieństwo zdaniem Fromma nie wynikały z instynktów, wrodzonych skłonności czy popędów²⁴⁵.

²⁴¹ P.G. Zimbardo, op. cit., s. 276.

²⁴² B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 743.

²⁴³ B. Krahe, *Agresja*, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 18.

²⁴⁴ M. Kuć, *Kryminologia...*, op. cit., s. 21.

²⁴⁵ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 743.

Dla Fromma wszystkie uczucia i działania człowieka są próbami znalezienia odpowiedzi dotyczących istnienia i próbą uniknięcia szaleństwa. Odwrócił od tradycyjne pytanie – „dlaczego niektórzy ludzie chorują psychicznie”. Zapytał w to miejsce – „dlaczego większość ludzi unika chorób psychicznych”, sugerując, że jedyną różnicą między człowiekiem zdrowym psychicznie a neurotycznym jest to, że zdrowy człowiek znalazł odpowiedź na istnienie, która spełnia większość jego potrzeb. Fromm wierzył, że istnieje zasadnicza sprzeczność w ludzkim jestestwie: człowiek jest zarówno częścią natury, jak i jest jednocześnie od niej odseparowany. Zasugerował, że ludzka egzystencja i wolność od zachowań determinowanych przez instynkt są z definicji nierozłączne: człowiek jest nieustannie konfrontowany z wyborem pomiędzy różnymi sposobami działania. Wolność według Fromma rodzi zarówno poczucie siły, jak i poczucie izolacji, niepewności, bezsilności i nieistotności (wątpienia w sens życia).

Erich Fromm uważał, że podstawowa sprzeczność w istocie ludzkiej rodzi pięć podstawowych potrzeb: pokrewieństwa, transcendencji, korzeni, tożsamości i punktu odniesienia. Zdefiniował potrzebę pokrewieństwa (na której opierał zdrowie psychiczne człowieka), jako konieczność zjednoczenia się z innymi żywymi istotami, aby być z nimi spokrewnionym. Zasugerował, że potrzeba ta leży u podstaw wszystkich uczuć, w tym tych zwanych "miłością".

Transcendencja pociąga za sobą zerwanie naturalnych więzi lub korzeni, która może być bezpieczna dla jednostki tylko w takim zakresie, w jakim można wspomniane korzenie zastąpić "ludzkimi korzeniami". Wszyscy, jak sądził Fromm, mają potrzebę przynależności do czegoś lub kogoś, do jakiegoś konkretnego miejsca. Ludzki rozsądek i wyobraźnia są również istotne dla istnienia potrzeb tożsamości i układu odniesienia. Wraz z utratą pierwotnej jedności z naturą i wraz z faktem, że człowiek musi podejmować nieustannie decyzje, jest świadomy siebie jako odmiennego od innych. To jego rozum i wyobraźnia tworzą potrzebę poczucia tożsamości, która jest "tak ważna i konieczna, że człowiek nie może pozostać przy zdrowych zmysłach, jeśli nie znajdzie sposobu, aby tę potrzebę zaspokoić "(Fromm, 1955)²⁴⁶.

3. Teorie kognitywne

Od 1960 r. zaczęto kłaść coraz większy nacisk na kognitywne podejście do osobowości, a kilka nawet razy próbowano wyprowadzić wymiary osobowości z

²⁴⁶ E.M. Coles, *Clinical psychopathology...*, op. cit., s. 276.

indywidualnych procesów kognitywnych. Podstawową i główną rolę stanowi styl myślenia człowieka, a nie jego treść. Jednostki, które wydają się znajdować stale w różnych sytuacjach (a przez to są niezmiennie związane z różnorodnych aspektami zachowań i doświadczeń), wyraźnie wykazują odmienne teorie osobowości, a nie teorie percepcji. Przykłady kognitywnego podejścia do osobowości to teoria różnicowania Witkina, teoria osobistych konstruktów Kelly'ego, teoria dysonansu poznawczego Fes Tinger'a i racjonalna terapia emocjonalna Ellisa.

Psychologia poznawcza (inaczej właśnie psychologia kognitywna) jest działem psychologii zajmującym się procesami i strukturami poznawczymi człowieka. Fundamentalnym pojęciem, którym posługują się badacze tej dziedziny, jest pojęcie percepcji. To ona właśnie pozwala zdobywać wiedzę o otoczeniu i pomaga kształtować doświadczenia. Podejście kognitywne jest bardzo często uznawane za antagonistyczne w stosunku do podejścia behawiorystycznego, jednakże niesłusznie²⁴⁷.

Co prawda model behawiorystyczny okazał się zbyt wąski dla badaczy, którzy analizowali wewnętrzne stany umysłu człowieka, jednak psychologia kognitywna nie neguje częstego podporządkowywania działań ludzkich czynnikom zewnętrznym, takim jak bodźce czy wzmocnienia. Nadała ona jednak jednostce społecznej kontrolę nad jej własnym zachowaniem, nie skupiając się wyłącznie na „zewnątrz-sterowności”²⁴⁸.

Teoria osobowości Witkina była co prawda skąpa w porównaniu z dziełem Freuda, Junga i innych teoretyków omawianych powyżej, jednak jego tezy wyrosły z obserwacji różnic indywidualnych w zadaniu percepcyjnym zwanym Testem Rod-and-Frame (Asch i Witkin, 1948). W tym teście badany przebywał w całkowicie ciemnym pomieszczeniu i obowiązany był do ustalenia położenia świecącego pręta, podczas gdy pręt był otoczony kwadratową ramką świetlną, ale oba obiekty mogły wszystkie przechylać się niezależnie od siebie. Witkin zakładał, że podstawą do wykonania testu Rod-and-Frame była umiejętność przewyciężenia kontekstu osadzenia: zdolność zignorowania nieistotnych i wprowadzających w błąd aspektów w celu skoncentrowania się na tych aspektach, które dają podstawę do prawidłowego działania²⁴⁹.

Dla powstania i dalszego rozwoju teorii kognitywnych największy fundament stanowiły prace badawcze Jeana Piageta, który wysnuł tezę o równoważeniu struktur poznawczych. Twierdził on, że człowiek przyswaja nowe informacje odbierane z otoczenia

²⁴⁷ A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, wyd. Scholar, Warszawa 2005, s. 623.

²⁴⁸ E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 33.

²⁴⁹ E.M. Coles, *Clinical psychopatology...*, s. 279.

poprzez wrodzone lub już wcześniej opanowane schematy poznawcze. Dla Piageta rozwój poznawczy człowieka był ciągłym procesem akomodacji i asymilacji²⁵⁰.

Zdaniem Piageta rozwój moralny stanowi zasadniczą część rozwoju dziecka, jednak poglądy na temat tegoż rozwoju moralnego zaproponowane przez amerykańskiego psychologa Lawrence'a Kohlberga znalazły szersze zastosowanie do zachowań przestępczych. Kohlberg, podobnie jak Piaget, twierdził, że moralne rozumowanie rozwija się w sposób sekwencyjny w miarę dojrzewania dziecka, a przestępcze zachowanie wiąże się z opóźnieniem w rozwoju moralnego rozumowania. To opóźnienie rozwojowe oznacza, że jednostka funkcjonuje na niskim poziomie rozumowania moralnego. Teorie Kohlberga wygenerowały zbiór wielu prac empirycznych, głównie porównujących moralne osądy przestępców i nie-przestępców²⁵¹.

Poglądy Piageta znalazły również poparcie w późniejszym opracowaniu tez naukowych przez George'a Kelly'ego, który konstatował, że rozwój poznawczy człowieka jest analogicznym procesem do przebiegu badań naukowych.

Kelly wprowadził pojęcie „poznawania” zamiast dotychczas używanego poznania. Poznawanie świata było jego zdaniem możliwe tylko na tyle, na ile człowiek był zdolny dokonać jego interpretacji. Obserwator świata powinien zatem umieć wychwycić zasady i schematy istniejące w otaczającej go rzeczywistości. Dążeniem człowieka powinno być coraz to lepsze i udoskonalone rozumienie świata, a dojść on mógł do tego jedynie przez nieustanne dochodzenie prawdy²⁵².

Kelly zaproponował, aby człowiek wchodził w interakcję ze swoim światem w taki sam sposób, w jaki robi to naukowiec, tworząc hipotezy i sprawdzając je. Hipotezy opierają się na sposobie i metodzie tożsamej z tym, w jaki jednostka organizuje (tj. "konstruuje") swoje doświadczenia. Ponieważ każdy człowiek z osobna traktowany jest inaczej, teoria Kelly'ego nazywana jest "teorią konstruktów osobistych", której najważniejszymi cechami dla psychopatologii są konceptualizacje lęku, zagrożenia i winy. W tradycyjnych sformułowaniach teoretycy osobowości często łączą lęki i zagrożenia w jedność, lęk bowiem jest tym, czego osoba doświadcza jako reakcja na niebezpieczną sytuację środowiskową; jest sygnałem, że może wystąpić awersyjne lub bolesne wydarzenie. Dla Kelly'ego niepokój i zagrożenie były dwiema znacznie różniącymi się od siebie rzeczami – osoba, która

²⁵⁰ E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, op. cit., s. 34-35.

²⁵¹ C.R. Hollin, op. cit., s. 73.

²⁵² D. Chmielewska-Banaszek, *Teorie i idee konstruktywistyczne w psychologii*, Principia, vol. 56, Kraków 2012, s. 43-63.

doświadcza niepokoju, nie może nazwać lub umieścić jakiegoś doświadczenia w swoim systemie konstruktów, natomiast osoba doświadczająca zagrożenia wyczuwa nieuchronną i fundamentalną zmianę w wewnętrznym systemie konstruktów. Zagrożenie to więc determinanta zachowania odbiegającego od normy. Kontrola nad własnym życiem i przeznaczeniem jest osobistym przedsięwzięciem każdej jednostki. Kelly konceptualizował poczucie winy w sposób następujący - sugerował, że każda osoba przedkłada własne zachowanie pod względem swojego osobistego układu konstruktów²⁵³. Głównym praktycznym zastosowaniem teorii Kelly'ego jest opracowanie Testu „Repertory Role Construct”²⁵⁴.

Albert Ellis opracował metodę terapii, która opiera się na założeniu, że ludzie „kontrolują swoje własne przeznaczenie poprzez wiarę w wartości i przekonania, które posiadają”. Zakładała ona, że ludzie się niepokoją, ponieważ są myślącymi zwierzętami, które bezkrytycznie polegają na zwodniczych wyobrażeniach. Nazwa, którą nadał terapii (racjonalno-emocjonalna terapia) podkreśla wagę, jaką przywiązywał on do racjonalnego myślenia.

Według Ellisa ludzie nie reagują bezpośrednio na wydarzenia, ale najpierw muszą zinterpretować i ocenić sytuację, w której się znajdują. „Obląkane” stwierdzenia odzwierciedlały zdaniem Ellisa irracjonalne przekonania, systemy wartości lub wypaczone filozofie życia. Przez „irracjonalność” rozumiał „każdą myśl, emocję lub zachowanie, które prowadzą do samobójczych lub autodestrukcyjnych konsekwencji i znacząco zakłócają przetrwanie oraz szczęście organizmu”.

Krytyka kognitywnych teorii skupiała się na ocenie stopnia, w jakim teoretycy kognitywni ograniczyli swoją uwagę do funkcji ego; ich nacisk na racjonalność i wolną wolę wykraczał poza teorię zorientowaną społecznie²⁵⁵.

§3. Teorie socjologiczne

1. Teoria anomii i zróżnicowanych powiązań

Po raz pierwszy termin „anomie” został użyty przez Platona, a oznaczał on w dosłownym tłumaczeniu „bezprawie”²⁵⁶. Wprowadzenia pojęcia anomii do nauki socjologii

²⁵³ E.M. Coles, *Clinical psychopatology...*, op. cit., s. 281.

²⁵⁴ Test Zbioru Konstruktów Ról (ang. Role Construct Repertory Test), popularnie zwany Rep Testem (RT) jest metodą zorganizowanej techniki wywiadu, służącą wywoływaniu i analizowaniu modeli myślowych.

²⁵⁵ E.M. Coles, *Clinical psychopatology...*, op. cit., s. 280.

dokonał Emile Durkheim, który odnosił ją do stanu względnego zaniku norm w społeczeństwie bądź grupie ludzi. Durkheim podkreślał, że zjawisko anomii dotyczy zarówno właściwości jak i struktury społecznej i kulturowej, a nie cech pojedynczych jednostek²⁵⁷. Zdaniem Durkheima zanik norm jest względny, ponieważ jest to stan „poczucia niezwiązania istniejącymi normami”, stan „dezorientacji normatywnej”.

Emile Durkheim uznawany jest za ojca trzech podstawowych orientacji – strukturalnej (wprowadzającej do socjologii pojęcie anomii), kontroli społecznej (osłabienie integracji społecznej jako czynnika prowadzącego do dewiacji) oraz reakcji społecznej (ze względu na rolę przestępczości w utrwalaniu zbiorowej świadomości). Model człowieka według Durkheima rysował się bardzo negatywnie, ponieważ zakładał skrajnie egoistyczną jego naturę oraz kierowanie się popędami, które w istocie są antyspołeczne. Aspiracje rozbudzane ponad miarę powodują, że człowiek przestaje osiągać satysfakcję z własnego rozwoju i osiągniętych sukcesów²⁵⁸.

Podstawową tezę Durkheima było to, że dezorganizacja społeczna prowadzi do osobistej dezorganizacji - uważał anomię za stan zakłóceń społecznych, w których ludzie, którzy wcześniej nie byli w stanie się przystosować, doświadczają społecznych trudności. W późniejszej literaturze anomia odnosiła się również do stanu umysłu ludzi poddanych dezorganizacji społecznej i charakteryzowała się uczuciem rozpacz i wyobcowania²⁵⁹.

Emile Durkheim stworzył przejrzystą orientację teoretyczną, która opierała się na koncepcji faktu społecznego, dzielącego się na dwa typy – materialny i niematerialny. Przykład faktów materialnych stanowił jego zdaniem podział pracy czy prawo, jednak większe znaczenie przypisywał faktom niematerialnym, takim jak świadomość społeczna i wyobrażenia zbiorowe. Patologią społeczeństwa według Durkheima był anomiczny podział pracy, a tylko strukturalny podział pracy jego zdaniem zapewniał więź, która umożliwia zminimalizowanie postępującego upadku społecznej moralności, w tym zachowań dewiacyjnych²⁶⁰.

Podstawową teorię anomii rozwijał między innymi Robert Merton, który uważał, że najważniejszymi pojęciami w socjologii winny być „kulturowo określone cele” i „zinstytucjonalizowane środki służące do realizacji”. Anomię Merton traktował jako

²⁵⁶ M. Pacholski, A. Słaboń, *Słownik pojęć socjologicznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2001, s. 13.

²⁵⁷ R.K. Merton, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, wyd. PWN, Warszawa 2002, s.225.

²⁵⁸ A. Siemaszko, *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, wyd. PWN, Warszawa 1993, s. 203-207.

²⁵⁹ E.M. Coles, *Clinical psychopatolog...*, op. cit., s. 228.

²⁶⁰ G. Ritzer, *Klasyczna teoria socjologiczna*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 150.

załamanie struktury kulturowej, która mogła przybrać dwojaką postać – anomii zwykłej (gdy w społeczeństwie dochodzi do stanu zamieszania) i anomii ostrej (gdy owo zamieszanie prowadzi do degeneracji i rozpadu systemów wartości)²⁶¹.

Kwestią nurtującą Mertona było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób struktura społeczna i kulturowa wywierają presję na ludzi, którzy w efekcie zachowują się niezgodnie z normami społecznymi. Dewiacje nie były dla niego czymś patologicznym, ale były odzwierciedleniem napięć w wyżej wspomnianych strukturach. Merton wyróżnił pięć sposobów przystosowywania się jednostek do zachodzących wokół nich dysharmonii – konformizm, innowację, rytualizm, wycofanie i bunt²⁶².

Najbardziej typową i rozpowszechnioną zdaniem Mertona był konformizm, gwarantujący równowagę i ciągłość społeczeństwa²⁶³. Polegał on na działaniach człowieka ukierunkowanych na osiągnięcie celów kulturowo usankcjonowanych przy pomocy środków przewidzianych przez prawo. Rytualizm wiązał się z obniżeniem poziomu aspiracji ludzkiej do takiego stopnia, by niezrealizowanie celu nie wiązało się z powstaniem stanu frustracji. Obie ze wskazanych powyżej postaw nie prowadziły zdaniem Mertona do zachowań dewiacyjnych. Kryminogennym typem przystosowania była zdecydowanie innowacja, która oznaczała akceptację celów kulturowych, jednakże z pominięciem sposobów ich osiągnięcia (tj. za pomocą nielegalnych środków). Istotą czwartego typu, czyli wycofania, było odrzucenie celów oraz środków – a więc swoista rezygnacja z wszelkiego działania. Typ piąty określał zachowania buntowników, reformatorów i rewolucjonistów, którzy wprowadzali własne cele i środki ich realizacji w miejsce tych, które przewidywało społeczeństwo²⁶⁴.

Szczególną uwagę zwraca także koncepcja Edwina Sutherlanda, która w środowisku amerykańskich naukowców zyskiwała niejednokrotnie większą liczbę zwolenników, aniżeli teoria Mertona. Po pierwsze twierdził on, iż zachowania przestępcze są wyuczone. Oznaczało to, że człowiek z chwilą urodzenia nie posiada do nich predyspozycji. Argumentował on, że konsekwencją uznania prawdziwości tezy o wrodzonych uwarunkowaniach do przestępczych zachowań byłoby również uznanie, że człowiek nowonarodzony posiadać może też skłonności do przestrzegania prawa.

Po drugie twierdził on, że skutek w postaci zachowania przestępczego następuje poprzez uczenie się go w interakcji z innymi, przy czym odrzucał on wpływ środków

²⁶¹ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 748.

²⁶² A. Siemaszko, op. cit., s. 35.

²⁶³ R. K. Merton, *Teoria socjologiczna ...* op. cit., s. 206.

²⁶⁴ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 751.

masowego przekazu w tym procesie. Wielokrotnie wysnuwał wnioski o wzajemnym oddziaływaniu na siebie zachowań przestępczych i nieprzestępczych. Uważał, że „jednostka staje się przestępcą wskutek nadwyżki definicji sprzyjających naruszaniu prawa nad definicjami niesprzyjającymi naruszaniu prawa”²⁶⁵.

Z teorią Sutherlanda łączyć należy fakt istnienia konfliktu kultur, który jest warunkiem koniecznym w procesie zróżnicowanych powiązań, ponieważ to wskutek interakcji wewnątrz pierwotnych grup społecznych (ze względu na bliskość ich członków) ludzie czerpią wzory swoich dalszych zachowań. Tezy Sutherlanda w doktrynie zyskały miano teorii transmisji kulturowej, przede wszystkim ze względu na podejście do przestępczości jako do składnika kultury i konsekwencji transmisji wzorów kulturowych²⁶⁶.

„Konflikt kultur jest naturalnym skutkiem zróżnicowania społecznego, a więc istnienia nieskończonej liczby grup społecznych, z których każda ma swoje własne definicje sytuacji życiowych, własne interpretacje zależności społecznych, własną nieznaną wartość społeczną innych grup lub błędne rozumienie tych wartości. Zachodzącym w kulturze przemianom, w wyniku których typ homogeniczny i dobrze zintegrowany przekształca się w typ heterogeniczny i zdeintegrowany, towarzyszy wzrost liczby sytuacji konfliktowych” - twierdził Thorsten Sellin. Jego zdaniem to, co w dla członków jednej grupy będzie dewiacją, dla innej grupy ludzi może stanowić normę lub nawet wzór zachowania. Koncepcja konfliktu kultur Sellina zakładała więc znaczny stopień zróżnicowania kulturowego niekoniecznie na poziomie pomiędzy całymi społeczeństwami, ale także w obrębie jednej grupy. To właśnie jego zdaniem nieuchronnie prowadzi do nieporozumień i konfliktów, co skutkuje zachowaniami dewiacyjnymi²⁶⁷.

2. Teorie podkultur

W socjologii pojęcie „subkultura” pojawiło się za sprawą Milтона M. Gordona, który zdefiniował je jako „podział kultury narodowej obejmujący kombinację mierzalnych sytuacji społecznych, takich jak pozycja klasowa, pochodzenie etniczne, terytorialne, miejsce zamieszkania w mieście lub na wsi oraz przynależność religijna, tworzących w połączeniu funkcjonalną jedność wywierającą na jednostkę całościowy wpływ”²⁶⁸. Tak sformułowana

²⁶⁵ A. Siemaszko, op. cit., s. 99.

²⁶⁶ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 756.

²⁶⁷ A. Siemaszko, op. cit., s. 77-83.

²⁶⁸ tamże, s. 136.

definicja posłużyła do późniejszego wypracowania teorii podkultur dewiacyjnych (na przykład przez Alberta Cohena).

Punktem wyjścia jego rozważań było twierdzenie, iż subkultury przestępcze występują głównie w niższych warstwach wśród młodzieży. Wpływają na to czynniki takie jak chęć wzbogacenia się i osiągnięcia wyższej pozycji, które jednak w połączeniu z wadliwym wychowaniem wyniesionym z domu powodują brak umiejętności powstrzymania się od agresji, brak ogłady czy szacunku dla innych ludzi i ich własności. Poczucie zablokowanych możliwości powoduje frustrację, która rodzi zachowania przestępcze²⁶⁹.

Gwarancją osiągnięcia wyższego stanu społecznego są precyzyjnie zdefiniowane przez Cohena cechy, takie jak szacunek dla osiągnięć, racjonalność, świecki ascetyzm (zdolność do odpierania pokus w postaci pragnienia natychmiastowego zaspokojenia swych popędów i zachcianek), eliminacja agresji fizycznej czy rozsądny wypoczynek. W niższych warstwach nie przywiązuje się dużej wagi do dbałości o powyższe, dlatego wraz z brakiem rozwoju tych przymiotów osoby z niższych sfer miewają trudności z uzyskaniem społecznego awansu. Stąd pojawia się wówczas wrogie nastawienie zbiorowości klasy niższej do klasy średniej²⁷⁰.

Swoistą negacją teorii podkultur dewiacyjnych Cohena stanowiła koncepcja Waltera B. Millera, który przede wszystkim zarzucał twierdzeniom swego poprzednika niezasadność dotyczącą negacji jako podłoża zachowań młodzieży wywodzącej się z warstwy średniej. Uważał, że różnice w standardach między klasami nie mogą być zestawiane na zasadzie odwrotności. W każdej kulturze bowiem, zdaniem Millera, można odnaleźć centralne punkty zainteresowania, tj. „dziedziny lub problemy zwracające na siebie szeroką i trwałą uwagę oraz wywołujące duże zaangażowanie emocjonalne”. Takich punktów występujących w niższej warstwie społecznej wyróżnił on sześć. Pierwsza z nich to kłopoty, które są głównym przedmiotem rozmów i aktywności ludzkiej. Drugi z centralnych punktów to twardość, która jest wartością, zgodnie z którą oceniane jest zachowanie jako całość (siła fizyczna i psychiczna). Wysoko ocenianą cechą wśród warstwy niższej jest spryt, który nieodłącznie od twardości powinien cechować przywódcę grupy młodzieżowej. Piątym centralnym punktem wyróżnianym przez Millera są emocje, które skupiają się na chęci przeżywania ekscytacji i przełamaniu monotonii. Podejmowanie niebezpiecznych działań (bez występowania poczucia osobistej odpowiedzialności za skutki własnych poczynań) określa punkt nazwany przez Millera „przeznaczeniem”. Mistyczna wiara w przeznaczenie czy los powodują, że

²⁶⁹ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 762.

²⁷⁰ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, op. cit., s. 113-115.

członkowie niższej klasy społecznej nie widzą celu w staraniach o poprawę swojej sytuacji życiowej, bo wszystko zależy od losu. Ostatnim punktem zainteresowania jest niezależność, która wyraża skryte pragnienia życia w określonych ramach, jakie towarzyszą standardom klasy wyższej lub średniej²⁷¹.

Różnica w poglądach Millera i Cohena przebiegała w postrzeganiu istoty zachowania kryminalnego. Dla Millera było ono produktem specyfiki kultury niższych warstw społecznych, dla Cohena zaś – stanowiło reakcję na wymuszanie przez warstwę średnią wzorów zachowań, wartości i norm, które narzucano warstwom niższym. Porównywalne były zatem cechy kulturowe wskazywane przez oboje badaczy, z tym że upatrywali oni inne źródła tych przymiotów.

Odmienne stanowisko prezentowali R. Cloward i L. E. Ohlin, powołując się na „teorię zróżnicowanych okazji” i w ten sposób zestawiając grupy młodzieży o odmiennych cechach – wskazywali na grupy przestępcze, konfliktowe i grupy wycofania. Przyczyną przynależności do określonego rodzaju gangu były doświadczenia społeczne członków²⁷².

Podkulturę przestępczą charakteryzował przede wszystkim jej rozwój w zorganizowanych slumsach, gdzie młodzi ludzie czerpią swe wzorce zachowań z dorosłych przestępców. Młodzież stopniowo coraz silniej angażuje się w kryminalną karierę, przez co grupa taka stanowi formę stadialną ścieżki przestępczej młodych ludzi. Podkultura konfliktu występuje, zdaniem Clowarda i Ohlina, w obszarach, które wykazują dezorganizację społeczną i negatywne emocje społeczeństwa wynikające z braku szans życiowych. Podkultura wycofania się była przez wspomnianych badaczy nazywana podkulturą podwójnie przegranych, ponieważ obejmowała zarówno tych, którym nie zależało (czy też raczej – którym brakowało chęci) na realizacji swoich celów w nielegalny sposób, a także tych, którym nie powiódło się na ścieżce przestępczej²⁷³.

Z powyższej charakterystyki wynika, iż Cloward i Ohlin nie uważali przestępczości młodzieży za wyraz negacji klasy średniej, jak to podnosił Cohen, gdyż pojmowali dążenie do awansu społecznego za cechę wspólną dla każdej z grup.

Na uwagę wśród teorii podkultur zasługuje również teoria dryfu Davida Matzy, zakładająca nieistnienie różnic między młodzieżą z gangów a pozostałymi młodymi ludźmi. Matza usiłował walczyć z nadmiernym determinizmem, który znajdował w każdej z powyżej opisanych teorii, dlatego też powoływał się na jego łagodniejszą formę, czyli właśnie „dryf”.

²⁷¹ A. Siemaszko, op. cit., s. 158.

²⁷² J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, op. cit., s. 118-119.

²⁷³ M. Kuć, *Kryminologia...* op. cit., s. 37-38.

Argumentował swoje stanowisko tym, że przestępczość członków gangów nie jest nieuchronna, a tym bardziej wstąpienie na drogę przestępstwa w przeszłości nie stoi na przeszkodzie zmiany swojego zachowania w przyszłości. Racjonalizacja przestępczych zachowań młodzieży mogła według Matzy przejawiać się w zaprzeczaniu odpowiedzialności i poczucia krzywdy, a także w „potępieniu potępiających” i odwoływaniu się do wyższych celów swych działań²⁷⁴.

Poczucie winy po dokonany przestępstwie da się wyciszyć poprzez udowodnienie sobie, że zaobserwowana dewiacja „była wypadkiem” (kwestionowanie odpowiedzialności). Drugą z technik kwestionowania jest negowanie lub umniejszanie szkody wyrządzonej przestępstwem (kwestionowanie szkody). Przedefiniowanie sytuacji, w której doszło do przestępnego czynu, może dotyczyć także ofiary, którą sprawca może określać jako osobę zasługującą na ukaranie lub odwet (kwestionowanie ofiary). Wyższym poziomem abstrakcji cechuje się „potępienie potępiających”, które przesuwają uwagę z przestępstwa na osoby, które to przestępstwo publicznie potępiają. Ostatnim sposobem racjonalizacji jest odwoływanie się do wyższych racji i celów, które „osłabiają potencjał oporu normy”, a porównywalne są ze stygizowanym w kodeksie karnym kontratypem obrony koniecznej. Warto zauważyć, że zgodnie z poglądami Matzy, przestępstwo uważano za dokonane jedynie wówczas, gdy sprawca zracjonalizował sobie swoje zachowanie w jeden z powyżej przedstawionych sposobów. Matza uważał bowiem, że członkowie podkultur i gangów także posiadają zdolność do rozróżniania dobra od zła i doświadczają poczucia winy²⁷⁵.

3. Pozostałe wybrane teorie nurtu socjologicznego związane z zachowaniami dewiacyjnymi

Fakt przyczynienia się Emile Durkheima do powstania rozważań nad teoriami kontroli zaznaczony został w pierwszej części niniejszego podrozdziału. Szerszego omówienia wymaga jednak stanowisko Durkheima w zakresie normalności zjawiska przestępczości, które nie tylko występuje obecnie, ale miało miejsce w przeszłości i jego obecność w przyszłości również jest nieuchronna. Argumentacja mająca na celu potwierdzenie tej tezy była następująca – łamanie norm prawnych przez daną jednostkę pełni funkcję dynamizującą społeczeństwo, które zmuszone jest wówczas do weryfikacji swego systemu wartości,

²⁷⁴ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 764.

²⁷⁵ A. Siemaszko, op. cit., s. 191-193.

poglądów i norm. Człowiek jest z natury egoistyczny, toteż nie istnieją wrodzone hamulce, które miałyby jego przestępczą naturę zatrzymać²⁷⁶.

Do spuścizny Durkheima bezpośrednio nawiązuje teoria kontroli Trávisa Hirschiego, który w upatrywał genezy przestępczości w zerwaniu więzi człowieka z porządkiem konformistycznym. Nieodłącznymi komponentami tychże więzi według Hirschiego były przywiązanie, zobowiązanie, zaangażowanie, zaabsorbowanie i przekonanie.

Przywiązanie (*attachment*) w dziedzinie socjologii stanowiło odpowiednik psychoanalitycznego sumienia czy *superego*. Oznaczało ono emocjonalny związek z najbliższym otoczeniem (np. rodziną), który ludzi wrażliwych na opinie osób trzecich zbliżał do postawy konformistycznej. Dewiację bowiem przejawiały jednostki, które nie dbały o reakcję innych na przestępcze działania. Poniekąd z przywiązaniem łączyło się zaangażowanie (*commitment*) – tj. przestrzeganie porządku prawnego spowodowane obawą utraty pozycji w społeczeństwie czy prestiżu. Zaangażowanie dla Hirschiego było również brakiem innych możliwości kierowania swoim życiem, które skutkowało cnotliwością. Zaabsorbowanie polegało, zdaniem Hirschiego, na poświęcaniu zbyt dużej ilości czasu na działalność konformistyczną, przez co człowiek nie miał czasu na zachowania dewiacyjne. Przekonanie to zaś nic innego, jak wewnętrzne założenie konieczności wywiązywania się z obowiązku przestrzegania norm społecznych²⁷⁷.

Powyższa teoria nie była jedyną próbą zdefiniowania zachowań dewiacyjnych przez Hirschiego. Wraz z Michaelem Gottfredsonem stworzył on koncepcję samokontroli, która bazowała na zjawisku wyuczonym w toku rozwoju dziecięcego, a z chwilą jej nabycia pełniła ona rolę zapobiegawczą w zakresie zachowań przestępczych. Przepststwo zdaniem autorów stanowiło wypadkową pobudek indywidualnych, ponieważ wynika ono z zaspokajania indywidualnych pragnień. Takie zachowanie może wykazywać jakakolwiek jednostka, ponieważ nie wymaga ono procesu uczenia się. Jako że ludzie nie są z natury skłonni podporządkowywać swoich celów do interesów grupy, większość zachowań kryminalnych służy osiągnięciu natychmiastowej przyjemności ze spontanicznego i ryzykownego działania. Im niższy poziom samokontroli jednostki, tym większa podatność na impulsy i skłonność do podejmowania ryzyka²⁷⁸.

²⁷⁶ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia...*, op. cit., s. 127.

²⁷⁷ Z. Ziomka, *Przyczyny zachowań przestępczych oraz zjawisk patologicznych w świetle teorii socjologicznych*, Wydawnictwo Szkoły Policji w Katowicach, Katowice 2008, s. 25.

²⁷⁸ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 769.

Teoria drogi życiowej jako jednego z warunków wpływających na zachowania przestępcze według R.J. Sampsona i J.H. Lauba zwracała uwagę na znaczenie związków człowieka ze społeczeństwem na każdy etap ich życia. Społeczny związek z instytucjami kontroli społecznej mają zachowania przestępcze i nie mają znaczenia takie czynniki jak przeszłość przestępcza czy aspołeczna postawa jednostki. Instytucje te kreują w rzeczywistości nieformalną kontrolę społeczną, której jednak nadmierne słabości mogą prowadzić do zachowań dewiacyjnych. Małżeństwo na przykład, zdaniem autorów, nie wzmacnia kontroli społecznej, ale jego ścisły związek emocjonalny z partnerem może pomagać w minimalizowaniu zachowań przestępczych. Podobne spojrzenie posiadali oni na stabilność zawodową, która im mocniejsza, tym doskonalszy stanowiła hamulec dla dewiacji. Fundamentem dla teorii drogi życiowej jest konstatacja o przestępczości spowodowanej najczęściej słabą więzią małżeńską oraz niestabilnością zawodową²⁷⁹.

Istotniejsze jednak było twierdzenie Sampsona i Lauba o tym, iż brak zaburzeń w relacjach między jednostką a instytucjami społecznymi może pośredniczyć w postaniu skłonności do zachowań przestępczych, podobnie zresztą jak zdolność jednostki do przewyższania niepowodzeń. Teoria biegu życia (drogi życiowej) jest wykorzystywana w różnorodny sposób w naukach, które za przedmiot mają badanie ludzkich zachowań (między innymi teoria ta znajduje zastosowanie w kryminologii). Podstawą koncepcyjną „biegu życia” jest tzw. trajektoria życia człowieka w połączeniu ze zmianami, które mają miejsce podczas dokonywania zmian ról społecznych. Słabe więzi społeczne były dla Lauba i Sampsona determinantą zachowań przestępczych, ponieważ stwarzają możliwość zaangażowania się jednostki w nielegalne działania. Przeciwnie więc do teorii Hirscha, dzieciństwo jako pierwotny etap życia każdego człowieka, charakteryzują takie zjawiska jak dyscyplina, przywiązanie lub nadzór. Braki w którymkolwiek w tych elementach mogą przekładać się na przestępczość nieletnich. Z teorii drogi życia wywieść można zatem wniosek o istotnym wpływie negatywnych warunków strukturalnych (takich jak rozpad rodziny, ubóstwo) na mechanizm funkcjonowania kontroli społecznej, ponieważ im częściej powyższe okoliczności występują, tym większe jest ryzyko demoralizacji jednostki²⁸⁰.

Wartą omówienia zdaje się być także teoria naznaczania społecznego, zwana również teorią stygmatyzacji. Nazwa tego nurtu wywodzi się z angielskiej nazwy *labelling theory*, a w literaturze polskiej przyjęła także alternatywną nazwę „teorii etykietowania”. Ponieważ

²⁷⁹ M. Marczak, *Drogi życiowe kobiet przestępczyń – synteza badań własnych*, Niepełnosprawność nr 8, 2012, s. 73.

²⁸⁰ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 769.

związki tej teorii zachodzą w obszarze kierunku symbolicznego interakcjonizmu, teoria naznaczenia społecznego może być prezentowana pod mianem podejścia interakcjonistycznego. Jej głównym celem badawczym nie były zachowania dewiacyjne *per se* (choć można powiedzieć, że pośrednio także), ale zwracano przede wszystkim uwagę na reakcję społeczeństwa na przestępcze zachowania. Spojrzenie na przestępczość przez taki pryzmat zaowocowało powstawaniem rewolucyjnych tez w kryminologii, dlatego też nierzadko spotkać się można ze stwierdzeniem, że teoria ta „dokonała przewrotu kopernikańskiego”²⁸¹.

Aby możliwym było dokonywanie analizy teorii stygmatyzacji, konieczne jest uprzednie użycie terminu „kontroli społecznej” w kontekście całokształtu reakcji społecznych na dewiację oraz użycie tego terminu w celu zdefiniowania procesu, jakim jest próba zapobieżenia uwarunkowaniom dewiacyjnym²⁸².

Jedną z pierwszych prób wyjaśnienia zjawiska stygmatyzacji należała do Edwina Lemerta, która – nie ulega wątpliwości – rodziła kontrowersje. Dewiację pierwotną odnajdywał on w społecznych, kulturowych, fizjologicznych i psychologicznych faktach, które bądź to występują przypadkowo, bądź cechują się pewną regularnością. Była ona jednak zdaniem Lemerta nieznacznym czynnikiem wpływającym na strukturę psychiczną jednostki dewiacyjnej. W drodze kontrastu, dewiacja wtórna stanowiła dla niego odpowiedź społeczeństwa na problemy, które wytwarzane są przez społeczną reakcję na dewiację – tj. problemy takie jak moralne dylematy związane z wymiarem kar, segregacją i kontrolą. Konsekwencją naruszenia przez konkretnego człowieka jakiejś normy społecznej było podjęcie działań przez instytucję kontroli społecznej, co początkowało proces stygmatyzacji, a więc „proces nadawania jednostkom widocznych oznak moralnej niższości”²⁸³.

Innym poglądem Lemerta było twierdzenie o nieprawdziwości wcześniejszych tez socjologicznych o potrzebie kontroli społecznej, którą rodzi zachowanie dewiacyjne. Uważał on, że to właśnie owa kontrola społeczna prowadzi do dewiacji, poprzez wywoływanie w jednostkach z daną etykietą do podejmowania działań, jakie wynikałyby z ich stygmatów²⁸⁴. Terminu „interakcji społecznej” winno się używać w kontekście interpretacji i definicji dokonywanych przez istoty ludzkie w odniesieniu do działań innych, a nie tylko w kwestii

²⁸¹ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, op. cit., s. 132.

²⁸² A. J. M. Dijker, W. Koomen, *Stygmatyzacja, tolerancja i naprawa. Interakcyjna analiza psychologiczna reakcji na dewiację*, wyd. Fundacja Tolerancja, Białystok 2009, s. 19.

²⁸³ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, op. cit., s. 134.

²⁸⁴ B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 780.

reagowania na nie. Przypisywanie znaczeń zachowaniom ludzkim służy wprowadzeniu procesu interpretacji pomiędzy bodziec a reakcją²⁸⁵.

W ujęciu Lemerta poprzez kontrolę społeczną nadawano jednostkom etykiety (*label*) dewiantów, homoseksualistów, chorych psychicznie, złodziei, etc. Z chwilą uzyskania przez jednostkę takiej etykiety zauważalne było działanie jaźni odzwierciedlonej, to znaczy utrwalania dewiacyjnych cech umożliwiających identyfikację określonej osoby. Wskazać należy, że żaden człowiek z chwilą urodzenia nie posiada takiej etykiety – jest ona nabywana na różnych etapach życia. Uproszczony model tej teorii zakładał więc, że jednostka uznana przez społeczeństwo za dewianta, faktycznie była tak traktowana, a z biegiem czasu sama wierzyła w to, że jest kimś innym, niż w rzeczywistości²⁸⁶.

W tym miejscu nie sposób pominąć wkład Ervinga Goffmana w tworzenie koncepcji stygmatyzacji. Zwracał on bowiem szczególną uwagę na codzienne relacje osób „normalnych” z „tymi gorszymi”. Największy nacisk kładł on na moment pierwszego poznania się takich osób. Dokonał on odwróconej analizy, albowiem zajmował się on nie reakcjami społeczeństwa na dewiantów, ale właśnie reakcją dewiantów na społeczną widownię, a miał on na celu poznanie zjawiska radzenia sobie z noszonymi przez siebie stygmatami. Takie stygmaty (u Goffmana odmiennie niż dotychczas – w miejsce terminu „etykieta” używał on „stygmatu”) sklasyfikował on następująco – pierwsze z nich stanowiły stygmaty, które wzbudzały niechęć i były związane ze zniekształceniami ciała; drugą kategorią były dla Goffmana stygmaty wad charakterologicznych jednostki, a więc despotyczności, nieuczciwości czy nadmiernej wybuchowości, dla których oceny nie bez znaczenia były takie fakty z przeszłości jak alkoholizm, pobyt w zakładzie karnym czy próby samobójcze; Trzeci rodzaj stygmatu stanowił stygmat plemienny, związany z rasą, religią i narodowością.

Goffman uznał, iż dla bycia uznanym za dewianta nie musi zaistnieć czyn przestępczy. Nierzadko wystarczy wystąpienie pewnych cech, które nie są aprobowane w danej społeczności²⁸⁷.

²⁸⁵ H. Blumer, *Spółczesność jako interakcja symboliczna* [w:] I. Borowik, J. Mucha (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, wyd. Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2015, s. 103.

²⁸⁶ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, op. cit., s. 134.

²⁸⁷ A. Siemaszko, op. cit., s. 231.

Rozdział IV

Opiniowanie zaburzeń osobowości w polskim procesie karnym

§1. Rola opinii biegłego w postępowaniu sądowym

1. Istota i przedmiot opinii biegłych – uwagi wprowadzające

Podstawowym celem postępowania karnego w polskim porządku prawnym jest takie ukształtowanie postępowania, aby sprawca przestępstwa został wykryty i pociągnięty do odpowiedzialności karnej, a osoba niewinna nie poniosła tej odpowiedzialności. Ponadto podstawę wszelkich rozstrzygnięć powinny stanowić prawdziwe ustalenia faktyczne²⁸⁸. Wśród naczelných zasad dotyczących postępowania dowodowego wyróżnia się między innymi zasadę prawdy, zwaną częściej zasadą prawdy materialnej lub obiektywnej. Jest ona adresowana do sądu, a nakazuje organowi procesowemu wydawanie wszelkich decyzji wyłącznie na podstawie ustaleń faktycznych, które zgodne są z rzeczywistym stanem rzeczy. Dzięki prawidłowej realizacji tej dyrektywy możliwym jest poznanie faktów i związków, które między nimi zachodzą²⁸⁹.

„Zgodnie z treścią przepisu art. 193 § 1 k.p.k., jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia, wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych. Interpretacja tego przepisu, tak w judykaturze, jak i doktrynie, nie pozostawia żadnych wątpliwości, co do tego, że powołanie biegłego w sytuacji, o jakiej mowa w § 1 omawianego przepisu nie jest prawem, a obowiązkiem sądu. Jeśli więc w sprawie konieczne było zasięgnięcie opinii biegłego, dowodu z biegłego nie można zastąpić innym dowodem” - tak orzekł Sąd Najwyższy w swym postanowieniu z dnia 17 maja 2007 r. wydanego w sprawie o sygn. Akt II KK 331/06²⁹⁰.

Istotą wiadomości specjalnych jest fakt niedostępności tychże informacji dla dorosłego człowieka o odpowiednim zasobie wiedzy ogólnej, doświadczeniu życiowym i wykształceniu²⁹¹. Jeżeli zatem warunkiem rozstrzygnięcia sprawy, która wymaga wiadomości specjalnych, jest powołanie biegłego z zakresu odpowiedniej dziedziny nauki, implikuje to wskazanie, iż osoba taka powinna wyróżniać się specjalistycznym wykształceniem, które

²⁸⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997 Nr 89 poz. 555 z późn. zm.

²⁸⁹ K. Marszał, *Proces karny. Zagadnienia ogólne*, wyd. VOLUMEN, Katowice 2013, s. 90.

²⁹⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 r. II KK 331/06, OSNwSK 2007/1/1070.

²⁹¹ Por. wyrok SN z 15 kwietnia 1976 r., II KR 48,76, OSNKW 1976, nr 10-11, poz. 133; wyrok SN z 23 listopada 1982 r., II KR 186/82, OSNPG1983, nr 5, poz. 59.

wiąże się ze specyficznymi umiejętnościami i fachową wiedzą²⁹². Jednak nawet gdyby sąd posiadał w danej sprawie wiadomości specjalne, które zmierzałyby do ustalenia określonych faktów, to i tak jest zobowiązany skorzystać z dowodu w postaci opinii biegłego, a więc nie może zrezygnować z opinii biegłego, jeżeli ustalenie faktu wymaga wiedzy specjalnej²⁹³.

Opinia biegłego, niezależnie od dziedziny nauki, w której się on specjalizuje, stwarza możliwość pełnego zapoznania się z zebranych materiałem dowodowym oraz wyciągnięcia z tegoż materiału dowodowego wniosków, które, bez pełnego wykorzystania właściwości informacyjnych np. śladów kryminalistycznych, byłoby bez udziału eksperta niemożliwe. Opinia stanowi więc dowód „wtórny”, który na podstawie analizy źródeł dowodowych pierwotnych pozwala organowi procesowemu na bezpośrednie dotarcie do informacji, które z tychże źródeł płyną²⁹⁴.

Ze względu na powyższe kryterium doboru specjalisty, którego udział w postępowaniu (zarówno sądowym, ale i przygotowawczym) jest bezwzględnie wymagany, istnieją określone warunki powołania osób, których opinia stanowić będzie w sprawie źródło dowodowe. Zgodnie z dyspozycją art. 157 §1 Ustawy prawo o ustroju sądów powszechnych, prezes sądu okręgowego prowadzi listę biegłych sądowych i to właśnie prezes sądu ich ustanawia²⁹⁵. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości w sprawie biegłych sądowych, biegłych powołuje się na czas określony²⁹⁶. Biegłego ustanawia się dla odpowiedniej (ze względu na zakres jego wiedzy) specjalności, jednakże od biegłych sądowych rozróżnić należy biegłych *ad hoc* – tj. osoby, co do których wiadomo, iż w danej dziedzinie dysponują odpowiednią wiedzą. Kodeks postępowania karnego w art. 195 przewiduje możliwość powołania powyższych osób do wydania opinii w sprawie²⁹⁷. Z chwilą wydania przez organ procesowy postanowienia o powołaniu osoby dysponującej wiadomościami specjalnymi, staje się ona biegłym w danym postępowaniu²⁹⁸.

Każda osoba, która powołana zostaje w postępowaniu w charakterze biegłego, jest obowiązana złożyć opinię zgodnie ze swą specjalistyczną wiedzą. Zależnie od etapu

²⁹² A. Gaberle, *Dowody w sądowym procesie karnym*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 194.

²⁹³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 marca 2017 r. w sprawie o sygn. akt II KK 358/16, Lex nr 2259785.

²⁹⁴ D. Kaczmarcka, *Sądowa ocena opinii biegłego w procesie karnym*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, vol. LVI/LVII 2009/2010, s. 49-62.

²⁹⁵ Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz.U. Nr 98, poz. 1070 z późn. zm.

²⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz.U. Nr 15, poz. 133).

²⁹⁷ Wskazać w tym miejscu należy, że w świetle treści przepisu art. 195 k.p.k. nie ma żadnej różnicy w traktowaniu i ocenie opinii biegłego złożonej przez biegłego sądowego lub przez innego biegłego powołanego w określonej sprawie przez organ procesowy (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 kwietnia 2006 r. wydanym w sprawie WA 15/06, OSNwSK 2006/1/910).

²⁹⁸ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 102.

postępowania, w którym zaistnieje potrzeba zasięgnięcia opinii biegłego, odpowiednie postanowienie w tym zakresie wydaje organ prowadzący postępowanie. Wskazać należy, że dowód taki może być przeprowadzony zarówno w postępowaniu przygotowawczym, postępowaniu sądowym (w tym także postępowaniu apelacyjnym) oraz przy wznowieniu postępowania²⁹⁹. Biegły (określany niekiedy jako „pomocnik sądu”), a także opinia sporządzana przez niego na potrzeby procesowe, stanowią odrębne źródło dowodowe obok dowodów z dokumentów, dowodów osobowych, tj. dowodów ze świadków czy też innych dowodów rzeczowych. Biegły jest osobowym źródłem dowodowym, jednak opinia, którą dostarcza organowi procesowemu, stanowi środek dowodowy. Dowodem z opinii biegłego jest przesłuchanie go lub – jako najczęściej występujący środek dowodowy – odczytanie jego pisemnej opinii. Badanie, jakie przeprowadza biegły na potrzeby wyjaśnienia danej kwestii, która stanowi istotną okoliczność w procesie, jest nazywane ekspertyzą *sensu stricto*, zaś całokształt jego działalności w sprawie – ekspertyzą *sensu largo*³⁰⁰.

Wartą podkreślenia kwestią jest także fakt, iż biegły sądowy podlega wyłączeniu na mocy kodeksu postępowania karnego odpowiednio tak jak sędzia – zarówno z mocy prawa jak i na wniosek (a zatem na podstawie art. 40 i 41 k.p.k.). Nie ma bowiem przesady w twierdzeniu, iż biegły również jest podmiotem zaufania publicznego. Od wniosków zawartych w jego opinii, a zatem od stanu jego wiedzy i poprawności sporządzonej opinii, zależy nierzadko rozstrzygnięcie w wielu sprawach³⁰¹.

Zgodnie z dyspozycją art. 40 k.p.k., który ma odpowiednie zastosowanie także do biegłych, biegły podlega wyłączeniu z mocy prawa w przypadku gdy sprawa dotyczy go bezpośrednio; jest małżonkiem strony lub pokrzywdzonego albo ich obrońcy, pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego albo pozostaje we wspólnym pożyciu z jedną z tych osób; jest krewnym lub powinowatym w linii prostej, a w linii bocznej aż do stopnia pomiędzy dziećmi rodzeństwa osób wymienionych powyżej albo jest związany z jedną z tych osób węzłem przysposobienia, opieki lub kurateli. Ponadto, biegły podlega wyłączeniu, gdy brał udział w sprawie jako prokurator, obrońca, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy strony, albo prowadził postępowanie przygotowawcze³⁰². Zasadny jest także zakaz udziału biegłego w postępowaniu w charakterze eksperta, gdy został on już w sprawie powołany w charakterze świadka lub był świadkiem czynu, ale także, gdy jest on oskarżonym w innej

²⁹⁹ K. Marszał, *Proces karny...*, op. cit., s. 347.

³⁰⁰ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 401.

³⁰¹ A. Gaberle, *Dowody w sądowym ...*, op. cit., s. 204.

³⁰² por. art. 40 k.p.k. - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997 Nr 89 poz. 555 z późn. zm.

toczącej się sprawie o współdziałanie w przestępstwie objętym postępowaniem. Biegłym sądowym nie może być osoba, która działała jako adwokat lub radca prawny – co do faktów, o których dowiedziała się prowadząc sprawę lub udzielając porady prawnej, a także duchowny, w odniesieniu do faktów, o których dowiedział się przy spowiedzi.

Dodatkowe wyłączenie, a dotyczące już precyzyjnie udziału biegłego w postępowaniu, stanowi zasada określona w art. 202 § 3 k.p.k., traktująca o obowiązkowym wyłączeniu biegłego, który współdziała w wydaniu opinii wraz z innym biegłym, który jest jego małżonkiem lub pozostają oni w innym stosunku, który mógłby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do ich samodzielności. Zaistnienie takiej okoliczności powoduje utratę znaczenia opinii w sensie dowodowym³⁰³. Nie zostaje ona co prawda usunięta z akt sprawy, jednak nie może stanowić dowodu³⁰⁴.

Odnosząc się do samego postanowienia dowodowego, na mocy którego biegły wstępuje do postępowania celem wydania opinii, wskazać należy na jego elementy konieczne, bez których powołanie biegłego nie będzie w żadnej sytuacji skuteczne. Na zasadzie art. 94 § 1 k.p.k. każde postanowienie winno zawierać oznaczenie organu oraz osoby lub osób, wydających postanowienie, datę wydania postanowienia, wskazanie sprawy oraz kwestii, której postanowienie dotyczy, rozstrzygnięcie z podaniem podstawy prawnej, a także uzasadnienie, chyba że ustawa zwalnia od tego wymagania. Ponadto jednak, postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego powinno zawierać imię, nazwisko i specjalność biegłego lub biegłych (względnie – instytucji), przedmiot i zakres opinii ze szczegółowym wskazaniem, w miarę potrzeby, pytań do biegłego oraz termin, w którym opinia ma zostać dostarczona do sądu³⁰⁵.

Choć to organ prowadzący postępowanie wydaje postanowienie o powołaniu dowodu z opinii biegłego, stosując się do wymogów proceduralnych opisanych powyżej, postanowienie takie nie może wkraczać w sferę autonomii biegłego, tj. nie może w drodze przykładu określać metod badawczych, jakimi ma posłużyć się biegły w wydawaniu opinii³⁰⁶.

³⁰³ A. Gaberle, *Dowody w sądowym ...*, op. cit., s. 207.

³⁰⁴ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 114.

³⁰⁵ por. art. 194 k.p.k.

³⁰⁶ „Przepisy procedury karnej nie określają i nie mogą określać zakresu i metod badań specjalistycznych przeprowadzonych przez biegłych, w tej bowiem materii zasadnicze znaczenie mają specjalistyczne kwalifikacje biegłych. W orzecznictwie i piśmiennictwie procesowym ugruntowane jest stanowisko, że o zastosowaniu zakresu i metod badawczych decydują autonomicznie biegli. Organ procesowy może wprawdzie sugerować przeprowadzenie określonych badań uzupełniających (dodatkowych), czynić to może tylko wtedy, gdy w świetle okoliczności sprawy nasuwają się rozsądne wątpliwości, co do tego czy rezygnacja z przeprowadzenia określonych badań nie wpłynęła negatywnie na oceny i wnioski przedstawione przez biegłych. Jeżeli natomiast in concreto biegli rzeczowo oraz przekonywująco uzasadniają zbędność określonych badań specjalistycznych, to

Kodeks postępowania karnego przewiduje także możliwość (niekiedy obowiązek) dopuszczenia dowodu z opinii kilku biegłych współdziałających w wydaniu ekspertyzy. Stanowi o tym art. 193 § 3 k.p.k. w swej treści: „w wypadku powołania biegłych z zakresu różnych specjalności, o tym, czy mają oni przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną wspólną opinię, czy opinie odrębne, rozstrzyga organ procesowy powołujący biegłych”. Obowiązek organu procesowego co do powołania biegłych różnych specjalności, którzy winni wydać opinię łączną, wybrzmiewa z art. 202 k.p.k., na mocy którego wymagane jest, by opinia o stanie psychicznym sprawcy czynu zabronionego została wydana przez dwóch biegłych lekarzy psychiatrów³⁰⁷, a do udziału w wydaniu opinii w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych powołuje się nadto biegłego lekarza seksuologa.

Biegły jako uczestnik procesu ma również obowiązki procesowe, których powinien przestrzegać. Są nimi obowiązek przyjęcia funkcji biegłego w danej sprawie, wykonanie opinii zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy specjalistycznej oraz złożenie tej opinii do organu, który powołał biegłego, w odpowiednim terminie; obowiązkiem biegłego jest także współdziałanie z organem prowadzącym postępowanie oraz stawiennictwo na każde jego wezwanie. Pozostawanie biegłego w dyspozycji organu procesowego wiąże się także z obowiązkiem udzielenia odpowiedzi na zarzuty do opinii przez niego złożonej oraz ustnej odpowiedzi na pytania, w przypadku, gdyby zachodziła potrzeba przesłuchania go w toku postępowania³⁰⁸.

Niewątpliwie udział biegłych w postępowaniu sądowym jest konieczny i immanentnie związany z dalszymi decyzjami procesowymi organu, który postępowanie prowadzi. Dlatego opinia, która jest sporządzana przez biegłego na potrzeby rozstrzygnięcia danej sprawy, a także sposoby jej sporządzenia, obwarowane są wieloma wymaganiami, których niedopełnienie spowoduje konieczność zasięgnięcia innej opinii biegłego lub wielokrotnego jej uzupełniania.

nie ma żadnych sensownych powodów, by narzucać biegłym przeprowadzenie takich badań” - tak SN w wyroku z dnia 5 sierpnia 2008 r. w sprawie o sygn. akt III K 228/07.

³⁰⁷ „Wprawdzie biegli psychiatry powołani są do badania patologicznych zjawisk psychiatrycznych, a nie innych zjawisk psychicznych, takich jak np. afekt fizjologiczny (silne wzruszenie), co jest domeną psychologa, to jednak ze względu na to, że są to pokrewne specjalności, wypowiedź psychiatrów w tej kwestii, oparta na badaniach, własnych obserwacjach, wywiadach i dokładnej znajomości sprawy, stanowi ważny dowód, którego nie można pominąć. Biegli psychiatry, powołani według art. 117 d.k.p.k. do zbadania stanu psychicznego oskarżonego, a według art. 183 k.p.k. do wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego, mają obowiązek wypowiedzenia się, czy u oskarżonego istniały zakłócenia czynności psychicznych, a w razie ich stwierdzenia mają obowiązek wskazania, czy miały one charakter chorobowy, czy też nie. Przy badaniach bowiem stanu psychicznego nic, co dotyczy tego stanu, nie może ująć z pola widzenia biegłych” – tak Sąd Najwyższy w wyroku wydanym przez 7 sędziów z dnia 11 maja 1970 r. w sprawie o sygn. akt V KRN 109/70 OSNKW 1970/9/101

³⁰⁸ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 422.

2. Wymogi formalne a treść sporządzonej opinii psychologicznej i psychiatrycznej

Podstawowym obowiązkiem biegłego, niezależnie od zakresu swej specjalności, jest opracowanie opinii w taki sposób, by zakres zawartych w niej informacji był wyczerpujący, a tok wyводу formułowany przez biegłego był zrozumiały. Ponadto, opinia winna być przejrzysta i jasna, nie tylko w zakresie treści, ale i swej formy³⁰⁹. W każdej opinii znaleźć powinny się dwie podstawowe części – identyfikacyjna oraz sprawozdawcza. Pierwsza ze wskazanych zawiera w sobie dane osoby (lub osób), które dokonywały sporządzenia opinii, wraz z określeniem ich specjalności, stanowiska, a także informacje o osobach biorących udział w badaniu i ich udziale w czynnościach. Część sprawozdawcza opiera się o wskazanie, jakie badania zostały przeprowadzone oraz w jakim czasie, sprawozdanie z tych badań, spostrzeżenia biegłego, a w końcu wnioski, które wysnute zostały na podstawie powyższego przebiegu przeprowadzonej ekspertyzy³¹⁰. Część, w której biegły wskazuje na swoje spostrzeżenia, zwana jest inaczej częścią interpretacyjną (która najczęściej stanowi odpowiedź na pytania organu, który biegłego do udziału w sprawie powołał)³¹¹.

Podkreśla się, że poznanie, którego dokonuje biegły, jest dwupostaciowe – jest z jednej strony poznaniem bezpośrednim, w zakresie, w jakim biegły bezpośrednio styka się z badanym przedmiotem (lub osobą), ale jednocześnie stanowi poznanie pośrednie – w tej części, w jakiej biegły musi opierać się o materiał dowodowy zebrany już w sprawie³¹².

Opinia sporządzana przez biegłego powinna być zwięzła i logiczna, obiektywna oraz, co niezwykle istotne, wolna od jakichkolwiek uprzedzeń lub subiektywnych poglądów biegłego oraz stosunku emocjonalnego do badanego³¹³. Zasady wydawania opinii na potrzeby toczącego się postępowania wymagają, by była ona niezależna od wszelkich sugestii, a także zgodna ze stanem wiedzy. Aby opinia mogła być wykorzystana przez organ procesowy w sposób niebudzący jakichkolwiek wątpliwości, powinna być sporządzana w języku, który nie budzi zastrzeżeń interpretacyjnych, nie powinna zawierać języka określanego jako hermetyczny, terminów obcojęzycznych bez ich uprzedniego przekładu na język polski oraz skrótów. Jest ona bowiem sporządzana na potrzeby wykorzystania jej przez osoby

³⁰⁹ A. Czerederacka, J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, E. Wach, *Ekspertyza psychologiczna* [w:] *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, pod red. M. Kała, D. Wilk, J. Wójcikiewicz, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 771.

³¹⁰ J. Wójcikiewicz (red.), *Ekspertyza sądowa*, wyd. Zakamycze 2002, s. 386.

³¹¹ Tamże.

³¹² M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 443.

³¹³ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu karnym*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2010, s. 210.

nieposiadające fundamentalnej wiedzy z danej dziedziny nauki. Biegły powinien również posługiwać się podstawowymi terminami prawnymi, aby opinia nie była nieprzydatna wobec stwierdzenia, iż nie odpowiada kodeksowym znaczeniom i definicjom³¹⁴. Utrwalonym poglądem Sądu Najwyższego jest stwierdzenie, iż „w opinii biegłych nie powinny znajdować się sformułowania dotyczące winy oskarżonego lub oceny prawnej jego czynu, ponieważ uprawnienia w tym zakresie są wyłączną domeną sądu”³¹⁵.

Wnioski, które wieńczą opinię biegłego powinny zawierać konkluzje, przedstawione możliwie sposób najbardziej jasny i zwięzły. Konkluzje te powinny przedstawiać logiczny wywód, który wynika z ustaleń i spostrzeżeń biegłego, które następnie zostały zinterpretowane w taki sposób, by stanowiły udzielenie odpowiedzi na pytania organu procesowego, zawarte w tezie dowodowej³¹⁶. Jeżeli opinia nie zawiera odpowiedzi na wszystkie pytania, które zostały skierowane do biegłego, wówczas jest niepełna. Cechę pełności i wyczerpania istoty sprawy posiada opinia, która w sposób chronologiczny ujmuje proces badań prowadzonych przez biegłego oraz metody, które zostały przez niego użyte na potrzeby wydania opinii. Opinia wewnętrznie sprzeczna to taka ekspertyza, której treść i wnioski końcowe nie odpowiadają sobie nawzajem, a więc co do tych elementów zachodzi jej sprzeczność – względnie opinia sprzeczna wewnętrznie to taka, która mimo przeprowadzenia logicznego wyводу, nie doprowadziłaby do wniosków, które mimo wszystko zostały w niej zawarte. Opis związków przyczynowo-skutkowych, a także użytej metody, która doprowadziła biegłego do danych konkluzji, poparty winien być fachowymi wyjaśnieniami biegłego.

Przenosząc powyższe fundamentalne zasady sporządzania opinii na grunt elementów koniecznych opinii psychiatrycznej, wskazuje się na poniższe elementy:

- ocenę poczytalności oskarżonego lub podejrzanego
- ogólną ocenę jego stanu zdrowia
- zdolność do brania udziału w czynnościach procesowych
- analizę konieczności zastosowania środków zabezpieczających
- ocenę ewentualnej konieczności umieszczenia sprawcy w zakładzie karnym przy zastosowaniu szczególnych środków leczniczo-wychowawczych³¹⁷

Dane z akt sprawy, na których opierają swe wnioski biegli, nie powinny być przez biegłych pomijane, gdyż mogą one stanowić przydatną informację, która może być następnie

³¹⁴ J. Przybysz, op. cit., s. 41.

³¹⁵ por. III KR 210/70, III KK 116/07.

³¹⁶ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 445.

³¹⁷ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 138-140.

wykorzystana w innym postępowaniu. Streszczenie informacji, które posiadał biegły z po zapoznaniu się z materiałem dowodowym, powinno zawierać jedynie te fakty, którym nadawane jest następnie określone znaczenie. Dane z dokumentacji lekarskiej stanowią zwięzłe wyliczenie dokumentów dostępnych biegłemu, a wywiad obiektywny to nic innego, jak ujęcie zasadniczych faktów dotyczących życiorysu badanego, opisu jego funkcjonowania w życiu społecznym. Następnie opinia biegłego psychiatry zawierać powinna opis stanu psychicznego oskarżonego (lub podejrzanego) i to właśnie ta część opinii jest jednym z ważniejszych jej działów. Wszelkie stwierdzone przez biegłego psychiatrę odchylenia od normy, w szczególności mogące mieć wpływ na ocenę poczytalności oskarżonego, powinny być skrupulatnie opisane. Dane dotyczące stanu cielesnego nie wymagają już tak szczegółowego omówienia, jeżeli nie mają wpływu na ogólną ocenę zdrowia. Jeżeli na potrzeby wydania opinii biegły przeprowadzał badania psychologiczne, to wówczas opis metod, testów i ich wyników powinien zostać wciągnięty do opinii. Tym samym ostatni element opinii stanowią wnioski, a jak powszechnie wiadomo, są one najistotniejszą częścią opinii. Nie powinny zatem być lakoniczne, ale winny zawierać przyczyny, dla których oskarżony poddany został badaniu; zawierać powinny istotne okoliczności z wywiadu oraz wskazywać na objawy, które biegły stwierdził podczas badania wraz z przyporządkowaniem tychże objawów do określonej jednostki chorobowej lub zespołu zaburzeń³¹⁸.

Rola biegłego psychologa w opracowaniu diagnozy psychologicznej zakłada przeprowadzenie badania osobowości osoby badanej. Wnioski, które prezentuje biegły w końcowej części opinii, powinny pochodzić z kilku źródeł informacji oraz znajdować potwierdzenie w okolicznościach faktycznych dotyczących oskarżonego. Aby ekspertyza sądowa opracowywana przez biegłego psychologa spełniała kryteria metodologiczne, powinna wskazywać na dobre przygotowanie badacza do posługiwania się określoną metodą, spełniać podstawowe zasady psychometrii, rozróżniać hipotezy od wniosków końcowych, prezentować jednolitość i przejrzystość procedury badawczej, dostosowywać metodykę do tezy dowodowej organu procesowego oraz powinna być czytelna w zakresie toku wywodzenia wniosków i używanego w porządkowej opinii języka³¹⁹. „Od opinii biegłych wymaga się nie tylko konkluzji, ale szczegółowej prezentacji działań, jakie podjęli i metod, jakie stosowali. Moc przekonująca opinii zależy bowiem od takich, a nie innych odpowiedzi na pytania”³²⁰.

³¹⁸ J. Przybysz, op. cit., s. 44-45.

³¹⁹ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu ...*, op. cit., s. 213.

³²⁰ Wyrok SN z 19 września 1973 r., III KR 187/73, OSNKW 1974, nr 1, poz. 18.

Sprawozdanie z czynności, które przeprowadził biegły aby wydać opinię, powinno uwzględniać zeznania świadków (szczególnie takie zeznania, które dostarczają biegłemu informacji o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego, jego zachowaniu przed popełnieniem przestępstwa), wywiady środowiskowe, szczegółowe dane dotyczące czynu (np. obrażenia ciała ofiary przestępstwa). W omówieniu znaleźć się przede wszystkim powinno wyjaśnienie czy materiał przedstawiony im do badania pozwala na stwierdzenie przesłanek określonych w art. 31 k.k. Ewentualne rozpoznanie powinno zawierać uzasadnienie, które objawy stanowią o danym zaburzeniu, jakie nasilenie tychże objawów występowało w czasie zarzucanego oskarżonemu czynu. Ponadto kodeksowym obowiązkiem biegłego wydającego opinię jest ocena czy stan zdrowia psychicznego oskarżonego pozwala na jego udział w postępowaniu³²¹.

Aby sąd rozpoznający sprawę mógł ocenić, czy opinia biegłego jest poprawnie sporządzona i stanowi wiarygodne źródło dowodowe o stanie psychicznym oskarżonego, powinien wziąć pod uwagę zalecenia amerykańskie, które dotyczą pracy biegłego psychologa sądowego. Wskazówki opracowane przez Heilbrun'a zakładają ocenę opinii na podstawie siedmiu wytycznych, jakimi są:

1. powszechna dostępność, adekwatne i poddane krytyce naukowej udokumentowanie
2. rzetelność wyników, która mieści się w granicach 0.8
3. ściśle opracowane standardy przeprowadzania badań
4. obiektywność testu
5. odwołanie się do populacji, z której pochodzi badany
6. interpretacja przeprowadzona w kontekście indywidualnego stylu reagowania³²²

Powyższe kryteria należy zestawić z modelem Marlow'a, który w swej ocenie opinii biegłych pod rozważę zaleca wziąć zasady naukowe i prawne. Pytania, które powinien zadać sobie sąd przy ocenie rzetelności opinii, są następujące:

1. Czy biegły posiada naukową, techniczną i specjalistyczną wiedzę przydatną do zbadania problemu prawnego?
2. Czy znane są podstawy teoretyczne testu oraz stałość uzyskiwanych wyników, podatność na zniekształcenia oraz możliwość ich neutralizacji?
3. Czy znane są wartości psychometryczne i przydatność w badaniach sądowych?
4. Czy są zdefiniowane i opracowane metody gromadzenia danych i obliczania wyników?

³²¹ D. Hajdukiewicz, *Struktura opinii sądowo-psychiatrycznych w sprawach karnych i cywilnych*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (3), s. 243-250.

³²² J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu karnym...*, op. cit., s. 212.

5. Czy uzyskane dane powielają się, czy są bezużyteczne lub szkodliwe?
6. Czy uzyskane dane nie naruszają praw jednostki?
7. Czy biegły prawidłowo uwzględnił wszystkie ograniczenia danych w formułowaniu stopnia pewności wyrażanej przez siebie opinii?³²³

Choć niewątpliwie powyższe kryteria oceny opinii sporządzonej przez biegłego są dość precyzyjne i tym samym przydatne dla organu procesowego, który ekspertyzę winien następnie ocenić, istnieją pewne cechy charakterystyczne opinii, bez których jej treść nie będzie mogła być uznana za pełną i możliwie najbardziej fachową. Takim kryterium jest między innymi uwzględnienie kodeksu etyczno-zawodowego biegłego lub znajomość najnowszej literatury przedmiotu. Posługiwanie się metodą, która jest akceptowana przez dane środowisko naukowe to również przymiot biegłego, który nie narazi się na zarzut niefachowości. Ostatecznie podkreślić należy, że biegły winien uwzględniać poziom prawdopodobieństwa do interpretacji wyników zgromadzonego materiału oraz wniosków, które na jego podstawie wyprowadził³²⁴.

3. Problemy napotymane przez biegłych w diagnozowaniu psychologicznym i psychiatrycznym

Termin „niepoczytalność” lub „poczytalność w znacznym stopniu ograniczona” są niewątpliwie terminami prawnymi, ale aby organ prowadzący postępowanie mógł stwierdzić, że wystąpił stan wyłączający lub znacznie ograniczający świadome powzięcie woli i pokierowanie swoim postępowaniem, bezsprzecznie obowiązany jest zasięgnąć opinii biegłego psychologia i (lub) psychiatry. Metoda mieszana, za pomocą której możliwym jest stwierdzenie, czy sprawca może ponosić pełną odpowiedzialność, określa zarówno źródła niepoczytalności (choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych), jak i skutek, który ziścił się w wyniku wystąpienia określonego zaburzenia. Podstawowym i najczęstszym problemem, który immanentnie związany jest z oceną poczytalności sprawcy, jest ocenny charakter tego pojęcia. Wyznaczenie granicy (a właściwie miejsca, w którym ta granica przebiega) pomiędzy pełną poczytalnością, niepoczytalnością a stanem pośrednim jest niezwykle trudne. Niekiedy jest to najtrudniejszy etap sporządzania opinii przez biegłego³²⁵. Wiąże się to nie tylko z tym, że psychika ludzka jest tak złożona, że

³²³ Ibidem.

³²⁴ A. Czerederacka, J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, E. Wach, *Ekspertyza psychologiczna ...*, op. cit., s. 801-804.

³²⁵ E. Habzda-Siwiek, *Opinia o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego. Aktualne problemy*, Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych 2006, s. 175-197.

nie sposób wszelkie czynniki sklasyfikować jako „czarne-białe”, ale także swój udział w trudnościach diagnostycznych mają spory przedstawiciele psychiatrii o definicje pojęć takich jak „choroba psychiczna” lub „inne zakłócenie czynności psychicznych”.

Wystąpienie błędów w ekspertyzie składanej przez biegłego wynikać mogą również z nastawienia osobistego biegłego do osoby badanej. Biegły, któremu sąd przekazuje akta sprawy, a więc szczegółowe informacje m.in. o zarzucanym mu czynie, sposobie jego popełnienia, jest narażony na tendencyjność oraz nadmierny subiektywizm w stosunku do badanego. Nadmierne dążenie do ukarania oskarżonego, wzmożona podejrzliwość co do jego prawdomówności oraz niewłaściwie interpretowane wypowiedzi osoby badanej mogą w efekcie doprowadzić do błędnie przeprowadzonego wywiadu, co bezpośrednio przekłada się na nieprawidłowości we wnioskach wyciągniętych na jego podstawie. Poza wywiadem sporządzanym na podstawie rozmowy z badanym, błędy opiniowania mogą wynikać z nieprawidłowo przeprowadzonych badań somatycznych, nadmiernego przecenienia wyników badań laboratoryjnych, powierzchownej oceny stanu psychicznego za pomocą schematów i typowych diagnoz lub rezygnacji z badań pogłębionych, które mają na celu wykrycie lub wyeliminowanie określonych chorób somatycznych (badania rentgenowskie, tomografia komputerowa)³²⁶.

Problemem biegłego, który to problem ściśle wynika ze stanu psychicznego sprawcy, może być skłonność do konfabulacji badanego, urojeń, chorobliwego kłamstwa, czy po prostu świadomej symulacji. Jednak opinia, która ma być uznana za fachową i prawidłowo sporządzoną, powinna uwzględniać takie okoliczności, a przynajmniej wyraźnie na nie wskazywać – wszystko po to, aby zaalarmować sąd o takim niebezpieczeństwie. Sąd jest wszakże „najwyższym biegłym” i to właśnie do sędziów należy ostateczna ocena prawdziwości i wiarygodności wszystkich dowodów zgromadzonych w sprawie, w tym opinii biegłego³²⁷.

Jednym z najczęściej występujących czynników zniekształcających prawdziwy obraz zaburzenia osoby badanej jest tzw. *halo effect*, tj. przesadne upraszczanie i uogólnianie, które prowadzi może następnie do wyciągania wniosków na podstawie nawet jednej tylko cechy. Tendencja centralizacyjna zaś jest to skłonność do dopasowania obrazu sylwetki psychologicznej badanego do pewnego przeciętnego kształtu³²⁸.

³²⁶ J. Heitzman, E. Skupień, *Ekspertyza psychiatryczna* [w:] *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, pod red. M. Kała, D. Wilk, J. Wójcikiewicz, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 900-901.

³²⁷ Tamże.

³²⁸ E. Gruza, *Psychologia dla prawników*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 33.

Niedoskonałością opinii psychologiczno-psychiatrycznej, która zdaje się być najbardziej widoczna, jest błędna konstrukcja końcowych wniosków zawartych w opinii. Rozpoznanie czy opinia zawiera wspomnianą niedoskonałość konstrukcyjną, może polegać na stwierdzeniu braku naukowo uzasadnionej diagnozy lub na postawieniu przez biegłego tylko opisowej „pseudodiagnozy” (a także zastosowania niejasno udokumentowanej diagnozy, np.: „nerwica”). Ponadto wadliwa jest także opinia, która nie uwzględnia wyników badań pomocniczych (tak jak wymienionych wyżej badań tomograficznych lub rentgenowskich) lub nie dokonuje wyjaśnienia niezgodności faktów z linii życiowej badanego a wrażeniami odniesionymi podczas badania i wynikami testów psychologicznych. W przypadku niezajęcia stanowiska biegłego co do prognozy psychologicznej, gdy jest to możliwe za pomocą analizy zebranych wyników, także jest błędem opinii. Ze względu na powyższe, istotnym jest, aby przebieg badania był prawidłowy oraz spełnione zostały wszystkie wymogi, które stawiane są biegłym psychologom i psychiatrom przez przepisy prawa, gdyż niezachowanie standardów badania oraz wydawania opinii może powodować trudności w jej sporządzeniu³²⁹.

Specyficzna rola biegłego w procesie wiąże się także z tzw. problemem nakładania ról, dlatego też osoba posiadająca wiadomości specjalne, które stanowią istotne źródło dowodowe w danej sprawie, powinna powstrzymać się od powstania konfliktu między rolą biegłego a innymi rolami, które pełni w stosunku do osoby badanej (mediatora, terapeuty). Główną normą etyki lekarza jest realizowanie zasady stawiania na pierwszym miejscu dobra chorego. Wnioski wyciągane przez biegłego w opinii sporządzanej na potrzeby postępowania sądowego nierzadko pozostają w sprzeczności z interesem lub dobrem chorego. Stąd wielokrotnie spotykane w opiniach zwroty „opiniowany” lub „probant” zastępujące wyraz „pacjent” są urzeczywistnieniem bezstronnego nastawienia biegłego do osoby badanej. Problemów biegłemu może nastroić sytuacja, gdy zostanie on poproszony o wydanie opinii w sprawie osoby, którą leczył – wówczas wskazuje się, iż rola terapeuty i biegłego nie powinna być łączona, gdyż zaangażowanie w proces terapeutyczny uniemożliwia zachowanie całkowitej bezstronności przy wydawaniu opinii, na podstawie której następnie organ procesowy będzie wydawał rozstrzygnięcia w sprawie³³⁰.

Nie tylko powyżej nakreślony problem etyczny napotyka biegły wcielając się w rolę specjalisty w procesie. Biegłego obowiązuje także zasada uczciwości, przy czym nie należy

³²⁹ J. Heitzman, E. Skupień, *Ekspertyza psychiatryczna ...*, op. cit., s. 902.

³³⁰ J. K. Gierowski, *Kompetencyjne i diagnostyczne problemy opiniowania sądowo-psychologicznego o poczytalności* [w:] *Modele psychologicznego opiniodawstwa w sprawach karnych*, pod red. D. Rode, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2015, s. 66.

jej postrzegać wąsko, tj. odnosić jedynie do organu procesowego – biegły sądowy sporządzając opinię powinien zachować uczciwość zarówno wobec zleceniodawcy, ale także i badanego. Nieetycznymi są zachowania fałszywego przedstawiania swych kwalifikacji, podczas gdy dany biegły nie ma doświadczenia w konkretnych sprawach, a mimo to wydaje opinię, gdyż zwrócił się o to do niego sąd. Ponadto powinien on nieustannie kontrolować, czy badany rozumie cel i przebieg badania w całym jego toku. Drugą zasadą, którą kierować się powinien biegły przy opiniowaniu, jest zasada rzetelności, polegająca nie tylko na prawidłowej analizie wyników badań, ale również na tym, by biegły dokładnie zaplanował przebieg badania, metody przez siebie używane oraz by w razie potrzeby zmodyfikował techniki badawcze, po to, by jak najdokładniej odpowiedzieć na pytania organu procesowego oraz by opinia nie pozostawiała wątpliwości³³¹.

Uczeni J. L. Peterson i J. E. Murdock zauważyli, iż biegły powinien działać zgodnie z podstawowymi zasadami etycznymi, spośród których wyróżnili bezstronną interpretację i prezentację wyników badań, przeprowadzanie badań i formułowanie wniosków kierując się metodą naukową, przestrzeganie zawodowych zaleceń etycznych oraz odpowiednie zachowanie podczas przesłuchania przed sądem, gdzie biegły prezentuje swą opinię³³².

W kwestii pytań zadawanych biegłemu wskazać należy, że niejednokrotnie szczegółowe formułowanie pytań przez sąd lub strony procesu powoduje, iż nie tylko zadanie biegłego staje się o wiele trudniejsze, gdyż nie ma on swobody we wszechstronnym zgłębieniu tematu, ale również prowadzi do niezupełności opinii, które sporządzane zostają na podstawie listy pytań skierowanych do specjalisty³³³.

Poza wymaganiami formalnymi stawianymi przez przepisy prawa biegłym sporządzającym opinię, istnieje wiele wymogów, które wynikają z etyki zawodowej lub ze stanu wiedzy i standardów diagnostyki. Biegły sądowy w swej praktyce stosować powinien taką wystandardyzowaną metodykę, która stosowana jest na całym świecie naukowym i jest weryfikowalna empirycznie; metodykę, która posiada odpowiednią wartość diagnostyczną. Specjalista z zakresu psychologii lub psychiatrii powinien wystrzegać się sytuacji, w której narażony będzie na niewystarczający obiektywizm i zachwianą bezstronność. Ponadto powinien on podejmować się sporządzania opinii w takiej dziedzinie, która pozwoli mu na samodzielny wybór najlepszych i najbardziej dostosowanych metod do charakteru sprawy i

³³¹ J. Wójcikiewicz (red.), *Ekspertyza sądowa...*, op. cit., s. 388.

³³² P. Girdwoyń, *Opinia biegłego w sprawach karnych w europejskim systemie prawnym. Perspektywy harmonizacji*, wyd. Stowarzyszenia Absolwentów Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011, s. 125.

³³³ J. Gurgul, *O wadliwości opinii biegłego w procesie karnym*, Prokuratura i Prawo 2015, nr 4, s.148-170.

osoby badanego. Tylko bowiem opinia sporządzona z zaangażowaniem i zachowaniem odpowiednich procedur jest w stanie zyskać miano opinii pełnej, rzetelnej i profesjonalnej, a dzięki temu organy procesowe będą mogły mieć pewność, iż stosują prawo w oparciu o obiektywne i miarodajne źródło dowodowe.

Z analizy wniosków wpływających do komisji ds. udzielania rekomendacji kandydatom na biegłych powołanej przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne wynika, iż błędy w opiniach występują najczęściej z powodu naruszenia zasad, które dotyczą sposobu, miejsca i czasu przeprowadzonego badania, doboru technik badawczych, udzielenia zgody przez badanego czy też wspomnianego powyżej problemu nakładania się ról³³⁴. Z tego względu warunki i sposób przeprowadzania badań przez biegłych sądowych są kwestią kluczową dla wydania rzetelnej opinii w sprawie.

Przydatność testów psychologicznych przeprowadzanych na potrzeby procesu sądowego określił psycholog Kirk Heilbrun, wskazując, iż nie tylko należy brać pod uwagę rzetelność testu; jego związek z kwestią prawną, która ma zostać w toku postępowania rozstrzygnięta; dostępność testu lub załączonej do niego instrukcji. Istotnym elementem jest także dobór testu (sprawdzenie, czy można go zastosować na danej populacji), istnienie formuły wykorzystania danych oraz ocena reakcji osoby badanej (nieadekwatna reakcja, skłonności do konfabulacji lub symulacji powinny być dla biegłego wówczas sygnałem, iż wyniki testu powinny być brane pod uwagę z dużą dozą ostrożności lub całkowicie pominięte)³³⁵.

§2. Udział biegłych w procesie karnym

1. Warunki przeprowadzania oraz przebieg badań psychologicznych i psychiatrycznych

W przypadku stwierdzenia, iż w sprawie występują okoliczności istotne dla sprawy, a ich zbadanie wymaga wiedzy specjalistycznej, którą posiadają biegli, sąd lub prokurator prowadzący postępowanie wydają postanowienie o poddaniu oskarżonego badaniu psychicznemu. Wiąże się to z koniecznością oceny stanu psychicznego sprawcy, a w konsekwencji – z koniecznością dokonania analizy, czy dana osoba w chwili popełnienia czynu działała w stanie wyłączonej lub znacznie ograniczonej poczytalności. Ponadto określenie stanu psychicznego sprawcy przez biegłego psychiatrę przyczynia się do

³³⁴ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu...*, op. cit., s. 204.

³³⁵ M. J. Ackerman, *Zagadnienia dotyczące psychologicznego orzecznictwa sądowego* [w:] *Podstawy psychologii sądowej*, red. M. J. Ackerman, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005, s. 14-15.

stwierdzenia, czy w stosunku do osoby badanej zachodzi konieczność zastosowania leczniczych środków zabezpieczających lub też czy nie zachodzą przesłanki wyłączające zdolność takiej osoby do brania udziału w postępowaniu czy odbywania kary pozbawienia wolności. W przypadku stwierdzenia przez organ prowadzący postępowanie, iż zachodzi konieczność przeprowadzenia badania psychiatrycznego i/lub psychologicznego, oskarżony zgodnie z art. 74 § 2 k.p.k. ma obowiązek poddać się takim badaniom³³⁶.

W pierwszej kolejności podkreślić należy, iż z kodeksu postępowania karnego bezspornie wynika fakt, iż biegłemu, przed sporządzeniem przez niego opinii, powinno się udostępnić akta sprawy w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne do wydania ekspertyzy³³⁷. Nie ulega wątpliwości, że sporządzenie opinii psychiatrycznej wymaga zapoznania się przez biegłego z dokumentami, które zawierają informację o zarzucanych oskarżonemu czynach, a także przedstawiają złożone przez niego wyjaśnienia w sprawie. W przypadku istnienia w aktach dokumentacji medycznej oskarżonego, również z całą pewnością powinna ona być przekazana biegłemu do wglądu, gdyż stanowi zasadnicze źródło wiedzy na temat stanu zdrowia osoby badanej (w tym o przebytych leczeniu, stwierdzonych dotychczas chorobach)³³⁸.

Aby opinia wydana w sprawie była rzetelna i oparta na prawdziwych okolicznościach istotnym elementem jest przygotowanie badania i jego staranne zaplanowanie – uwzględnia to zapoznanie się z aktami sprawy oraz problemem, który ma być zbadany zgodnie z decyzją organu procesowego³³⁹. Jak zostało już zaznaczone powyżej, dobór technik i metod badawczych jest immanentnie związany z gwarancją prawidłowości sporządzonej opinii, dlatego też w procesie przygotowania do przeprowadzenia badania biegły winien szczegółowo przeanalizować, jaki sposób uzyskania wyników badań będzie najbardziej efektywny oraz miarodajny.

Nierzadko fundamentalne znaczenie dla prawidłowości przebiegu badania ma miejsce oraz czas jego wykonania. Co odnosi się do określenia miejsca badania, wielokrotnie wskazuje się, iż powinno być ono schludne i jasne, ale także nie może być ubogo wyposażone, gdyż wówczas utrudnione jest stworzenie ciepłej atmosfery badania. Jednak w miejscu przeprowadzenia badania nie mogą znajdować się przedmioty, które ułatwią badanemu zbytnią dekoncentrację, ponieważ wówczas kontakt i więź z badającym ulegnie osłabieniu. Niemniej jednak najważniejszą kwestią jest zachowanie ciszy w miejscu badania

³³⁶ Z brzmienia tego przepisu wynika jednak brak takiego obowiązku z stosunku do podejrzanego.

³³⁷ por. art. 198 § 1 k.p.k.

³³⁸ K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 121-122.

³³⁹ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu...*, op. cit., s. 206.

oraz brak jakichkolwiek osób przebywających w pomieszczeniu, w którym przeprowadza się badanie³⁴⁰.

Od powyższej zasady istnieje wyjątek przewidziany przez ustawodawcę, określony w art. 198 §2 k.p.k., przewidujący możliwość zastrzeżenia przez organ procesowy swej obecności w badaniu, „o ile nie wpłynie to negatywnie na wynik badania”. Sytuacje takie wymagają jednak, by obecność organu procesowego podyktowana była dobrem śledztwa. Ponadto, potrzeba udziału organu w badaniu winna być zastrzeżona w sentencji wydanego postanowienia, dotyczącego dopuszczenia dowodu z opinii biegłego lub biegłych. Zgodnie z art. 315 k.p.k. podejrzany i jego obrońca oraz pokrzywdzony i jego pełnomocnik mogą składać wnioski o dokonanie czynności śledztwa. Stronie, która złożyła taki wniosek, oraz jej obrońcy lub pełnomocnikowi nie można odmówić wzięcia udziału w czynności, jeżeli tego żądają (w przypadku przeprowadzanego badania psychiatrycznego, udział obrońcy byłby niewskazany, gdyby miał oddziaływać krępująco na oskarżonego). Zgodnie z art. 317 k.p.k. strony, a obrońcę lub pełnomocnika, gdy są już w sprawie ustanowieni, należy także na żądanie dopuścić do udziału w innych czynnościach śledztwa. Niemniej jednak, lekarz dokonujący badania niejednokrotnie może być postrzegany jako osoba wzbudzająca zaufanie badanego, a informacje, które przekazywane będą w toku czynności (z uwagi na ich charakter), stanowią tajemnicę lekarską, której pogwałcenie mogłoby powodować obecność organu procesowego³⁴¹.

Mając na uwadze kwestię tajemnicy zawodowej lub lekarskiej, na pierwszy plan wysuwa się problematyka tajemnicy, do której zachowania obowiązany jest biegły sądowy. Oczywiście wprzód sięgnąć należałoby do zagadnienia tajemnicy lekarskiej, która wiąże biegłego psychologa, psychiatrę i seksuologa z uwagi na wykonywany przez nich zawód. Zgodnie z brzmieniem art. 40 § 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek zachować z tajemnicy informacje związane z pacjentem, które uzyskał w związku z wykonywaniem zawodu³⁴². Fakt przeprowadzonego badania psychiatrycznego na potrzeby toczącego się postępowania jest jednak sytuacją odmienną, a odmienną ta zawarta została w ust. 2 przywołanego przepisu – dotyczy ona bowiem faktu, iż tajemnica lekarska nie korzysta z ochrony jako tajemnica bezwzględna i doznaje przełamania w sytuacjach przewidzianych przepisami prawa. Gdyby zatem lekarz

³⁴⁰ J. Wójcikiewicz (red.), *Ekspertyza sądowa...*, op. cit., s. 384.

³⁴¹ J. Przybysz, op. cit., s. 13.

³⁴² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.).

odmówił sporządzenia opinii w takim zakresie, w jakim obowiązuje go tajemnica zawodowa, podmiot uprawniony może go zwolnić z obowiązku jej zachowania³⁴³.

W przeciwieństwie do względności tajemnicy lekarskiej opisanej powyżej, bezwzględny zakaz dowodowy objęte są wszelkie oświadczenia, które podejrzany lub oskarżony składa biegłemu lub lekarzowi udzielającemu mu pomocy medycznej, a dotyczą one zarzucanego mu czynu³⁴⁴. Z zachowania tajemnicy lekarskiej w tym zakresie nie można więc zwolnić lekarza w sytuacjach, o których mowa w art. 199 k.p.k. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w przepisie art. 52 również jednoznacznie wskazuje, iż „nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary”³⁴⁵.

W relacji do zasad przeprowadzania badania istotnym jest, by metody i techniki, których doboru dokonał biegły, spełniały tzw. podstawowe kryteria użyteczności, do których zalicza się obiektywizm, rzetelność, normalizację i standaryzację. Dwa pierwsze pojęcia zostały przeanalizowane powyżej, jednak warto zwrócić uwagę na wątek normalizacji i standaryzacji. Mianem normalizacji określa się pewnego rodzaju wymierność w porównywaniu wyników, standaryzacją zaś jednolite postępowanie badawcze w określonych sytuacjach przy przeprowadzaniu konkretnego rodzaju badania. Pojęcie trafności określa stopień, w jakim teoria oraz zebrane dane empiryczne uzasadniają interpretację danego testu³⁴⁶. Wśród biegłych psychologów i psychiatrów wskazuje się, iż zalecane jest korzystanie z metod opracowanych i zweryfikowanych przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Gdyby biegły dokonał wyboru innej metody, z całą pewnością powinien on posiadać kompetencje do przeprowadzania takich badań, potwierdzone stosowną dokumentacją³⁴⁷.

³⁴³ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 126-127.

³⁴⁴ „Zakaz dowodowy uregulowany w art. 199 k.p.k. obejmuje wszelkie oświadczenia oskarżonego dotyczące zarzucanego mu czynu, składane wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej, i to niezależnie od ich treści. Chodzi jednak o przypadki udzielania tej pomocy samemu oskarżonemu, a nie innym osobom, np. pokrzywdzonemu. Oświadczenia sprawcy czynu zabronionego chroni zakaz dowodowy bez względu na to, czy przedstawiono mu zarzut jego popełnienia, czy też nie. Reguła określona w art. 199 k.p.k. nie stoi na przeszkodzie przesłuchaniu w charakterze świadka lekarza, który na miejscu zdarzenia udzielał pomocy medycznej pokrzywdzonemu lub innym osobom” – tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie o sygn. akt. III KK 366/11, OSNKW 2012/10/110.

³⁴⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.)

³⁴⁶ J. M. Brzeziński, *Kiedy odwołując się do testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego*, Czasopismo Psychologiczne, Tom 15, Nr 2, 2009, s. 321-332.

³⁴⁷ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu...*, op. cit., s. 209

Coraz częściej w toku procesu karnego korzysta się z pomocy nie tylko psychiatrów, którzy za zadanie mają zbadać stan poczytalności oskarżonego w czasie popełnienia przez niego czynu zabronionego, ale również z opinii psychologów. Na wyraźny wniosek psychiatrów bowiem do wydania opinii można powołać także biegłego innej specjalności. Szczególnie doniosła rola opinii wydawanej przez psychiatrę i psychologa jest uwidoczniła w procedurze weryfikacji istnienia przesłanek do zastosowania środków zabezpieczających – wówczas psychiatra formułuje diagnozę oraz prognozę lekarską, a psycholog ocenia prognozę psychologiczno-kryminologiczną³⁴⁸. Wielokrotnie Sąd Najwyższy podkreślał jednak, iż opracowanie kompleksowej ekspertyzy przez zespół biegłych różnych specjalności i dziedzin wiedzy nie wyłącza samodzielności i odpowiedzialności każdego biegłego za prawidłowość opinii w zakresie objętym jego specjalnością (tak wyrok SN z dnia 3 października 1979 r. VI KRN 225/79 lub z dnia 17 października 1979r. I KR 140/79)³⁴⁹. W przypadku wydawania wspólnej opinii przez dwóch biegłych lekarzy, preferowanym jest, by oboje brali oni udział we wspólnym badaniu ambulatoryjnym oskarżonego lub podejrzanego³⁵⁰. Niejednokrotnie w doktrynie wskazuje się ponadto, iż literalna wykładnia przepisu art. 202 § 2 k.p.k. przewiduje uczestnictwo wszystkich biegłych sądowych, którzy wyznaczeni zostali do wydania wspólnej, kompleksowej opinii³⁵¹.

2. Metody wykorzystywane w diagnozie na potrzeby ekspertyzy sądowej

Diagnoza, tj. słowo pochodzące z greckiego *diagnosis*, oznacza wszelkie działania, których celem jest rozróżnienie i osądzenie. Diagnozowanie jest zatem przede wszystkim czynnością poznawczą, za pomocą której dokonuje się oceny i opisu zdanego faktu w rzeczywistości. Ponadto, spełnia ono rolę eksplanacyjną, a więc skupia się na wyjaśnieniu i uzasadnieniu, dlaczego dane okoliczności są takie, a nie inne. Funkcja predykcyjna sprowadza się do wyciągania wniosków, jaka będzie rzeczywistość (wynikająca z badanych faktów) w przyszłości, a funkcja korekcyjna – na określeniu, jakie kroki winny być podjęte, by osiągnąć pewien pożądany stan. W psychopatologii podkreśla się, iż diagnoza jest oceną,

³⁴⁸ J. K. Gierowski, *Kompetencyjne i diagnostyczne problemy opiniowania sądowo-psychologicznego ...*, op. cit., s. 38

³⁴⁹ A. Czerederecka, J. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, E. Wach, *Ekspertyza psychologiczna ...*, op. cit., s. 788

³⁵⁰ J. Heitzman, *Konstrukcja opinii sądowo-psychiatrycznej [w:] Postępowanie karne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*, red. J. K. Gierowski, A. Szymusik, wyd. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996, s. 55-56.

³⁵¹ J. Konecki, *Niepoczytalny sprawca czynu zabronionego w postępowaniu karnym*, wyd. Difin, Warszawa 2015, s. 130.

opisem i wyjaśnieniem stanu [zdrowia] pacjenta oraz zmian zachodzących pod wpływem zastosowanego leczenia³⁵².

Badanie psychiatryczne podejmowane w celu zbadania stanu poczytalności sprawcy czynu zabronionego polega głównie na zebraniu wywiadu od osoby badanej, następnie dokonaniu oceny stanu psychicznego i ustaleniu objawów psychopatologicznych, uzyskaniu informacji z akt sprawy, osób bliskich i rodziny badanego oraz na wykorzystaniu istniejącej dokumentacji medycznej dotyczącej sprawcy (badanego)³⁵³.

Zanim jeszcze biegły psycholog lub psychiatra odbędzie bezpośredni kontakt z osobą badaną, zapoznaje się z aktami sprawy, które przekazał mu organ procesowy. Jeszcze przed spotkaniem z badanym specjalista powinien sformułować problem diagnostyczny (chyba że został on szczegółowo wskazany przez organ zlecający badanie – niemniej jednak również wówczas biegły będzie zobligowany do sformułowania cząstkowych pytań badawczych, by w sposób pełny odpowiedzieć następnie sądowi lub prokuratorowi na postawione pytanie). Całość opracowania dotyczącego zleconego badania składa się w swej istocie z analizy danych wstępnych, opisu aktualnej sytuacji badanego, danych o jego środowisku i danych biograficznych, ale również w dalszej części – z danych uzyskanych w drodze przeprowadzonych testów, opisu zaburzenia (o ile występuje), jego patogenezy i charakterystyki oraz końcowych wniosków ogólnych³⁵⁴.

Wart uwagi jest podział opisowych technik badawczych, które są wykorzystywane przez psychologów jako metody pomiaru – powyższymi technikami są samoopisy, analizy zachowania oraz miary fizjologiczne.

Pierwsza kategoria, tj. metoda samoopisowa, pozwala badaczowi na poznanie przekonań i uczuć badanego oraz na uzyskanie informacji o jego postawach, sferze motywacyjnej i osobowości. Metody kwestionariuszowe najczęściej przybierają formę tzw. „papier-ołówek”, gdzie badany udziela odpowiedzi na pytania zamknięte (prawda/fałsz lub wskazuje stopień, w jakim zgadza się w określonym stwierdzeniu) lub otwarte. Z reguły odpowiedzi na pytania testowe stanowią pewien kierunek jego zachowań i skłonności, a proces wykonywania zadań to jedynie „próbka” właściwości tej osoby³⁵⁵. Inwentarze samoopisowe są prostym narzędziem, które przysparza możliwie jak najmniej problemów

³⁵² L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, wyd. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2016, s. 102.

³⁵³ J. Pobocho, *Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności*, Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7 (1), s. 50-60.

³⁵⁴ T. Pasikowski, H. Sęk, *Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania diagnostycznego a wynik diagnozy* [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 203-205.

³⁵⁵ K. Stemplewska-Żakowicz, *Diagnoza psychologiczna. Diagnoza jako kompetencja profesjonalna*, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 90.

mogących wystąpić w czasie badania – osoba badana spośród przedstawionych odpowiedzi wybiera jedną, która wydaje jej się najbardziej odpowiadająca jej odczuciom. Dzięki temu osoba przeprowadzająca badanie nie pominie określonych okoliczności, które wskazywać mogą na występowanie zaburzenia osobowości trudnego do wychwycenia w czasie rozmowy³⁵⁶.

Zdecydowaną korzyścią i funkcjonalnością metod kwestionariuszowych jest minimalizacja wszelkich zakłóceń przeprowadzanego badania oraz swoboda i spokój w wypełnianiu testu przez badanego. Ponadto cechuje je łatwość przeprowadzenia oraz jasna i ściśle wystandaryzowana struktura (postać). Niestety powyższe walory wiążą się także z niedogodnościami przeprowadzającego badanie, takimi jak brak możliwości weryfikacji niezrozumiałych lub symulowanych informacji³⁵⁷.

Standaryzowane kwestionariusze zapewniają badającemu precyzyjny opis procedury badawczej oraz możliwość przeliczania wyników według określonego algorytmu. Są one niejako skrojone na potrzeby zweryfikowania konkretnej teorii psychologicznej oraz rozpoznanie pewnej grupy zaburzeń czy objawów. Narzędzie to jest przydatne dla przeprowadzającego badanie ze względu na różnicowanie grup klinicznych od nieklinicznych oraz badanie określonej właściwości, dla której stwierdzenia istnienia dana metoda została przewidziana. Najczęściej kwestionariusze są wykorzystywane do badania osobowości (zarówno poszczególnych jej cech, jak i jej kompleksowego ujęcia), stąd w praktyce obecny jest podział tejsze metody na kwestionariusze jednowymiarowe (służą one badaniu określonego wycinka, cechy) oraz wielowymiarowe (tj. kwestionariusz składający się z więcej niż jednej skali, służący do weryfikacji wielu aspektów osobowościowych)³⁵⁸.

Najbardziej znanym i powszechnie używanym kwestionariuszem wielowymiarowym jest Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości, tj. kwestionariusz MMPI S.Hathawaya i J.C. McKinleya (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). Składa się on z aż 567 pytań testowych (model prawda/fałsz), za pomocą których otrzymany wynik dopasowany jest do tradycyjnej nozologii psychiatrycznej. w ten sposób możliwym jest stwierdzenie hipochondrii, hysterii, psychopatii, męskości-kobiecości, paranoi, psychastenii, schizofrenii, manii oraz introwersji społecznej. Poza skalą kliniczną do testu MMPI wprowadzone zostały cztery skale kontrolne (skala kłamstwa, symulacji, dysymulacji oraz

³⁵⁶ E. Trzebińska, *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*, wyd. SWPS Academica, Warszawa 2009, s. 67.

³⁵⁷ A. Czerederacka, J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, E. Wach, *Ekspertyza psychologiczna ...*, op. cit., s. 778.

³⁵⁸ T. Pasikowski, *Metody stosowane w psychologicznej diagnozie klinicznej ...* op. cit., s. 218-219.

niezdecydowania)³⁵⁹. Niekiedy kwestionariusz ten nazywa się behawioralnym, a to z tego względu, iż udzielenie odpowiedzi na pytanie zawarte w formularzu jest traktowane jako reakcja na dany bodziec³⁶⁰.

W odmiennosci od wyżej przywołanego wielowymiarowego kwestionariusza MMPI (MMPI-2), inwentarzem jednowymiarowym, tj. zorientowanym na zbadanie jednej tylko cechy, jest Inwentarz Stanu i Cechy Lęku C.D. Spielbergera (*State-Trait Anxiety Inventory*). Budowa testu STAI opiera się na rozróżnieniu lęku będącego krótkim stanem przejściowym, uwarunkowanym sytuacyjnie w życiu jednostki, a lękiem jako względnie stałą cechą osobowości. Spielberger w swojej koncepcji nawiązuje do wyodrębnienia dwóch różnych czynników, z których pierwszy nazwany został „lęk jako stan”, drugi zaś „lęk jako cecha”.

Wart uwagi jest ponadto kwestionariusz osobowości EPQ (EPQ-R) Eysencka, którego zadaniem jest równoczesne zbadanie takich wymiarów jak ekstrawersji lub introwersji, neurotyzmu, psychotyzmu lub kłamstwa (tendencji do fałszowania obrazu). Inwentarz ten składa się ze 106 pytań o wariancie odpowiedzi „tak” lub „nie”. Wyniki ujmowane są na 6 skalach. Dwie skale dodatkowe – skala skłonności do uzależnień i skłonności do przestępstw pozwalają na identyfikację różnorodnych zaburzeń³⁶¹.

Spośród metod stosowanych w diagnostyce psychologicznej dużą popularnością w gronie klinicystów cieszą się testy projekcyjne, które w odróżnieniu od metod kwestionariuszowych ujmują osobowość jako wielowymiarową strukturę, badając właściwości emocjonalne i motywacyjne. Są to przede wszystkim test plam atramentowych Rorschacha lub techniki rysunkowe³⁶². Test Rorschacha jest projekcyjnym testem psychologicznym opracowanym w 1921 roku w celu zmierzenia zaburzeń myślenia. Z obserwacji dotychczasowych analiz odpowiedzi badanych wynika, że pacjenci ze schizofrenią często interpretują te niejednoznaczne obrazy w bardzo niecodzienny sposób. W teście badanemu pokazuje się serię dziesięciu kart z atramentem, by mógł on określić, co przedstawia dany obraz. Metoda Rorschacha jest określana jako zadanie nieustrukturalizowane. Proces analizy i interpretacji przebiegu badania obejmuje ocenę dojrzałości emocjonalnej i wrażliwości, stylu zachowania i pewnego rodzaju mechanizmów zaradczych, a także analizę generalną hipotez³⁶³.

³⁵⁹ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 283-284.

³⁶⁰ K. Stemplewska-Żakowicz, op. cit., s. 95.

³⁶¹ <https://www.practest.com.pl/epq-r-kwestionariusz-osobowosci-eysencka-epq-r-kwestionariusz-osobowosci-eysencka-w-wersji-skroconej> [dostęp: 24.08.2018 r.; oficjalna strona Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego].

³⁶² L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia...* op. cit., s. 123

³⁶³ T. Pasikowski, op. cit., s. 225.

Innym rodzajem techniki projekcyjnej jest test zadań niedokończonych (zadanie ustrukturalizowane), w którym badany reaguje pewnym skojarzeniem na bodziec słowny lub dopasowuje własne zakończenie do urwanego zdania. Metoda ta jednak jest wycofywana z użycia z uwagi na niski poziom trafności wyników oraz na udzielanie odpowiedzi przez badanych w świadomy sposób³⁶⁴. Brak spójnego systemu parametrów badania cechuje także technika rysowania (badany ma za zadanie narysować postać człowieka, rodzinę lub drzewo), gdyż mimo mierzalności parametrów rysunku (lokalizacji, wielkości, siły nacisku, dopracowania szczegółów), analiza wyniku jest narażona na duży stopień subiektywizmu.

Najczęściej wykorzystywanymi i podstawowymi metodami w diagnozie psychologicznej są rozmowa, obserwacja oraz wywiad. Tak zwany wywiad kliniczny pozwala badającemu poznać istotne informacje, za pomocą których bardziej przejrzyste mogą się stać cechy charakterystyczne dla danego zaburzenia. Metoda wywiadu może pozostawać ukierunkowana na zebranie informacji takich jak: objawy choroby i niepokojące zachowania, historia powstania i ewentualny przebieg zaburzenia, podejmowane leczenie i terapie, istotne doświadczenia życiowe, uzależnienia, wykształcenie i sytuacja zawodowa badanego lub jego sytuacja życiowa³⁶⁵. Aby wywiad był możliwie pełny i wiarygodny, należy zapewnić badanemu warunki do nieskrępowanej i swobodnej wypowiedzi oraz pozbawić go lęku przed badaniem³⁶⁶. Wskazać należy, iż wywiad ma charakter interaktywny, bowiem nie ma ściśle określonej struktury, a badający jest w bezpośrednim kontakcie z osobą badaną. Mankamentem tejże metody jest możliwość manipulacji respondentów oraz możliwy wpływ osobistych uprzedzeń i skłonności badającego na udzielanie odpowiedzi przez badanego³⁶⁷.

Wskazuje się na wiele sposobów przeprowadzania rozmowy psychologicznej, jednak określone zasady muszą być zawsze spełnione, by mówić o poprawnym i rzetelnym przeprowadzeniu tego rodzaju badania. Pytania zamknięte („tak” lub „nie”) są skutecznym sposobem przeprowadzenia badania wobec osób o zaburzonych procesach poznawczych, ludzi starszych lub unikających odpowiedzi jednoznacznych. Pytania otwarte (o ile jest możliwe przeprowadzenie rozmowy psychologicznej w ten sposób) pozwalają na poznanie poprawności logicznej wypowiedzi i jej zgodności z treścią pytań. Rozmowa psychologiczna

³⁶⁴ K. Stemplewska-Żakowicz, op. cit., s. 98.

³⁶⁵ K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 277.

³⁶⁶ J. Heitzman, B. Gierat, *Badanie psychiatryczne [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, red. J. Heitzman, wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 24.

³⁶⁷ P.G. Zimbardo, op. cit., s. 48.

umożliwia dokonanie wstępnego rozpoznania i sprecyzowania wstępnych hipotez dotyczących stanu zdrowia psychicznego osoby badanej³⁶⁸.

W przypadku zaistnienia utrudnionego kontaktu z badanym istotnym źródłem informacji uzupełniających jest obserwacja w trakcie badania. Za pomocą obserwacji możliwa jest weryfikacja danych, które badany podaje w czasie badania oraz wyciągnięcie wniosków o właściwościach i stanie psychicznym pacjenta. Spośród wskaźników, których analizy powinien dokonać psycholog, uwypuklić należy wskaźniki behawioralne (gestykulacja, mimika, proksemika, kinezytyka), fizjologiczne (napięcie mięśni, ruch źrenic, zmiana tempa rytmu serca, zmiana ciśnienia krwi), przedmiotowe (zmiana zachowania wraz z kolejnymi etapami badania) oraz konstytucjonalne (tj. budowa ciała)³⁶⁹. Aby jednak obserwacja była miarodajna, wskazuje się na potrzebę jej przeprowadzania w różnych sytuacjach, by wyeliminować czynnik sytuacyjności zachowania badanego. Niewerbalne zachowania nierzadko stanowią istotne wskazówki diagnostyczne³⁷⁰.

Dla zachowania kompletności badania psychologicznego, którego wnioski sformułowane w sposób prawidłowy prowadzi do nakreślenia diagnozy, badanego poddaje się także testom inteligencji i zdolności. Najbardziej popularnym narzędziem do określania tzw. dewiacyjnego poziomu inteligencji jest test Weschlera, polegający na dokonywaniu pomiaru umiejętności w czterech głównych kategoriach, które obejmują rozumowanie, zatrzymywanie informacji, przetwarzanie i ich organizację oraz rozumienie werbalne³⁷¹. Czynniki takie jak kreatywność, indywidualność lub zdolność dokonywania osądów nie są włączane do przebiegu testu. Każda kategoria jest punktowana indywidualnie, a wynik złożony służy do uzyskania oceny ilorazu inteligencji, nazywanego potocznie IQ. Poszczególne jednostki testowe polegają na ułożeniu obrazów, by utworzyły logiczny ciąg (inteligencja niewerbalna) lub na powtarzaniu cyfr i przypisywaniu znaczenia danym słowom³⁷². Choć opisywana Skala Inteligencji dla Dorosłych Davida Weschlera (WAIS-R) służy głównie opisowi funkcji poznawczych badanego, stanowi ona dodatkowo istotny wskaźnik różnicowania, zaburzenia lub obniżenia procesów poznawczych badanego³⁷³. Analiza wyników uzyskanych wskutek przeprowadzonych badań poziomu intelektualnego

³⁶⁸ E. Prażowska, *Metody psychologiczne w diagnostyce psychiatrycznej* [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2017, s. 478.

³⁶⁹ K. Eichstaedt, P. Gałeczki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry...*, op. cit., s. 277.

³⁷⁰ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 50.

³⁷¹ <https://wechsler-test.com/about-wechsler-intelligence-test> [dostęp: 24.08.2018 r.].

³⁷² K. Stemplewska-Żakowicz, *Diagnoza psychologiczna...*, s. 117.

³⁷³ L. Cierpiąłkowska, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 125.

może być sugestią dla wykonania dalszych badań (ukierunkowanych szczególnie na ocenę prawidłowości funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego)³⁷⁴.

Metody badające poziom intelektualny muszą zawsze uwzględniać dwa czynniki, które mogą wpływać znacząco na postawę osoby badanej, tj. możliwość symulacji oraz tło sytuacyjne. W przypadku osób badanych w toku postępowania karnego, świadomość zagrożenia surową karą i stres z tym związany mogą w negatywny sposób oddziaływać na zdolność intelektualną³⁷⁵.

3. Diagnoza procesów motywacyjnych sprawcy czynu zabronionego

Procesy motywacyjne sprawców czynów zabronionych stanowią istotny element poznania nie tylko dla organów procesowych prowadzących postępowanie, ale również psychologów. Od wyjaśnienia sfery motywacyjnej podejrzanych i oskarżonych zależy rozstrzygnięcie konkretnego procesu i przypisanie winy sprawcy, a ponadto podejmowanie określonych działań profilaktycznych przez organy państwowe na przyszłość, które przyczynią się do redukcji przestępczości. Główną rolą psychologii motywacji jest więc zbadanie przyczyn konkretnego ludzkiego zachowania³⁷⁶.

W etiologii motywację poczytuje się za zdolność i gotowość do wykonywania trwałego wzorca zachowania. Koncepcje etiologiczne przywoływały pojęcie instynktu (bądź popędu) jako wrodzonego mechanizmu, który wyzwała zachowanie istot żywych³⁷⁷. W polskim ustawodawstwie termin „motywacja” jako określenie użyte w kodeksie karnym pojawił się dopiero w 1997 r. Zarówno kodeks karny z 1932 r., jak i kodeks karny z 1969 r. posługiwały się terminami „pobudka” w miejsce „motywacji”. Z obecnie utrwalonej linii orzecniczej sądów powszechnych w Polsce wynika, iż motywacja sprawcy uwzględniania przez sądy jest w przypadku określania stopnia społecznej szkodliwości czynu i stopnia winy, a co za tym idzie – pośrednio wpływa na wymiar kary sprawcy czynu zabronionego³⁷⁸.

Motywacja często traktowana jest jako dążenie człowieka do osiągnięcia określonych celów lub unikanie negatywnych dla siebie skutków. Pojawiały się w przeszłości teorie (np. teoria badacza Josepha LeDoux zawarta w *The emotional brain*), iż zarówno ludzie, jak i zwierzęta cechują się tego rodzaju ostrożnością, która nakazuje im przyjąć, iż korzystniejsze jest założenie, że coś jest niebezpieczne (i przeżyć), aniżeli pochopnie uznać, iż

³⁷⁴ E. Pragłowska, *Metody psychologiczne w diagnostyce psychiatrycznej ...* op. cit., s. 481.

³⁷⁵ J. Przybysz, op. cit., s. 28.

³⁷⁶ J. K. Gierowski, *Kompetencyjne i diagnostyczne problemy opiniowania ...*, op. cit., s. 26.

³⁷⁷ J.M. Stanik, *Psychologia sądowa*, wyd. PWN, Warszawa 2013, s. 112.

³⁷⁸ T. Przesławski, *Psychika Czynu Wina. Wpływ czynnika psychologicznego na zachowanie człowieka i jego winę jako podstawę odpowiedzialności karnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 160.

niebezpieczeństwo nie występuje i w następstwie tegoż uznania zginąć³⁷⁹. Podstawowym i pierwotnym celem każdego zachowania ludzkiego jest przystosowanie się do środowiska. Niemniej jednak, odnosząc teorię motywacji do aktualnego ujęcia zachowań ludzkich, wskazać należy, iż zachowanie człowieka rozróżnia dwa typy odpowiedzi na otaczającą go rzeczywistość: reaktywną (dość elementarna) oraz zorientowaną na cel (bardziej złożona). Odpowiedź człowieka zorientowana na cel ujawnia się w świecie zewnętrznym przy pomocy procesów motywacyjnych. Motywacja, ogólnie rzecz biorąc, nadaje kierunek działalności ludzkiej i steruje tą działalnością tak, by osiągnąć ów zamierzony kierunek (cel)³⁸⁰.

Proces motywacyjny zdefiniować winno się jako pewnego rodzaju regulację kierującą działaniami człowieka, która prowadzi do określonego skutku (zmiana położenia społecznego, zmiana w danym stanie rzeczy). Czynności wynikające z umotywowania jednostki do ich dokonania należy odróżnić od czynności wykonywanych nawykowo i bezwiednie. Elementem koniecznym jest w nich bowiem intencja (chęć) osiągnięcia określonego rezultatu, którego projekcja ujawnia się uprzednio w umyśle osoby, która czynu dokonuje³⁸¹.

Motywacja jest przyczyną wewnętrzną, siłą psychologiczną stymulującą sprawcę do wdrażania zachowań przestępczych. Aspekt behawioralny motywacji kryminalnej jest ściśle związany z fizjologicznym, poznawczym i emocjonalnym elementem, które łącznie stanowią całą strukturę motywacji kryminalnej. Mechanizm wzmocnienia i karania w znaczeniu osiągnięcia motywacji kryminalnych wchodzi w interakcję z mechanizmem poznawczym (selekcja poznawcza, tożsamość ról), a także ma głęboki związek z niektórymi mechanizmami biologicznymi (mechanizm nerwowy i endokryny) i emocjonalnymi (stres sytuacyjny, przenikanie emocjonalne)³⁸².

Z punktu widzenia psychologii posługiwaniu się pojęciem „motywacji” przypisać można pięć głównych celów, którymi są odpowiednio: wyjaśnienie zmienności zachowania jednostek, stwierdzenie związku pomiędzy biologią a zachowaniem, wnioskowanie o stanie emocjonalnym i psychicznym danej osoby z jej działań publicznych, ustalenie odpowiedzialności osobistej za własne działania (kontrola i wewnętrzna motywacja) oraz

³⁷⁹ R.E. Franken, *Psychologia motywacji*, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 18.

³⁸⁰ J. Reykowski, *Eksperymentalna psychologia emocji*, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1974, s. 63.

³⁸¹ B. Hołyst, *Psychologia kryminalistyczna*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2009, s. 196.

³⁸² L. Jainqing, *An interpretation of behavioral traits of criminal motivation*, Canadian Social Science Vol. 11, No. 1, 2015, s. 52-56.

wyjaśnienie, w jaki sposób mimo przeciwności ludzie zachowują wytrwałość w dążeniu do celu³⁸³.

Aby motywacja została wzbudzona, zaistnieć powinny trzy czynniki, tj.:

1. powstanie niezaspokojonej potrzeby lub zadania, które nie zostało wykonane
2. jednoczesne dostrzeżenie czynnika, który potrzebę zaspokoi (lub pogłębi)
3. przeświadczenie człowieka, że jest on w stanie zaspokoić potrzebę lub wykonać zadanie (bądź też odpowiednio – usunąć okoliczność stanowiącą przeszkodę w realizacji jego celów)

Owa przywołana powyżej potrzeba rodzi napięcie motywacyjne, które jest punktem wyjścia do działania człowieka³⁸⁴.

Siłą dążenia jest umiejętność wyłączenia dążeń konkurencyjnych. Jest to więc stopień, w jakim dążenie człowieka dokonuje kontroli zachowania. Im większa jest siła dążenia do osiągnięcia określonego celu, tym trudniej jest odwieść daną jednostkę od działań ukierunkowanych na odniesienie konkretnego skutku. Powstanie owych dążeń (siły dążenia) jest skutkiem działania procesów motywacyjnych. Im bardziej atrakcyjny jest cel lub im większe przeszkody jednostka napotyka na drodze do jego osiągnięcia, tym wyższy jest poziom jej mobilizacji. Jeżeli jednak przeszkody byłyby zbyt wysokie, poziom mobilizacji odpowiednio spadnie z uwagi na wewnętrzne przekonanie człowieka o jego nieosiągalności. Badacze teorii motywacji wywiedli więc następujący wniosek – natężenie motywacji zmienia się wraz z odpowiednią zmianą atrakcyjności lub osiągalności celu, stąd - jeżeli przekonanie o osiągnięciu danego rezultatu oraz jego atrakcyjność są bliskie zeru, motywacja również bliska będzie poziomowi zero³⁸⁵.

Tradycyjna psychologia dokonała kategoryzacji motywacji na trzy grupy: przeżyć intelektualnych, wolicjonalnych oraz emocjonalnych. Wśród zwolenników pierwszej kategorii panował pogląd, iż motywem jest myśl oraz wyobrażenie sobie skutku, jaki nastąpić ma po określonym zachowaniu. Motyw jako przeżycie emocjonalne utożsamiany był z określonym pojedynczym uczuciem, wolicjonalna koncepcja ujmowania motywacji skoncentrowana była na przeżyciu (motive), które immanentnie związane jest z siłą dążenia człowieka do osiągnięcia danego celu³⁸⁶.

Przenosząc powyższe konstatacje na grunt próby zdefiniowania tła motywacyjnego sprawcy czynu zabronionego, unaocznic należy fakt, iż owe tło tworzą czynniki

³⁸³ P.G. Zimbardo, op. cit., s. 438.

³⁸⁴ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu...*, op. cit., s. 348.

³⁸⁵ B. Hołyst, *Psychologia kryminalistyczna...*, op. cit., s. 197.

³⁸⁶ K. Daszkiewicz, *Motywy przestępstwa*, *Palestra* 5/9 (45), 1961, s. 60-72.

osobowościowo-biologiczne oraz sytuacyjne, których to wypadkową i efektem wzajemnego oddziaływania na siebie wzajemnie jest zachowanie sprawcy. Z faktem dokonania czynu zabronionego nieodzownie związane jest ustalenie poziomu regulacji popędowo-emocjonalnej oraz poziomu struktur poznawczych. Szeroko uznaje się, iż prawidłowo funkcjonujący mechanizm samokontroli stanowi stan równowagi pomiędzy intelektem a emocjami. W przypadku zaburzenia tego stanu dochodzi do popełnienia przestępstwa. Samokontrola jest bowiem zdolnością do racjonalizacji swoich działań, opanowywania szkodliwych emocji oraz podporządkowywania sprzecznych impulsów na podstawie doświadczenia życiowego³⁸⁷.

Dotychczasowe teorie dotyczące procesów motywacyjnych wpływających na okoliczności kryminogenne skupiały się na teorii prowokacji, konfliktu i zagrożenia. Trudne sytuacje, których doświadczają ludzie (tj. trwała konieczność znoszenia bólu zarówno fizycznego, jak i moralnego; nieznanne i zaskakujące sytuacje; konflikty motywacyjne; sytuacje zagrożenia; frustracje, czyli brak odpowiednich środków lub zdolności do wykonywania pewnych czynności) mogą prowadzić do próby rozwiązania problemów w sposób nie zawsze korzystny dla otoczenia i jednostki samej w sobie. Psychologia sądowa ma na celu wyjaśnienie czy wyjście z danej sytuacji byłoby możliwe za pomocą innych środków niezwiązanych z zachowaniem zabronionym przez prawo³⁸⁸. Opinia sporządzana przez biegłego sądowego na potrzeby rozstrzygnięcia o odpowiedzialności oskarżonego (podejrzanego) winna ujmować swym zakresem także wypowiedź o ewentualnym silnym wzburzeniu osoby opiniowanej, a więc jej przedmiotem powinny być pewne cechy procesu motywacyjnego, takie jak jego natężenie, kierunek oraz stopień samokontroli jednostki opiniowanej. Afekt, a więc stan silnego wzburzenia, nie pozwala na intelektualną kontrolę ludzkiego zachowania, dlatego wszelkie czynniki, które się złożyły na dany obraz emocjonalnego nastawienia sprawcy do czynu, powinny być poddane dokładnej analizie³⁸⁹.

Pojmowanie motywacji (czy też używanego potocznie „motywu”) bardzo wąsko – tj. w odniesieniu do jednego tylko przeżycia lub okoliczności wywierającej wpływ na działania jednostki jest istotnym ograniczeniem pojęcia procesu motywacyjnego, na który składa się

³⁸⁷ J.K. Gierowski, *Diagnoza procesów motywacyjnych – nowe wyzwania i niewykorzystane możliwości psychologii sądowej*, Chocanna 2, 2011, s. 131-158.

³⁸⁸ J. K. Gierowski, *Kompetencyjne i diagnostyczne problemy opiniowania...*, op. cit., s. 30.

³⁸⁹ J.K. Gierowski, *Afekt fizjologiczny jako przedmiot sądowej ekspertyzy psychologicznej* [w:] J.K. Gierowski, A. Szymusik (red.), *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*, wyd. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996, s. 161.

wiele czynności psychicznych, które w efekcie kształtują zamiar sprawcy czynu zabronionego³⁹⁰.

Należy przyznać, iż z fizjologicznego punktu widzenia istnieje wiele ścisłych zależności pomiędzy procesami emocjonalnymi, zachodzącymi w centralnym systemie nerwowym, a procesami regulacji istot żywych. Emocjonalne zachowanie się danej jednostki regulowane jest przez poszczególne (różne dla konkretnego rodzaju przeżywanych emocji) części mózgu. W drodze przykładu, usunięcie lub podrażnienie jądra migdałowego (*amygdala*) inicjuje zachowania agresywne i gwałtowne. Ten sam ośrodek mózgowy odpowiedzialny może być także za popędy i reakcje seksualne lub odczuwanie strachu (lub jego braku). Czynności emocjonalno-popędowe, do których również zaliczymy zachowania agresywne, strach oraz czynności pokarmowe, kontrolowane są także przez podwzgórze. Kora mózgowa również pełni istotną rolę w procesach kontrolnych i regulujących zachowania człowieka –wiele konstatacji badaczy zatem skupiało się na zbadaniu okoliczności, dlaczego czynności regulacyjne u niektórych jednostek zostają zakłócone. Przyczyn oczywiście może być wiele, jednak za najważniejsze z nich uznaje się działanie bodźców w nowych i nieznanym dotąd konfiguracjach lub niezgodności zachodzące między układem bodźców zewnętrznych a pobudzeniem wewnętrznym³⁹¹.

Teorie motywacji odnoszące się wprost do uwarunkowań biologicznych człowieka często ukierunkowane są na wyjaśnienie, w jaki sposób powstaje działanie (podejmowanie określonych czynności za pośrednictwem uczenia się, procesów biologicznych i poznawczych). Niemniej jednak psychologowie oraz biolodzy wielokrotnie zgodni byli co do tego, iż zachowanie człowieka, w znacznym uproszczeniu, wiąże się z działaniem systemu przyjemności i pobudzenia. To właśnie dzięki tym systemom człowiek uczy się zachowań pod wpływem nabywanych doświadczeń, które nie znajdują źródła wprost w jego porządku genetycznym³⁹².

Z uwagi na cechę złożoności, jaką charakteryzują procesy motywacyjne zachodzące w każdym człowieku, badanie psychologiczne ukierunkowane na zbadanie tego zjawiska jest niezwykle trudne. Sytuacji badającego nie poprawia fakt, iż badanie przeprowadzane jest często na długo po popełnieniu czynu zabronionego przez sprawcę. Z tego względu wybór metod, które mogłyby w sposób niebudzący zastrzeżeń pomóc w stwierdzeniu, co skłoniło sprawcę do określonego zachowania, jest zmniejszony. Badaniu podlegają bowiem potrzeby,

³⁹⁰ T. Przesławski, op. cit., s. 166.

³⁹¹ J. Reykowski, op. cit., s. 63

³⁹² R.E. Franken, op. cit., s. 18

aspiracje i cele jednostki badanej – jest to możliwe jedynie na podstawie zebranego wywiadu o osobie sprawcy oraz weryfikacji poprawności funkcjonowania jego osobowości sprzed popełnienia przestępstwa. Biegły badający oskarżonego lub podejrzanego winien ustalić w pierwszej kolejności, jakie zachodzą biologiczne lub środowiskowe uwarunkowania danych mechanizmów osobowościowych u sprawcy, gdyż stwierdzenie zaburzenia jest punktem wyjścia dla sprecyzowania procesów motywacyjnych³⁹³.

Metodą badawczą stwarzającą najmniej problemów w jej przeprowadzeniu oraz dającą mierzalne wyniki jest metoda samoopisowa lub test projekcyjny. Kwestionariusze używane przez psychologów w celu poznania motywacji sprawcy dokonują (pośrednio) oceny potrzeb badanego, jego pragnień i lęków, które następnie stanowią wskaźniki motywacji. Metody projekcyjne pozwalają poznać ukryte potrzeby osoby badanej, która bezwiednie kojarzy obrazy z własnymi dążeniami (lub obawami)³⁹⁴.

Z punktu widzenia badania stanu poczytalności sprawcy czynu zabronionego istotną kwestią są mechanizmy patologiczne zachodzące w sferze psychicznej badanego, bowiem są one wynikiem istniejących lub współwystępujących zaburzeń. Samokontrola, która jest ściśle sprzężona z motywacją (ale także i regulacja emocjonalno-popędowa) może być upośledzona, a wówczas działanie człowieka nie znajduje racjonalnego uzasadnienia. Wówczas konieczne jest stwierdzenie, który mechanizm kontrolny został zakłócony i jakie jest źródło tegoż zakłócenia. W drodze przykładu w organicznych zaburzeniach osobowości, a więc związanych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, mogą występować halucynacje, wizje lub głosy, niekoniecznie wynikające wprost z choroby psychicznej, jaką jest m.in. schizofrenia. Przy innego rodzaju zaburzeniach osobowości samokontrola może być zachowana, a jedynie w sytuacji mocno stresującej lub frustrującej ulega ona zniekształceniu³⁹⁵.

W świetle powyższych konstatacji uznać należy, iż metodami odpowiednimi ze względu na charakter badanych właściwości (w danym omówieniu – procesów motywacyjnych) będą tradycyjne metody pomiaru samoopisowego lub projekcyjnego, a także wielowymiarowe kwestionariusze testujące osobowość. Ponadto punktem wyjścia dla wspomnianych metod będzie kompletny wywiad o osobie badanej oraz rozmowa psychologiczna, które pomogą wyłonić główne pobudki prowadzące do podjęcia określonych zachowań kryminalnych.

³⁹³ J. K. Gierowski, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu...*, op. cit., s. 353-369.

³⁹⁴ P.G. Zimbardo, op. cit., s. 439.

³⁹⁵ J.K. Gierowski, *Diagnoza procesów motywacyjnych – nowe wyzwania ...*, op. cit., s. 131-158.

4. Obserwacja sądowo-psychiatryczna oraz prawnokarne przesłanki stosowania środków zapobiegawczych w szpitalach psychiatrycznych

Ustalenie, jakie procesy psychiczne zachodziły w sprawcy czynu zabronionego *a tempore criminis*, a także wyciągnięcie wniosków o jego stanie zdrowia nie są czynnościami pozbawionymi wątpliwości, choćby badanie przeprowadzał bardzo doświadczony biegły sądowy. Niekiedy zdarza się, że samo badanie ambulatoryjnie nie wystarczy, by określić rodzaj zaburzeń u sprawcy. W przypadku stwierdzenia potrzeby zastosowania dłuższej obserwacji i wykonania innych bardziej zaawansowanych (i wymagających specjalistycznego sprzętu) badań, ustawodawca przewidział możliwość obserwacji oskarżonego/podejrzanego w psychiatrycznym zakładzie leczniczym na wniosek biegłych wskazanych do wydania opinii w sprawie stanu poczytalności sprawcy. Przepis art. 203 § 1 k.p.k. przewiduje jednoznacznie, iż *w razie zgłoszenia przez biegłych takiej konieczności, badanie stanu zdrowia psychicznego oskarżonego może być połączone z obserwacją w zakładzie leczniczym tylko wtedy, gdy zebrane dowody wskazują na duże prawdopodobieństwo, że oskarżony popełnił przestępstwo*³⁹⁶.

W kodeksie postępowania karnego ustawodawca uwzględnił zatem dwie metody, za pomocą których biegli lekarze są w stanie wywieść wnioski o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego w trakcie postępowania karnego – badanie ambulatoryjne oraz obserwacja w zakładzie leczniczym. Badanie ambulatoryjnie polega na przeprowadzeniu badań, o których mowa w paragrafach poprzedzających, przez biegłych lekarzy w placówce leczniczej, jednakże ma ono charakter jednorazowy i nie wiąże się z pozostaniem oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym. Nie sposób zatem nie zgodzić się z wieloma głosami praktyków (psychologów klinicznych i psychiatrów), że w przypadku długiego okresu, w jakim rozwijają się procesy chorobowe, jednorazowe badanie jest niewystarczające, gdyż w przypadku istniejącego wczesnego stadium zaburzeń u osoby badanej, wiele symptomów nie ujawni się

³⁹⁶ Wydanie przez Sąd postanowienia o przeprowadzeniu badania psychiatrycznego połączonego z obserwacją w zakładzie leczniczym bez zgłoszenia takiej konieczności przez biegłych jest niedopuszczalne. Decyzja w omawianym zakresie, jak i o potrzebie zgromadzenia dodatkowych dowodów dotyczących stanu zdrowia osoby badanej a zwłaszcza potrzebie analizy dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia badanego w przeszłości należy do biegłych lekarzy psychiatrów – tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 maja 2017 r., II AKa 114/17, Lex nr 2330654; Wielokrotnie również Sąd Najwyższy wskazywał, iż treść przepisów art. 203 § 1 k.p.k. i art. 202 § 2 k.p.k. zawiera jednoznaczne sformułowania co do (odpowiednio) orzekania w przedmiocie badania psychiatrycznego połączonego z obserwacją i powoływania biegłych innych specjalności. W obu tych przypadkach konieczne są stosowne wnioski biegłych lekarzy psychiatrów, gdyż wynikają one z posiadania przez biegłych wiadomości specjalnych (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 października 2004 r., III KK 114/17, Lex nr 126705).

na etapie przedmiotowego badania³⁹⁷. Zatrzymanie oskarżonego w zakładzie leczniczym pozwala na wykonanie (a w razie potrzeby powtórzenie) pełnych badań psychologicznych, psychiatrycznych, seksuologicznych, neurologicznych, encefalograficznych i neuroradiologicznych³⁹⁸.

Obecna struktura zagadnienia stosowania obserwacji psychiatrycznej w zakładzie leczniczym dopuszcza możliwość jej przeprowadzenia tylko wtedy, gdy dowody zebrane w sprawie świadczą o dużym prawdopodobieństwie popełnienia przestępstwa przez oskarżonego. Nie jest także możliwe przeprowadzenie obserwacji w przypadku zaistnienia negatywnych przesłanek procesowych opisanych w art. 259 § 2 k.p.k., o ile oskarżony sam nie wnosił o poddanie go obserwacji³⁹⁹.

Zgodnie z brzmieniem art. 203 § 2 k.p.k., sąd wydający postanowienie o zastosowaniu wobec oskarżonego obserwacji w zakładzie leczniczym, jednocześnie określa miejsce jej wykonania oraz czas trwania. Jednakże powyższa regulacja przewiduje ograniczenie - obserwacja nie powinna trwać dłużej niż 4 tygodnie. Jedynie na wniosek zakładu sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, który jest niezbędny do zakończenia obserwacji, jednakże łączny czas trwania obserwacji w danej sprawie nie może przekroczyć 8 tygodni⁴⁰⁰.

W tym miejscu podkreślenia wymaga fakt, iż w pierwotnej wersji kodeksu postępowania karnego z 1997 roku czas trwania obserwacji nie mógł przekraczać 6 tygodni, procedura karna nie przewidywała także maksymalnego okresu, jaki spędziłby oskarżony w zakładzie leczniczym będąc poddawany obserwacji. W wyniku wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 lipca 2007 r. art. 203 k.p.k. zmieniony został przez art. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz.U.09.20.104) zmieniającej nin. ustawę z dniem 24 lutego 2009 r. Nowelizacja miała na celu dostosowanie przepisów ustawy do wyroku Trybunału Konstytucyjnego sygn. akt SK 50/06. Zmiana polegała na wzmocnieniu gwarancji

³⁹⁷ Badanie połączone z obserwacją psychiatryczną powinno być metodą ostateczną, stosowaną w razie niemożności wyjaśnienia wątpliwości diagnostycznych za pomocą mniej inwazyjnych metod. Nie oznacza to jednakże, że sąd faktycznie jest związany decyzją biegłych o konieczności takiej formy badania, gdyż podlega to ocenie sądu. Kierowanie na obserwację psychiatryczną musi więc być poprzedzone rzetelną analizą przesłanek, które za nią przemawiają. Chodzi przecież o to, by wchodziła ona w grę tylko wtedy, gdy jest rzeczywiście niezbędna, a więc w sytuacjach, gdy zachodzi konieczność przeprowadzenia badań dodatkowych lub wyjaśnienia wątpliwości niemożliwych w badaniu ambulatoryjnym (postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 października 2015 r., II AKz 543/15, Lex nr 1994039).

³⁹⁸ S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 118-119.

³⁹⁹ zgodnie z brzmieniem art. 259 § 2 k.p.k., tymczasowego aresztowania nie stosuje się, gdy na podstawie okoliczności sprawy można przewidywać, że sąd orzeknie w stosunku do oskarżonego karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania lub karę łagodniejszą albo że okres tymczasowego aresztowania przekroczy przewidywany wymiar kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia.

⁴⁰⁰ Fakt przekroczenia maksymalnego terminu obserwacji nie uzasadnia przyjęcia braku możliwości posłużenia się opinią sporządzoną po przeprowadzeniu takiej obserwacji w procesie (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 listopada 2014 r., V KK 259/14, Lex nr 1621622).

procesowych oskarżonego (podejrzanego), który powinien zostać poddany obserwacji psychiatrycznej w zakładzie leczniczym. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, iż art. 203 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego w zakresie, w jakim nie stwarza wystarczających gwarancji procesowych zapewniających sądową weryfikację zgłoszonej przez biegłych konieczności połączenia badania psychiatrycznego oskarżonego z obserwacją w zakładzie leczniczym, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 30, art. 31 ust. 3 oraz art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a ponadto art. 203 § 2 w związku z art. 203 § 3 k.p.k. w zakresie, w jakim nie wskazuje maksymalnego czasu trwania obserwacji psychiatrycznej w zakładzie leczniczym, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 30, art. 31 ust. 3 oraz art. 2 Konstytucji⁴⁰¹.

W uzasadnieniu podstawy prawnej rozstrzygnięcia Trybunał wskazał, iż *art. 203 § 3 k.p.k. nie spełnia owych wymogów precyzji i jednoznaczności. Pierwsza część tego przepisu sugeruje, że wyznaczony w nim 6-tygodniowy termin ma charakter terminu maksymalnego, nieprzekraczalnego, albowiem "obserwacja w zakładzie leczniczym nie powinna trwać dłużej niż 6 tygodni". Dalsza część art. 203 § 3 k.p.k. stanowi jednak wyraźne zanegowanie tej zasady, gdyż "na wniosek zakładu sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji". Tym samym okazuje się, że termin 6-tygodniowy nie ma charakteru maksymalnego, gdyż może być przedłużony i to na czas ustawowo bliżej nieokreślony. Przepis ten pozostawia sądowi swobodę określenia terminu przedłużonej obserwacji, wskazując jedynie, że powinien to być czas niezbędny do zakończenia obserwacji. Należy jednak zauważyć, że sąd nie jest organem przeprowadzającym obserwację czy nawet mającym wiedzę co do stopnia zaawansowania prowadzonej obserwacji, co nasuwa obawy, że podejmowane decyzje sądowe (de facto kontrolne) sprowadzają się do akceptacji terminów wskazywanych przez zakład leczniczy jako niezbędne do zakończenia obserwacji. W dalszej części uzasadnienia Trybunał Konstytucyjny konstatuje, iż treść art. 203 § 3 k.p.k. nie traktuje przedłużenia obserwacji jako sytuacji nadzwyczajnej, nie zobowiązuje także on sądu do weryfikacji, z jakich powodów obserwacja nie została zakończona, a jej wyniki nie są znane sądowi.*

Z dotychczasowych badań nad czasem trwania obserwacji psychiatrycznych wynika jednoznacznie, iż tylko 17,6% obserwacji zostało ukończonych przed upływem 4-

⁴⁰¹ wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 lipca 2007 r., SK 50/06, Dz. U. 2007/128/903, Lex nr 299963.

tygodniowego terminu, a zdecydowania większość (aż 75% obserwacji) trwała dłużej, aniżeli maksymalny czas przewidziany dla tej czynności ustawą⁴⁰².

Postanowienie sądu w zakresie skierowania oskarżonego na obserwację sądowo-psychiatryczną powinno zawierać dokładne oznaczenie okresu, w którym obserwacja ma być wykonywana. Choć sposób wykonywania badań i ich dokładne określenie jest kompetencją biegłych powołanych do wydania opinii w sprawie, jednak czas ten nie może być dowolny. Pozostawianie oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym dłużej, aniżeli byłoby to konieczne ze względu na rodzaj i ilość zaplanowanych badań, bezsprzecznie nosiłoby cechy naruszenia praworządności⁴⁰³. Istotnym problemem jest odpowiednie określenie czasu trwania obserwacji. Jego odpowiednie ustalenie gwarantuje poszanowanie praw obywatelskich oraz zachowanie możliwości poznawczych biegłych psychiatrów. Określanie czasu trwania obserwacji sądowo-psychiatrycznej bez udziału czynnika lekarskiego z zakresu psychiatrii stanowiłoby dowolność i zbytnią swobodę sądu⁴⁰⁴.

Aby zastosowanie obserwacji sądowo-psychiatrycznej było możliwe i zgodne z obowiązującymi przepisami, nie wystarczy sam fakt, iż występują wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego. Postanowienie o skierowaniu oskarżonego na obserwację może być wydane wyłącznie w wyniku zaistnienia wątpliwości biegłych co do stanu zdrowia oskarżonego, jednakże takich wątpliwości, które nie mogły być usunięte podczas badania ambulatoryjnego i badań dodatkowych⁴⁰⁵. Z uwagi na to, iż jedynie po zgłoszeniu „konieczności” wykonania obserwacji przez biegłych sąd jest władny ją zarządzić, wniosek o dokonanie obserwacji w szpitalu psychiatrycznym nie jest skuteczny, o ile zostanie zgłoszony przez jakąkolwiek stronę postępowania poza biegłymi sądowymi. Powyższe wiąże się z potrzebą posiadania wiadomości specjalnych z zakresu psychiatrii, a co za tym idzie – możliwość stwierdzenia, iż oskarżony winien być poddany obserwacji mogą stwierdzić tylko biegli⁴⁰⁶. Jedynie jednak ci biegli psychiatrzy, którzy występowali w sprawie oraz zostali powołani do wydania opinii o stanie zdrowia oskarżonego mogą zwrócić się z wnioskiem do sądu – nie dotyczy to biegłych innych specjalności, którzy w sprawie występowali. W przypadku skierowania takiego wniosku przez innych ekspertów, sąd winien dodatkowo

⁴⁰² P. Gałęcki, A. Florkowski, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Obserwacja w zakładzie leczniczym po nowelizacji artykułu 203 Kodeksu postępowania karnego*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2011; 20(2), s. 111-117.

⁴⁰³ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 469.

⁴⁰⁴ S. Łagodziński, *Obserwacja psychiatryczna w postępowaniu karnym. Rozważania teoretyczne oraz praktyka prokuratorsko-sądowa*, Prawo w działaniu 2010/8, s. 64-110.

⁴⁰⁵ P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Obserwacja sądowo-psychiatryczna: jak wydać opinię prawie idealną*, Psychiatria po Dyplomie Medical Tribune, Październik 2013, s. 11-15.

⁴⁰⁶ D. Orkiszewska, *Obserwacja psychiatryczna w postępowaniu sądowym – obecnie i „de lege ferenda”*, Studia Iuridica Lublinensia 14, s. 177-188.

przesłuchać ich uzupełniająco na okoliczność niezbędności przeprowadzenia tego rodzaju badań oraz formalnie odebrać od nich powyższy wniosek. Jeśli mimo wniosku zgłoszonego przez innych biegłych, psychiatrzy nie widzą konieczności skierowania oskarżonego na obserwację, sąd nie jest władny samodzielnie o niej zadecydować⁴⁰⁷.

Do uznania, iż obserwacja psychiatryczna w zakładzie leczniczym jest konieczna, niezbędne jest stwierdzenie przez biegłych psychiatrów:

1. trudności diagnostycznych, których rozstrzygnięcie nie jest możliwe za pomocą jednorazowego badania ambulatoryjnego
2. że badania, których przeprowadzenie jest konieczne, mogą być przeprowadzone jedynie w warunkach szpitalnych
3. że oskarżony ujawniał w przeszłości istnienie zaburzeń psychicznych o przewlekłym charakterze, a prawdopodobieństwo ich ustąpienia jest niewielkie
4. że oskarżony umiejętnie symuluje lub cierpi na zaburzenia typu reaktywnego
5. że czyn popełniony przez oskarżonego był dziwaczny, a motyw zachowania istotnie niezrozumiałe (a więc zachodzi podejrzenie nietypowych reakcji afektywnych)
6. że zachodzi sprzeczność co do opinii biegłych i nie daje się ona usunąć bez zastosowania obserwacji⁴⁰⁸

Wskazać należy, że opinia dotycząca stanu zdrowia psychicznego oskarżonego, która została wydana w wyniku przeprowadzenia obserwacji sądowo-psychiatrycznej, nie stanowi bardziej wiarygodnego źródła dowodowego, aniżeli opinia wydana po przeprowadzeniu jednorazowego badania ambulatoryjnego. Nie powinien jednak ująć uwadze sądu fakt, że obserwacja jest w sposób nieoceniony bardziej dolegliwym sposobem dokonania oceny stanu poczytalności sprawcy, gdyż wiąże się z pozbawieniem wolności oskarżonego. Z tego względu okres faktycznego wykonywania obserwacji sądowo-psychiatrycznej zostaje zaliczony oskarżonemu na poczet rzeczywistego pozbawienia wolności⁴⁰⁹, w ten sam sposób jak zostaje zaliczony okres tymczasowego aresztowania lub zatrzymania⁴¹⁰. Nowelizacją kodeksu postępowania karnego, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2015 r., przewidziano dodatkowo, by w przypadku orzekania o konieczności przeprowadzenia obserwacji psychiatrycznej odpowiednio stosować przepis art. 156 § 5a k.p.k., co oznacza obowiązek udostępnienia oskarżonemu oraz jego obrońcy dowodów wskazanych we wniosku o

⁴⁰⁷ K. Liżyńska, *Obserwacja psychiatryczna oskarżonego w zakładzie leczniczym*, Państwo i Prawo 2016, zeszyt 11 (849), s. 68-80.

⁴⁰⁸ J. Przybysz, op. cit., s. 32.

⁴⁰⁹ w rozumieniu art. 63 § 1 k.k.

⁴¹⁰ S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego...*, op. cit., s. 118-119.

przeprowadzenie obserwacji. Tym samym instytucja obserwacji sądowo-psychiatrycznej została jeszcze bardziej zbliżona do środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania⁴¹¹.

Choć miejsce wykonywania obserwacji psychiatrycznej określa w swym postanowieniu sąd, to biegli mogą wskazać sugerowany przez nich rodzaj zakładu leczniczego. Kodeks postępowania karnego w art. 203 § 5 przewiduje, iż wykaz zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji zostanie określony przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

W ślad za powyższą delegacją ustawową, w dniu 2 grudnia 2004 r. wydane zostało Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności. Przewiduje ono, iż osoby, które nie są pozbawione wolności, a dokonany czyn nie ma związku z uzależnieniem od alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej, kieruje się do szpitali psychiatrycznych bez oddziałów zawierających dodatkowe zabezpieczenia. Osoby niepozbawione wolności, których czyn ma związek z uzależnieniem, kierowane są do ośrodków i oddziałów leczenia odwykowego bez wymagania dodatkowych zabezpieczeń. W stosunku do oskarżonych pozbawionych wolności, skierowanie na obserwację dotyczy zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji osób pozbawionych wolności, a oddział, w którym przebywać ma wówczas oskarżony, powinien spełniać wymagania dotyczące warunków zabezpieczenia (m.in. drzwi i okna uniemożliwiające samodzielne opuszczanie zakładu przez osobę poddawaną obserwacji, zapewniony stały nadzór nad osobami umieszczonymi w zakładzie lub elektroniczny system sygnalizacji niekontrolowanego otwarcia drzwi i okien). Oskarżeni pozbawieni wolności, którzy wykazują znaczny stopień demoralizacji lub zachodzi zagrożenie ponowienia przez nich czynu o znacznej społecznej szkodliwości, kierowani są do zakładów o wzmocnionych warunkach zabezpieczenia, osoby pozbawione wolności, które dokonały czynu związanego z zaburzeniem preferencji seksualnych zaś umieszczani są w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym ze względu na taki rodzaj zaburzeń⁴¹².

⁴¹¹ K. Szczechowicz, *Przyczyny niepoczytalności i umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym sprawcy śmierci człowieka*, wyd. Volumina, Szczecin 2015, s. 181.

⁴¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2004 nr 269 poz. 2679).

Samo przyjęcie oskarżonego do szpitala psychiatrycznego celem wykonania obserwacji sądowo-psychiatrycznej odbywa się na mocy postanowienia sądu, nie zaś zgodnie z zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W przypadku zaistnienia potrzeby przedłużenia okresu obserwacji, do sądu z odpowiednim wnioskiem zwraca się zakład, w którym przebywa sprawca. W przypadku zakończenia badań, których przeprowadzenie warunkowało potrzebę zarządzania obserwacji, to już biegli informują o danym fakcie sąd oraz - w miarę możliwości - prokuratora prowadzącego sprawę⁴¹³. Sam fakt, iż w stosunku do podejrzanego lub oskarżonego zastosowano obserwację psychiatryczną, nie może być podstawą do uznania, iż działał on w stanie zniesionej poczytalności⁴¹⁴.

Mając na uwadze obecnie obowiązujące regulacje dotyczące umieszczenia oskarżonego (podejrzanego) w zakładzie leczniczym na potrzeby wykonania obserwacji sądowo-psychiatrycznej podkreślenia wymaga fakt, iż postanowienie wydawane przez sąd w tym zakresie powinno być ostatecznością, a nadto wniosek, który zgłaszają biegli psychiatrzy co do konieczności przeprowadzenia obserwacji, winien być umotywowany w taki sposób, by bez wątpliwości organ procesowy nabrał przekonania, iż badania ambulatoryjne w danej sprawie nie będą wystarczające.

§3. Diagnozowanie zaburzeń osobowości

1. Metody psychologiczne wykorzystywane w badaniach zaburzeń osobowości

Osobowość jest, ogólnie rzecz biorąc, dynamiczną strukturą, która jest rezultatem oddziaływania czynników wrodzonych, zewnętrznych i środowiskowych, a także rozwoju osobistego. Jej części składowe takie jak sfera popędowo emocjonalna, temperament i charakter powodują, że każdy człowiek ma indywidualny sposób zaspokajania swoich potrzeb, odmienną skalę wartości i relacje ze środowiskiem. Większość osobowości zaburzonych cechuje brak uchwytnej etiologii i występowanie zaburzeń we wczesnych etapach życia człowieka, które następnie utrzymują się (wówczas domniemywa się istnienie czynników genetycznych lub powstałych w czasie życia płodowego)⁴¹⁵. W przypadku charakteropatii, tj. organicznego zaburzenia osobowości, wystąpienie zaburzenia związane jest z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, ważne zatem jest wówczas określenie, jaka choroba lub uszkodzenie mózgu w jakiej jego części wywołała zaburzenie. Ze względu na powyższe, metody służące wykryciu i ocenie zaburzeń osobowości powinny być dobrane

⁴¹³ P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Obserwacja sądowo-psychiatryczna...*, op. cit., s. 11-15.

⁴¹⁴ D. Krakowiak, *Sprawca niepoczytalny w procesie karnym*, wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2018, s. 66.

⁴¹⁵ J. Przybysz, op. cit., s. 32.

odpowiednio do osoby badanej, gdyż w zależności od typu badania, przez lekarza mogą zostać stwierdzone inne okoliczności lub cechy.

Istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy motywacją a aktualnym stanem osobowości (oraz stałymi jej właściwościami) powoduje, iż to właśnie osobowość staje się istotnym wskaźnikiem i kryterium ludzkiego zachowania. Zaburzenia osobowości już od wielu lat są łączone ze skłonnościami przestępczymi i przybierają postać przejawów niedojrzałości w sferze mechanizmów regulacyjno-integracyjnych⁴¹⁶.

Testy psychologiczne mające na celu zbadanie osobowości podzielone mogą być na testy, które dokonują pomiaru procesów poznawczych (testy właściwości poznawczych) oraz na testy właściwości afektywnych, które dokonują szacowania poszczególnych cech osobowości. Do pierwszej grupy można zaliczyć testy zapamiętywania lub zdolności uczenia się, do drugiej zaś kwestionariusze osobowości, np. MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)⁴¹⁷.

Badanie psychologiczne stanowi uzupełnienie diagnozy lekarskiej, a wykonywane jest przy pomocy testów psychologicznych. Wskazać należy, iż zasadniczym narzędziem pomocnym przy diagnozie tychże zaburzeń są testy, które opisują strukturę osobowości oraz jej cechy i wymiary. Spośród najczęściej stosowanych wyróżnić można Kwestionariusz Osobowości Eysencka lub Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Testy psychoorganiczne, które mają na celu wykrycie przejawów uszkodzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, to na przykład test pamięci figur Bentona lub test kopiowania figur Bender. W celu wyodrębnienia cech psychopatycznych pomocne jest posiłkowanie się listą skłonności psychopatycznych PCL-R, choć nie stanowi ona testu psychologicznego wypełnianego przez pacjenta⁴¹⁸.

Kwestionariusz Osobowości Eysencka przeznaczony jest do diagnozy skłonności psychopatycznych. Kwestionariusz MPI (*Maudsley Personality Inventory*) zawiera dwie skale: ekstrawersji oraz neurotyczności. H. J. Eysenck poddał się próbie wytłumaczenia różnic indywidualnych w zakresie introwersji i ekstrawersji, przy założeniu, że im większy stopień ekstrawersji, tym większe nasilenie cech psychopatycznych. Kwestionariusz ten bada zatem nawet takie obszary jak preferencje estetyczne, poglądy polityczne czy zachowania i preferencje seksualne. Najnowsza wersja kwestionariusza opracowanego przez Eysencka i

⁴¹⁶ J.K. Gierowski, *Zaburzenia osobowości sprawcy w opiniowaniu sądowo-psychologicznym*, Palestra 2000, nr 509-510, s. 63-74.

⁴¹⁷ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 125.

⁴¹⁸ A. Daniszewska, N. Waszkiewicz, *Poczytalność w zaburzeniach osobowości...*, op. cit., s. 275.

jego małżonkę to EPQ (*Eysenck Personality Questionnaire*) składa się z czterech skal: neurotyczności, ekstrawersji, kłamstwa i psychotyżmu⁴¹⁹.

Skale Eysencka do pomiaru osobowości u dorosłych były opracowywane i udoskonalane przez okres prawie 50 lat. Jedną z konsekwencji tego procesu był postępujący wzrost ich długości. Wczesny kwestionariusz medyczny Maudsley (MMQ) zawiera 40 pozycji (Eysenck, 1952), Maudsley Personality Inventory (MPI) zawiera 48 pozycji (Eysenck, 1959), Eysenck Personality Inventory (EPI) zawiera 57 pozycji (Eysenck i Eysenck, 1964a) Kwestionariusz Osobowości Eysencka (EPO) zawiera 90 pozycji (Eysenck i Eysenck, 1975), a Skorygowany kwestionariusz osobowości Eysencka (EPQR) zawiera 100 pozycji (Eysenck, Eysenck i Barrett, 1985). Ten wzrost długości można wyjaśnić wypracowaniem przez praktyków zasady, że większa długość testu zwiększa niezawodność. Istnieją jednak pewne praktyczne wady w długich testach. Głównym ograniczeniem wczesnych krótkich form było to, że bazowały one na oryginalnym dwuwymiarowym modelu osobowości Eysencka, a nie na trójwymiarowym modelu promowanym przez Kwestionariusz Osobowości Eysencka i Kwestionariusz Osobowości zweryfikowanego Eysencka. Eysenck, Eysenck i Barrett (1985) opracowali krótką wersję Zrewidowanego Kwestionariusza Osobowości Eysencka (EPQR-S) do stosowania u dorosłych. W tej formie cztery wskaźniki ekstrawersji, neurotyczności, psychotyżności i skali kłamstwa zawierają po 12 pozycji. Zgłaszają rzetelność dla mężczyzn i kobiet odpowiednio 0,84 i 0,80 dla neurotyżmu, 0,88 i 0,84 dla ekstrawersji 0,62 i 0,61 dla psychotyżności oraz 0,77 i 0,73 dla skali kłamstwa. EPQR-S jest obecnie szeroko stosowany⁴²⁰.

Oryginalny Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) został opublikowany w 1940 r., a druga poprawiona wersja - MMPI-2 - została opublikowana w 1989 r. Jest to najczęściej stosowany test psychometryczny do pomiaru psychopatologii dorosłych na świecie. MMPI-2 jest wykorzystywany w celu diagnostycznym zdrowia psychicznego, uwarunkowań zdrowotnych i zatrudnienia. MMPI-2 zawiera 567 „itemów”, za pomocą których dokonuje się auto-raportu stanu psychicznego danej osoby. Posiada on dziewięć skal, które oceniają badanego pod kątem kłamstwa, defensywności, udawania przez badanych dobrych lub postaw wobec innych, ale także depresji, lęku, zespołu stresu pourazowego. Kwestionariusz pomaga stwierdzić i ocenić także występowanie pewnych konkretnych cech osobowości (i wobec tego wyodrębnić na przykład psychopatię) oraz ogólnych cech

⁴¹⁹ K. Pospiszyl, *Psychopatia*, wyd. akademickie Żak, Warszawa 2000, s. 181.

⁴²⁰ L. J. Francis, C. A. Lewis, H. Ziebhertz, *The short-form revised Eysenck personality Questionnaire (EPQ-S): a German edition*, *Social Behavior and Personality*, 34 (2), s. 197-204.

osobowości, takich jak gniew, somatyzacja, hipochondria, potencjał uzależnienia, siła ego i wiele innych⁴²¹.

Inną skalą, która może przyczynić się do stwierdzenia zaburzeń osobowości, w szczególności psychopatii lub socjopatii jest Kwestionariusz Toronto Empathy, który został skonstruowany przez Sprenga, McKinnona, Mara i Levine'a. Stworzony został po to, aby wykorzystać miarę samoopisową, a następnie skutecznie i wiarygodnie ocenić empatię jako proces emocjonalny, biorąc pod uwagę trudność jednoznacznego ujęcia tejże definicji i wspólnej płaszczyzny między różnymi pojęciami. Producenci TEQ postawili sobie za cel stworzenie narzędzia oceny empatii jako centralnego procesu na najszerszym poziomie, którego obecne metody samooceny nie są w stanie osiągnąć z powodu ich wielkiej heterogeniczności. Dzięki eksploracyjnej analizie czynnikowej twórcy skali zidentyfikowali grupę wysoce powiązanych pozycji z wielu miar, aby zbudować jednowymiarowy czynnik empatii. Jego trafność konstrukcyjna została wykazana poprzez powiązanie z innymi miarami empatii lub podobnymi koncepcjami, takimi jak wrażliwość interpersonalna i zrozumienie społeczne. TEQ był również stosowany w populacjach klinicznych oceniających empatyczną odpowiedź dorosłych z dużą depresją i zespołem stresu pourazowego oraz u osób, które doświadczyły epizodów kryzysowych⁴²².

Istnieją dwa elementy empatii, które rozróżniają współczesne badania – afektywny i poznawczy (kognitywny). Choć oba te elementy wydają się być ze sobą powiązane i równie ważne z perspektywy osobowości człowieka, empatia afektywna opisuje reakcję emocjonalną danej osoby na uczucia innego człowieka, choć niekoniecznie oznacza to, że osoba taka rozpoznaje przyczyny tychże emocji na swym poziomie intelektualnym. Empatia poznawcza zaś odnosi się do zrozumienia (poznawczej identyfikacji) stanu emocjonalnego drugiej osoby, co nie oznacza równoległego współodczuwania emocjonalnego⁴²³. Empatia w ujęciu kompetencji osobowej jest jednak czymś więcej niż tylko rozumieniem lub odczuwaniem cudzych emocji – jest zdolnością do nawiązywania (ale także) utrzymywania utworzonych więzi międzyludzkich. Osobowość empatyczną rozpoznać można po dążeniu do wycucia sytuacji, stabilności emocjonalnej i znajomości swojego „ja”⁴²⁴ (co również przejawia się w umiejętności kategoryzowania i nazywania własnych emocji) – im większy zatem poziom

⁴²¹ M. Drayton, *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*, Occupational Medicine, Volume 59, Issue 2, 1 March 2009, s. 135–136.

⁴²² N. Kourmoussi, E. Amanaki, C. Tzavara, K. Merakou, A. Barbouni, V. Koutras, *The Toronto Empathy Questionnaire: Reliability and Validity in a Nationwide Sample of Greek Teachers*, *Social Sciences*. 2017; 6(2), s. 62-76.

⁴²³ N. Kourmoussi, E. Amanaki, C. Tzavara, K. Merakou, A. Barbouni, V. Koutras, op. cit., s. 62-76.

⁴²⁴ Z. Uchnast, *Empatia osobowa: metoda pomiaru*, *Przegląd Psychologiczny*, 2001, tom 44, Nr 2, s. 189-207.

empatii osobowej, tym mniejsze ryzyko wystąpienia u danej jednostki zachowań agresywnych lub przestępczych *in genere*. Empatia – zwykle definiowana jako cecha afektywna – jest uważana za niezwykle ważną w świetle wielu dziedzin nauki, nie tylko psychologii. Sam stan występowania empatii oraz jej nabycie są uznawane przez badaczy za niezbędne elementy prawidłowego rozwoju moralnego i niejednokrotnie wykazywali oni empiryczne relacje pomiędzy wieloma formami zachowań prospołecznych a empatią⁴²⁵.

Ze względu na powyższe, uzasadnionym narzędziem badawczym wykorzystywanym do oceny poziomu empatii jest skala BES-A (*The Basic Empathy Scale in Adults*). Skala Podstawowej Empatii (BES) jest narzędziem, które zostało wykorzystane do oceny empatii wśród młodych ludzi i młodzieży na podstawie powyżej opisanej dwuskładnikowej koncepcji (Jolliffe i Farrington, 2006). Ostatnie badania empatii doprowadziły do tego, że zdefiniowano ją jako opartą na 3 komponentach, a mianowicie na zarażeniu emocjonalnym, rozłączeniu (rozszczerpieniu) emocjonalnym i empatii poznawczej. Celem tego badania było zatwierdzenie podstawowej empatii u dorosłych i porównanie różnych koncepcji empatii. Kwestionariusz składa się z 20 pytań o modelu odpowiedzi skonstruowanym w skali Likerta (stanowczo się zgadzam, stanowczo się nie zgadzam, ani się zgadzam ani się nie zgadzam, nieco się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam). BES-A dostarcza krótkiej oceny funkcjonowania empatycznego u nastolatków i dorosłych. Struktura trójczynnikowa (tj. zasłona emocjonalna, rozłączenie emocjonalne i empatia poznawcza) stanowi nowszą perspektywę funkcjonalnych i dysfunkcyjnych składników procesów empatii i reakcji zarówno u dorosłych, jak i u nastolatków⁴²⁶. Konieczne będą dalsze badania w celu lepszego zrozumienia użyteczności BES-A w różnych kontekstach, jednak już dziś BES-A stanowi doskonale narzędzie do pomiaru poziomu empatii, które wraz z innymi kwestionariuszami pozwala na diagnozę zaburzeń osobowości.

Aby wyodrębnić u badanego cechy psychopatyczne, Robert D. Hare stworzył Skalę Obserwacyjną Skłonności Psychopatycznych, w skrócie nazywaną PCL-R. Głównym bodźcem, który skłonił uczonego do wykreowania takiej skali, było zbyt jednostronne spojrzenie na zaburzenia psychopatyczne, które w DSM-III kładły nacisk jedynie na część psychopatycznego obrazu – antisocjalność. Jednak dwa podstawowe czynniki, które pozwalają stwierdzić, że badacz ma do czynienia jednostką psychopatyczną, to właśnie chłód

⁴²⁵ D. Jolliffe, D.P. Farrington, *Development and validation of the Basic Empathy Scale*, Journal of Adolescence, 2009, nr 29, s. 589-611.

⁴²⁶ A. Carre, N. Stefaniak, F. D'Ambrosio, L. Bensalah, C. Besche-Richard, *The Basic Empathy Scale in Adults (BES-A): Factor Structure of a Revised Form*, Psychological Assessment, 2013, vol. 25, nr 3, s. 679-691.

emocjonalny i antisocjalność⁴²⁷. Mimo pierwotnego poglądu R. Hare'a, że psychopatię warunkuje wynik powyżej 20 punktów uzyskanych w skali, istniało następnie wiele rozbieżności w zakresie analizy wyników⁴²⁸. Skala Skłonności Psychopatycznych autorstwa R. Hare'a niestety nie jest standaryzowana i walidowana w Polsce.

2. Dodatkowe metody diagnostyczne osobowości zaburzonej

Diagnoza zaburzeń osobowości wraz z postępem techniki i nauki coraz częściej wykorzystuje badania neuroobrazowe oraz neurofizjologiczne, które dostarczają badaczom informacji o funkcjonowaniu układu nerwowego człowieka oraz o źródłach pochodzenia zaburzeń. Badania neuroobrazujące służą ocenie zmian zachodzących w morfologii tkanki mózgowej – w wielu bowiem zaburzeniach obserwuje się zmiany w budowie mózgu, w szczególności w zaburzeniach na tle organicznym, gdzie uszkodzona lub nieprawidłowa jest struktura mózgu. Badaniem służącym uwidocznieniu uszkodzeń struktury kostnej jest rentgenowskie zdjęcie przeglądowe. Ta wykorzystywana i użyteczna w psychopatologii metoda pozwala na stwierdzenie pęknięć czaszki, które prowadząc do urazu mogą być nierzadko źródłem powstania zaburzeń psychicznych. Patologiczne zmiany w postaci odkształconego siodła tureckiego, rozroście przysadki czy podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego są także wykrywalne za pomocą tego rodzaju badania⁴²⁹.

Promienie rentgenowskie wykorzystywane są także w inny sposób, tj. na przykład w arteriografii (która pomaga w uwidocznieniu naczyń krwionośnych w mózgu i w drodze do niego przy zastosowaniu odpowiednich barwników) lub w osiowej tomografii komputerowej. Osiowa tomografia komputerowa ma bardzo szerokie zastosowanie, w szczególności przez wzgląd na fakt, iż wskutek przeprowadzonego badania uzyskuje się przekrojowe zdjęcia warstw mózgu⁴³⁰. To badanie neuroobrazujące cieszy się największą popularnością wśród diagnostów, gdyż otrzymywane warstwowe zdjęcia mózgu (przekroje wykonywane są w zadanej grubości) umożliwiają dostrzeżenie patologicznych mas w mózgu, zaników korowych czy też pozwalają na stwierdzenie objętości poszczególnych struktur. Poprzez zmienną pochłanianie promieniowania przez obszary o różnej gęstości (w przypadku występującej patologii danego obszaru mózgu, jego struktura różni się będzie od obszaru

⁴²⁷ A. Daniszewska, N. Waszkiewicz, *Poczytalność w zaburzeniach osobowości...*, s. 274.

⁴²⁸ K. Pospiszyl, *Psychopatia...*, s. 173

⁴²⁹ J. Heitzman, M. Furgał, M. Pilecki, *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych* [w:] J. Heitzman [red.], *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 30-31.

⁴³⁰ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 127.

niepatologicznego), otrzymywany obraz zawiera w sobie różne stopnie zaczernienia, co wprost sygnalizuje diagnostom, czy w strukturze mózgowej zachodzą nieprawidłowości⁴³¹.

Tomografia pojedynczego fotonu (tzw. SPECT – ang. *single photon emission tomography*) polega na zastosowaniu radioizotopów, które emitują promienie gamma, a przez to pomaga stwierdzić prawidłowość przepływu krwi i rozmieszczenia receptorów mózgowych. Metoda SPECT dobrze sprawdza się w diagnozowaniu choroby niedokrwiennej mózgu, chorób układowych tkanki łącznej, czy też po urazach, zatruciach, zaburzeniach otępiennych, czy wreszcie w zaburzeniach lękowych, depresyjnych i obsesyjno-kompulsywnych (zaburzenia odżywiania charakteryzuje zmniejszony przepływ mózgowy w okolicy skroniowej, ciemieniowej i potylicznej, w depresji – okolicy czołowej i przedczołowej, a w zaburzeniach lękowych zmniejszony przepływ zachodzi w obszarze układu limbicznego).

Tomografia typu PET-CT (*positron emission tomography* - pozytronowa tomografia emisyjna) skupia się na emisji promieniowania gamma. Jest to metoda najbardziej precyzyjna, pozwalająca na wykrycie nieprawidłowości w znacznie szerszym wymiarze, aniżeli badanie SPECT⁴³². PET-CT ujawnia metaboliczne zmiany w mózgu i pozwala na uzyskanie statycznego jego obrazu. Objawy, przy których wystąpieniu wskazane jest wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. to istotne nieprawidłowości w zapisie EEG, nagła zmiana osobowości, zaburzenia po urazach głowy, nagłe pogorszenie funkcji poznawczych lub otępienia o niejasnej etiologii i nietypowym przebiegu klinicznym.

Wspomniane badanie rezonansem magnetycznym (MR, MRI, NMR – *nuclear magnetic resonance, magnetic resonance imaging*) polega na umieszczeniu badanego w aparaturze wytwarzającej silne pole magnetyczne, co skutkuje możliwością zaobserwowania ruchów wzbudzonych protonów wodoru oraz oddawania przez nie energii, rejestrowanej przez detektory MR. W psychiatrii metoda ta znajduje szerokie zastosowanie z uwagi na możliwość wykrycia dzięki niej zmian w pniu mózgu, mózdzku czy istocie białej. Pozwala ona ponadto na ocenę anatomii struktur podkorowych oraz hipokampu (płata skroniowego)⁴³³. MRI jest badaniem uszczegóławiającym w stosunku do tomografii komputerowej lub

⁴³¹ J. Heitzman, M. Furgał, M. Pilecki, *Etiologia, patogeniza i epidemiologia zaburzeń...*, op. cit., s. 31.

⁴³² A. Banaś, P. Lass, B. Broekhuis, *Ocena mózgowego przepływu krwi u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, nerwicowymi i depresyjnymi*, *Psychiatria Polska* 2009, tom XLIII, nr 3, s. 329-340.

⁴³³ J. Jaracz, *Badania neuroobrazowe w psychiatrii* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.) *Psychiatria. Podstawy psychiatrii Tom 1*, wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 509.

stosowanym w przypadku, gdy mimo braku zmian ujawnionych w toku badania TK wciąż istnieją podstawy do stwierdzenia zmian organicznych w mózgu⁴³⁴.

Rezonans funkcjonalny (fMRI – *functional magnetic resonance imaging*) – w swej istocie zbliżony do podstawowego badania rezonansowego – pozwala na lokalizację obszaru mózgu, który aktywuje się w czasie wykonywania określonych czynności. Zależnie od metody technika ta umożliwia wskazanie ośrodków, które odpowiedzialne są za czucie, ruch, mowę i wyższe funkcje poznawcze. Obserwowane zjawisko wzrostu lokalnego przepływu krwi przez aktywowany obszar (*blood oxygen level dependent*) wiąże się ze wzrostem poziomu oksyhemoglobiny. Badanie fMRI przeprowadza się w ten sposób, iż badany wielokrotnie poddawany jest skanowaniu w warunkach statycznych (kontrolnych), a następnie badany jest w czasie wykonywania poszczególnych czynności. Różnice w aktywności danych obszarów mózgu dają podstawę do wielu wniosków o stanie zdrowia badanego⁴³⁵.

Diagnostyka psychiatryczna czerpie korzyści również z możliwości przeprowadzania badań neurofizjologicznych, które skupiają się na czynności bioelektrycznej mózgu oraz zmianach tejże aktywności elektrycznej. Badaniem tego rodzaju jest badanie elektroencefalograficzne (EEG – *electroencephalography*), rejestrujące biopotencjały na powierzchni głowy badanego. Elektrody umieszczone na skórze głowy dokonują zapisu sygnału, który pozwala na wykrycie nagłych wyładowań w grupach komórek mózgowych. Na podstawie wyników uzyskanych z badania elektroencefalogramem stwierdzić można ogniska zapalne znajdujące się w mózgu i encefalopatię⁴³⁶. Za pomocą elektroencefalogramu jak dotąd wykazano pewne anomalie w zakresie wolnych fal i przewodnictwa skórniego u osób prezentujących osobowość psychopatyczną (wykazywali oni zwiększoną ilość wolnych fal). Metoda QEEG, tj. ilościowy elektroencefalogram, dygitalizuje elektryczne sygnały mózgowo, a następnie dokonuje ich oceny i analizy za pomocą obliczeń. Tak przeprowadzone badania 31 więźniów o osobowości psychopatycznej (w zestawieniu z 27 więźniami o osobowości prawidłowej) wykazały, że psychopaci oddalają się od średniego poziomu aktywności, jak u osób o osobowości prawidłowej, w lewym obszarze ciemieniowo-skroniowym. Nadmiar powolnych fal jest związany z niedojrzałością mózgu, co może tłumaczyć stałą potrzebę stymulacji psychopatów, aby poprawić aktywację mózgu⁴³⁷. Ogólnie rzecz biorąc, aktywność

⁴³⁴ J. Heitzman, M. Furgał, M. Pilecki, *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń...*, s. 32.

⁴³⁵ G. Witkowski, *Neuroobrazowanie w psychiatrii*, Psychiatria Po Dyplomie 2012, tom 9, nr 5, s. 51-57.

⁴³⁶ J. Heitzman, M. Furgał, M. Pilecki, *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń...*, op. cit., s. 32.

⁴³⁷ O. Ortega-Noriega, M.L. Perez-Lopez, F. Ostrosky-Shejet, *Quantitative Electroencephalogram and psychopathy. A case study report*, Revista Medica del Hospital General de Mexico 2015, 78 (1), s. 43-46.

fal Alfa ma odzwierciedlać stan relaksu i odpoczynku, a z uwagi na powiązanie pól skroniowych z procesami emocjonalnymi, badanie EEG lub QEEG przydatne jest w badaniach zaburzeń osobowości⁴³⁸.

Warto w tym miejscu również wspomnieć o badaniach skoncentrowanych na aktywności elektrodermalnej (*electrodermal activity* – EDA) – skupiona jest ona na czynnościach gruczołów potowych. Aktywność elektrodermalna może być więc doskonałym wskaźnikiem stresu. W celu oceny częstotliwości pracy serca i przewodnictwa skórniego w populacjach psychopatycznych naukowcy zwykle stosowali bodźce związane ze strachem. Ogólnie rzecz biorąc ujawniły one, że zwiększone poszukiwanie stymulacji, nieustraszonosc, odhamowanie i związane z nimi zachowania społeczne i przestępcze konsekwentnie wydają się być oparte na niskim pobudzeniu autonomicznym⁴³⁹.

⁴³⁸ A. Daniszewska, N. Waszkiewicz, *Poczytalność w zaburzeniach osobowości...*, s. 274.

⁴³⁹ E. Macdougall, *Psychopathy, heart rate, and skin conductance in adolescent offenders*, Department of Psychology in the Graduate School of The University of Alabama, 2016, s. 3.

Rozdział V

Klasyfikacja wybranych zaburzeń osobowości

§1. Wprowadzenie do zaburzeń osobowości sensu largo

1. Koncepcja osobowości i osobowości zaburzonej w znaczeniu psychologicznym

„Osobowość” jest koncepcją, która została opracowana, by uwzględnić spójność cech behawioralnych i stylów zachowania w różnych sytuacjach środowiskowych. Podobnie jak inne pojęcia na gruncie psychologii została ona zdefiniowana dotychczas na wiele różnych sposobów, nie osiągając tym samym jednej uniwersalnej i w pełni akceptowanej przez wszystkich badaczy wersji. Ludzie jako jednostki mogą być opisywani zarówno w z punktu widzenia ich cech fizycznych (takich jak budowa ciała, jego kształt i ogólny wygląd), pozycji w społeczeństwie, ale także w rozumieniu atrybutów psychologicznych, jakimi są postawy i zachowania – wówczas tworzy się opis ich osobowości⁴⁴⁰.

Odpowiedź na pytanie „czym jest osobowość” wydaje się być prosta, jednak pojęcie to jako idea ma już wiele tysięcy lat. Historycznie słowo osobowość (*personality*) pochodzi od greckiego terminu *persona*, pierwotnie reprezentującego maskę teatralną używaną przez profesjonalnych aktorów. *Persona* jako maska przyjmowana przez aktora sugerowała pozór wyglądu, czyli posiadanie innych cech aniżeli te, które faktycznie charakteryzowały osobę za maską. Z czasem pojęcie *persona* utraciło swoje konotacje z teatralnym złudzeniem i zaczęło przedstawiać nie maskę, lecz prawdziwą osobę wraz z jej ujawnianymi na zewnątrz cechami i postawami. Tak więc poprzez historię znaczenie terminu *persona* ewoluowało z iluzji zewnętrznej do rzeczywistości widzianej powierzchownie i ostatecznie na skryte, nieprzejrzyste cechy wewnętrzne⁴⁴¹. To ostatnie znaczenie słowa *persona* jest najbliższe obecnemu użyciu terminu osobowość, która dzisiaj postrzegana jest jako wzorzec głęboko zakorzenionych cech psychicznych, które w dużej mierze są nieświadome i niełatwo ulegają zmianie. Ów cechy wyrażają się automatycznie w niemal każdym aspekcie ludzkiego funkcjonowania, ponieważ wyłaniają się ze skomplikowanej i wielowymiarowej dyspozycyjności biologicznej oraz doświadczeń empirycznych, wyrażając ostatecznie indywidualny charakter postrzegania, odczuwania, myślenia, zachowania i radzenia sobie z problemami życia codziennego.

⁴⁴⁰ E.M. Coles, op. cit., s. 148.

⁴⁴¹ T. Millon, R.D.Davis, *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*, wyd. John Wiley&Sons, Nowy Jork 1996, s. 5.

Osobowość odnosi się do indywidualnych różnic w charakterystycznych wzorach myślenia, odczuwania i zachowań. Badanie osobowości koncentrować się powinno zatem na dwóch szerokich obszarach: jednym z nich jest zrozumienie indywidualnych różnic w poszczególnych cechach osobowości (takich jak towarzyskość i drażliwość), drugim zaś jest zrozumienie, w jaki sposób poszczególne części osobowości danej osoby spotykają się jako całość⁴⁴².

Próby nieformalnej oceny osobowości można prześledzić od odległych czasów. Wraz z pojawieniem się i rozwojem psychologii klinicznej podjęto wysiłki, aby stworzyć wiarygodne i miarodajne pomiary osobowości w psychopatologii, które mogłyby być stosowane w różnych kontekstach. Istnieje wiele narzędzi oceny dostępnych dla klinicystów, z których większość wykorzystuje format projekcyjny lub metodę samoopisową. Indywidualne narzędzia oceny mają specyficzne wytyczne dotyczące oceniania i interpretacji, aby pomóc lekarzom w podejmowaniu trafnych decyzji w oparciu o odpowiedzi osoby badanej. Środki te są stale dostosowywane w celu odzwierciedlenia obecnej konceptualizacji osobowości i psychopatologii oraz najnowszych technologii. Dodatkowo metody stosowane w pomiarze poszczególnych cech osobowości są dostosowywane i zatwierdzane do użycia w różnych konfiguracjach na zróżnicowanej grupie badawczej. Ocena osobowości jest dynamicznym procesem, który można wykorzystać do dokładnego scharakteryzowania osoby badanej oraz do pomocy w podejmowaniu decyzji klinicznych i planowaniu.

Ogólnie rzecz biorąc, termin „osobowość” (w znaczeniu użytecznym psychologom i psychiatrom, a także badaczom innych specjalności) odnosi się do pewnego rodzaju stabilnych, zarówno psychicznych jak i behawioralnych właściwości danego człowieka, a także jego światopoglądu i zachowań, które właściwie pozostają niezmiennie niezależnie od sytuacji⁴⁴³.

Polska literatura przedmiotu mimo upływu wielu lat wciąż przyjmuje zastosowanie kryteriów przedstawionych przez T. Bilikiewicza, ponieważ uwzględniają one zmiany osobowości i jej proces kształtowania się⁴⁴⁴. Cytując za Jerzym Przybyszem, „osobowość to

⁴⁴² A. Kazdin, *Encyclopedia of Psychology*, wyd. American Psychology Association, Waszyngton 2000.

⁴⁴³ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 399.

⁴⁴⁴ „W podmiotowym oglądzie człowiek wiąże zawartość i jednostkowość swojego organizmu z własną jaźnią. W oglądzie przedmiotowym, a więc na podstawie znajomości człowieka wytwarzamy sobie o jego osobie złożone wyobrażenie, na które składa się nie tylko wygląd jego ciała, ale i tzw. sylwetka psychologiczna człowieka. (...) Osobowość człowieka rozwija się od zarania osobniczego bytu. I człowiek sam, i jego otoczenie pamiętają dziejowy rozwój tej osobowości, pamiętają, jakim ulegała przekształceniom. Człowiek zachowuje poczucie i pewność swojej historycznej ciągłości w czasie, swojej tożsamości z sobą z upływem czasu, lecz równocześnie wie, że jego osobowość zmieniała się stopniowo lub skokami. Zmiany te w prawidłowych warunkach można stwierdzić dopiero wówczas, gdy porówna się odległe od siebie w czasie przekroje danej osobowości. Ten sam człowiek jako dziecko, jako młodzieniec, jako mężczyzna dojrzały, jako starzec jest wprawdzie identyczny z sobą,

*dynamiczna struktura będąca rezultatem czynników wrodzonych, rozwoju osobniczego i oddziaływań środowiskowych, a stanowiąca zespół psychofizycznych składowych: sfery popędowo-emocjonalnej, temperamentu i charakteru, wyznaczających jednostce właściwy jej, indywidualny sposób zaspakajania własnych potrzeb, relacji ze środowiskiem i skalę wartości*⁴⁴⁵.

„Osobowość” zdaniem Arthura Rebera nie jest terminem spójnym i prostym do wyjaśnienia, stąd dobrym rozwiązaniem jest odniesienie go do znanych z historii ogólnych kierunków ujmujących to pojęcie. Między innymi zaleca Reber posłużenie się najstarszą teorią Hipokratesa, który wyodrębnił cztery typy temperamentu człowieka: choleryka, sangwinika, melancholika i flegmatyka. Każdy z powyższych typów charakteryzuje się równowagą pewnych podstawowych elementów. Teoria ta została opisana pełniej przez W. Sheldona, który odniósł typy budowy ciał ludzkich do odpowiadających im rodzajów osobowości (dzieląc jednostki na typ ektomorficzny, mezomorficzny oraz endomorficzny). Niemniej jednak wszelkie teorie odnoszące się do osobowości człowieka mają jeden wspólny mianownik – twierdzenie, iż *„osobowość danego człowieka jest zbiorem cech lub charakterystycznych sposobów zachowania, myślenia, odczuwania, reagowania itd.”*⁴⁴⁶.

Na osobowość ma wpływ wiele czynników, z którymi człowiek ma kontakt od urodzenia – w pierwszych miesiącach i latach życia decyduje zachowanie się matki, następnie już zarówno matki jak i ojca. W późniejszym okresie znaczną rolę odgrywają rówieśnicy, inni dorośli oraz rodzeństwo, a nawet przedmioty. Okres pokwitania, wiązany z rozchwianiem emocjonalnym, ma swoje podwaliny w kształtowaniu osobowości przede wszystkim z uwagi na wpływ gruczołów hormonalnych, dopiero zatem w kolejnym okresie (człowiek jest wówczas nazywany przez psychologów jako młodociany) osobowość ludzka stopniowo osiąga dojrzałość emocjonalną. Według zwolenników innej teorii osobowość ludzka kształtuje się w czterech etapach – wczesnym (do 21. roku życia), okres późny (od 21 do 30 r.ż.), okres dojrzałości (między 30. a 50. rokiem życia) oraz okres schyłkowy, który ma miejsce po osiągnięciu pięćdziesiątego roku życia. Nie ulega wątpliwości jednak, iż

posiada jednak w rozmaitych okresach życia różną osobowość. (...) Na rozwój i strukturę osobowości ma wpływ nie tylko otoczenie, ale w niemałym stopniu i człowiek sam. Wpływy wychowawcze działają na człowieka głównie w ten sposób, iż oczom jego ukazują pewien ideał osobowości, którego osiągnięcie powinno być celem dążeń” za: T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1960, s. 148.

⁴⁴⁵ J. Przybysz, op. cit., s. 165.

⁴⁴⁶ A.S. Reber, *Słownik psychologii*, wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2002.

szkodliwe czynniki występujące w dzieciństwie nierzadko mają negatywny wpływ na osobowość danego człowieka w jego dorosłym życiu⁴⁴⁷.

Widoczny w Stanach Zjednoczonych był także pogład psychologów zorientowanych psychoanalitycznie, którzy twierdzili, iż osobowość człowieka istnieje już od chwili urodzenia, gdy dziecko w sposób wyraźny zaznacza swoje „ja” i w sposób świadomy przeżywa wszystko, co je otacza⁴⁴⁸.

Cechy osobowości są trwałymi wzorcami postrzegania, odnoszącymi się do środowiska i samego siebie, które są eksponowane w szerokim zakresie kontekstów społecznych i osobistych. Wtedy, gdy cechy osobowości są nieelastyczne i nieprzystosowawcze, gdy powodują upośledzenie funkcjonalne lub subiektywne cierpienie, stanowią one zaburzenie osobowości. Istotną cechą zaburzenia osobowości jest trwały wzór wewnętrznego doświadczenia i zachowania, który odbiega znacznie od kultury danej osoby i przejawia się w co najmniej dwóch z następujących obszarów: poznaniu, afektywności, funkcjonowaniu interpersonalnym lub kontrolą impulsów (kryterium A). Ten trwały wzorzec jest nieelastyczny i wszechobecny w szerokim zakresie sytuacji osobistych i społecznych (kryterium B) i prowadzi do klinicznie znacznego rozpadu lub upośledzenia w społecznych, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania (kryterium C). Wzór ten jest stabilny i można go prześledzić przynajmniej do okresu dojrzewania lub wczesnej dorosłości (kryterium D). Wzorzec nie może być w jasny sposób wyjaśniony jako przejaw lub konsekwencja zaburzenia psychicznego (kryterium E) i nie można go przypisać fizjologicznym skutkom działania określonych substancji (kryterium F). Rozpoznanie zaburzeń osobowości wymaga oceny długofalowych wzorców funkcjonowania jednostki, a poszczególne cechy osobowości muszą być widoczne we wczesnej dorosłości⁴⁴⁹.

Zaburzona osobowość charakteryzuje się słabą zdolnością adaptacyjną, tendencją do tworzenia i utrwalania problemów miast ich rozwiązywania; tendencją do rozwijania objawów psychiatrycznych w sytuacjach stresujących. Ograniczona zdolność adaptacyjna może ujawniać się w takim samym wzorcu zachowania danej osoby, niezależnie od sytuacji, w której jednostka się znajduje – wynika to z nieumiejętności radzenia sobie z oczekiwanymi wzorcami zachowań, które stawia społeczeństwo lub konkretna sytuacja. Niejednokrotnie sugerowano, że zaburzenia osobowości można postrzegać jako część pewnego spektrum od

⁴⁴⁷ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 151-154.

⁴⁴⁸ M. Chłopkiewicz, *Osobowość dzieci i młodzieży. Rozwój i patologia*, wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 118.

⁴⁴⁹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*, American Psychiatric Association, wyd. American Psychiatric Publishing, Waszyngton 2013, s. 647

normalności do psychotyizmu. Przez pewien czas uważano także, że ów trwały i charakterystyczny zbiór zaburzeń cech osobowości jest typowym zachowaniem, które osoba wykorzystuje do radzenia sobie ze stresem⁴⁵⁰.

Zdaniem M. Radochońskiego, gdy dokona się analizy porównawczej definicji osobowości zaburzonej, można dojść do wniosku, iż termin ten odnosi się do wszelkich szeroko rozumianych różnic w charakterze poszczególnych jednostek, a te – jako części składające się na obraz osobowości – rysują się w różnicy myślenia, działania i odczuwania emocji⁴⁵¹.

Choć z potocznego znaczenia słowa „osobowość” może wynikać, iż każdy człowiek ma inny wzorzec zachowania, inny sposób odczuwania emocji i różnorodne sposoby postrzegania rzeczywistości, psychiatria – klasyfikując poszczególne rodzaje osobowości zaburzonych – wychodzi naprzeciw tym ogólnym, niedookreślonym stwierdzeniom.

2. Osobowość zaburzona – rodzaje, istota i cechy charakterystyczne *in genere*

Zaburzenia osobowości nie są powszechnie zaliczane do terminu „choroby psychicznej” lub „zaburzenia psychicznego”, ponieważ w ich obrazie nie ujawniają się objawy charakterystyczne dla psychoz. Niełatwo jest także określić ich moment początkowy oraz przebieg, stąd uważane są one za „trwałe odchylenia psychiczne o charakterze ilościowym zlokalizowane na pograniczu normy i patologii”⁴⁵².

Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu znajdują swoje miejsce w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 pod kodem F.07 – obejmują one zmiany osobowości, w których zachowania mogą być rezydualne lub towarzyszące chorobie uszkodzeniu lub dysfunkcji mózgu. ICD-10 wyróżnia w tym zakresie organiczne zaburzenie osobowości (F07.0), zespół po zapaleniu mózgu (F07.1), zespół po wstrząśnięciu mózgu (F07.2), inne organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (F07.8) oraz nieokreślone organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (F07.9).

Ponadto, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych pod numerem F60 klasyfikuje specyficzne zaburzenia osobowości, którymi są

⁴⁵⁰ E.M.Coles, op. cit., s. 149

⁴⁵¹ M. Radochoński, *Osobowość antyspołeczna*, wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, s. 11.

⁴⁵² M. Radochoński, *Osobowość antyspołeczna...*, op. cit., s. 21.

głębokie zaburzenia osobowości i behawioralnych tendencji jednostki, które nie są bezpośrednim następstwem choroby, urazu czy innego uszkodzenia mózgu ani innego zaburzenia psychicznego. Zazwyczaj obejmują kilka wymiarów osobowości, prawie zawsze kojarzonych z odczuwaniem znacznej przykrości osobistej i zerwaniem więzi społecznych. Zaburzenia te pojawiają się już w okresie dzieciństwa lub pokwitania i utrzymują się w wieku dorosłym. Spośród nich wyróżnia się osobowość paranoiczną (F60.0) – która obejmuje także osobowość ekspansywno-paranoiczną, fanatyczną, pieniaczą i sensorywno-paranoiczną; osobowość schizoidalną (F60.1); dyssocjalną (F60.2); chwiejną emocjonalnie (F60.3) o dwóch typach – impulsywnym i *borderline* (z pogranicza); histrioniczną (F60.4) obejmującą osobowość histeryczną i psychoinfantylną; anankastyczną (F60.5) wraz z osobowością obsesyjną, kompulsywną i obsesyjno-kompulsywną; lękliwą/unikającą (F60.6), osobowość zależną (F60.7) wraz z osobowością asteniczną, nieadekwatną, bierną i samoponizającą się oraz inne określone zaburzenia osobowości, wśród których występują: osobowość ekscentryczna, uległa, niedojrzała, narcystyczna, bierno-agresywna, psychoneurotyczna⁴⁵³.

Kategoria zaburzeń osobowości przewiduje trzy wiązki zaburzeń (*clusters*): wiązka A – to zaburzenia osobowości przejawiające się dziwacznością i ekscentrycznością, czyli osobowość paranoiczna, schizotypowa i schizoidalna; wiązka B – zaburzenia, w których jednostkę cechuje emocjonalność, dramatyczność i lekceważenie konsekwencji, czyli zaburzenia narcystyczne, *borderline*, histrioniczne i socjopatyczna; wiązka C – to zaburzenia osobowości charakteryzujące się napięciem, lękiem i przerażeniem (wyróżnia się tu m.in. osobowość unikającą, bierno-zależną). Nie znalazły się w tej klasyfikacji nieokreślone zaburzenia osobowości NOS (*not otherwise specified*), ponieważ nie spełniają one kryteriów żadnej w wyżej wymienionych wiązek. Zdarza się tak, gdy ma się do czynienia z więcej niż jednym zaburzeniem osobowości (zaburzeniem mieszanym). Jeżeli więc stwierdzone zostaną takie symptomy, które nie odpowiadają żadnemu z wyodrębnionych typów, to jednostka taka powinna być zdiagnozowana jako *not otherwise specified*⁴⁵⁴.

Przyjmuje się, iż aby rozpoznać konkretne zaburzenie osobowości, należy stwierdzić obecność co najmniej trzech cech, które składają się na opis kliniczny. I tak osobowość paranoiczną – pierwszą z typów osobowości wiązki A – cechuje wszechobecna nieufność i

⁴⁵³ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Tom I, wydanie 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dostępne na stronie https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf [data dostępu: 3.01.2019 r.].

⁴⁵⁴ L. Cierpiałkowska, E. Soroko, *Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych* [w:] L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problem diagnozy klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014, s. 15-33.

podejrzliwość w stosunku do innych (podejrzenie, że ich motywy są interpretowane jako wrogie nastawienie) począwszy od wczesnej dorosłości i obecne w różnych kontekstach i sytuacjach. Jednostka o osobowości paranoicznej jest podejrzliwa i bez wystarczających podstaw przyjmuje, że inni ją wyzyskują, krzywdzą lub oszukują. Jednostka taka jest zaabsorbowana nieuzasadnionymi wątpliwościami co do lojalności przyjaciół i rodziny; niechętnie zwierza się innym z powodu występowania tychże nieuzasadnionych obaw. Osoba o paranoicznym zaburzeniu osobowości utrzymuje trwałe urazy, przejawia natarczywe domaganie się własnych praw i realizowania swoich idei, miewa powtarzające się podejrzenia co do wierności seksualnej swojego partnera. Zaburzenie to nie występuje jedynie w przebiegu schizofrenii, zaburzeń depresyjnych dwubiegunowych z cechami psychotycznymi lub innymi zaburzeniami psychotycznymi, można je także przypisać fizjologicznym skutkom innego stanu chorobowego. Szczególnie w odpowiedzi na stres osoby o paranoicznym zaburzeniu osobowości mogą doświadczać bardzo krótkich epizodów psychotycznych (trwających od minut do godzin). W niektórych przypadkach to zaburzenie może pojawić się jako przedchorobowy stan zaburzeń urojeniowych lub schizofrenii. Ten typ osobowości może rozwinąć się w znaczne zaburzenia depresyjne, a także zwiększa ryzyko wystąpienia agorafobii i zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Najczęściej występującymi z paranoidalnym zaburzeniem osobowości są zaburzenia schizotypowe, schizoidalne, narcystyczne, unikające i *borderline*⁴⁵⁵.

Osobowość schizoidalna (F60.1) wiąże się z względnie trwałym wzorcem zachowania, który polega na wycofaniu z relacji między jednostką zaburzoną a innymi ludźmi, a także z ograniczeniem ekspresji emocji – jednostka o takiej osobowości nie odczuwa potrzeby ani przyjemności z utrzymywania bliskich relacji z innymi (w tym rodziną), przejawia samotniczy tryb życia o niewielkim zainteresowaniu sferą seksualną, w tym także nie osiąga przyjemności z jakichkolwiek innych aktywności. Typ schizoidalny nie ma zatem przyjaciół ani zaufanych osób, cechuje go chłód emocjonalny i obojętność na pochwałę lub krytykę ze strony osób trzecich⁴⁵⁶. Istotą terapii w przypadku tego zaburzenia jest dążenie do zmniejszenia izolacji jednostki i stworzenie możliwości na tworzenie bliższych relacji interpersonalnych.

Osobowość schizoidalną można odróżnić od zaburzeń urojeniowych, schizofrenii i zaburzeń nastroju o cechach psychotycznych, ponieważ wszystkie powyższe zaburzenia charakteryzują się okresem trwałych objawów psychotycznych (np. urojeń i halucynacji).

⁴⁵⁵ *Diagnostic and Statistical Manual...*, op. cit., s. 649.

⁴⁵⁶ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 408.

Aby móc postawić diagnozę o wystąpieniu osobowości schizoidalnej, należy upewnić się, iż zaburzenie osobowości wystąpiło przed objawami psychotycznymi, a także że zaburzenie to utrzymuje się w czasie remisji psychotyzy. Osobowość schizoidalną odróżnia się od zmiany osobowości ze względu na ogólny stan medyczny, gdzie określone cechy ujawniają się z powodu bezpośrednich skutków stanu układu nerwowego.

Wszechobecne deficyty społeczne i interpersonalne charakteryzujące się ostrym dyskomfortem i zmniejszoną zdolnością do bliskich związków, a także zaburzeniami poznawczymi lub percepcyjnymi z jednoczesnymi dziwactwami zachowań to cechy charakterystyczne osobowości schizotypowej, ostatniego z zaburzeń wchodzących do wiązki A zgodnie z klasyfikacją DSM-V (301.22, według klasyfikacji ICD-10 jest oznaczona kodem F21). U jednostki zaburzonej występują zaburzenia osobne i odnoszące, dziwne przekonania, tzw. „myślenie magiczne”⁴⁵⁷, które następnie wpływają na zachowanie danej osoby (wiara w przesady, jasnowidzenie, telepatia, „szósty zmysł”, niezwykle doświadczenia percepcyjne – w tym iluzje cielesne). Mowa jest niejasna, poszlakowa, nierzadko metaforyczna i nadmierna, a zachowanie lub wygląd – ekscentryczne. Brak bliskich przyjaciół i podejrzliwość łączą się z paranoicznymi lękami, a jednostka często może odczuwać, że dzięki szczególnym jej mocom wyczuwa zdarzenia lub czyta w myślach innych. Osoby o schizotypowym zaburzeniu osobowości doświadczają problemów interpersonalnych, w szczególności w sytuacjach niewygodnych i dlań nietypowych; choć mogą wyrażać niezadowolenie z powodu braku intymnych relacji z innymi, ich zachowanie może sugerować znacznie zmniejszone pożądanie⁴⁵⁸.

Zaburzenia osobowości z wiązki B to zaburzenia związane z przesadną i teatralną ekspresją jednostki, z częstymi wahaniami nastrojów. Jednostka dąży do zwrócenia na siebie uwagi otoczenia, często wywołując i angażując się w intensywne konflikty. W wiązce „B” wyróżnia się osobowość: narcystyczną, z pogranicza (borderline), histrioniczną i antyspołeczną⁴⁵⁹.

Zaburzenie oznaczone w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych kodem F60.2 (odpowiednik z DSM-V to kod 301.7) to antyspołeczne zaburzenie osobowości. Wszechobecny wzorzec lekceważenia i łamania praw innych, występujący po 15. roku życia obejmuje nieprzestrzeganie norm społecznych w odniesieniu

⁴⁵⁷ termin stosowany przez klinicystów w odniesieniu do szerokiej gamy nienaukowych i czasami irracjonalnych przekonań, opartych na domniemanej przyczynowo skutkowej relacji między dwoma zdarzeniami, które manifestują się objawowo u osób z pewnymi chorobami psychicznymi, takimi jak OCD i schizofrenia.

⁴⁵⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V...*, op. cit., s. 657.

⁴⁵⁹ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, s. 582-584.

do zachowań zgodnych z prawem, podstępność, wykorzystywanie innych dla własnych celów, impulsywność i brak planowania z odpowiednim wyprzedzeniem to tylko niektóre z cech tego zaburzenia. Powtarzające się bójk lub awantury są wynikiem drażliwości i agresywności, lekceważenie bezpieczeństwa swojego lub innych prowadzi do ogólnorozumianej nieodpowiedzialności i zaniebywania zobowiązań. W środowisku badaczy tego rodzaju zaburzenia wielokrotnie przyjmuje się, iż antyspołeczne zaburzenie osobowości ma swoje korzenie w okresie dzieciństwa, a zaburzenia zachowania dziecka z czasem mogą przekształcić się w zaburzenia osobowości o charakterze antyspołecznym. Zdaniem M. Radochońskiego nie jest to jednak zasadą, bowiem jedynie część dzieci, które we wczesnych latach życia przejawiały tendencje antyspołeczne, w dorosłości doświadczą antyspołecznego zaburzenia osobowości. Wywodził on jednak, iż w przypadku wystąpienia u dorosłego osobowości antyspołecznej, najczęściej wiąże się to z zaburzeniami wykazywanymi w okresie młodzieńczym, znacznie silniej korelują one z osobowością antyspołeczną w dorosłości, aniżeli niekorzystne wpływy środowiskowe⁴⁶⁰.

Drugim typem osobowości zaburzonej z grupy wiązki B jest osobowość z pogranicza (*borderline*), tj. osobowość chwiejna emocjonalnie. Cechuje się ona niezdolnością do kontroli emocji i zachowań emocjonalnych (co w konsekwencji prowadzi do konfliktów z otoczeniem, ponieważ taka jednostka przejawia skłonność do działań gwałtownych), niezrównoważeniem emocjonalnym. Intensywne i nietrwałe związki z innymi ludźmi, gwałtowne odczuwanie silnych emocji prowadzą do prób samobójczych i samookaleczeń, a także do częstego odczucia pustki i zaburzenia własnego obrazu⁴⁶¹.

E. Kretschmer⁴⁶² uważał osobowość z pogranicza za mieszany cykloidowo-schizoidalny temperament. Pacjenci zaklasyfikowani do kategorii *borderline* wykazują wyjątkowo szeroki zakres symptomów klinicznych, niektóre z elementów przejawiają się jednak częściej. Osobowości z pogranicza są niezwykle zależne – by zachować równowagę nie tylko wymagają poczucia bezpieczeństwa, zapewnień i dużej ilości zachęt ze strony innych, ale także są nieodłącznie narażone na silne przerażenie, gdy znajdują się w izolacji lub separacji od osób, od których czują się zależne. Nie cenią samych siebie i trudno jest im uwierzyć, że ktoś inny mógłby ich docenić, obawiają się odrzucenia i potencjalnej straty. Nazwa tego

⁴⁶⁰ M. Radochoński, *Osobowość antyspołeczna ...* op. cit., s. 56.

⁴⁶¹ A. Jakubik, *Zaburzenia osobowości* [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria kliniczna*, wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2011, s. 561.

⁴⁶² Ernest Kretschmer, ur. 8 października 1888 w Wüstenrot, zm. 8 lutego 1964 w Tybindze – niemiecki lekarz psychiatra, profesor Uniwersytetu w Marburgu oraz Uniwersytetu Eberharda i Karola w Tybindze, twórca teorii konstytucjonalnej (1921).

zaburzenia nie jest bezpodstawną – z tak chwiejnym fundamentem własnej wartości osoby z pogranicza pozostają wciąż na krawędzi własnych emocji, niezwykle podatni na lęk i odrzucenie. Każde zdarzenie, które pobudza powyższe uczucia, może wyzwoić epizod psychotyczny, w szczególności na tle depresji lub ekscytacji. Osoby cierpiące na *borderline* często czują się winni z tego powodu, że w określonych sytuacjach zachowali się asertywnie. Nie potrafią zachować spokoju, nie do końca ufają innym, ale nie mają też nadziei na zdobycie całkowitego wsparcia i sympatii. Najbardziej obserwowalną cechą osobowości z pogranicza jest jednak zmienność nastrojów i ich intensywność, która prowadzi do momentów zerwania kontroli emocji i wystąpienia epizodu psychotycznego. Częściej pacjenci wykazują jeden dominujący nastrój – depresyjny ton, który może ustępować krótkim przejawom niepokoju, agresji lub wybuchów wrogości.

Osobowość histrioniczna ma wiele wspólnych cech z osobowością zależną. Silna potrzeba uwagi i okazywania uczuć, ciągłej aprobaty i akceptacji powodują, że jednostka o histrionicznym zaburzeniu osobowości jest wrażliwa na nastroje innych i często odczuwa brak zainteresowania swoją osobą, co wpędza ją w poczucie bezsilności⁴⁶³. Płytkość i chwiejność okazywanych uczuć, ale również nadmierny egocentryzm i manipulacja otoczeniem dla własnych celów charakteryzują ten typ osobowości. Histrionicy łatwo ulegają jednak wpływom innych i są bardzo sugestywni, nie stoi to jednak na przeszkodzie, by wyrażali brak tolerancji na krytykę i frustrację. Nieustanna postawa żądań, wymagań i pretensji łączy się z rozległym światem marzeń i fantazji⁴⁶⁴.

Wygląd i zachowanie histrionika jest często nieodpowiednio prowokujące lub uwodzicielskie, a skierowane jest nie tylko do osób, którymi jest on zainteresowany, ale także ujawnia się w szerokiej gamie relacji społecznych i zawodowych, znacznie wykraczając poza ramy kontekstu społecznego. Jest on nieustannie zaniepokojony tym, czy robi wrażenie na osobach trzecich, poświęca więc swojemu wyglądowi nadmiernie dużo czasu i wydatków. Mowa jest pozbawiona szczegółów, jednak nie brak jej przesadnego samoekspozowania, teatralności i nadmiernej ekspresji nieadekwatnej do sytuacji. Typ histrioniczny często uważa swoje relacje z innymi jako znacznie bardziej intymne aniżeli są w rzeczywistości. Zaburzenie to występuje częściej w populacji żeńskiej⁴⁶⁵.

Ostatnim zaburzeniem osobowości, które spełnia kryteria charakterystyczne dla wiązki B, jest osobowość narcystyczna. W Klasyfikacji ICD-10 widnieje ona pod kodem F60.8 jako

⁴⁶³ T. Millon, R.D.Davis, *Disorders of Personality...*, op. cit., s. 661.

⁴⁶⁴ A. Jakubik, op. cit., s. 562.

⁴⁶⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V...* op. cit., s. 668.

inne określone zaburzenie osobowości, zaś w DSM-V – 301.81. Jest to godne uwagi zaburzenie, ponieważ skala problemu, wraz z rozwojem technologii i coraz lepszymi możliwościami prezentowania siebie w mediach społecznościowych, stale rośnie. Za podstawową cechę tego typu zaburzenia uznać należy pragnienie uwagi, osiągnięcia spektakularnego sukcesu. Słowo narcyzm – w nawiązaniu do mitologicznego jego znaczenia – jest definiowane jako miłość do samego siebie⁴⁶⁶.

Pretensjonalność i okazałość w zachowaniu, potrzeba podziwu przy jednoczesnym braku empatii przejawia się od wczesnej dorosłości i jest obecna w różnych kontekstach. Osobowość narcystyczna ma niezwykle wysokie poczucie własnej wartości (często wyolbrzymia swoje osiągnięcia lub talenty), jest zaabsorbowana fantazjowaniem o nieograniczonym sukcesie, blasku i osiągnięciu ideału, żyjąc w przekonaniu o swej wyjątkowości. Wymaga także nadmiernego podziwu i uznania jej za lepszego od pozostałych, ale może również odczuwać, że tylko wyjątkowe osoby o wysokim statusie potrafią je zrozumieć. Jednostka narcystyczna nierzadko nie zwraca uwagi na to, że przez swoje chętelne opowieści może ranić innych (np. chwając się zdrowiem przy chorych, majątkiem przy biednych), w kontaktach z nią odczuwalny jest chłód emocjonalny i brak zainteresowania innymi osobami. Narcystyczne zaburzenie osobowości charakteryzuje także zazdrość o osiągnięcia innych (wraz z poczuciem, że to właśnie jednostka narcystyczna zasługuje na określone sukcesy lub przywileje) lub wiara, że wszyscy wokół zazdroszczą narcyzom. Aroganckie i wyniosłe zachowania, pogardliwy stosunek do osób trzecich oraz snobizm powodują, że osoba o osobowości narcystycznej jest nieuprzejma, szorstka i radykalnie sceptyczna w kontaktach ze społeczeństwem. Spośród osób cierpiących na to zaburzenie, około 50-75% stanowią mężczyźni⁴⁶⁷.

Zaburzenia osobowości z wiązki C (*cluster C*) – ostatniej już wśród wymienionych w klasyfikacji DSM-V – to zaburzenia osobowości, w których pacjent cechuje się ostrożnością, wycofaniem, lękliwością i napięciem. Ta kategoria obejmuje osobowość unikającą, zależną i obsesyjno-kompulsywną⁴⁶⁸.

Pierwszym ze wspomnianych powyżej typów osobowości zaburzonej jest osobowość unikająca, której nazwa związana jest z potrzebą podkreślenia obecności silnego lęku leżącego u podstawy wizerunku danej jednostki zaburzonej. Mimo tego kluczowego elementu

⁴⁶⁶ M. Pilecki, *Zaburzenia osobowości* [w:] J. Heitzman (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 162.

⁴⁶⁷ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V...* op.cit., s. 671.

⁴⁶⁸ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic...*, op. cit., s. 582-584.

charakterystyki, zarówno DSM-V (i poprzednie) jak i ICD-10 kładą duży nacisk na interpersonalne aspekty obrazu klinicznego tego zaburzenia, wskazując, że ten typ zaburzenia osobowości cechuje trwałe i wszechobecne poczucie lęku i ciągłego napięcia, które przeplata przekonanie, że osoba o osobowości unikającej jest nieatrakcyjna nie tylko jako osoba, ale również jako członek społeczeństwa. Nadmierne zaabsorbowanie krytyką i odrzuceniem społecznym, niechęć do angażowania się w relacje z innymi (przy braku pewności, czy są lubiani) oraz ogólna nadwrażliwość i skłonności do silnego zakłopotania – są to kluczowe kryteria potrzebne do rozpoznania tego typu zaburzenia.

Wrażliwość na społeczną deprecjację i upokorzenie sprawia, że jednostka o unikającej osobowości dosadnie odczuwa swą samotność i odizolowanie, mimo to nie potrafi ona zaufać innym ludziom i oddać swego losu w obce ręce – społeczne oderwanie nie wynika więc z deficytów we wrażliwości (jak w osobowości schizoidalnej), lecz z zachowawczego sposobu bycia i nadmiernego umiaru w dawkowaniu emocji i zaufania wobec innych⁴⁶⁹.

Osobowość unikająca zwana jest także lękliwą. Przy dokonywaniu rozpoznania różnicowego należy zatem w pierwszej kolejności wykluczyć zespół lękowy, niezależnie od tego, jaką przyjmuje formę (zespół lękowy nerwicowy, psychotyczny, reaktywny czy też organiczny).

Choć obawa przed odrzuceniem, poczucie niepewności i bezradności są również cechami osobowości zależnej, należy wskazać także inne cechy, które znacznie oddzielają te typy zaburzeń. Osobowość zależną cechuje bierne podporządkowanie się otoczeniu i bezwolne opieranie na innych w podejmowaniu wszelkich decyzji (z późniejszym przenoszeniem odpowiedzialności na osoby trzecie za swoje niepowodzenia lub niedoskonałe decyzje). Osoby starsze lub posiadające pewien autorytet mają największy wpływ na zachowania jednostki o osobowości zależnej, w szczególności w zakresie stawianych wymagań lub życzeń. Jednostka cierpiąca na tego rodzaju zaburzenie niedostatecznie wypełnia swoje codzienne obowiązki i zadania z powodu braku odpowiedniej samodzielności i inicjatywy (napędu) oraz nadmiernej męczliwości⁴⁷⁰.

Wszechobecny lęk w kontekście separacji i izolacji, uległość i przywiązanie, które przejawiają się od wczesnej dorosłości, odpowiadają odpowiednio poniższym kryteriom charakterystycznym dla osobowości zależnej:

1. istotne trudności w zajęciu stanowiska opozycyjnego do innych (w lęku przed utratą wsparcia lub akceptacji)

⁴⁶⁹ T. Millon, R.D.Davis, *Disorders of Personality...*, op. cit., s. 260.

⁴⁷⁰ A. Jakubik, op. cit., s. 563.

2. uczucie dyskomfortu i bezsilności w czasie, gdy jednostka jest samotna i odizolowana od innych
3. usilne poszukiwanie bliskiej relacji z kimkolwiek ze swojego otoczenia, gdy kończy się poprzedni związek – wynika to z konieczności posiadania kogoś, kto „zajmie się” taką jednostką; związek traktuje jako źródło troski i wsparcia
4. tendencje do bierności i pozwalania innym, by podejmowali wszelkie decyzje

Osoby dorosłe, które przejawiają cechy tego typu zaburzenia, bardzo często przenoszą odpowiedzialność za swoje czyny na współmałżonka (np. kwestia miejsca zamieszkania, decyzje o macierzyństwie, podjęcie nowej pracy), młodzież zaś – na swych rodziców – pozwalając wybierać im ścieżkę swojej edukacji, przyjaciół, a nawet sposób ubierania⁴⁷¹.

Zgoła odmiennie od wyżej opisanego zaburzenia zależnego rysuje się postać zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego (oznaczonego kodem 301.4 w klasyfikacji DSM-V oraz kodem F42 w ICD-10, nazywanego także nerwicą natręctw). Cechuje je kontrola umysłowa, która, kosztem pewnej elastyczności w życiu codziennym, wynika z zaabsorbowania uporządkowaniem, perfekcjonizmem i efektywnością. Pojawia się ona we wczesnej dorosłości i może ulegać nasileniu wraz z wiekiem. Wbrew pozorom stałe dążenie do uporządkowania swojego życia nie jest pozytywną cechą osób przejawiających te zaburzenie, ponieważ bardzo często (a niemal zawsze) utrudnia to realizację zadania z powodu niespełniania przez daną osobę surowych norm, które sama na siebie nakłada. Nadmierne oddanie pracy oraz brak angażowania się w rozrywkę / przyjaźnie jest traktowany przez osobę obsesyjno-kompulsywną jako ekonomicznie uzasadnione działanie, które ma prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu. W sprawach etyki, moralności i wartości życiowych osoby te są skrupulatne i nieugięte⁴⁷², nie potrafią także pozbyć się bezwartościowych przedmiotów, nawet jeżeli nie prezentują one żadnej wartości sentymentalnej. Rzadko decydują się na zlecenie jakichkolwiek zadań innym, gdyż są przekonani, iż tylko oni mogą wykonać je możliwie najlepiej i najdokładniej, a inne osoby nie podporządkują się całkowicie narzucanemu przez nich sposobowi działania. Osobowości obsesyjno-kompulsywne cechuje upór i sztywność zasad, a z szacunkowych badań tego zaburzenia wynika, iż dotyczy ono około 1% populacji⁴⁷³.

Z obecnie cytowanych badań wynika, że aż od 10 do 13% społeczeństwa w ciągu całego swojego życia wykazuje zaburzenia osobowości, przy czym osoby o zaburzonej

⁴⁷¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V ...*, op. cit., s. 677.

⁴⁷² Tamże.

⁴⁷³ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia...*, op. cit., s. 441.

osobowości stanowią od 7 do 50% pacjentów szpitali psychiatrycznych⁴⁷⁴. Wskazać należy, iż kryteria osobowości antyspołecznej spełnia więcej mężczyzn, aniżeli kobiet (stosunek występowania waha się od 2:1 do aż 7:1). Najczęściej zaburzenie to diagnozuje się u młodych mężczyzn żyjących w miastach, obracających się w niższych warstwach populacji pod względem socjoekonomicznym. Zauważono, że osoby o antyspołecznej osobowości częściej korzystają z pomocy medycznej⁴⁷⁵.

3. Ogólny wpływ zaburzeń osobowości na sposób zachowania się człowieka

Zgodnie z klasyfikacją przyjętą przez ICD-10 zaburzenia osobowości dzielą się na specyficzne, mieszane oraz trwałe. Różnice między nimi przebiegają w wielorakich obszarach funkcjonowania danej jednostki, w szczególności obserwuje się cechy charakterystyczne dotyczące percepcji i poznawania rzeczywistości, sposobu radzenia sobie z emocjami i ich regulowania, a także kontroli zachowań impulsywnych i powtarzających się wzorców zachowań. Spośród specyficznych zaburzeń osobowości wyróżnia się osobowość paranoiczną, schizoidalną, dyssocjalną, chwiejną emocjonalnie, histrioniczną, anankastyczną, lękliwą i zależną. Mieszane zaburzenia osobowości rozpoznaje się wówczas, gdy objawy kliniczne i wzorce zachowań pochodzą od różnych zaburzeń, trwałe zaburzenia zaś dotyczą jednostek, które doświadczyły w swym życiu ekstremalnego stresu (osobowość po katastrofach i po ciężkiej chorobie psychicznej)⁴⁷⁶.

Z uwagi na to, że zaburzenie osobowości w psychiatrii pojmowane jest jako „względnie trwałe zahamowanie rozwoju osobowości, przejawiające się zakłóceniem prawidłowego funkcjonowania jej mechanizmów integracyjno-regulacyjnych”⁴⁷⁷, ma ono wpływ na relacje nie tylko interpersonalne jednostki zaburzonej z pozostałymi, ale także na zachowanie się zgodne z prawem bądź z nim sprzeczne. W odniesieniu do etiologii, zaburzenia osobowości wiąże się z czynnikami genetycznymi, ale również środowiskowymi. Jak wynika z dotychczasowego doświadczenia klinicystów i badaczy zjawiska zaburzeń osobowości, ludzie cierpiący na te zaburzenia wywodzą się często ze środowisk o silnych nieprawidłowościach psychospołecznych i ekonomicznych, byli w dzieciństwie ofiarami traumy, przemocy, ich wychowanie przebiegało chaotycznie lub doświadczali niewystarczająco uwagi i skupienia rodzin. Dotychczas zaburzenia osobowości traktowano jako zjawisko niemożliwe do wyleczenia, jednak na kanwie ostatnich dwudziestu lat

⁴⁷⁴ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2018, s. 327.

⁴⁷⁵ G. de Girolamo, J.H. Reich, *Personality Disorders*, wyd. World Health Organization, Genewa 1993, s. 25.

⁴⁷⁶ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, ... op. cit., op. cit., s. 340.

⁴⁷⁷ S. Pużyński (red.), *Leksykon psychiatrii*, wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 523.

podejście to ulega zmianom – terapie psychologiczne, które odpowiadają w dość szerokim zakresie klasyfikacji zaburzeń osobowości z DSM-IV i DSM-V (tj. odpowiednim skrojeniem rodzaju terapii na miarę osobowości z danej wiązki – A, B lub C), pomagają ludziom cierpiącym na zaburzenia osobowości pracować nad kontrolą tych cech, które stanowią objaw zaburzenia i powodują problemy w życiu codziennym. Podstawowym założeniem leczenia psychologicznego jest przyjęcie, że osobowość nie jest ustalona z góry, ale jest w pewnym stopniu elastyczna. Cechy osobowości rozwijają się bowiem poprzez wpływ czynników genetycznych, ale i środowiskowych – ludzie uczą się swych zachowań, odczuwają i następnie działają, zatem istnieje możliwość, by do pewnego stopnia nauczyć się pewnych wzorców postępowania i dostosować do norm kulturowych i społecznych. Innymi słowy, jest możliwe, by osoby z zaburzeniami osobowości mogły zmienić swoje cechy poznawcze, afektywne, behawioralne i interpersonalne, a także nauczyły się postępować w konkretnych sytuacjach inaczej niż dotychczas.

Przemoc i jej przyczyny z punktu widzenia kulturowego nie są trudne do pojęcia, jednak przy zaburzeniach osobowości niekiedy motywy działania danej jednostki są niejasne i nie do końca zrozumiałe. Przemoc i agresja mogą służyć przede wszystkim do uwalniania i wyrażania złości; prezentowania dominacji lub kontroli nad innymi, często może być pojmowana jako atrybut męskości i silnego charakteru; przemoc *per se* może mieć źródło w działaniach odwetowych, kierowanych potrzebą zemsty wobec osób, które wyrządziły danej jednostce jakąkolwiek (nawet nie do końca obserwowaną przez osoby trzecie) krzywdę; przemoc może także działać jako środek odstrasżający, gdy jest skierowana przeciwko tym, którzy wyrządzili pewną krzywdę tej osobie lub grozili jej wyrządzeniem w przyszłości.

W powiązaniu z zaburzeniami osobowości, przemoc może spełniać powyższe podstawowe funkcje, jednak niekoniecznie – może być ona napędzana przez agresję i gniew jako sposób uwalniania i przekazywania emocji, co nierzadko wynika z doświadczeń przemocy rodzinnej i/lub środowiskowej w okresie dzieciństwa. Przemoc może służyć osobom o osobowości zaburzonej jako środek do sprawowania kontroli w sytuacjach, gdy dostrzegają zagrożenie dla ich fizycznego lub psychicznego samopoczucia, w tym w sytuacjach potencjalnego wstydu, jaki w osobie zaburzonej mogą wywołać działania osób trzecich (choćby były to odczucia skrajnie subiektywne). Podobnie jak w przypadku wszelkich pozostałych wzorców zachowań, przemoc może stać się nawykiem⁴⁷⁸.

⁴⁷⁸ H. Pickard, *Choice, deliberation, violence: Mental capacity and criminal responsibility in personality disorder*, *International Journal of Law and Psychiatry* 2015 (40), s. 15-24.

Każda choroba lub zaburzenie może zasadniczo zmienić osobowość na lepsze lub na gorsze. Należy mieć na uwadze, że doświadczenie cierpienia na poważne zaburzenia psychiczne, takie jak psychoza lub ciężka depresja, może mieć trwały wpływ na charakterystyczny sposób myślenia, odczuwania i nawiązywania relacji z innymi. Ta zmiana w funkcjonowaniu osobowości często określana jako "blizna" zaburzenia psychicznego i może stanowić rozwój nowych cech osobowości w związku z występowaniem lub doświadczeniem objawów psychopatologicznych (np. cechy osobowości zależnej wynikające z doświadczeń powtarzających się ataków paniki lub epizodów psychotycznych)⁴⁷⁹.

Ponieważ skłonność do popełnienia przestępstwa jest wynikiem procesów motywacyjnych zachodzących w danej jednostce, fakt występowania zaburzenia osobowości może istotnie wpływać na zdolność do samokontroli, która jest swoistym regulatorem zachowań przestępczych. Zgodnie z teorią kontroli W.C. Recklessa, okolicznością decydującą o zaangażowaniu się przez daną jednostkę w czynności przestępcze i dewiacyjne, jest stopień jej odporności na pokusę stania się przestępcą lub dewiantem. Zgodnie z powyższą teorią każdy człowiek jest wielokrotnie w swym życiu wystawiany na sposobność „zarażenia się przestępczością”, jednak w prawidłowo rozwiniętej psychice i osobowości istnieją mechanizmy, które umożliwiają skuteczne opieranie się tym naciskom. Owo „zarażenie się przestępczością” może być skutkiem działania tzw. „popychaczy” lub „pociągaczy”. „Pociągacze” stanowią pewne wzorce zachowania i normy, które pozwalają na legalne osiągnięcie sukcesu, „popychacze” zaś to czynniki psychologiczne takie jak napięcie, lęki, niepokoje, skłonność do agresji, motywy i poglądy, zaburzenia emocjonalne, organiczne lub psychotyczne. Silna samokontrola pozwala na zachowanie się zgodnie z normami prawnymi, ale również kulturowymi i społecznymi⁴⁸⁰.

Hans Eysenck uważał, że połączenie okoliczności środowiskowych i czynników neurologicznych jest przyczyną popełniania różnych rodzajów przestępstw. Ta hipoteza sugeruje, że niektóre osoby są bardziej skłonne do popełniania przestępstw niż inne. Eysenck wywodził także, iż osobowość jest głównym czynnikiem zachowań przestępczych, odgrywa decydującą rolę w przestępstwie, a jej dokładne badanie jest jedyną metodą, dzięki której można wytłumaczyć zachowania przestępcze⁴⁸¹.

W Iranie przeprowadzono badanie opisowo-korelacyjne, w którym populacja statystyczna składała się z więźniów. Wyniki wykazały, że 87,3% kobiet i 83,3% mężczyzn

⁴⁷⁹ T.A. Widiger, *Personality and psychopathology*, World Psychiatry 2011 (10), s. 103-106.

⁴⁸⁰ J.K. Gierowski, *Zaburzenia osobowości sprawcy ...*, op. cit., s.63-74.

⁴⁸¹ S.Z. Levine, C.J. Jackson, *Eysenck's theory of crime revisited: Factors or primary scales?*, Legal and Criminological Psychology 2004, 9(1), s.135-152.

miało zaburzenia osobowości w momencie popełnienia przestępstwa. Ponadto 46,5% populacji docelowej wykazywało uzależnienie od różnorodnych substancji psychoaktywnych w momencie popełnienia przestępstwa. Obecność zaburzeń osobowości w populacji więziennej świadczy o potrzebie zwracania uwagi na ten niezwykle istotny czynnik przestępczości oraz powinno skłaniać wymiar sprawiedliwości do korzystania z usług lekarzy klinicyistów i leczenia psychiatrycznego zamiast stosowania kary pozbawienia wolności w przypadku niektórych zaburzeń osobowości⁴⁸².

Identyfikacja indywidualnych cech przestępców i tendencji zachowań antyspołecznych u ludzi, ocena czynników instytucjonalnych w odpowiedzi na tendencję kryminalną i proces ich rozwoju osobowościowego, ocena stopnia odpowiedzialności i świadomości w popełnianiu przestępstwa oraz rola nieświadomości w eliminowaniu lub ograniczaniu odpowiedzialności prawnej są najważniejszymi okolicznościami wymagającymi rozstrzygnięcia społeczności, w szczególności władz sądowniczych, organów ścigania i prewencji, psychologów i psychiatrów.

Niezwykle ważnym jest, aby zdać sobie sprawę z tego, jak trudno jest niektórym ludziom wykorzystywać w pełni zdolność do powstrzymywania się od przemocy, zwłaszcza gdy (jak w przypadku zaburzeń osobowości) zachowania przemocowe mogą być nawykowe, a także mogą wynikać z wyznawanych przez danego człowieka wartości, dla których nie widzi on alternatywnego sposobu ich osiągnięcia. Powstrzymanie się od przemocy może wymagać od osoby o zaburzonej osobowości poddania się emocjonalnym cierpieniom i odczuwania skrajnej złości, dopóki nie zostaną wdrożone sposoby radzenia sobie z tymi emocjami. Istnieje ogólne domniemanie, że przemoc podlega wyborowi jednostki i pewnemu stopniowi kontroli, jednak zdarza się, iż osoba, którą targają skrajne negatywne emocje, „pęka” i wówczas kontrola i wybór zostają zaprzepaszczone. Taka jednostka nie jest wówczas w stanie powstrzymać przepływu nagromadzonych emocji i jej działanie zmierza w kierunku przemocy. Orzekanie o zdolnościach umysłowych (a więc poczytalności) i możliwości ponoszenia przez daną osobę odpowiedzialności karnej powinny być podejmowane z niezwykle rozwagą w każdym indywidualnym przypadku. W wielu sytuacjach osoby o osobowości zaburzonej, które angażują się w przemoc, są oceniane jako osoby zdolne do ponoszenia odpowiedzialności karnej za swoje działania (w pełni poczytalne), choć nie są na

⁴⁸² S. Fakhzadegan, H. Gholami-Doon, B. Shamloo, S. Shokouhi-Moghaddam, *The Relationship between Personality Disorders and the Type of Crime Committed and Substance Used among Prisoners*, *Addict Health* 2017, 9 (2), s. 64-71.

tylę „zdrowe psychicznie” i niezaburzone, by móc w pełni kontrolować swoje zachowania, emocje i działania⁴⁸³.

Nie ulega wątpliwości, że zaburzenia osobowości i trwałe jej zmiany mogą być spowodowane przez wiele czynników zarówno endo- jak i egzogennych. Zaburzenie bowiem może powstać z uwagi na uwarunkowania genetyczne lub powstać w poszczególnych etapach życia człowieka w wyniku heterogenicznych czynników fizycznych. Zaburzenie osobowości może także ujawnić się wskutek ciężkich urazów psychicznych lub negatywnych oddziaływań środowiskowych. Wyżej opisane czynniki powodują powstanie zmian w strukturze cech osobowości, a w klasyfikacji przesłanek określonych w art. 31§1 k.k. zaliczane są do „innych zakłóceń czynności psychicznych”⁴⁸⁴.

§2. Psychopatia - zaburzenie osobowości o znacznym zainteresowaniu badaczy, choć wciąż oficjalnie niesklasyfikowane

1. Trudności definicyjne oraz problem umieszczenia psychopatii w klasyfikacjach psychiatrycznych

W każdym społeczeństwie znajduje się pewna liczba osób, które można określić mianem problematycznych lub stwarzających problemy społeczne. Wśród tych, których zachowania są najmniej zrozumiałe (a na pewno jedne z bardziej destrukcyjnych), znajdują się osoby o moralnym i emocjonalnym niedopasowaniu do reszty społeczeństwa, zwani inaczej osobowościami psychopatycznymi. Ich wypaczona natura często umieszcza ich na kryminalnym skraju społecznym, ale nawet jeżeli przestrzegają prawa, przynoszą cierpienie i smutek innym osobom ze swojego otoczenia. Psychopaci często mają przyjemne maniere widziane z zewnątrz, jednak w ich wnętrzu brak jest typowych odczuć ludzkich, bez których normalne życie w relacjach z innymi nie jest możliwe. O ile istnienie obłądu moralnego psychopatów zostało zauważone już w odległych stuleciach, dopiero w ostatnich kilku dekadach nauki psychologiczne i społeczne poświęciły temu zjawisku więcej uwagi, w tym głównie pod kątem terminologicznym i kryteriów diagnostycznych. Pierwszym i niezwykle istotnym pytaniem jest to, czy psychopatia stanowi jedynie fikcję semantyczną - wielu badaczy zjawiska udziela w tym miejscu odpowiedzi negatywnej – psychopatia została dostatecznie wyjaśniona i ustalone zostały jej kryteria, aby ten zespół cech mógł zostać zlekceważony mimo niewystępowania wprost w takich klasyfikacjach jak DSM-V lub ICD-10.

⁴⁸³ H. Pickard, op. cit., s. 15-24.

⁴⁸⁴ J. Przybysz, op. cit., s. 165.

Zespoły (syndromy) antyspołeczne od wielu lat doczekały się bogatej literatury przedmiotu, jednak wciąż często pojęcia „socjopatia”, „psychopatia” oraz „osobowość dyssocjalna” są używane zamiennie, co nie jest prawidłowe i powoduje niejednokrotnie problemy w klasyfikacji poszczególnych zaburzeń. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wskazuje jednoznacznie, iż osobowość dyssocjalna (F60.2) to „zaburzenie osobowości charakteryzujące się lekceważeniem zobowiązań społecznych, nieliczeniem się z uczuciami innych, znaczącą niewspółmiernością pomiędzy zachowaniem a obowiązującymi normami społecznymi. Zachowanie to niełatwo ulega zmianie po różnych negatywnych doświadczeniach, włącznie z karaniem. Tolerancja na frustrację jest niska, podobnie jak próg zachowań agresywnych, w tym także czynów gwałtownych. Występuje również tendencja do obwiniania innych lub uciekanie się do pozornie prawdopodobnych racjonalizacji zachowań, które powodują konflikty z otoczeniem”. Jest to zgodnie z kodem F60.2 osobowość: amoralna, antyspołeczna, aspołeczna, psychopatyczna i socjopatyczna, a termin ten nie obejmuje zaburzeń zachowania i osobowości chwiejnej emocjonalnie⁴⁸⁵.

Choć psychopatia była pierwszym zaburzeniem osobowości, które rozpoznano w psychiatrii, zgodnie z twierdzeniem niemieckiego psychiatry Kurta Schneidera psychopatia odnosiła się do wszystkich rodzajów zaburzeń osobowości jako skrajnych wariantów osobowości prawidłowej. Od tego czasu otrzymała ona wiele określeń, takich jak „człowiek bez skrupułów”, *manie sans delirie*, obłąd moralny, gorszość psychopatyczna, socjopatia, niedoskonałość charakteru, osobowość manipulacyjna, a ostatnio w DSM-V oraz ICD-10 – osobowość antyspołeczna/dyssocjalna.

Psychopatia jest wciąż pojęciem kontrowersyjnym, jednak wydaje się, że zainteresowanie tym terminem wśród klinicystów i badaczy jest wzbudzone ponownie. Coraz więcej badań biologicznych i psychiatrycznych, a także społecznych wzmocniło wiarygodność tegoż pojęcia, wskazując, iż nieprzypadkowo zamienne używanie słów „socjopatia” i „psychopatia” jest uważane za nieprawidłowe⁴⁸⁶.

Powołane powyżej określenie *manie sans delirie*, tj. mania bez urojeń, zostało pierwszy raz użyte przez P. Pinela w XIX wieku, jeszcze w tym samym stuleciu wprowadzono również pojęcia: konstytucjonalnej psychopatycznej małowartościowości”. Jednak bezsprzecznie dopiero w 1941 r. Harvey Cleckley w swej „Masce zdrowia” użył

⁴⁸⁵ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), Rewizja dziesiąta, Tom I, wydanie 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, s. 239.

⁴⁸⁶ T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, R.D. Davis, *Psychopathy. Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, wyd. The Guilford Press, Nowy Jork 2003, przedmowa.

terminu „psychopatia” w jego obecnym znaczeniu, a Robert Hare w 1980 roku wysunął koncepcję psychopatii jako zbioru określonych cech, które zamieścił w swej charakterystyce zjawiska – PCL, następnie PCL-R (*The Psychopathy Checklist, Psychopathy Checklist Revised*). Mimo tak długiej historii, termin ten nie doczekał się wciąż jednoznacznego oddzielenia od osobowości dyssocjalnej lub socjopatii, stąd w diagnostyce pojawia się wiele niejasności⁴⁸⁷.

Czy psychopatia jest terminem prawniczym, psychologicznym, czy też zarówno prawniczym, jak i psychologicznym? Otóż pojęcie to jest używane w obu kontekstach. Chociaż nie jest ono wymienione wprost jako zaburzenie klasyfikowane według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM-V), termin ten jest powszechnie uważany za przydatny, w szczególności, że kryteria diagnostyczne zostały dość jasno sprecyzowane.

Wciąż obserwuje się tendencję do zastępowania (zarówno w Polsce, jak i za granicą, np. w Stanach Zjednoczonych) pojęcia „psychopatia” pojęciami „osobowość antyspołeczna” (*antisocial personality*) i „osobowość dyssocjalna” (*dysocial personality*), jednak wymienione wyżej typy osobowości nie są tożsame. Wielu badaczy, w szczególności amerykańskich, którzy zajmowali się pojęciem „psychopatii” i kryteriami ją cechującymi, prezentowało podejście, że sedno sprawy tkwi w antysocjalności⁴⁸⁸. W związku z problemem, jakim jest wyznaczenie granicy pomiędzy cechami wspólnymi osobowości antyspołecznej i psychopatii, coraz częściej używa się terminu „osobowość psychopatyczna”, co znajduje odzwierciedlenie w klasyfikacji ICD-10, która wprost wskazuje, iż zaburzenie oznaczone kodem F60.2 obejmuje „osobowość psychopatyczną”⁴⁸⁹.

Po rozstrzygnięciu, iż obecnie nie jest wskazane łączenie powyższych terminów, powrócić należy do historii pojęcia „psychopatia”. Jak zaznaczono we wstępie niniejszego rozważania, „psychopatia” swoje fundamenty odnajduje w terminie „manii bez delirium” (*manie sans delire*), która po raz pierwszy użyta została przez ojca nowoczesnej psychiatrii, Filipa Pinela. To Pinel właśnie na początku dziewiętnastego stulecia zaobserwował „szaleństwo be delirium” u pewnego arystokraty, który nie tylko był wysoce wykształcony, ale również przejawiał opanowanie i logiczne rozumowanie w swych działaniach. W sytuacjach jednak, gdy sprawy przybierały niechciany lub niekorzystny dlań obrót, bywał

⁴⁸⁷ J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skąpska, *Kontrowersje wokół pojęcia psychopatii i jego użyteczności dla psychiatrii i psychologii sądowej*, *Palestra* nr 3-4/2007, s. 102-115.

⁴⁸⁸ K. Pospiszyl, *Psychopatia*, wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2000, s. 13.

⁴⁸⁹ B. Pastwa-Wojciechowska, *Osobowość psychopatyczna i antyspołeczna – problemy diagnostyczne w opiniowaniu psychologiczno-sądowym* [w:] B. Gulla, I. Niewiadomska, M. Wysocka-Pleczyk (red.), *Białe Plamy w psychologii sądowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 209.

bezwzględny i okrutny (np. zabijał swoje konie pościgowe lub osoby o prostym pochodzeniu). Pacjent Pinela nie odczuwał przy tym żadnych wyrzutów sumienia, co stanowiło jasny początek zaburzeniom dysocjalnym *in genere* i czystej postaci psychopatii. Niespełna pół wieku później J.C. Prichard w kontekście psychopatii użył terminu „zwyrodnienie moralne”, które w jego ocenie miało oznaczać utratę siły kierowania własnym postępowaniem. Po raz pierwszy termin „psychopatia” pojawił się w pracach niemieckiego psychiatry J.L.A. Kocha w 1891 r. w kontekście „upośledzenia psychopatycznego”⁴⁹⁰. George E. Partridge odczuwał potrzebę wyodrębnienia terminu „psychopatia” od pozostałych zaburzeń osobowości i w ten sposób uznał, iż jest to zaburzenie charakteryzujące się aspołecznym zachowaniem, niedojrzałymi wartościami i zainteresowaniami, niestabilnością emocjonalną, zaburzeniem emocji społecznych, nieodpowiedzialnością, impulsywnością, egocentryzmem i niestabilnym stylem życia. G.E. Partridge opowiadał się jednak za tym, by termin ten zastąpić pojęciem „socjopatia”⁴⁹¹.

Pierwsze badania empiryczne nad psychopatią podjęli w XX w. badacze Eleanor i Sheldon Glueck, którzy zauważyli bezsporny i ścisły związek pomiędzy występowaniem psychopatii a wskaźnikiem recydywy wśród przestępców. Już wówczas odróżniono psychopatów od „normalnych ludzi” na podstawie znacznie wyższych indykatorów impulsywności i temperamentu. Także polska literatura (a właściwie Kodeks Karny z 1932 r. Juliusza Makarewicza) przewidywała brak poczytalności sprawcy czynu popełnionego z powodu „anormalnego rozwoju życia duchowego”⁴⁹². Psychopatia niejednokrotnie łączona jest z najwyższym współczynnikiem powrotu do przestępstwa, ale także z wyjątkowo silnymi skłonnościami do alkoholizmu, narkomanii i wczesnych zachowań antyspołecznych w dzieciństwie lub adolescencji⁴⁹³. Niewątpliwie jednak, wciąż aktualne ujęcie problemu psychopatii zaprezentowali Robert Hare oraz Harvey Cleckley, które obecnie jest używane do diagnozy tego typu osobowości.

2. Cechy charakterystyczne i kryteria diagnostyczne psychopatii

Słowo psychopatia wywodzi się z cierpienia psychicznego (*pathos* – cierpienie). Choć wydawałoby się, iż taki termin powinien dokonywać opisu wszystkich osób chorych

⁴⁹⁰ K. Pospiszyl, *Psychopatia...*, op. cit., s. 14.

⁴⁹¹ H. Herve, J.C. Yuille, *The Psychopath. Theory, Research and Practice*, wyd. Lawrence Erlbaum Associates, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej 2007, s. 36.

⁴⁹² M. Małecki, R. Zyzik, *Poczytalność i wina psychopaty w świetle ewolucyjnych koncepcji genezy psychopatii*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny rok LXXVI, zeszyt 3, 2014, s. 161-174.

⁴⁹³ B. Hołyst, *Przeciwko życiu Tom 3. Wymiar kryminologiczny i psychologiczny*, wyd. PWN, Warszawa 2019, s. 63.

psychicznie, odnosi się on do tych osób, u których owo cierpienie ujawniło się od okresu młodzieńczego i nie ma charakteru psychotycznego⁴⁹⁴.

Jak zostało uwidocznione w powyższym przeglądzie, konstrukcja psychopatii została poruszona przez wielu wpływowych teoretyków i klinicystów, niemniej jednak to właśnie Harvey Cleckley w swej *Masce Zdrowia* (*The Mask of Sanity*) przedstawił specyficzny i dobrze zdefiniowany obraz objawów, które zakotwiczone zostały w bogatym opisie przypadków klinicznych. Podobnie jak Partridge, Cleckley wyrażał niezadowolenie nieprawidłowym używaniem terminu „psychopatia”, zauważył on bowiem, że wielu badaczy definiowało psychopatię na podstawie stwierdzenia pewnych objawów osobowości dys socjalnej, podczas gdy jedynie pewna część osób badanych wykazywała faktyczne cechy psychopatii. Błędy diagnostyczne Cleckley tłumaczył brakiem wyraźnego, uzgodnionego i dobrze zdefiniowanego pojęcia psychopatii⁴⁹⁵.

Cleckley uzależnił próbę wyjaśnienia, dlaczego psychopaci zachowują się w określony sposób, od wyszczególnienia szesnastu cech, dzięki którym łatwiejsze będzie odróżnienie go od innych ludzi. Kolejno wskazał na poniższe cechy psychopatów:

1. Wyraźny urok zewnętrzny i ponadprzeciętna inteligencja
2. Nieobecność urojeń i innych zaburzeń myślenia.
3. Brak lęku czy innych neurotycznych objawów. Często opanowanie, spokój i łatwość mówienia.
4. Niesolidność, ignorowanie zobowiązań, brak poczucia odpowiedzialności w sprawach zarówno małej, jak i dużej wagi.
5. Kłamliwość i nieszczerłość.
6. Brak wyrzutów sumienia.
7. Antyspołeczne zachowania, które są niedostatecznie umotywowane i słabo zaplanowane, jakby wynikające z niezrozumiałej porywczosci.
8. Słabość osądów i nieumiejętność uczenia się z przeszłych doświadczeń.
9. Chorobliwy egocentryzm, całkowite skoncentrowanie na sobie, niezdolność do prawdziwej miłości i przywiązania.
10. Ogólny niedostatek głębokich i trwałych emocji.
11. Brak prawdziwego wglądu, niezdolność spojrzenia na siebie oczami innych.
12. Brak wdzięczności za okazane szczególne względy, serdeczność i zaufanie.

⁴⁹⁴ A. Kępiński, *Psychopatie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2014, s. 11.

⁴⁹⁵ H. Herve, J.C. Yuille, op. cit., s. 42.

13. Dziwaczne i ekscentryczne zachowania, szczególnie po spożyciu alkoholu i nie tylko – wulgarność, opryskliwość, gwałtowne zmiany nastroju, wybryki.
14. Brak poważnych prób samobójczych.
15. Bezosobowe, prymitywne i powierzchowne życie seksualne.
16. Brak planów życiowych i niezdolność prowadzenia zorganizowanego życia, za wyjątkiem życia prowadzącego do klęski⁴⁹⁶.

Harvey Cleckley opisał psychopatę jako kogoś, kto sprawia pozytywne wrażenie i gdyby go po raz pierwszy spotkać, wydawać się będzie przyjacielski, łatwy w rozmowie i bez ukrytych interesów. Opis ten jest sprzeczny z pewną społeczną intuicją i typowym pojmowaniem psychopaty przez społeczeństwo – wydawać by się mogło, że ktoś, kto jest seryjnym zabójcą lub seksualnym sadystą powinien posiadać pewną zewnętrzną cechę, która wskazywałaby na to, że jest on niebezpieczny lub nieprzewidywalny⁴⁹⁷.

Ogólny brak empatii lub skruchy oraz obecność płytkich emocji przejawiają się w tym kontekście, jak psychopaci prezentują się podczas wywiadu. Ich egocentryzm i brak poczucia odpowiedzialności przyczyniają się do ich skłonności do obwiniania wszystkich wokół za wszelkie negatywne skutki w świecie zewnętrznym, mimo iż są one efektem działań samych psychopatów. Z samej swej natury psychopaci są patologicznymi kłamcami skłonny do podstępu, a z uwagi na brak empatii czerpią przyjemność z oszukiwania innych⁴⁹⁸.

Zgodnie z poglądem H. Cleckleya psychopata to człowiek nieodpowiedzialny w znaczeniu potocznym, choć z zewnątrz sprawia wrażenie ułożonego, godnego zaufania i prowadzącego uporządkowane życie. Wynika to z faktu, iż psychopata kłamie, gdy tylko zauważy taką potrzebę, a niekiedy nie sposób zrozumieć, jakie korzyści z owego kłamstwa mógł osiągnąć. Choć cechuje go normalny lub wysoki poziom inteligencji, często doświadcza niepowodzeń w życiu (oczywiście zdarzają się chwilowe sukcesy naukowe bądź zawodowe, jednak długofalowo jego działania wieńczy fiasko), a wynika to być może z tego, iż nie potrafi on korzystać ze swojego doświadczenia życiowego (istnieją bowiem problemy w wyciąganiu wniosków ze swoich niepowodzeń). Stale powraca do szkodliwych sposobów zachowania, jakby celowo porzucał drogę wiodącą go ku spokojnemu i szczęśliwemu życiu, a usilnie dążył do samozagłady⁴⁹⁹.

⁴⁹⁶ H. Cleckley, *The Mask Of Sanity. An Attempt to Clarify Some Issues About The So-Called Psychopathic Personality*, wyd. Echo Point Books&Media, Vermont 1941, s. 380-381.

⁴⁹⁷ H. Herve, J.C. Yuille, op. cit., s. 37.

⁴⁹⁸ H. Hakkanen-Nyholm, J.O. Nyholm, *Psychopathy and Law. A Practitioner's Guide*, wyd. Wiley-Blackwell, Chichester 2012, s. 149-150.

⁴⁹⁹ J.M. Stanik, *Psychologia sądowa...*, op. cit., s. 282.

Psychopatia niekoniecznie występuje w swej czystej postaci – bardzo często współwystępuje z innymi specyficznymi zaburzeniami osobowości (co utrudnia wówczas jej kliniczne rozpoznanie) lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Mimo jednak podobieństw z innymi jednostkami chorobowymi, psychopaci wykazują braki w odpowiedzialności nie tylko w stosunku do siebie, ale i swoich bliskich, a ich impulsywność zachowania, trudności w planowaniu przyszłych działań i przewidywaniu konsekwencji nierzadko przysparzają im problemów w życiu codziennym⁵⁰⁰.

W odniesieniu do pierwszej cechy wskazanej przez H. Cleckleya (wyraźny urok zewnętrzny i ponadprzeciętna inteligencja), nie można mieć większych wątpliwości, iż po pierwszym kontakcie z psychopatą sprawi on wrażenie osoby przyjemnej, sympatycznej i przyjacielskiej w swojej postawie. Sprawiać będzie wrażenie dobrze dopasowanego społecznie szczęśliwego człowieka – nie są to cechy konieczne, jednak powszechne w tej grupie. Typowy psychopata kontrastować będzie z osobowością schizoidalną lub osobą cierpiącą na schizofrenię, wszystkie jego zewnętrznie obserwowalne cechy świadczyć będą o posiadaniu przez niego pożądanego cech ludzkich i silnego zdrowia psychicznego.

Druga cecha opisywana przez H. Cleckleya to nieobecność urojeń i innych zaburzeń myślenia – tak zwany psychopata jest zwykle wolny od objawów tradycyjnie uznawanych za dowód na występowanie psychozy. Nie słyszy bowiem głosów, nie wykazuje także innych urojeń. Nie obserwuje się u niego głębokich stanów depresyjnych, stałych patologicznych wahań nastroju lub nieodpartej presji wzmożonej aktywności. Zewnętrzna rzeczywistość percepcyjna jest zachowana, wartości społeczne i ogólnie uznawane standardy osobiste wyczuwalne w werbalnej postawie. Doskonale zachowane jest także logiczne rozumowanie, w teorii bowiem taka jednostka może przewidzieć konsekwencje swoich zachowań (nierozsądnych i aspołecznych), zaprezentować godne podziwu plany życiowe. Psychopata nie tylko jest racjonalny, jego myśli są wolne od złudzeń, ale wydaje się także reagować odpowiednimi emocjami na to, co go otacza; reagować odpowiednio na cudze zainteresowanie. Jego przekonania wywołują wrażenie mocnych i wiążących, a gdy opowiada o swej rodzinie (np. żonie lub dzieciach), z pewnością stwarza aurę człowieka o ciepłych ludzkich reakcjach, zdolnego do pełnego oddania i miłości⁵⁰¹.

Trzecią z cech wymienionych w *Masce Zdrowia* jest brak lęku czy innych neurotycznych objawów, opanowanie, spokój i łatwość mówienia. Zwykle psychopaci nie wykazują objawów, które byłyby symptomami sugerującymi psychoneurozę w sensie

⁵⁰⁰ B. Hołyst, *Kryminologia*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 865.

⁵⁰¹ H. Cleckley, op. cit., s. 382.

klinicznym. W rzeczywistości są oni prawie zawsze wolni od nawet najdrobniejszych reakcji uznawanych powszechnie za „neurotyczne” lub „nerwowe”. Główne zatem kryteria, za pomocą których u innych osób można postawić diagnozę hysterii, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, stanów lękowych lub neurastenii, nie mają do psychopatów zastosowania. Bardzo typową zaś reakcją tych jednostek jest unikanie ponadnaturalnego lęku i napięcia, ale również odporność na takie odczucia. Powszechnie odnajduje się w tych osobach niezwykle równowagę psychiczną, nawet bowiem w sytuacjach, w których „normalni” ludzie odczuwają zakłopotanie, zmieszanie lub brak poczucia bezpieczeństwa, ich relatywny spokój może zwracać uwagę. Prawdą jednak jest, iż psychopata może być nad wyraz niespokojny, gdy przebywa w zakładzie karnym, areszcie lub szpitalu psychiatrycznym, jednak należy to raczej wiązać z niecierpliwością i niemożnością uświadomienia sobie potrzeby, dla jakiej znajdują się w takim miejscu. Napięcie w powyższych sytuacjach nie wynika jednak z poczucia winy lub uświadomienia sobie negatywnych konsekwencji ich działań, ale zdaje się być uwarunkowane zewnętrznymi czynnikami, postrzeganymi przez psychopatę jako niezależne od niego i niesłuszne⁵⁰².

Niesolidność, ignorowanie zobowiązań, brak poczucia odpowiedzialności w sprawach zarówno małej, jak i dużej wagi to kolejna wskazywana przez Harveya Cleckleya cecha wyróżniająca psychopatów od innych jednostek zaburzonych lub zdrowych. Znamienne jest, że przyrzeczenia i zobowiązania dla psychopatów nic nie znaczą. Obserwuje się, że ich słowa nie są powiązane z działaniem, często owa nieodpowiedzialność i niesolidność dotyczy wszelkich aspektów życia psychopaty. Zawodowo można zaobserwować ich liczne nieusprawiedliwione nieobecności, naruszanie reguł pracowniczych i wewnątrzzakładowych, niehonorowanie formalnych i nieformalnych zobowiązań wobec innych. Z badań przeprowadzonych na jednostkach psychopatycznych wynika, iż są one nieodpowiedzialne jako małżonkowie i rodzice, traktują dziecko jako pewną niedogodność w ich życiu, nie przywiązują także wagi do tego, że ich nieodpowiedzialne działania mogą przynieść cierpienie innym. Sami zaś posiadają niezwykle umiejętność uchylecia się od kłopotów – przekonują, że zrozumieli swój błąd, ich zachowanie więcej się nie powtórzy, proszą o zaufanie⁵⁰³. W ten sposób niejednokrotnie jednostki psychopatyczne potrafiły uspić czujność innych – w drodze przykładu Kenneth Bianchi, zwany inaczej „dusicielem ze wzgórz” (zgwałcił, torturował i uśmiercił dwanaście kobiet) był w stanie przekonać niektórych

⁵⁰² Tamże, s. 384.

⁵⁰³ R.D. Hare, *Psychopaci są wśród nas*, przekład z jęz. angielskiego Anna Skucińska, wyd. Znak, Kraków 2010, s. 87-90.

biegłych psychiatrów sądowych, że cierpi na rozszczepienie osobowości, a wszystkie zbrodnie zostały dokonane przez niejakiego „Steve’a”; morderca Gary Tison zbiegł z więzienia i ponownie na wolności zabił kolejne sześć osób⁵⁰⁴.

Psychopatów cechuje kłamliwość i nieszczerłość, wykazuje całkowite lekceważenie prawdy, nie jest prawdomówny zarówno co do wyznań o swej przeszłości, jak i obietnic na przyszłość. Zwykle są jednak spokojni i bezpretensjonalni w składaniu poważnych obietnic lub fałszywych twierdzeniach o swej niewinności w stosunku do wysuwanych w ich kierunku oskarżeń. Mają oni niezwykłą moc przekonywania, lecz w ich zachowaniu nie jest wyczuwalny żadnego rodzaju nacisk lub manipulacja, które mogłyby wskazywać, jak doskonałymi są kłamcami. Ze spokojem mogą patrzeć w oczy swojego rozmówcy, składając obietnice bez pokrycia lub popełniając krzywoprzysięstwo.

Psychopaci nie potrafią przyznać, że nieszczęścia, które przytrafiają się im w życiu, są wynikiem zawinionych przez nich zachowań. Oskarżają więc innych jako odpowiedzialnych za takie wydarzenia, a niezależnie od tego, czy zostaną uznani za winnych określonych działań, nie będą odczuwać poczucia winy z tego powodu, upokorzenia czy żalu. Psychopatę cechuje także antyspołeczne zachowanie, które jest często odbierane jako nieodpowiednie i nieadekwatne do sytuacji, w której się znajduje. Nie można również odnaleźć w jego postawie regularności, pewnej specyfiki ani społecznie wytłumaczalnego celu, ponieważ jego zachowania są ukierunkowane instynktowną siłą napędową, niekiedy skrajnym uporem i systemem wartości, który jedynie sam psychopata jest w stanie zrozumieć i wytłumaczyć⁵⁰⁵. Psychopaci nierzadko też wykazują nieprawidłowość w zakresie przetwarzania informacji, które docierają do nich z zewnątrz, a znajdują się poza ich aktualnym punktem skupienia uwagi. Nie posiadają oni więc umiejętności sprawnego przenoszenia swojego skupienia na inne obszary, co nazwano w literaturze przedmiotu „deficytem modulacji reakcji”⁵⁰⁶.

Cleckley opisywał także cechę psychopatów, jaką jest ogólny niedostatek głębokich i trwałych emocji – jednostki psychopatyczne, pomimo zewnętrznego wrażenia dostosowania emocjonalnego do otaczającej ich rzeczywistości, nie są zdolne do miłości. Co prawda to uczucie może się u nich pojawiać i mogą one sprawiać wrażenie oddanych i czułych (mogą

⁵⁰⁴ Tamże, s. 18.

⁵⁰⁵ H. Cleckley, op. cit., s. 390.

⁵⁰⁶ J. Groth, *Antyspołeczne zaburzenie osobowości* [w:] L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2004, s. 161.

nawet być skłonne do niewielkich poświęceń), lecz uczucia te nie są w pełni rozwinięte i nie prowadzą do stworzenia głębokiego związku uczuciowego z drugą osobą⁵⁰⁷.

Oprócz ogólnej niezdolności do miłości, psychopaci wykazują ubóstwo w kwestii głębokiej radości, żalu, szczerzej rozpaczy, choć obserwator reakcji psychopaty mógłby uznać, iż wszystkie te emocje są w pełni przezeń przeżywane.

Od późnych lat 50. ubiegłego wieku aż do lat 70. opis osobowości stworzony przez Cleckeya stwarzał podstawę do wszelkich badań nad psychopatią. W drodze przykładu, wczesne prace Roberta Hare'a wykorzystywały kliniczne symptomy osobowości psychopatycznej w badaniach porównawczych ludzkiej indywidualnej osobowości i zachowania. Rozpowszechnienie badań naukowych nad psychopatią odnotowało swój ogromny wzrost dzięki stworzeniu przez Hare'a rzetelnego i ważnego dla współczesnej psychologii i psychiatrii narzędzia, jakim jest lista kontrolna psychopatii (*Psychopathy Checklist – PCL*). Inwentaryzacja miała za zadanie odróżnić jednostki psychopatyczne od niepsychopatycznych dla celów kryminologicznych. *Psychopathy Checklist* w swym pierwotnym opisie opiewała na 22 itemów, jednak w 1991 roku została ona zrewidowana do 20 itemów (tym samym powstała *Psychopathy Checklist – Revised – PCL-R*). Choć Cleckley opisał zjawisko psychopatii w kontekście psychiatrycznym, a pierwsze rzetelne badania przeprowadzone zostały na grupach kryminalistów, osoby o wysokim poziomie cech psychopatycznych można odnaleźć w każdej warstwie społecznej, w tym w polityce, szeroko pojętym biznesie i grupie stróżów prawa, a wszystko to jest możliwe dzięki zastosowaniu skali PCL-R⁵⁰⁸.

Rola psychopatii w przewidywaniu przestępczości jest niemal imponująca, w szczególności, gdy jest mierzona za pomocą PCL-R lub jej pochodnymi⁵⁰⁹. W swych badaniach uczeni Harris, Rice i Quinsey⁵¹⁰ stwierdzili, że PCL-R był istotnym predyktorem gwałtownego recydywizmu przestępców zwolnionych z zakładu o maksymalnym zabezpieczeniu. Badanie przeprowadzone z kolei przez szwedzkich uczonych wykazało, iż w okresie próby, trwającym średnio ponad cztery lata, ryzyko gwałtownej recydywy wynosiło 68% w przypadku przestępców o wysokim wyniku osiąganym w PCL-R. Dostępne dane wskazują, iż około 15% kobiet-przestępczyń spełnia kryteria PCL-R dotyczące psychopatii, a

⁵⁰⁷ J.M. Stanik, op. cit., s. 283.

⁵⁰⁸ H. Cleckley, op. cit., s. 395.

⁵⁰⁹ np. *Self-Report Psychopathy Scale* autorstwa Levensona, Kiehla i Fitzpatricka – za: A.L. Glenn, A. Raine, *Psychopathy. An Introduction to Biological Findings and Their Implications*, wyd. New York University Press, Nowy Jork 2014, s. 5.

⁵¹⁰ G. Harris, M. Rice, V. Quinsey, *Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument*, *Criminal Justice and Behavior* (1993) vol. 20 no. 4, s. 315-335.

około 60% z nich po ukończeniu odbywania kary pozbawienia wolności ponownie popełniało przestępstwo⁵¹¹.

Praca R.D. Hare'a nad PCL na Uniwersytecie Kolumbii Brytyjskiej wywarła daleko idący wpływ na postrzeganie i ocenę psychopatii. Pierwotnie skala ta miała służyć jedynie ocenie cech psychopatycznych u przestępców kryminalnych do celów badawczych, jednak okazała się znacznie cenniejszym odkryciem. PCL-R można podzielić na cztery główne grupy czynników, i tak grupę pierwszą stanowią czynniki interpersonalne (powierzchnowy urok, poczucie własnej wartości, patologiczne kłamstwo, skłonność do manipulacji), grupa druga to czynniki afektywne/emocjonalne (brak skruchy lub winy, niski poziom reakcji na wzburzenie, brak empatii, brak odpowiedzialności), następna grupa czynników to czynniki stylu życia (potrzeba stymulacji, pasożytniczy styl życia, brak długoterminowych planów na przyszłość, impulsywność, nieodpowiedzialność), ostatnią grupę tworzą czynniki antyspołeczne (takie jak słaba kontrola zachowania, wczesne problemy wychowawcze, młodzieńcza przestępczość)⁵¹². W skali PCL-R maksymalny wynik to 40, przy czym w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej przyjmuje się, iż osiągnięcie 30 punktów lub wyżej implikuje występowanie psychopatii u badanego. Dla porównania, w Europie uważa się, iż uzyskanie 25 punktów lub więcej wystarczy, by postawić tę samą diagnozę⁵¹³. W wielu opracowaniach naukowych spotyka się stwierdzenie, iż psychopatia dzieli się na dwie jej postaci: pierwotną (gdzie kluczową rolę w wystąpieniu cech psychopatycznych odgrywają cechy wrodzone) oraz wtórną (kształtującą się głównie przez czynniki zewnętrzne, środowiskowe i społeczne)⁵¹⁴.

Już w roku 1958r. uczony K. Schneider dokonał klasyfikacji osobowości psychopatycznych na typ:

1. hipertymiczny (o optymistycznym nastawieniu, dużej pewności siebie i aktywności)
2. depresyjny (o nastroju obniżonym; typ przejawiający brak wiary we własną osobę)
3. niepewny (nieśmiały i skrępowany)
4. fanatyczny (wyznający idee nadwartościowe)
5. żądny uznania (próżny i poszukujący uwagi)
6. psychopata o chwiejnym nastroju (drażliwy i emocjonalny)

⁵¹¹ R.D. Hare, *Psychopaths and their nature. Some Implications for Understanding Human Predatory Violence* [w:] A. Raine, J. Sanmartin, *Violence & Psychopathy*, wyd. Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nowy Jork 2001, s. 13.

⁵¹² K.A. Kiehl, W.P. Sinnott-Armstrong, *Handbook on Psychopathy and Law*, wyd. Oxford University Press, Nowy Jork 2013, s. 7.

⁵¹³ D.A. Haycock, *Murderous Minds. Exploring the Criminal Psychopathic Brain: Neurological Imaging and Manifestation of Evil*, wyd. Pegasus Books, Nowy Jork 2014, s. 34.

⁵¹⁴ L.K. Paprzycki, J.K. Gierowski, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona* [w:] L.K. Paprzycki (red.), J.K. Gierowski, K. Krajewski, K. Postulski, M. Siwek, *System Prawa Karnego...*, op. cit., s. 619.

7. wybuchowy (przejawiający wybuchy emocji w błahych sytuacjach)
8. chłodny uczuciowo (pozbawiony empatii, wyrzutów sumienia, litości i skruchy)
9. psychopata o słabej woli (podatny na wpływy środowiska)
10. asteniczny (nerwiczny, lękowy i skłonny do odczuwania psychicznej niepełnowartościowości)⁵¹⁵.

Według teorii K. Spetta (niejako inspirowanej klasyfikacją Schneidera), psychopatów można podzielić na poszczególne typy: hipertymików, psychopatów depresyjnych, nieśmiały, fanatycznych, żądnych znaczenia i pozycji (histeroidnych), psychopatów o zmiennych nastrojach, psychopatów impulsywnych oraz psychopatów uczuciowo chłodnych (bezwzględnych), bezwolnych i astenicznych.

Pierwszy typ określa osoby wesołe, lekkomyślne, snujące mało realne plany i podejmujące ryzykowne przedsięwzięcia. Uciążliwi dla osób trzecich stają się w sytuacjach, gdy pozostali nie spełniają ich oczekiwań – wówczas awanturują się i kłócą, nie zważając na emocje innych ludzi. Z powodu znacznej żądzy przygód i sił witalnych ich życie seksualne jest intensywne.

Drugi typ psychopatów to psychopaci depresyjni – pesymistyczni, mizantropijni, nierzadko usiłujący popełnić samobójstwo. Trzecim typem są psychopaci nieśmiali, którzy nawet najzwyklejsze codzienne wydarzenia przeżywają głęboko, a w skrajnych postaciach doświadczają urojeń ksbnych. Typ psychopatów fanatycznych cechuje steniczność, wysoka aktywność życiowa, upór i nadwartościowe idee. Kolejnym typem, który wyodrębniają Cieślak, Spett i Wolter, są psychopaci żądni znaczenia, tj. osoby próżne, pragnące być w centrum uwagi i obiektem adoracji, często przedstawiające się w znacznie lepszym świetle, aniżeli ich rzeczywista sytuacja życiowa.

Psychopaci o zmiennych nastrojach miewają epizody depresji, kiedy nadużywają alkoholu lub narkotyków, a czas przygnębienia popycha ich ku popełnianiu przestępstw. Jednostki o objawach psychopatii impulsywnej są łatwo pobudliwe z błahych przyczyn, nadużywają alkoholu i są agresywne wobec świata (w tym i najbliższych). Istotnie jedną z najbardziej szkodliwych form psychopatii wyodrębnionych w powyższej typologii jest psychopatia bezwzględna. Osoby o tym typie zaburzenia są nie tylko „uczuciowo chłodne”, ale nie przeżywają w żaden sposób skruchy lub poczucia winy. Mimo że rozumieją granicę między dobrem a złem, nie przeżywają jej uczuciowo. Wśród tego typu psychopatów możemy znaleźć wielu seryjnych zabójców lub innych ciężkich recydywistów. Psychopaci

⁵¹⁵ J. Groth, *Oblicza psychopatii*, wyd. Scholar, Warszawa 2010, s. 25.

bezwolni to z kolei typ ludzi łatwo ulegających sugestii innych (w tej podgrupie istnieje wiele osób ociążałych umysłowo), a psychopatom astenicznym nierzadko towarzyszą zaburzenia układu wegetatywnego⁵¹⁶.

W innej klasyfikacji (autorstwa E. i M. Bleulerów) psychopaci rozróżnieni zostali na dziwacznych, niedorozwiniętych moralnie i nerwowych. Pod względem prawidłowości funkcjonowania układu nerwowego J.M. Kalisznik podzielił psychopatów na sześć kategorii: 1) impulsywnych, 2) histerycznych, 3) paranojalnych, 4) uczuciowo chwiejnych, 5) astenicznych i 6) psychastenicznych⁵¹⁷.

Nietrudno zauważyć, iż powyższe podziały dotyczyły niejako ogólnych zaburzeń osobowości, a nie psychopatii *sensu stricto*. Robert D. Hare, jako twórca pierwszego tak dokładnego narzędzia do pomiaru cech psychopatycznych, był przeciwny dokonywaniu podziałów psychopatów, gdyż uważał, iż zjawisko to nie jest jeszcze (w czasie, gdy tworzył skalę PCL i PCL-R) na tyle poznane, aby usiłować je rozszczepiać na mniejsze podgrupy.

3. Uwarunkowania biologiczne psychopatii

Choć nie ma ustalonych odgórnie metod, za pomocą których diagnozuje się psychopatię, klinicyści są w stanie określić pewne aspekty funkcjonowania mózgu pacjenta za pomocą technik obrazowania, takich jak PET (pozytronowa tomografia emisyjna) oraz fMRI (czynnościowy rezonans magnetyczny), ale także za pomocą badań genetycznych, behawioralnych, psychometrycznych i innych⁵¹⁸.

Problemem, który niejednokrotnie intrygował badaczy w kontekście etiologii psychopatii jest kwestia różnicowania funkcjonowania mózgu psychopaty od mózgu człowieka o normalnej osobowości. Sposób, w jaki mózgi psychopatów przetwarzają informacje (a z pewnością inaczej, aniżeli czynią to mózgi pozostałych zdrowych osób) prezentują dwie wybitne neurobiologiczne teorie psychopatii wysunięte przez badaczy R.J.R. Blair i K.A. Kiehl. Podkreślały one zaburzenia w ściśle zintegrowanej sieci regionów mózgu odpowiedzialnych za przetwarzanie informacji emocjonalnych, takich jak odpowiedź na sytuację zagrożenia lub przewidywanie negatywnych konsekwencji (np. kary). Większość wysoce złożonych procesów poznawczych zależy od aktywności w wierzchnich (zewnątrznych) warstwach kory mózgowej, natomiast bardziej elementarne i fundamentalne przetwarzanie informacji zachodzi w częściach podkorowych mózgu. Niezwykle przydatnym

⁵¹⁶ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 224-227.

⁵¹⁷ Tamże, s. 228.

⁵¹⁸ J. Fallon, *The psychopath inside. A neuroscientist's personal journey into the dark side of the brain*, wyd. Current, Nowy Jork 2013, s. 11.

narzędziem we współczesnej neurologii jest rezonans magnetyczny (*MRI – Magnetic Resonance Imaging*), który wykorzystuje zmienne właściwości magnetyczne różnych tkanek lub płynów w ciele człowieka, by stworzyć wysokiej jakości trójwymiarowe obrazy wewnętrznych struktur o ponadprzeciętnej rozdzielczości przestrzennej (mniejszej niż milimetr sześcienny). Tak wysoka rozdzielczość jest odpowiednia do zróżnicowania szczegółowych i specyficznych cech neuroanatomicznych. Metoda ta jest wykorzystywana, by tworzyć mapy funkcjonalnej aktywności neuronalnej, a mianowicie obrazów, które wyświetlają części mózgu, które pozostają aktywne podczas dokładnie kontrolowanych zadań (*fMRI – functional MRI – funkcjonalny rezonans magnetyczny*). Technika ta wykorzystuje subtelne zmiany właściwości magnetycznych krwi, które pokrywają się z miejscowym wzrostem aktywności nerwowej. Gdy mózg pracuje, pochłania tlen, a krew natleniona ma inny sygnał magnetyczny, aniżeli krew nienatleniona⁵¹⁹.

Psychopatia niekiedy jest określana mianem „dysfunkcji okablowania mózgu”, ponieważ dotyczy między innymi nieregularności w funkcjonowaniu ciała prądkowanego brzuszno-odwodowego, odpowiadającego za potrzebę osiągnięcia natychmiastowej nagrody. Zwykle działalność anatomiczna tego obszaru jest regulowana przez brzuszno-przyśrodkową korę przedczołową, która reguluje podejmowanie decyzji moralnych i społecznych, uczenie się lęku i reakcje empatyczne. Związki między tymi dwoma obszarami są znacznie słabsze u osób, które wykazują osobowość psychopatyczną⁵²⁰.

Badania nad neurologicznym pochodzeniem psychopatii doprowadziły do dwóch prominentnych modeli tego stanu, zaproponowanych odpowiednio przez Blaira i Kiehl'a. Wyszuli oni hipotezę na temat patologicznej funkcji i struktury w określonych obszarach przetwarzania emocjonalnego mózgu. Model Blaira zakładał, że objawy związane z psychopatią wynikają z dysfunkcji jądra migdałowatego i kory okołoczodołowej. Model Kiehla obejmuje także korę jądrową i korę okołoczodołową oraz dodatkowe obszary paralimbiczne, w tym przedni górny skręt osiowy (biegun skroniowy) oraz przedni i tylny zakręt kory obręczy.

Blair założył, że dysfunkcja w przede wszystkim dwóch obszarach mózgu jest konstytutywna dla psychopatii – brzuszno-przyśrodkowej kory przedczołowej i jądra migdałowatego. Ciało migdałowate to dwie struktury o kształcie migdałów, zlokalizowane głęboko w lewym i prawym przyśrodkowym płacie skroniowym mózgu. Ciało migdałowate

⁵¹⁹ K.A. Kiehl, W.P. Sinnott-Armstrong, op. cit., s. 132.

⁵²⁰ A. Sandoiu, *What goes on inside the brain of a psychopath?*, Medical News Today, artykuł opublikowany w dniu 7 lipca 2017 r., dostępny na stronie www.medicalnewstoday.com/articles/318315.php [dostęp: 27.03.2018 r.].

ma wiele funkcji, w tym wzmacnianie istotnych bodźców (na przykład wyrazów twarzy oznaczających lęk) i uczenie się bodźców wzmacniających. Jądro migdałowe podstawne boczne otrzymuje sygnał z potencjalnych bodźców warunkowych, co umożliwia rozwój asocjacji między bodźcem bezwarunkowym a obojętnym. Te powiązania są następnie przekazywane do podwzgórza i pnia mózgu, które dyktują behawioralne, autonomiczne i neuroendokrynne odpowiedzi organizmu. Badania wykazały, że psychopaci mają mniejszą zdolność przetwarzania informacji emocjonalnych i nie tworzą normalnych skojarzeń wzmacniających bodziec. W szczególności w wielu badaniach starano się poznać przetwarzanie bodźców awersyjnych (bodźców wywołujących ból lub nieprzyjemne odczucia) u psychopatów. Na przykład Kosson i in. odkryli, że psychopaci wykazują mniejszą dokładność w rozpoznawaniu wyrazu twarzy niż nie-psychopaci. Marsh i in. wykazali także zmniejszoną aktywację ciała migdałowego w odpowiedzi na wyraz lęku na twarzy u dzieci i młodzieży (w połączeniu z cechami nieczułości i pozbawienia emocji), które mogą być prekursorami psychopatii. Te odkrycia sugerują, że psychopaci mają określone deficyty w przetwarzaniu niewerbalnych sygnałów emocjonalnych, co może przyczynić się do ich oczywistego lekceważenia uczuć innych⁵²¹.

Istnieje również hipoteza, że psychopatię można scharakteryzować za pomocą wczesnej anomalii migdałowej, która nasila się, ponieważ ścieżki do regionów czołowych nie rozwijają się odpowiednio. Teoria ta opiera się na założeniu, że podstawowym składnikiem psychopatii jest niedostateczne doświadczenie afektywne. Powyższe zakłócenia obwodu kory przedczołowej jądra migdałowego mogą prowadzić do deficytów uczenia się emocjonalnego, które były konsekwentnie obserwowane w badaniach behawioralnych u mężczyzn z psychopatią. Ponadto niewystarczające doświadczenie emocjonalne psychopaty może w większym stopniu zależeć od podkorowych i brzuszno-przyśrodkowych obszarów korowych niezbędnych do identyfikacji i generowania stanów emocjonalnych. Behawioralny składnik impulsywności w psychopatii może odnosić się do drugiego systemu zaangażowanego w regulację dalszych zachowań⁵²².

Osoby o uszkodzonej korze oczodołowo-czołowej wyraźnie są nieopanowane, zdecydowanie bardziej impulsywne i przejawiają problemy w przewidywaniu konsekwencji swoich działań. Osobowości antyspołeczne (w tym psychopaci) mają także obniżony poziom istoty szarej w tym obszarze mózgu. Uszkodzenia grzbietowo-bocznej kory przedczołowej

⁵²¹ J.R. Lushing, L.M. Gaudet, K.A. Kiehl, *Brain Imaging in Psychopathy* [w:] C.B. Gacono, *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy. A Practitioner's Guide*, wyd. Routledge, Nowy Jork 2016, s. 33.

⁵²² H. Herve, J.C. Yuille, op. cit., s. 267.

wiążą się z nieumiejętnością zachowywania powagi, planowania i podejmowania decyzji. W zakresie struktury płata czołowego jednostki psychopatyczne wyraźnie przejawiają ograniczony przepływ krwi w obrębie zakrętu skroniowego środkowego, kory skroniowej środkowej i przednio-dolnej kory skroniowej. W przypadku zakrętu skroniowego górnego, psychopatów cechuje deficyt aktywacji tej części mózgu. Nie bez znaczenia pozostaje także kwestia objętości ciała migdałowatego u psychopatów (ale również u sprawców poważnych przestępstw i recydywistów) – badania wykonane za pomocą pozytronowej tomografii emisyjnej wskazują, iż zaburzenia funkcjonalne w obrębie ciała migdałowatego objawiają się w obniżeniu poziomu metabolizmu oraz zmniejszonej jego aktywacji podczas odbierania bodźców emocjonalnych. Funkcjonalne zaburzenia występują także w sferze hipokampu, którego objętość u jednostek psychopatycznych jest obniżona⁵²³.

Istnienie niedoboru strukturalnego w korze przedczołowej aspołecznych, brutalnych osób o zachowaniach psychopatycznych, stanowiły pierwsze odkrycia dotyczące antyspołecznych zaburzeń osobowości. Rozszerza to również wcześniejsze badania neurologiczne, w których zaobserwowano zachowanie pseudopsychopatyczne u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi z obserwowalnymi zmianami dotyczącymi szarej i białej istoty, wykazując, że znacznie mniejsza objętość istoty szarej w obszarach przedczołowych jest ściśle, a niekiedy nierozzerwalnie, związana z antyspołecznymi zaburzeniami osobowości⁵²⁴.

Inną techniką pomocną przy diagnozowaniu różnic w funkcjonowaniu mózgu i układu nerwowego jednostek psychopatycznych jest elektroencefalografia (*EEG* – *electroencephalogram*), dzięki której rejestrowane są drobne potencjały elektryczne na powierzchni skóry głowy, które wynikają ze skupionej, zsynchronizowanej aktywności neuronalnej występującej tuż pod nią. Jest to jedna z nielicznych dostępnych metod bezpośredniego pomiaru aktywności neuronów, nie może ona jednak dostarczyć szczegółowych map przestrzennych ich działania ze względu na pewne ograniczenia techniczne w odniesieniu do dokładnego źródła zmian potencjałów elektrycznych mierzonych poza mózgiem. Zmiany mogą być rejestrowane za pomocą elektroencefalografu w tysiącach razy na sekundę, pozwalając na osiągnięcie doskonałej dokładności w czasie aktywności neuronów, sięgającej rzędu milisekund. EEG rejestruje tę aktywność jako fale złożone, ale można je również rozłożyć na pojedyncze częstotliwości, które są wskaźnikiem ogólnych

⁵²³ M. Radochoński, A. Perenc, A. Radochońska, *Neurobiologiczne uwarunkowania antyspołecznych zaburzeń zachowania*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, 4, s.405-410.

⁵²⁴ A. Raine, T. Lencz, S. Birchle, L. LaCasse, P. Coletti, *Reduced Prefrontal Gray Matter Volume and Reduced Autonomic Activity in Antisocial Personality Disorder*, Archives of General Psychiatry vol. 57, 2000, s. 119-127.

stanów poznawczych (sen, stan relaksu, stan aktywnego przetwarzania informacji). Można je także uśredniać w czasie w odniesieniu do określonych powtarzających się zdarzeń w zadaniach eksperymentalnych, uzyskując zapis przebiegu o charakterystycznym kształcie, nazywanym rejestrem potencjału związanego z wydarzeniami (*ERP – Event Related Potential*). ERP jest dokładnie badany pod kątem różnic w wielkości i opóźnieniu określonych zapisów minimalnych i maksymalnych, a cechy te odpowiadają różnicom w zmiennych poznawczych takich jak szybkość przetwarzania informacji, samokontrola i ocena semantyczna. Wieloletnie badania z wykorzystaniem EEG dostarczyły wielu informacji o zależnościach pomiędzy funkcjami poznawczymi a wykrywalnymi zmianami aktywności elektrycznej mierzonej na skórze głowy⁵²⁵.

U ludzi fale wolne (delta, theta) powinny być wypierane przez szybsze (beta, alfa) podczas fazy wzrostu i dojrzewania. Dorosły człowiek powinien mieć więcej aktywności fal beta i alfa, aniżeli theta i delta. Z tego powodu nadmiar powolnych fal jest związany z niedojrzałością mózgu i korową hiperaktywacją, co może tłumaczyć stałą potrzebę stymulacji psychopatów, aby zrekompensować i poprawić poziomy ich neuronalnej aktywacji. Z drugiej strony, średnia częstotliwość fal alfa w części potylicznej została powiązana z autonomicznymi procesami aktywacji, gdzie niższa częstotliwość wskazywałaby na niższą aktywację. Jest to część teorii wago-tonii (wzmoczonej pobudliwości nerwu błędnego), która sugeruje, że brutalni przestępcy mają nadmierne napięcie nerwu błędnego, co oznacza, że procesy przywspółczulne przeważają nad współczulnymi, co prowadzi do hiperaktywacji korowej i sercowej, tak jak to wiąże się z wyższym poziomem testosteronu i bardziej agresywnym zachowaniem.

Psychopatia jest bardziej złożonym zjawiskiem niż jedynie negatywny wpływ przeszłości na osobowość, dlatego też uczeni O. Ortega-Noriega, M.L. Perez-Lopez i F. Ostrosky-Shejet, mimo przeprowadzonych wspólnych badań za pomocą QEEG na mózgu psychopaty skazanego za zgwałcenie, ustalili, iż potrzebne są dalsze badania w celu ustalenia związku między psychopatią a mózgiem, szczególnie w przypadku pomiarów QEEG⁵²⁶. QEEG jest bowiem przydatnym narzędziem, które może dostarczyć informacji o „przestępczym” mózgu.

W odniesieniu do szczegółowych badań nad falami wolnymi i szybkimi wskazać należy, że w przypadku przeciętnego pobudzonego mózgu dominujący rytm uzyskany z tyłu głowy ma częstotliwość od 8 do 13 cykli na sekundę (cps) i amplitudę równą około 40-50

⁵²⁵ K.A. Kiehl, W.P. Sinnott-Armstrong, op.cit., s. 133.

⁵²⁶ O. Ortega-Noriega, M.L. Perez-Lopez, F. Ostrosky-Shajat, op.cit., s. 43-46.

mikrowoltów. Taka fala o niskiej częstotliwości, lecz wysokim napięciu, nazywana jest rytmem alfa. Wzmoczona uwaga, lęk i niektóre formy aktywności umysłowej prowadzą na ogół do desynchronizacji lub zablokowania rytmu alfa – oznacza to, że jest on zastępowany przez wysokoczęstotliwościowy (14-25 cps) rytm niskiego napięcia (rytm beta), który jest bardziej asynchroniczny niż rytm alfa. Pojedyncze fale o niskiej częstotliwości występują co prawda u osób dorosłych, lecz ich nadmierna ilość uważana jest za nieprawidłowość. Podczas snu rytm alfa jest zastępowany stopniowo przez nieregularną aktywność niskiego napięcia oraz przez wzrost fal delta i theta. W bardzo głębokim śnie aktywność wykazywana za pomocą EEG ma ogólną postać fal delta o wysokim napięciu i bardzo niskiej częstotliwości (1 cps). Aktywność fal mózgowych u niemowląt składa się głównie z powolnych i nieregularnych fal niskiego napięcia, a gdy dziecko dojrzeje, są one zastępowane falami alfa.

Istnieją pewne dowody na to, że niezwykle impulsywni i agresywni psychopaci wykazują nieprawidłowości w zapisie EEG. W badaniu silnie agresywnych psychopatów S.H. Hill w 1952 r. stwierdził, że około 14% z grupy liczącej 194 osoby miało nieprawidłową aktywność wolnych fal, zlokalizowaną w płatach skroniowych półkul mózgowych. Częstotliwość tej czasowej aktywności wolnych fal u osób psychopatycznych była znacznie większa niż u normalnych osób, schizofreników, morderców i więźniów. W grupie psychopatycznej istniała silna tendencja do częstszego występowania tej nieprawidłowości skroniowej w przypadku bardzo agresywnych jednostek niż w przypadku mniej agresywnych osób.

Częste stwierdzenie badaczy, że aktywność fal mózgowych niektórych psychopatów wykazuje pewne podobieństwo do aktywności ogólnie występującej u dzieci, skłoniło niektórych uczonych do wysnucia tezy, że psychopatyczne zachowanie odzwierciedla niedojrzałość korową mózgu. Teza ta jest interesująca, szczególnie gdy uznaje się, że niektóre cechy psychopatów (np. egocentryzm, impulsywność, niezdolność do odsuwania w czasie gratyfikacji) występują też w pewnym stopniu u dzieci. Taki pogląd implikuje hipotezy, że jeśli psychopatia jest powiązana z powolnym tempem dojrzewania kory mózgowej, to można by się spodziewać, iż częstotliwość występowania psychopatii zmniejszać się będzie z wiekiem. W praktyce istniały pewne głosy poparcia dla tej hipotezy – uczeni Gibbens, Staw i Stafford-Clard uważali, że psychopaci z nieprawidłowościami w zapisie EEG mają lepszą prognozę na przyszłość aniżeli ci, którzy prezentują prawidłowe wyniki EEG. Następne badania przy użyciu EEG wskazały, że około jedna trzecia grupy zdiagnozowanych

psychopatów stała się mniej antyspołeczna z wiekiem, a poprawa ta następowała najczęściej w 30. – 40. roku życia⁵²⁷.

Niższa reaktywność psychopatów na bodźce zewnętrzne ma swą podstawę w znacznie gorszym przewodnictwie skórnym. Nie wykazują oni jednak odmienności od grupy normalnej (kontrolnej) przy reagowaniu na bodźce słabe, jednak różnica rysuje się w bodźcach silnych – jest to zjawisko nazywane elektrodermalną hyperaktywnością. Jak wskazano powyżej, zapotrzebowanie jednostek psychopatycznych na silne bodźce i wrażenia w życiu codziennym może być, zgodnie z teorią opóźnionego dojrzewania systemu nerwowego, skutkiem pewnych infantylnych cech, które ujawniają się w zapisach EEG, ale także wpływem serotoniny na zachowanie psychopatów. Serotonina jest neuroprzekaźnikiem, a więc dzięki niej istnieje połączenie między neuronami, ma ona działanie przeciwstawne do neuroprzekaźników aktywujących (adrenaliny, dopaminy, noradrenaliny), stąd jest nierzadko nazywana pewnego rodzaju „hamulcem” w układzie nerwowym. Tłumi ona reakcje, które płyną z instynktownej i „zwierzęcej” części mózgu, tj. układu limbicznego, która odpowiada za silne i prymitywne emocje oraz niekontrolowaną agresję.

Serotonina (inaczej nazywana 5-HT – 5-hydroksytyrypaniną) odpowiada nie tylko za kontrolę agresji, ale również za uczucie bólu, bezsenność i przygnębienie. Nie stanowi przypadku okoliczność, że spośród populacji psychopatów znacznie większą grupę stanowią mężczyźni, przy czym u mężczyzn poziom serotoniny jest niższy niż w przypadku kobiet o około 50%⁵²⁸.

Wykazano, że leki zmniejszające poziomy norepinefryny (na przykład rezerpiny) hamują agresywne zachowania, podczas gdy leki, które zwiększają poziom noradrenaliny (na przykład trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne) mają tendencję do zaostrzenia agresywnych zachowań u pacjentów z zaburzeniami. Ogólnie rzecz biorąc, badania nad wpływem noradrenergicznej manipulacji na agresję wykazały wzrost agresji, gdy noradrenalina jest podwyższona i zmniejszającej się agresji, gdy jest obniżona.

Serotonina od dawna jest znana z zaangażowania w modulację agresji, w szczególności agresji reaktywnej. Ogólnie stwierdzono, że eksperymentalne manipulacje, które zwiększają aktywację receptora serotoniny, zwiększają agresję. Tak więc selektywne niszczenie neuronów serotoninowych (5-HT) w kompleksie tkanki łącznej u kotów i szczurów prowadzi do wzrostu agresji. U ludzi odnotowano związek pomiędzy stężeniem 5-HIAA (kwasu 5-hydroksyindolooctowego) i agresją reaktywną w niskim stężeniu płynu mózgowo-

⁵²⁷ R.D. Hare, *Psychopathy. Theory and Research*, wyd. John Wiley&Sons Inc., Nowy Jork 1970, s. 32.

⁵²⁸ K. Pospiszyl, *Psychopatia...*, op.cit., s. 95-98.

rdzeniowego (CSF). Specyficzne badania genów na myszach laboratoryjnych wykazały zwiększoną agresję w przypadku kilku pobudzeń wpływających na funkcjonowanie serotoniczne, w tym na receptora 5-HT i oksydazy monoaminowej (MAO) typu A. Ponadto historia badań nad neuroprzekaźnikami zna przypadki rodzin z kodonem przestankowym genu MAOA, w której mężczyźni byli dotknięci łagodnym upośledzeniem umysłowym i prezentowali agresywne zachowania seksualne. Maltretowane dzieci z genotypem dającym wysoki poziom ekspresji MAOA rzadziej rozwijały społeczne problemy niż te, które wykazywały genotyp nadający niski poziom ekspresji MAOA⁵²⁹.

W roku 2014 zostały przeprowadzone badania nad oceną roli moderującej genotypu MAOA w zależności między funkcją części ciemieniowej mózgu a cechami psychopatycznymi. Wykazano wówczas związek między niską sprawnością neuropsychologiczną w sferze ciemieniowej a obecnością antyspołecznych cech – oksydaza monoaminowa łądzi związek między funkcjonowaniem części ciemieniowej a występowaniem cech psychopatycznych, które są czynnikiem ryzyka w agresji⁵³⁰.

Powszechnie wiadomo, że złożone zaburzenia związane z cechami osobowości są trudne do leczenia za pomocą psychoterapii i farmakoterapii, choć w literaturze spekuluje się, iż oksytocyna może być obiecującym lekarstwem dla jednostek psychopatycznych z uwagi na to, iż jest to hormon „z natury oddziałujący pozytywnie na działania prospołeczne”⁵³¹.

Niejednokrotnie w badaniach nad chemią mózgu sugerowano, że agresywne dzieci mogą mieć deficyty w przetwarzaniu informacji społecznych, w wyniku których upośledzona jest umiejętność postrzegania, interpretowania i podejmowania decyzji dotyczących informacji społecznej, a to zwiększa prawdopodobieństwo agresji. Jest również możliwe, że zmiany w neuroprzekaźnikach mogą przyczyniać się do takich deficytów przetwarzania informacji. Jedno z badań wykazało, iż agresywni chłopcy byli bardziej skłonni do prezentowania wrogiego zamiaru w niejednoznacznej sytuacji i do impulsywnego interpretowania tych sytuacji niż nieagresywni chłopcy. Jeśli zredukowana serotonina i / lub norepinefryna są związane z odhamowaniem, niedobór któregośkolwiek z tych neurochemicznych związków może nasilać impulsywne ataki u agresywnych dzieci⁵³².

⁵²⁹ J. Blair, D. Mitchell, K. Blair, *The Psychopath. Emotion and the Brain*, wyd. Blackwell Publishing, Malden 2005, s. 106.

⁵³⁰ C. Romero-Rebollar, F. Ostrosky-Shejet, B. Camarena-Medellin, M.A. Bobes-Leon, K.X. Diaz-Galvan, *Effect of MAOA promoter polymorphism and neuropsychological performance on psychopathy traits*, *Revista Medica del Hospital General de Mexico* 2015, 78 (1), s. 21-26.

⁵³¹ D.F. Thomson, C.L. Ramos, J.K. Willet, *Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges*, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2014, no. 39, s. 485-495.

⁵³² A. Raine, *The Psychopathology of Crime ...*, op.cit., s. 97.

Na koniec rozważań o biologicznych uwarunkowaniach psychopatii należy nadmienić, iż ogólne wnioski z badań nad biologicznymi uwarunkowaniami do psychopatii sugerują, że czynniki genetyczne odpowiadają za około 40 do 60 procent wariacji cech psychopatycznych. Jest to zgodne z wynikami behawioralnych badań genetycznych, które badały dziedziczność innych wymiarów osobowości. Ważne jest, aby zachować tę informację na uwadze, gdy omawiane są różnice w funkcjonowaniu mózgu i poziomach hormonów - ważne jest także, aby pamiętać, że te różnice biologiczne wynikają zarówno z czynników genetycznych, jak i środowiskowych. Liczba ta reprezentuje jednak średnią, u niektórych osób geny mogą mieć większy wpływ na rozwój cech psychopatycznych niż środowisko, a u innych osób przeciwnie.

Samo ustalenie, że cechy psychopatyczne są dziedziczne, nie dostarcza informacji o tym, w jaki sposób grupa genów może powodować ryzyko takiego zaburzenia (tj. jak geny wpływają na strukturę lub funkcjonowanie mózgu). Jest jednak prawdopodobne, że te dziedziczne geny wpływają w jakiś sposób na strukturę lub funkcjonowanie mózgu. Ostatnie badania nad cechami psychopatycznymi pozwoliły ustalić, które obszary mózgu mogą wykazywać zmienne stężenia istoty szarej w wyniku istnienia genów związanych z psychopatią. Pierwszym krokiem było zbadanie dziedziczności koncentracji istoty szarej w dwóch obszarach części mózgu zwanej zakrętem obręczy - tylnego zakrętu obręczy (część obręczy bliżej tylnej części mózgu) i prawego grzbietowego przedniego zakrętu obręczy (część znajdująca się bliżej przedniej i górnej części mózgu). Wykazano wówczas umiarkowaną dziedziczność. Stwierdzono także, że stężenie substancji szarej w tych obszarach było zmniejszone u osób z cechami psychopatycznymi. Drugim krokiem było ustalenie, czy czynniki genetyczne były związane ze zmniejszoną koncentracją istoty szarej w tych regionach i z cechami psychopatycznymi. Stosując metodę bliźniąt autorzy odkryli, że w tylnym zakręcie obręczy prawie połowa wpływów genetycznych między stężeniem istoty szarej a cechami psychopatycznymi pokrywa się, co sugeruje, że podzbiór genów może nadawać ryzyko dla cech psychopatycznych. Wpływ czynników genetycznych zaobserwowano również dla prawego grzbietowego przedniego zakrętu obręczy. Jest to pierwsze badanie bezpośrednio ukazujące mechanizmy, które mogą wpływać na dziedziczność cech w psychopatii⁵³³.

⁵³³ A.L. Glenn, A. Raine, *Psychopathy. An Introduction to Biological Findings* ..., op. cit., s. 31.

4. Działalność przestępcza psychopatów, wpływ cech ich osobowości na zachowania agresywne oraz kwestia odpowiedzialności karnej za popełnione przestępstwa

Psychopatia jest dobrze znaną koncepcją w dyskusji na temat zachowań przestępczych. Członkowie organów ścigania, media i opinia publiczna szybko przyznają etykietę psychopaty innej osobie, gdy słyszą doniesienia o brutalnej zbrodni, seryjnym zabójstwie, skandalu finansowym i publicznej korupcji. Ludzie jednak powinni zachować ostrożność, nim nazną kogoś zbyt pochopnie na podstawie ograniczonych informacji, funkcjonariusze zaś winni dostrzegać wartość dochodzeniową w stwierdzaniu zachowania wskazującego na psychopatię, gdyż mogą skuteczniej walczyć z przestępczością, gdy znają typ sprawcy. Chociaż psychopatia wiąże się z działaniami agresywnymi i aspołecznymi, zasadniczo nie należy jej wprost wiązać z zachowaniem przestępczym. Nie wszyscy psychopaci są przestępcami, jednak ci, którzy nimi są, wykazują przestępcze zachowania o niejako drapieżnym i brutalnym charakterze. Ludzie często opisują jednostki psychopatyczne jako urocze, manipulujące i pozbawione sumienia. Chociaż stanowią oni zaledwie 1-3% ogółu populacji, psychopaci popełniają nieproporcjonalnie dużą liczbę poważnych i brutalnych przestępstw. To ukazuje, dlaczego identyfikacja zachowań psychopatycznych okazuje się bardzo ważnym elementem w pracy organów ścigania.

Wielu psychopatów cechuje głęboki brak wyrzutów sumienia za ich agresywne działania (zarówno za gwałtowne przestępstwa, jak i czyny niestanowiące przestępstw), a także brak empatii dla ofiar. Powyższe cechy pozwalają im działać z zimną krwią, wykorzystując osoby dookoła jako „pionki” do osiągnięcia celów i zaspokajania potrzeb lub pragnień (zarówno seksualnych, finansowych, fizycznych, jak i emocjonalnych). Większość psychopatów jest poszukiwaczami sensacji, którym brakuje moralnego kompasu - sumienia - przechodzą więc przez życie, biorąc to, czego chcą. Nie ponoszą odpowiedzialności za swoje czyny i często znajdują sposób, by przerzucić winę na kogoś innego. Egocentryzm psychopaty oraz potrzeba władzy i kontroli są doskonałymi składnikami na całe życie wypełnione działaniami aspołecznymi i przestępczymi. Łatwość, z jaką psychopata może angażować się w przemoc, ma ogromne znaczenie dla społeczeństwa i egzekwowania prawa. Często psychopaci są bezwstydni w swoich działaniach przeciwko innym, manipulują organami ścigania podczas przesłuchań lub co prawda wykazują skruchę z powodu swoich czynów, ale obwiniają ofiarę za te przestępstwa. Jeśli psychopaci popełnią zabójstwo, będzie

ono prawdopodobnie zaplanowane i celowe, a nie będące wynikiem utraty kontroli emocjonalnej. Ich motyw działania często wiąże się z sadystyczną gratyfikacją⁵³⁴.

Literatura i badania nad profilowaniem kryminalnym zostały stworzone w dużej mierze niezależnie od sądowych badań psychiatrycznych, skupiających się na zaburzeniach psychicznych i przemocy. Zasugerowano niegdyś, że organy ścigania powinny skorzystać z pomocy profesjonalnych klinicystów, którzy mogliby zaoferować wgląd w pewne formy zachowań, które nie pasują do typowego zachowania przestępczego. Uczeni Wilson, Lincoln i Kocsis określają to podejście do profilowania przestępczego jako "ocenę diagnostyczną", biorąc pod uwagę, że profil sprawcy zostaje stworzony poprzez diagnozowanie prawdopodobnej osobowości sprawcy i/lub jej zaburzeń⁵³⁵.

Literatura badawcza podkreśla znaczenie czynnika temperamentu w definiowaniu psychopatii. Psychopatia bowiem, zgodnie z poglądami wielu uczonych, rozwija się pod wpływem zarówno czynników biologicznych (związanych ze szczególną niedojrzałością układu nerwowego), jak i czynników środowiskowych. Osoby o osobowości psychopatycznej nie wykazują przejawów choroby psychicznej, ale charakteryzują się raczej odchyleniami w zakresie popędów, uczuć, charakteru, temperamentu i woli. Temperament jako pojęcie związane z psychopatią - definiowany jest jako niskie hamowanie behawioralne, które powoduje trudności w warunkowaniu i uczeniu się. Zdaniem T. Bilikiewicza, psychopatia może być rozumiana głównie jako konstelacja wrodzonych dewiacji w strukturze osobowości, która dotyczy trudności we wzajemnym oddziaływaniu emocji i popędów, napędu psychomotorycznego, a także pewnych nieregularności temperamentu, związanych ze sposobem reagowania na bodźce.

Temperament, zgodnie z teorią regulacyjną, jest opisywany jako zbiór względnie stabilnych cech organizmu, który przejawia się w takich cechach jak poziom energii i charakterystyka zachowań. Temperament jest, zgodnie z powyższą teorią, głównie determinowany przez wrodzone mechanizmy fizjologiczne i podlega on zmianom zachodzącym pod wpływem dojrzewania, starzenia się, a także wielu czynnikom środowiskowym. Poziom energii określonych zachowań dotyczy cech, które odnoszą się do indywidualnych różnic w mechanizmach fizjologicznych, odpowiedzialnych zarówno za akumulację, jak i rozładowanie energii. Wyróżnia się cztery wskaźniki zachowania, które

⁵³⁴ P. Babiak, J. Folino, J. Hancock, R.D. Hare, M. Logan, E.L. Mayer, J.R. Meloy, H. Hakkanen-Nyholm, M.E. O'Toole, A. Pinizzotto, S. Porter, S. Smith, M. Woodworth, *Psychopathy. An Important Forensic Concept for the 21st Century*, FBI Law Enforcement Bulletin, U.S. Department of Justice Federal Bureau of Investigation, July 2012, s. 2-8.

⁵³⁵ M.E. O'Toole, H. Hakkanen-Nyholm, *Psychopathy and Violent Crime* [w:] H. Hakkanen-Nyholm, J.O. Nyholm, *Psychopathy and Law. A Practitioner's Guide*, wyd. Wiley-Blackwell, Chichester 2012, s. 141.

powiązane są z energią: 1) reaktywność emocjonalna (skłonność do intensywnej reakcji na bodźce afektywne), 2) wytrzymałość (zdolność do odpowiedniego reagowania w sytuacjach, w których występuje silna stymulacja), 3) uczuciowa wrażliwość oraz 4) aktywność (skłonność do zachowań, które mają na celu osiągnięcie silnej stymulacji zewnętrznej).

Z badań przeprowadzonych na grupie 62 mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności w zakładach karnych w Nowym Wiśniczu i Krakowie (za popełnienie przestępstw agresywnych takich jak zabójstwo, pobicie, rozbój, przemoc seksualna lub znęcanie się), w których wykorzystano listę kontrolną PCL-R, wynika, iż ogólny czynnik psychopatii i czynnik interpersonalny-afektywny (PCLII) korelowały dodatnio z czynnikiem wrażliwości sensorycznej. Porównując intensywność cech temperamentu u psychopatów zauważono, iż zmysłowa wrażliwość i aktywność były wyższe w grupie, w której dominował wymiar interpersonalno-afektywny. Ludzie w tej grupie mieli więc tendencję do reagowania na słabsze bodźce i byli bardziej skłonni do poszukiwania silniejszej zewnętrznej stymulacji aniżeli ludzie, u których antyspołeczny wymiar osobowości psychopatycznej był bardziej wyraźny⁵³⁶.

Koncepcje psychopatii, które pojawiały się przez wiele lat w nauce i badaniach klinicznych, wskazują na nieprzypadkowość współwystępowania psychopatii i przestępczości. R.D. Hare wskazał, że już samo zestawienie cech, które charakteryzują psychopatów, implikuje wniosek o ich łatwiejszym zaangażowaniu w popełnianie przestępstw (brak wyrzutów sumienia, egocentryzm, brak moralności, impulsywność i brak empatii, brak poszanowania dla reguł i norm społecznych, jak i prawnych). Po wielu badaniach empirycznych wskazano, iż zaangażowanie przestępcze psychopatów ma ścisły związek z zachowaniami antyspołecznymi, jednak w stosunku do psychopatów nie należy bagatelizować także specyficznych okoliczności związanych z popełnieniem przestępstwa, takich jak rozpoczęcie kariery kryminalnej we wczesnym etapie życia, nierzadko brutalność i agresywność zachowań, przemoc o drapieżnym charakterze, brak wyrzutów sumienia i skłonność do wielokrotnej recydywy⁵³⁷.

Większość cech charakteryzujących jednostki psychopatyczne, tj. 12 spośród 20 objawów w liście R.D. Hare'a wykazuje ścisły związek z nasileniem agresywnych zachowań w kontaktach z innymi ludźmi w grupie przestępczej. Wskazuje się, iż psychopatię traktować

⁵³⁶ J.K. Gierowski, E. Błaszczuk, B. Korpała-Bętkowska, A. Szyklarz, A. Starowicz, J. Lickiewicz, *The temperamental determinants of psychopathy in perpetrators of aggressive crimes – research report*, Problems of Forensic Sciences 2012, vol. 90, s.155-163.

⁵³⁷ J. Groth, op.cit., s. 71.

należy jako predyktor agresji, niezależnie od płci badanych przestępców czy przestępczyni⁵³⁸. Rozróżnia się obecnie jednak, że psychopatia pierwotna (wiążąca się bezpośrednio z deficytem lęku sytuacyjnego i brakiem poczucia winy) ściśle koreluje z zachowaniami przestępczymi, psychopatia wtórna zaś nie, ponieważ nie łączy się ona z brakiem lęku⁵³⁹.

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez H.C. Quay'a w 1965 roku, zaburzenia psychopatyczne cechuje zaburzona forma poszukiwania stymulacji. Teoria wysnuta przez badacza zakładała, iż psychopaci posiadają anormalne reakcje fizjologiczne na bodźce, dlatego też potrzebują większej stymulacji, by osiągnąć określony poziom aktywacji. Ponadto H.C. Quay stwierdził, że dzieci o skłonnościach psychopatycznych posiadają mniejsze umiejętności w zakresie przewidywania bólu fizycznego, co implikuje niższą reaktywność. Z kolei M. Zuckerman zakładał istnienie względnie stałych różnic w zakresie zapotrzebowania na stymulację, a dążenie do jej osiągnięcia nazywał poszukiwaniem wrażeń (*sensation seeking*). Zdaniem tego badacza wysokie zapotrzebowanie na poszukiwanie wrażeń w przypadku osobowości psychopatycznych objawia się podejmowaniem ryzyka, zażywaniem narkotyków lub nadużywaniem alkoholu oraz nieustraszoną postawą w potencjalnie niebezpiecznych sytuacjach. Szczególną rolę, zdaniem Zuckermana, pełnią w tym przypadku neuroprzekaźniki dopamina i noradrenalina, które można określić mianem biologicznego substratu poszukiwania wrażeń⁵⁴⁰.

Zdarza się, że najbardziej agresywni psychopaci prezentują skłonności sadystyczne i nieustannie potrzebują silnej stymulacji na tle seksualnym, dlatego też są zdolni do dokonywania okrutnych zbrodni, jakimi są zabójstwa seryjne na tle seksualnym⁵⁴¹.

Wiele rozważań nad związkiem psychopatii z przestępczością sprowadza się do wniosków, iż kluczowy czynnik stanowi deficyt leku (lub tzw. „uszkodzenie lęku”), który jest elementem osobowości strukturalnie koniecznym u jednostek psychopatycznych. Eysenck zwykł twierdzić, iż podstawową składową moralności społeczeństwa jest lęk, który finalnie służy wykształceniu sumienia. Za sumienie uważał reakcje warunkowe, które wykształciły się w dzieciństwie i młodości pod wpływem lęku i bólu. Psychopaci doświadczają niskiego poziomu lęku, neurotycznych symptomów i stresu, a więc niezależnie od tego, czy związek

⁵³⁸ M. Banasik, J.K. Gierowski, K. Nowakowski, *Agresywność a nasilenie cech psychopatycznych z perspektywy różnic międzypłciowych*, *Psychiatria Polska* 2017, 51 (4), s. 751-762.

⁵³⁹ B. Hołyst, *Psychologia kryminalistyczna*, wyd. Difin, Warszawa 2018, s. 411.

⁵⁴⁰ B. Pastwa-Wojciechowska, *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004, s. 89.

⁵⁴¹ J.K. Gierowski, *Czynniki ryzyka przemocy i psychopatyczne zaburzenia osobowości u sprawców przestępstw seksualnych*, *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, nr 64-65, Warszawa 2009, s. 21-47.

między brakiem lęku a psychopatią będzie większy lub mniejszy, będzie jednak pewną stałą, która warunkuje ten typ osobowości⁵⁴².

Życie na krawędzi, podejmowanie wysokiego ryzyka i poszukiwanie doznań stanowią nagrody dla jednostek psychopatycznych. Nierozzerwalnie związane jest to z potrzebą stałej stymulacji i wysokiej podatności na nudę – jednostki psychopatyczne nie tolerują monotonnego i statecznego życia, przez co nieustannie poszukują intensywnych bodźców. Skoro psychopatów cechuje impulsywność, nierzadko naruszanie porządku prawnego ściśle związane jest z podejmowaniem decyzji w danej chwili oraz brakiem planowania swoich zachowań (a także przewidywania ewentualnych konsekwencji). Powyższe przekłada się bezpośrednio na brak umiejętności odraczania gratyfikacji – psychopaci wykazują potrzebę osiągnięcia satysfakcji natychmiast, dlatego też są bardziej skłonni do popełniania przestępstw⁵⁴³.

Lista kontrolna psychopatii (PCL-R) uznawana jest za ważny i najbardziej wiarygodny instrument do pomiaru skłonności psychopatycznych w populacjach psychiatrycznych i kryminalistycznych. Znaczna część badań sugeruje, że psychopatia, mierzona przez PCL-R jest umiarkowanie powiązana z kilkoma zmiennymi wynikowymi (np. recydywą kryminalną), które są bardzo interesujące dla klinicystów, jak też organów ścigania i sędziów. Choć dokładna częstotliwość jego stosowania jest niejasna, badania w tym kontekście i inne źródła informacji sugerują, że sądy w Stanach Zjednoczonych coraz częściej biorą pod uwagę wyniki z PCL-R, aby zająć się różnymi kwestiami procesowymi w sprawach karnych i cywilnych.

Niemniej jednak zaskakująco mało wiadomo, jak często PCL-R jest używany w postępowaniu karnym, w jakich przypadkach jest on wprowadzany i czy instrument ma naprawdę duże znaczenie lub wartość dowodową. Historia i dyskusyjny charakter tego rodzaju dowodu powoduje, iż często kwestionuje się użyteczność testów psychologicznych i procedur oceny w odniesieniu do różnych typów pytań przed sądami, gdyż (w szczególności w procedurze polskiej) kwestią rozpoznania zaburzenia osobowości lub innych zaburzeń natury psychicznej zajmuje się biegły psychiatra i psycholog sądowy. W dużej mierze wątpliwe znaczenie PCL-R w niektórych kontekstach wynika z braku dowodów na to, że psychopatia ma wpływ na sytuację prawną danego podmiotu. Potencjalne nadużycia lub wątpliwe zastosowania instrumentów, takich jak PCL-R i innych, budzą poważne obawy. Co

⁵⁴² B. Pastwa-Wojciechowska, *Naruszanie norm prawnych...*, op.cit., s 91.

⁵⁴³ B. Pastwa-Wojciechowska, *Podejmowanie zachowań ryzykownych przez osoby o psychopatycznej strukturze osobowości*, Rocznik Lubuski 2014, tom 40, cz. 1, s. 13-27.

więcej, termin „psychopata” ma duży potencjał wpływania na sposób postrzegania oskarżonego przez innych jako kryminalistę w najgorszym tego słowa znaczeniu.

W Stanach Zjednoczonych, od 1991 r. do 2004 r. PCL-R był stosowany w 87 zgłoszonych przypadkach, w tym w 11 przypadkach federalnych. Jak wykazano, wykorzystanie PCL-R znacznie wzrosło w latach 1991-2004, z dwoma względnymi wzrostami w latach 1999-2000 oraz między rokiem 2003 a 2004. Te wzrosty mogą odzwierciedlać losowe fluktuacje, ale możliwe jest również, że wynika to ze zmian w praktyce sądowej. Wyniki badań także sugerują, że w amerykańskich sądach PCL-R częściej stosowany jest przez prokuraturę w celu wzmocnienia argumentów, że oskarżony stanowi zagrożenie dla innych, a w konsekwencji powinien zostać usunięty ze społeczeństwa⁵⁴⁴.

Istnieje znaczna liczba badań nad różnicami płci w odniesieniu do psychopatii. Na podstawie indywidualnych badań Sullivana i Kossona przeprowadzonych w 2006 r., częstotliwość występowania psychopatii wynosi 15-25% w ogólnej populacji sprawców. Częstość występowania psychopatii jest zwykle nieco niższa w populacji sądowo-psychiatrycznej. Wśród kobiet odbywających karę pozbawienia wolności częstotliwość występowania psychopatii wynosi średnio 10-20%. Podobnie jak w przypadku wszelkich diagnoz psychiatrycznych, stopa bazowa psychopatii jest różna w obrębie odmiennych grup (typów) sprawców. Możliwe jest zbadanie i porównanie częstotliwości występowania psychopatii w poszczególnych grupach przestępców, ale należy zauważyć, że zarówno psychopatyczni mężczyźni, jak i psychopatyczne kobiety są szczególnie podatni na wszechstronną karierę przestępczą, składającą się z wielu rodzajów przestępstw. Psychopatia jest znacznie częściej stwierdzana dla zgwałceń, zabójstw i zabójstw na tle seksualnym, ale również w odniesieniu do przemocy w rodzinie, prześladowania i zabicia funkcjonariusza organów ścigania⁵⁴⁵.

Jednostki opisywane jako psychopatyczne nie tylko dokonują aktów aspołecznych, ale także stale manipulują, kłamią, wykorzystują innych i popełniają przestępstwa bez skrupułów, poczucia winy ani współczucia dla swych ofiar. Nie zdają sobie sprawy z odpowiedzialności za swoje czyny, przy czym jednocześnie posiadają poczucie własnej wartości. Wyrachowany zbrodniarz, który nie współczuje swym ofiarom i postrzega je wyłącznie jako środek do osiągnięcia satysfakcji, jest w oczach społeczeństwa i sądu uosobieniem niemoralności i okrucieństwa. Praktyka sądowa wskazuje, iż psychopaci w znacznej większości ponoszą

⁵⁴⁴ D. DeMatteo, J.F. Edens, *The role and relevance of the Psychopathy Checklist-Revised in court: A case law survey of U.S. courts (1991-2004)*, *Psychology Public Policy and Law* 12 (2) 2006, s. 214-241.

⁵⁴⁵ M.E. O'Toole, H. Hakkanen-Nyholm, *Psychopathy and Violent Crime* [w:] H. Hakkanen-Nyholm, J.O. Nyholm, *Psychopathy and Law*..., op.cit., s. 143.

odpowiedzialność za swoje czyny, a nie pretendują do złagodzenia wymierzanej im kary⁵⁴⁶. Pytanie o odpowiedzialność psychopatów nie jest jednak pytaniem prostym. Trudność w ocenie uwidacznia się bowiem wtedy, gdy należy podjąć próbę wyartykułowania ogólnych kryteriów odpowiedzialności moralnej i karnej, a następnie zapytać, czy psychopaci spełniają te kryteria.

Teoretycy nauk o odpowiedzialności karnej systematycznie sprawdzają, dlaczego niektórzy ludzie są odpowiedzialni za swoje czyny, a inni nie. Szukają zasad, które wyjaśniałyby i uzasadniały, dlaczego zwalniamy dzieci i osoby niepoczytalne z moralnych i prawnych odpowiedzialności, którym poddajemy większość dorosłych. Do dnia dzisiejszego przestrzegana jest raczej zasada, że pewne typy jednostek, takie jak dzieci i osoby chore psychicznie uznawane za niepoczytalne, nie są więc moralnie odpowiedzialne za niewłaściwe postępowanie, o ile nie mają zdolności kontrolowania swojego zachowania w świetle rozważań moralnych. Dzieci w wieku szkolnym dokonują wyborów i mogą być w stanie reagować na zagrożenia i nagrody, ale, jak twierdzą badacze, wybaczymy dzieciom, ponieważ nie mają rozwiniętej zdolności oceny i reagowania na względy moralne. W tym miejscu pojawiają się pytania o odpowiedzialność psychopatów - rozumują, ale czy są w stanie kontrolować swoje zachowanie w świetle rozważań moralnych? Czy potrafią docenić względy moralne, biorąc pod uwagę ich znacznie upośledzoną zdolność doświadczania empatii i innych emocji?

U jednostek psychopatycznych nie obserwuje się objawów psychotycznych (urojeń, halucynacji), nie są uwidocznione również uszkodzenia mózgu, a jedyne obserwowane cechy to odchylenia w zakresie uczuciowości, charakteru, empatii czy reakcji na bodźce. Zniekształcenia osobowości przejawiają się jedynie w sferze emocjonalno-wolicjonalnej, a więc nie upośledzają funkcji intelektu. Z tego względu powszechnie uważa się, iż psychopatia nie powoduje ograniczenia w rozumieniu znaczenia przedsięwziętych czynów, co wiąże się z brakiem ograniczenia lub wyłączenia poczytalności lub zdolności do brania udziału w postępowaniu karnym. W roku 1958 Sąd Najwyższy orzekł, iż „psychopatia nie podpada pod chorobę umysłową, pod niedorozwój psychiczny ani pod inne zakłócenie czynności psychicznych, uniemożliwiające rozpoznanie znaczenia czynu lub kierowanie postępowaniem”⁵⁴⁷. Wskazać przy tym należy, iż na gruncie Kodeksu Karnego Makarewicza

⁵⁴⁶ K.A. Kiehl, W.P. Sinnott-Armstrong, op.cit., s. 275.

⁵⁴⁷ tak Sąd Najwyższy w wyroku wydanym w sprawie o sygn. akt IV K 1162/57 z dnia 22 stycznia 1958 r., LEX nr 1789421.

(z 1932 r.) psychopatia mogła być zaliczana do „innych zakłóceń psychicznych” lub ewentualnie „niedorozwoju psychicznego” jako zaburzenie charakterologiczne⁵⁴⁸.

Niespełna 15 lat później, bo w roku 1971 Sąd Najwyższy w swym wyroku stwierdził, iż *„psychopatia jest czynnikiem charakterologicznym powodującym odchylenia od normy w zakresie charakteru, a intelektualne możliwości sprawcy do rozumienia znaczenia czynu i pokierowania postępowaniem są w pełni zachowane, lecz – jakkolwiek sprawca rozumie szkodliwość społeczną czynu i może powstrzymać się od jego popełnienia – decyduje się na jego popełnienie”*, podzielając tym samym swój pogląd z 1958 r. Ponadto *„u sprawcy występuje brak hamulców moralnych i społecznych, który przemienia się niekiedy w demonstracyjnie negatywny stosunek do norm współzycia społecznego i nawet chętnie się przynależnością do przestępczego marginesu społecznego”*. Sąd Najwyższy skonkludował, że *„szczególna właściwość sprawcy w postaci jego psychopatii powinna być wzięta przez sąd pod uwagę przy wymiarze kary jako okoliczność mająca poważne znaczenie dla osiągnięcia w stosunku do sprawcy celów zapobiegawczych i wychowawczych. Psychopatia bowiem powoduje zmiany charakterologiczne, które mogą bądź utrudniać, bądź niekiedy ułatwiać osiągnięcie celów kary w stosunku do skazanego”*⁵⁴⁹.

Nie powinno ująć uwadze, iż powyższe stanowiska Sądu Najwyższego powstały w czasie, gdy psychopatią nazywano wszelkie zaburzenia osobowości, a przynajmniej w czasie, gdy psychopatia nie była jeszcze znana z punktu widzenia listy jej objawów i gdy nie była oddzielnie rozpoznawana od zaburzeń dyssocjalnych. Doktryna nie wyklucza sytuacji, w której psychopatia mogłaby skutkować ograniczeniem lub wyłączeniem zdolności rozpoznania swoich czynów, jednak uznaje się, iż sytuacje te występują wyjątkowo, tj. wtedy, gdy wraz z psychopatią współwystępują określone zaburzenia psychotyczne lub gdy zaburzenia charakterologiczne będą szczególnie głębokie⁵⁵⁰.

Obecnie wciąż pojęcie niepoczytalności czy poczytalności ograniczonej w stosunku do psychopatów budzi wiele kontrowersji i niezgodności w środowisku klinicystów – spotyka się stanowiska skrajnie wykluczające niepoczytalność jednostek psychopatycznych, ale również opinie uwzględniające możliwość ograniczonej lub wyłączonej poczytalności takich osób⁵⁵¹. Pierwszym uczonym, który w powojennej Polsce zakwestionował pełną

⁵⁴⁸ M. Tarnawski, *Odpowiedzialność karna sprawców dotkniętych zaburzeniami psychopatycznymi*, Ruch Prawniczy 2/78, s. 17-29.

⁵⁴⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1971 r. wydany w sprawie o sygn. akt I KR 220/71, LEX nr 21442.

⁵⁵⁰ M. Tarnawski, op.cit., s. 17-29.

⁵⁵¹ B. Pastwa-Wojciechowska, *Psychologiczno-psychiatryczna problematyka psychopatii a potrzeby i praktyka opiniodawstwa w procesie stosowania prawa*, Chowania 2011, tom 2, s. 159-177.

odpowiedzialność osób psychopatycznych był K. Spett, stwierdzający, że „zdajemy sobie sprawę, oskarżeni nie dorównują psychicznie w zakresie sfery emocjonalnej i woli osobom niebudzącym zastrzeżeń. Niemniej wypowiadając się za poczytalnością psychopatycznych przestępców przyjmujemy prymat ochrony społecznej przed uwzględnieniem niepełnej psychicznej wartości tych osób. Z psychiatrycznego punktu widzenia zdolność pokierowania swym postępowaniem z powodu zaburzeń funkcji woli jest u psychopatów zmniejszona, u niektórych z nich zmniejszona w znacznym stopniu. Niemożność kierowania postępowaniem, a tym samym niepoczytalność, zdarza się u psychopatów wyjątkowo”⁵⁵².

W literaturze przedmiotu istniały głosy twierdzące o tym, iż z samej definicji psychopatii wynika, że zdolność takiej jednostki do pokierowania swoim postępowaniem jest *co najmniej* upośledzona⁵⁵³.

Ujmowanie zdolności do pokierowania swoim postępowaniem przez pryzmat sfery wolicjonalnej znalazło odzwierciedlenie w konstatacjach na temat wpływu zaburzeń osobowości o charakterze dysocjalnym na nieważność małżeństwa – choć nie jest to podejście, które pojawiło się na kanwie rozważań karnoprawnych o poczytalności psychopatycznych sprawców, pozwala ono na ujęcie problemu w zgoła innym świetle. Istnieje bowiem teoria, iż skoro ludzkie działanie jest wynikiem woli, a wola w każdym przypadku powinna być wolna (by stworzyć stan tzw. wolności psychologicznej”), jej produktem końcowym winny być zachowania umotywowane, świadome i odpowiedzialne. Z uwagi na to, iż osobowość dysocjalna (a więc i również psychopatia, która stanowi jej szczególną formę) powoduje zaburzenia w sferze intelektu, woli i uczuć⁵⁵⁴, można skłaniać się ku refleksji, iż zaburza ona w pewnym sensie świadomość działania jednostki.

Wyraz zróżnicowanym poglądom literatury na kwestię odpowiedzialności karnej psychopatów dał K. Spett, który stwierdził, że „z psychiatrycznego punktu widzenia zdolność kierowania postępowaniem z powodu zaburzeń funkcji woli jest u psychopatów zmniejszona, u niektórych z nich zmniejszona w znacznym stopniu. Niemożność kierowania postępowaniem, a tym samym niepoczytalność, zdarza się u psychopatów wyjątkowo. Rysy psychopatyczne, w przeciwieństwie do osobowości psychopatycznej, nie dają podstaw do przyjęcia zmniejszonej poczytalności”⁵⁵⁵.

⁵⁵² M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op. cit., s. 222.

⁵⁵³ S. Wąsowicz, *Genetycznie zdeterminowani czy też wilcze dzieci?*, *Palestra* 1973, nr 17/12 (192), s. 74-82.

⁵⁵⁴ W. Kraiński, *Osobowość dysocjalna jako przyczyna nieważności małżeństwa*, *Ius Matrimoniale* 15 (21), s. 27-42.

⁵⁵⁵ K. Spett, *Poczytalność psychopatów*, *Państwo i Prawo* 1967, nr 3, s. 474.

Mimo istnienia głosów zawierających stwierdzenia przychylnie powyższemu, to jednak właściwościom intelektualnym przypisuje się decydujące znaczenie w ocenie poczytalności sprawcy. Niejednokrotnie wskazuje się, iż racjonalne myślenie psychopaty może być przez niego wykorzystane jako hamulec w stosunku do popędów i nie zrównoważonych skłonności, nawet jeżeli brak mu jest takiego hamulca ze strony emocjonalnej. Taki pogląd nie jest łatwy do obalenia, jednak wielokrotnie przywoływano podstawowe zasady psychofizjologii i psychopatologii, które wskazują na sprzężenie zjawisk uczuciowych i pozostałych zjawisk psychicznych człowieka. Zahamowanie uczuciowego popędu jest możliwe wyłącznie przez uczucia wyższe, które przecież u jednostek psychopatycznych nie są rozwinięte lub znacznie upośledzone. To mogłoby prowadzić zatem do wniosku o tym, iż istnieją podstawy do wysnucia założeń o ograniczonej zdolności kierowania postępowaniem przez psychopatów, którzy zgodnie z kryteriami klinicznymi wykazują trwale zmiany uczuć⁵⁵⁶.

Istnieją pewne grupy poglądów, które odnoszą się do czynności procesowych, które powinny zostać podjęte wobec psychopatów – sprawców przestępstw. Pierwszą z nich jest opinia, iż psychopaci powinni być karani jak pozostali sprawcy o pełnej poczytalności (za tym podejściem przemawia właśnie nienaruszony intelekt psychopatów, który pozwala na planowanie swoich zachowań i konsekwencję w realizacji celów). Drugą grupę poglądów stanowią podejścia statuujące potrzebę karania psychopatów w sposób zróżnicowany, w zależności od rodzaju psychopatii. Trzeci typ opinii propaguje karanie psychopatów surowiej aniżeli pozostałych ludzi, aby wykształcić u nich mechanizm hamulców emocjonalnych (argumentując to faktem, iż łagodzenie kar może stanowić zachętę dla jednostek psychopatycznych do dalszego podejmowania działalności przestępczej). Ostatnią grupę poglądów prezentowanych w literaturze stanowią głosy zwolenników łagodzenia kar wymierzanych psychopatom (z uwagi na stan niezawiniony i niezależny od danego człowieka, który bowiem rozwija się od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa)⁵⁵⁷.

Jak wynika z powyższego przeglądu stanowisk nie tylko doktryny, ale i orzecznictwa (choć wciąż nienazbyt bogatego) w zakresie odpowiedzialności karnej jednostek psychopatycznych wskazać należy, że problem ten jest wciąż aktualny i niezwykle istotny, gdyż brutalne przestępstwa popełnione przez psychopatów są nie tylko doniosłe społecznie i budzą wiele negatywnych społecznie emocji, ale także stanowią wyzwanie dla ewentualnej

⁵⁵⁶ J. Kozarska-Dworska, *Psychopatia jako problem kryminologiczny*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 64.

⁵⁵⁷ J. Leszczyński, *Z problematyki karania psychopatów: głos w dyskusji*, Paestra 1975, nr 19/11 (215), s. 28-35.

terapii i procesu resocjalizacji. Z tego względu badania nad odpowiedzialnością psychopatów powinny być z całą pewnością kontynuowane, ale także winny zostać podjęte zdecydowane kroki w celu ujednoczenia pozycji terminologicznej „psychopatii” w psychiatrii i psychologii, gdyż z całą pewnością przyczyniłoby się to do uniknięcia wielu niedociągnięć znaczeniowych w dziedzinie zaburzeń osobowości.

§3. Falszywy obraz cech psychopatycznych – organiczne zaburzenie osobowości i socjopatia

1. Czynniki warunkujące zmiany organiczne na tle osobowości zaburzonej, obraz kliniczny charakteropatii

Historyczny przegląd "psychicznych zaburzeń osobowości" ujawnia brak konwergencji tych zaburzeń z organicznym zaburzeniem osobowości (*OPD – organic personality disorders*). Tylko koncepcja psychopatii została użyta jako fenotyp psychopatologiczny dla jednej z grup ludzi o organicznych zaburzeniach osobowości, tak zwanych "pseudopsychopatów". Pacjenci ci zostali opisani od początku XX wieku pod nazwą "zespołu płata czołowego". Dopiero wraz z rozwojem nozologii psychiatrycznych, w połowie XX wieku, zaczęto stosować termin "organiczne zaburzenie osobowości". Nagromadzenie wiedzy o różnych obszarach przedczołowych i rozwój modeli neuropsychologicznych, które próbują wyjaśnić zachowania społeczne, otworzyły nowe sposoby zrozumienia tego syndromu. Kora orbitalno-czołowa została zidentyfikowana jako jedna z kluczowych struktur regulacji behawioralnej i emocjonalnej.

Istnieją zatem zaburzenia osobowości, które w pierwszym wrażeniu mogą sugerować obserwatorowi, że ma do czynienia z psychopatią. Różnią się one jednak od psychopatii patogenezą ich powstania – zaburzenia osobowości mogą bowiem stanowić wynik przebytych urazów (organicznych uszkodzeń) tkanki mózgu. W przypadku wystąpienia zaburzenia osobowości o takim podłożu mamy do czynienia z charakteropatią⁵⁵⁸. Termin „charakteropatia” został pierwszy raz użyty przez T. Bilikiewicza i to właśnie tego wybitnego psychiatrę uważa się do dziś za twórcę tegoż pojęcia. „Charakteropatia” jako pojęcie powstała między innymi dla odróżnienia zaburzeń charakteru powstałych wskutek działania innych czynników etiologicznych. T. Bilikiewicz silnie postulował, by definitywnie zaprzestać

⁵⁵⁸ T. Bilikiewicz, *Psychiatria Kliniczna*, wyd. PZWL, Warszawa 1957, s. 618.

używania terminów, jakimi są „psychopatia organiczna”, „stany psychopatopodobne” lub „psychopatyzacja osobowości”⁵⁵⁹.

To, co T. Bilikiewicz nazywa charakteropatią, M. Kalasznik ujmował jako „stany psychopatopodobne”, niemniej jednak oba powyższe terminy odnosiły się do stanów klinicznie podobnych do psychopatii, które powstały wskutek urazów lub przebytego zapalenia mózgu (zwłaszcza w dzieciństwie)⁵⁶⁰. Pozostałe określenia tego typu zaburzeń używane w literaturze to osobowość encefalopatyczna, zespół organiczny pseudopsychopatyczny, zespół miejscowego psychoorganicznego uszkodzenia mózgu, organiczna osobowość pseudopsychopatyczną lub zespół organicznego zaburzenia osobowości.

Kategoria zaburzeń osobowości, które wywołane zostały chorobą, uszkodzeniem mózgu lub jego dysfunkcją, została przez Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych oznaczona kodem F07. ICD-10 Kwalifikuje do tej kategorii zmiany osobowości i zachowania, które mogą być rezydualne lub towarzyszące chorobie, uszkodzeniu lub dysfunkcji mózgu. Zaburzenia osobowości na tle organicznym (F07.0) charakteryzują się znaczną zmianą stałych wzorców zachowań pacjenta występujących przed chorobą, szczególnie w zakresie wyrażania emocji, potrzeb i popędów. Występują zaburzenia funkcji poznawczych i myślenia oraz zmienione potrzeby seksualne, stanowiące element obrazu klinicznego. Obejmują one zespół płata czołowego, zaburzenia osobowości w padaczce skroniowej, zespół po lobotomii i leukotomii oraz organiczną osobowość pseudopsychopatyczną i pseudoupośledzoną. Nie znalazły się w obrębie tego zaburzenia natomiast: trwała zmiana osobowości po katastrofie (F62.0) lub przebytej chorobie psychicznej (F62.1), a także zespół po wstrząśnieniu mózgu (F07.2), zespół po zapaleniu mózgu (F07.1) czy specyficzne zaburzenia osobowości (F60). W kategorii F07 znalazły się także „inne organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu” (organiczne zaburzenia afektywne spowodowane zmianami w prawej półkuli) oraz „nieokreślone organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu” (tzw. zespół psychoorganiczny)⁵⁶¹.

Do podstawowych objawów klinicznych zaburzeń osobowości i zachowania spowodowanych chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu należą w szczególności:

⁵⁵⁹ A. Jakubik, *Zaburzenia osobowości*, wyd. PZWL, Warszawa 1999, s. 62.

⁵⁶⁰ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym...*, op.cit., s. 223.

⁵⁶¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ..., op.cit., s. 212.

- trwale zmniejszona wytrwałość w realizacji działań celowych, zwłaszcza wymagających nakładu czasu i niedających natychmiastowej gratyfikacji;
- zmienione zachowania emocjonalne, charakteryzujące się chwiejnością afektywną, pustą i nieumotywowaną wesołością (np. euforią, nieadekwatnym dowcipkowaniem) z łatwym przechodzeniem do stanu rozdrażnienia, wybuchów złości i gniewu, a niekiedy apatii;
- ujawnianie lub realizowanie potrzeb i popędów bez zważania na następstwa i normy społeczne (np. kradzieże, żarłoczne jedzenie, niestosowne propozycje seksualne);
- zmienione zachowania seksualne (hiposeksualność, zmiana preferencji seksualnych itp.);
- zaburzenia procesów poznawczych w postaci podejrzliwości, nastawień urojeniowych i (lub) nadmiernej koncentracji na pojedynczym, zwykle abstrakcyjnym problemie (np. religia, prawda, fałsz, sprawiedliwość);
- sztywność i rozwlekłość myślenia;
- „lepki” kontakt z otoczeniem⁵⁶²;

Charakteropatii towarzyszy głównie radykalna zmiana zachowań, które dana jednostka wykazywała przed wystąpieniem zaburzenia. Szczególnie narażona jest sfera impulsów, emocji i odczuwanych potrzeb. Występuje także aberracja przewidywania i planowania, które cechują zespół płata czołowego, tj. nie tylko uszkodzenie płata czołowego, ale także pozostałych struktur mózgowych, które z płatem czołowym są strukturalnie i funkcjonalnie połączone⁵⁶³. Zdaniem J.W. Aleksandrowicza, termin „charakteropatia” w Polsce miał postać wieloznaczną, jednak cechą odróżniającą charakteropatów od osób ujawniających zachowania dyssocjalne jest stwierdzenie o.u.n.⁵⁶⁴

Zespół czołowy został po raz pierwszy opisany przez J.M. Harlowa już w drugiej połowie XIX wieku, który dokonał analizy przypadku 25-letniego rzemieślnika, którego zachowanie zmieniło się diametralnie po tym, jak został ugodzony żelaznym prętem, który przebił szczękę, oczodół oraz płat czołowy i sklepienie czaszki w okolicy śródczołowej. Dotąd normalny i przyjazny człowiek po przejściu powyżej wskazanego urazu stał się uparty, nieodpowiedzialny, ubliżał społeczeństwu i wiele przeklinał. Snuł także wiele planów na przyszłość, których nie realizował, a w sferze uczuciowości wyższej zauważono znaczne upośledzenie. Taki opis przypadku sugerowałby na objawy osobowości dyssocjalnej lub

⁵⁶² A. Jakubik, op.cit., s. 489.

⁵⁶³ A. Daniszewska, N. Waszkiewicz, *Poczytalność w zaburzeniach osobowości ...*, op.cit., s. 271.

⁵⁶⁴ J.W. Aleksandrowicz, *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10). Psychopatologia, diagnostyka, leczenie*, wyd. UJ, Kraków 1998, s. 124.

wręcz psychopatii, jednak wspomniany J.M. Harlow, wiedząc o przebytych przez pacjenta urazach, wysnuł teorię o istnieniu takiego rodzaju zaburzenia osobowości w następstwie uszkodzenia płatów czołowych⁵⁶⁵.

Z anatomicznego punktu widzenia płaty czołowe są podzielone na czołowe okolice ruchowe i korę przedczołową. O ile czołowe okolice ruchowe są odpowiedzialne za inicjację i modulację ruchów i znajdują się w zakręcie przedśrodkowym oraz przyśrodkowej powierzchni mózgu, tak wszystkie pozostałe obszary czołowe można nazywać korą przedczołową. W jej skład wchodzi grzbietowo-boczna kora czołowa, okolice biegunów płatów czołowych, przyśrodkowe i boczne okolice około-oczodołowe, przyśrodkowa kora czołowa i przednia część zakrętu obręczy⁵⁶⁶. To właśnie ten obszar, tj. kora przedczołowa, odpowiedzialny jest za sprawowanie funkcji kontrolnej zachowania oraz powoduje, że człowiek jest w stanie zachowywać się rozsądnie, stosownie do sytuacji i zgodnie z wyznaczonymi normami społecznymi i moralnymi.

W 1975 r. D.F. Blumer i D. Benson ukuli termin "pseudopsychopatia", aby opisać osobowości podgrupy pacjentów z płatem czołowym, którym brakowało taktu i powściągliwości wymaganych od ludzi dorosłych. W przeciwieństwie do psychopatii, w której w dzieciństwie i dorastaniu pojawiają się cechy psychopatyczne bez poważnej strukturalnej zmiany w mózgu, pseudopsychopatyczne zachowania pojawiają się po uszkodzeniu mózgu. Profil neuropsychologiczny pseudopsychopatów charakterystyczny jest w odniesieniu do deficytów w podejmowaniu decyzji, emocjach i funkcjonowaniu autonomicznym, pomimo względnie normalnych osiągnięć w zakresie tradycyjnych narzędzi neuropsychologicznych. W świetle badań klinicznych i laboratoryjnych często bowiem łączy się zachowania społeczne i moralne ze środkową korą przedczołową i korą oczodołowo-czołową⁵⁶⁷.

W następstwie odkrycia dokonanego przez J.M. Harlowa rozpoczęto badania nad przypadkami pacjentów z objawami podobnymi do pierwotnego przypadku, a zmiany zachodzące w sferze osobowości i emocji wskutek uszkodzenia mózgu nazywano „zespołem Phineasa Gage’a” – nazwa pochodziła bowiem od imienia i nazwiska znanego już wówczas pacjenta J.M. Harlowa. W wyniku wielokrotnych analiz porównawczych wyodrębniono pewne cechy wspólne dla jednostek o uszkodzonych płatach czołowych, którymi były:

⁵⁶⁵ A. Bilikiewicz, *Zaburzenia osobowości i zachowania ...*, op.cit., s. 148.

⁵⁶⁶ B.C. Jobst, B.C. McDonald, *Zaburzenia zachowania pochodzenia czołowego* [w:] S.C. Schachter, G.L. Holmes, D.G.A. Kasteleijn-Nolst Trenite, *Padaczka. Aspekty behawioralne w teorii i praktyce*, wyd. Czelej, Lublin 2009, s. 261.

⁵⁶⁷ M. Koenigs, D. Tranel, *Pseudopsychopathy: A perspective from cognitive neuroscience* [w:] D.H. Zald, S.L. Rauch (red.), *The Orbitofrontal Cortex*, Oxford University Press; New York 2006. s. 597-619.

- niezmieniona percepcja, zdolności językowe i ruchowe oraz normalna (tj. nieodbiegająca od normy) orientacja w otoczeniu, pamięć i sprawność intelektualna;
- wyniki w testach psychologicznych oceniane były jako mieszczące się w normie;
- obniżona koncentracja, apatia, brak samooceny, brak ambicji, impulsywność, wybuchy emocji, znaczne rozhamowanie, zaburzenia nastroju;
- diametralna zmiana osobowości, tj. jej trwałych indywidualnych cech;
- zanik uczuciowości, deformacja sfery emocjonalnej oraz znaczna obojętność emocjonalna;
- zaburzona kontrola zachowania i równowaga między procesami poznawczymi a emocjonalnymi⁵⁶⁸;

Obraz psychopatologiczny jest zróżnicowany przede wszystkim ze względu na to, czy uszkodzenie w okolicy płata czołowego znajduje się u jego podstawy, czy też dotyczy sklepiści. Uszkodzenie podstawowej części płata czołowego (*syndroma baseofrontale*), tj. jego podstawy, objawia się zanikiem uczuciowości wyższej. Chory nie zdaje sobie sprawy z powagi jego sytuacji zdrowotnej, często bywa nietaktowny i nieprzystojny, w tym przejawia skłonność do ekscesów seksualnych i wybryków, nawet jeżeli dany chory przejawia obniżenie napędu psychoruchowego. Nastrój jednostki jest raczej chwiejny, jednostka zaburzona z łatwością przechodzi z beztroskiego dowcipkowania do rozdrażnienia, ponadto w sferze mowy można zaobserwować okresowe rozhamowanie – chory z początku przejawia mowę powolną, która stopniowo staje się szybsza, głośniejsza i bardziej chaotyczna, po czym następuje uczucie znacznego wyczerpania i bóle głowy.

Zespół czołowy ze sklepiści różni się od zespołu czołowego związanego z uszkodzeniem podstawy płata czołowego przede wszystkim zaburzeniami napędu psychoruchowego (które w *syndroma baseofrontale* nie występuje, miast tego zaobserwować można pobudzenie psychoruchowe). Zespół czołowy ze sklepiści (*syndroma convexofrontale*) charakteryzuje abulia, apatia z nastrojem dysforycznym oraz chwiejność uczuciowa, połączona z deficytami pamięci, uwagi i myślenia abstrakcyjnego. Mowa chorego jest lakoniczna, rozmowy z otoczeniem w zasadzie nie są podejmowane, a całokształt życia jest raczej animalno-wegetatywny, aniżeli związany z realizacją jakichkolwiek zainteresowań. Wynika to z faktu, iż chory zatracza uczucia społeczne, poczucie odpowiedzialności i ambicji⁵⁶⁹.

⁵⁶⁸ A. Herzyk, *Neuropsychologiczna analiza zaburzeń emocjonalnych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*, *Audiofonologia* t. XIV, 1999, s. 27-49.

⁵⁶⁹ A. Bilikiewicz, *Zaburzenia osobowości ...*, op. cit., s. 150-151.

Szczególną odmianą zespołu czołowego jatrogennego, tj. powstałego w wyniku zabiegów chirurgicznych stosowanych w psychiatrii, jest zespół po leukotomii (inaczej nazywany charakteropatią leukotomizowanych). Obecnie leukotomia lub lobotomia przedczołowa nie jest już powszechnie stosowana, jednak w przypadkach, gdy jest to medycznie uzasadnione (np. w padaczce odpornej na farmakoterapię), została ona w znacznej mierze zmodyfikowana od jej pierwotnej postaci⁵⁷⁰.

W roku 1936 W. Freeman oraz J. Watts wprowadzili w Stanach Zjednoczonych lobotomię przedczołową – polegała ona na wkłuwaniu ostrego narzędzia przez oczodół do jamy czaszki, a następnie uszkodzeniu istoty białej pomiędzy korą mózgową i płatami czołowymi a pozostałą częścią mózgu. Już wówczas zauważono, że operacje te pozbawiały ludzi umiejętności przewidywania konsekwencji ich działań oraz samorozwoju, stąd sam W. Freeman zaprzestał wykonywania zabiegów na osobach, które wykazywały zachowania antyspołeczne. Wśród objawów, które zauważalne były u pacjentów poddanych zabiegowi leukotomii lub lobotomii przedczołowej, przede wszystkim wskazywano popadnięcie w inercję, brak spontaniczności i utratę wyższych czynności intelektualnych. Pacjenci tracili poczucie taktu, powściągliwość w swych słowach i czynach. Na tej podstawie W. Freeman i J. Watts rozpoczęli formułowanie tez dotyczących podstawowych funkcji płatów czołowych i zauważyli, iż dzięki nim człowiek jest w stanie przewidywać szeroko pojęte konsekwencje oraz dostosować swoje zachowanie do otoczenia i określonych norm społecznych i moralnych (w tym także prawnych)⁵⁷¹.

Oddzielenie struktur korowych płata czołowego od struktur podkorowych (wzgórze) powodowały pojawienie się objawów charakterystycznych dla charakteropatii pourazowych, tj. zmniejszenia oczekiwań, monotonii uczuciowej, zwiększoną adaptatywność i pozbawienie indywidualnych cech, które dana jednostka prezentowała przez operacją. Zmiany nie dotyczyły jednak wyłącznie sfery psychicznej, bowiem zauważono, iż osoby o budowie leptosomicznej stawały się osobami o budowie pyknicznej⁵⁷².

⁵⁷⁰ Tamże.

⁵⁷¹ K. Jęczmińska, *Lobotomia – z piedestału do karceru*, Psychiatria po Dyplomie 2014, <https://podyplomie.pl/psychiatria/16032,lobotomia-z-piedestału-do-karceru> [dostęp: 20.01.2019 r.].

⁵⁷² Klasyfikacja L. Kretschmera wyodrębniła trzy rodzaje budowy ciała: 1) typ pykniczny to osoby o rozwiniętej głowie, klatce piersiowej i brzuchu, o ciele mającym tendencję do rozkładania tłuszczu wokół tułowia. Były to osoby o średnim wzroście, zaokrąglonej figurze, szerokiej twarzy i masywnej szyi, o okazałym brzuchu. Cechy osobowości pykników to otwartość, zdolność do zbędnej aktywności; 2) typ asteniczny/leptosomiczny to osoby o wątej i smukłej budowie ciała, o wymiarach i wadze poniżej ogólnych dla danego wieku i płci. Astenicy to ludzie o bladej cerze, szczupłych rękach i delikatnych dłoniach, wąskiej klatce piersiowej i płaskim brzuchu – w sferze psychicznej to ludzie zamknięci, romantyczni, przejmujący się wieloma rzeczami; 3) typ atletyczny prezentowali ludzie o silnie rozwiniętym kośćcu mięśniowym, silnym brzuchu i dobrze rozwiniętej klatce piersiowej. W sferze emocjonalnej są to energiczni ludzie nastawieni na sukces.

Z punktu widzenia neurofizjologii do kategorii charakteropatów zalicza się także osoby z zespołem skroniowym. Zespół ten odznacza się nie tylko cechami charakterystycznymi dla zespołu czołowego, ale również:

- przewlekłą niepewnością oraz niską zdolnością do podejmowania decyzji wraz z małą podatnością na sugestie;
- skłonnością do impulsywnych działań;
- nastrojem chwiejnym, określanym jako „ślepotą duchową”, trudnym do określenia;
- powierzchownym i pozbawionym motywacji działaniem;
- spowolnieniem i rozwlekłością mowy;
- wyraźnym dostosowywaniem swoich pragnień do dokonywanych osądów;
- bezkrytycyzmem⁵⁷³;

Charakteropatię pourazową cechuje, niezależnie od tego, jak bardzo obniżyła się sprawność intelektualna danej jednostki, trwała zmiana struktury osobowości, co zaobserwować można nie tylko w sferze charakteru, ale i temperamentu oraz sposobu reagowania na bodźce. Bywa bowiem, iż niektórzy charakteropaci stają się skryci i mniej towarzyscy (o stępionej uczuciowości wyższej), inni zaś beztrąsko euforyczni. Znamienne jest, że charakteropaci doświadczają silnych wahań nastroju i nieuzasadnionej chwiejności afektywnej, która nierzadko ma związek z porywcznością i drażliwością w reakcji na otoczenie. Zdarzać się może, że popędy gniewu są nie do opanowania, gdyż wiążą się z patologicznym jego charakterem (*incontinentia affectiva*). Przy uszkodzeniach płata czołowego chorzy często popadają w alkoholizm (może być on okresowy), a uszkodzenia płatów potylicznych przekształcają ich raczej w jednostki apatyczne, znajdujące się znaczną część czasu w błogostanie i tętym nastroju⁵⁷⁴.

Organiczne zaburzenia osobowości nie dotyczą jedynie uszkodzeń mózgu, które nastąpiły w życiu człowieka (w dzieciństwie lub na etapie dorosłości) w wyniku urazów mechanicznych, ale także uszkodzeń, które powstać mogą jeszcze na etapie życia płodowego lub w czasie porodu. Bywa bowiem, że szkodliwe czynniki oddziałują na rozwijający się mózg płodu lub noworodka. Jeżeli w czasie ciąży płód dozna urazu fizycznego lub zapalenia mózgu, podczas porodu mózg noworodka zostanie silnie niedotleniony, ale także gdy matka nadużywa alkoholu lub przejdzie innego rodzaju poważne zatrucie, wówczas może wystąpić takie uszkodzenie mózgu, które warunkować może charakteropatię. Porównując etiologię psychopatii i charakteropatii wskazać należy, że psychopatia porównana może być do „wady

⁵⁷³ A. Bilikiewicz, *Zaburzenia osobowości ...*, op. cit., s. 152.

⁵⁷⁴ T. Bilikiewicz, *Psychiatria Kliniczna...*, op. cit., s. 621.

wrodzonej”, organiczne zaburzenie osobowości zaś – do „kalectwa nabytego”. Powszechnie uznaje się, iż stany pourazowe charakterystyczne dla charakteropatii mogą uzasadniać uznanie sprawcy za działającego w stanie niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej⁵⁷⁵.

2. Socjopatia jako produkt niekorzystnych wpływów środowiskowych

Czym jest socjopatia? Robert Hare zauważył, że socjopatia i psychopatia są używane zamiennie i przypuszczalnie to użycie sprawia, że mniej prawdopodobne jest pomylenie tych terminów z psychotycznością lub szaleństwem. Hare wskazał na subtelny, aczkolwiek wcale nie niewielką różnicę w myśleniu o tych dwóch terminach. To za jego sprawą właśnie uważa się, że zjawisko socjopatii jest w całości spowodowane przez siły społeczne i wczesne doświadczenia. Terminu socjopatia używano również w odniesieniu do antyspołecznych zaburzeń osobowości⁵⁷⁶.

Odwieczna debata na temat psychopatii i socjopatii nie wydaje się mieć łatwego rozwiązania. Dzieje się tak głównie dlatego, że słowa są często używane zamiennie, a nawet jeśli terminy są jednoznacznie zdefiniowane przez jednego uczonego, inny może się nie zgodzić i zastosować użycie tego terminu w zupełnie inny sposób. Szukanie tych terminów w słownikach może prowadzić do większej dezorientacji, ponieważ definicja psychopatii może zawierać słowo socjopatia w opisie i odwrotnie. Badania sugerują, że psychopaci stanowią stabilną i proporcjonalną grupę każdej (dowolnej) populacji, mogą więc pochodzić z dowolnego segmentu społeczeństwa, mogą stanowić odrębną klasę taksonomiczną, wykształconą przez między innymi przez fakt, że wyciszanie emocji społecznych jest bezpośrednim mechanizmem, który umożliwia danym jednostkom realizować swoje cele skoncentrowane na sobie samym, bez wykorzenienia poczucia winy. Socjopaci są bardziej produktem niekorzystnych doświadczeń środowiskowych, które wpływają na autonomiczny układ nerwowy i rozwój neurologiczny, co może prowadzić do reakcji fizjologicznych podobnych do reakcji psychopatów. Antyspołeczne zaburzenie osobowości zaś jest terminem, który może być stosowany zarówno w odniesieniu do psychopatów, jak i socjopatów, ponieważ poszczególne cechy tych obu zaburzeń zawierają się w ogólnej klasyfikacji „antyspołecznych zaburzeń osobowości”.

Innymi słowy, w dziedzinie zdrowia psychicznego istnieje pewna zgoda co do tego, że psychopatia jest bardziej wrodzonym zjawiskiem, podczas gdy socjopatia, która ma podobną

⁵⁷⁵ K. Spett, *Poczytalność charakteropatów*, Palestra 1969, nr 13/5 (137), s. 30-34.

⁵⁷⁶ E.L. Fersch, *Thinking about Psychopaths and Psychopathy. Answers to Frequently Asked Questions with Case Examples*, wyd. iUniverse, Lincoln 2006, s. 11

kliniczną postać do psychopatii, jest bardziej wynikiem czynników środowiskowych (ubóstwo, ekspozycja na przemoc, zaniedbanie, nieprawidłowe rodzicielstwo itp.). Jest to oczywiście trudne do udowodnienia, ponieważ debata „natura kontra wychowanie” nigdy nie wydaje się być rozstrzygnięta i to nie bez powodu – istnieje wiele głosów w środowisku naukowym, że zarówno składniki biologiczne jak i ekspozycja środowiskowa wpływają i kształtują człowieka w równym stopniu⁵⁷⁷.

Lista objawów R. Hare’a – PCL-R – identyfikuje deficyty interpersonalne (takie jak wyniosłość, arogancja i podstępność), deficyty afektywne (brak poczucia winy i empatii) oraz zachowania impulsywne i przestępcze (rozwiązłość seksualna, kradzieże etc.), które są typowymi deficytami osobowościowymi psychopatów. Hare ocenił, że różnica między psychopatią a socjopatią „odzwierciedla ich źródła i determinanty”.

W historii debaty naukowej nad powyższym problemem wskazywano na inne jeszcze różnice między psychopatią i socjopatią poza ich etiologią. Zdolność odczuwania przywiązania i empatii względem drugiego człowieka oraz poczucie winy i wstydu po zrobieniu czegoś złego nie jest ściśle związana z psychopatią. Sugeruje się jednak, że socjopaci mogą emocjonalnie przywiązywać się do innych i źle się czują, gdy ranią te osoby. Socjopatom nadal brakuje empatii i przywiązania do szeroko pojętego społeczeństwa, nie poczuwają się do winy po skrzywdzeniu obcego człowieka czy złamaniu prawa, ale nie można powiedzieć, że całkowicie nie odczuwają empatii, jak jest to cechą charakterystyczną psychopatów.

Zarówno psychopaci jak i socjopaci są zdolni do popełniania haniebnych zbrodni, jednak psychopata popełniłby zbrodnie przeciwko członkom rodziny lub swym przyjaciołom (jak również nieznanym) i raczej nie odczuwał żadnych skrupułów, co nie jest charakterystyczne dla socjopatów.

Główna różnica między psychopatią a socjopatią przebiega także w prezentacji danej jednostki przez siebie samego. Psychopata jest nieczuły, ale uroczy. Będzie manipulował innymi z charyzmą i skutecznie potrafił naśladować uczucia, by wobec społeczeństwa uchodzić za osobę reagującą adekwatnie do sytuacji. Psychopata jest zorganizowany w swoim zbrodniczym myśleniu i zachowaniu oraz może utrzymywać dobrą kontrolę emocjonalną i fizyczną, wykazując niewielkie lub wyłączone pobudzenie emocjonalne, nawet w sytuacjach, które większość ludzi uznałaby za groźną lub przerażającą. Psychopata zdaje sobie sprawę, że to, co robi, jest złe, ale nie przejmuje się tym.

⁵⁷⁷ K. McAleer, *Sociopathy vs. Psychopathy*, PsychCentral 2010, artykuł dostępny na stronie www.blogs.psychcentral.com/forensic-focus/2010/07/sociopathy-vs-psychopathy/ [dostęp: 27.11.2018 r.].

Socjopata wprost odwrotnie – jest mniej zorganizowany w swoim zachowaniu; może być nerwowy, łatwo wzburzony i szybko okazywać gniew. Socjopata jest bardziej skłonny do spontanicznego działania w niewłaściwy sposób, nie myśląc o konsekwencjach. W porównaniu do psychopaty nie będzie on w stanie popełnić zbrodni z łatwością, ponieważ co do zasady potrafi on tworzyć więzi i wykształcić uczucie przywiązania, a z tego powodu często ma „normalny temperament”. Socjopata będzie kłamał, manipulował i ranił innych, tak jak to robiłby psychopata, ale często unika tego dla wybranych kilku osób, które są mu bliskie i prawdopodobnie będzie czuł się winny, jeśli zrani kogoś, na kim mu zależy.

Tak więc choć te dwa pojęcia wydają się być stosowane zamiennie (ponieważ mają wiele podobnych cech), są one bardziej jak dwie strony tej samej monety. Patrzenie na różnice może wydawać się daremne, jednakże badanie psychopatii i socjopatii jako różnych konstruktów może okazać się pomocne w zrozumieniu etiologii tych zaburzeń oraz w opracowaniu skutecznych metod leczenia⁵⁷⁸.

Badania empiryczne wskazują, iż istnieją cechy często prezentowanych zarówno przez psychopatów jak i socjopatów, a należą do nich:

- patologiczne kłamstwa;
- brak empatii, inteligencji emocjonalnej lub zdolności do opieki;
- słabe lub zniesione przywiązanie do innych (osoby, które absolutnie nie mają przywiązania do innych, częściej wykazują brak empatii, troski, a w skrajnych przypadkach słabe przywiązanie może odpowiadać za wiele antyspołecznych zachowań jednostki);
- urok i czar, społeczna inteligencja (istnieją stwierdzenia, iż w życiu codziennym częściej spotyka się socjopatę niż psychopatę, gdyż psychopaci wydają się być bardziej agresywną populacją, podczas gdy socjopaci mają większe szanse na karierę i wykazują bardziej „normalne” społecznie zachowania);
- brak poszanowania praw innych osób (przyjmuje się wielokrotnie, iż zaburzenia zachowania prowadzą do wykształcenia się socjopatii);
- dysfunkcja osobowości i silna potrzeba pobudzenia (epizody piromanii w dzieciństwie, okrucieństwo wobec zwierząt, brak wyrzutów sumienia, trudności z zarządzaniem gniewem, nadużywanie substancji psychoaktywnych, brak przywiązania do innych, złośliwa postawa, agresja, pragnienie ryzyka i przygody, rozwiązłość

⁵⁷⁸ K. McAleer, *Sociopathy vs. Psychopathy*,... op. cit.

seksualna obserwowane u dzieci i młodzieży są wyraźnym znakiem kształtującej się socjopatii lub psychopatii)⁵⁷⁹;

Mówi się, że psychopatia jest jedną z najważniejszych konstrukcji psychologicznych istotnych dla systemu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych. Socjopatia, psychopatia i społeczne zaburzenie osobowości są oddzielnymi pojęciami z rozmytymi granicami. W przeciwieństwie do psychopatów wszyscy socjopaci są z definicji przestępcami i opisywani byli barwnie przez Lykkena jako „dzikie stworzenia, nieudomowione drapieżniki, pasażerowie na gapę podczas wspólnej podróży, którzy nigdy nie podpisali umowy społecznej”. Spotyka się także pogląd, iż socjopaci to osoby, które stosują „strategię oszukiwania i kłamstwa nie tak wyraźnie powiązaną z genotypem (jak w przypadku psychopatów)”. Socjopaci „posiadają osobowości impulsywne lub pewne wzorce nawyku, które można powiązać z dewiacyjnymi historiami uczenia się, oddziałującymi na osobowość, być może wraz z dewiacyjnymi genetycznymi predylekcjami”. Dla badaczy, którzy podzielają powyższe poglądy, socjopaci rozwijają pewne emocjonalne odkształcenia, z którymi psychopaci się rodzą, a rozwijają owe odkształcenia poprzez nieodpowiedni proces socjalizacji oraz surowe i nieprzyjemne doświadczenia z dzieciństwa⁵⁸⁰.

W przeciwieństwie do psychopatii, socjopatia i społeczne zaburzenia osobowości są terminami, które ewoluowały w różnych wydaniach DSM Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Termin „socjopatia”, który nie ma tymczasowego znaczenia klinicznego, został wprowadzony przez Birbauma w 1909 r. w celu opisanie osób wykazujących zachowania społeczne, impulsywność i deficyty w zakresie empatii i przetwarzania emocjonalnego. W przeciwieństwie do koncepcji psychopatii, która podkreślała dziedziczną etiologię, „socjopatia” podkreślała rolę czynników środowiskowych i osobistych doświadczeń. Patologiczny kontekst społeczny był zarówno przyczyną, jak i konsekwencją zachowania jednostki socjopatycznej⁵⁸¹.

Zdaniem D.T. Lykkena większość młodych przestępców nie jest psychopatyczna, ponieważ psychopaci z zasady występują rzadko w społeczeństwie. Jednostki socjopatyczne mogą nie być agresywne i nie muszą stosować przemocy, niektórzy z nich mogli zostać nauczeni odpowiedzialności i stanowią pewną użyteczną wartość dla społeczeństwa dzięki

⁵⁷⁹ T. Hill, *10 Signs of Psychopathy and Sociopathy*, PsychCentral 2017, artykuł dostępny na stronie www.blogs.psychcentral.com/caregivers/2017/07/10-signs-of-psychopathy-and-sociopathy [dostęp: 22.01.2018 r.].

⁵⁸⁰ A. Walsch, H.H. Wu, *Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy and sociopathy: evolutionary genetic, neurobiological and sociological considerations*, *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law and Society* 2008, nr 21 (2), s. 135-152.

⁵⁸¹ D. Emerson, *Psychopaths in our lives*, Middletown 2015, s. 10.

prawdziwie zręcznemu rodzicielstwu. Większość recydywistów to socjopaci, a to właśnie socjopaci są szczególnie niebezpieczni⁵⁸². Lykken uważał socjopatów za bardziej niebezpieczne jednostki dla społeczeństwa niż psychopaci, ponieważ są tak samo niebezpieczni i znacznie liczniejsi, ale twierdził także, że ich liczba wzrasta w alarmującym tempie. Lykken przypisuje ten wzrost rosnącemu poziomowi złego rodzicielstwa i wzrostowi liczby dzieci wychowywanych w domach bez ojców. Szczególnie zajmuje się wskaźnikami urodzeń pozamałżeńskich i uważa, że zjawisko to powoduje liczne zachowania problemowe (nadużywanie narkotyków, ubóstwo, analfabetyzm, bezdomność itd.) inne niż popełnianie przestępstw.

Środowisko, w którym dorasta dziecko, jest niezwykle istotne z perspektywy pewnego rodzaju „podłoża wzrostowego”, które pozwala prawidłowo kształtować przedomózgowie dziecka. Jeśli dana jednostka w dzieciństwie jest zaniedbywana, procesy neuronalne mogą ulec zaburzeniu. Dużą rolę w fazie dojrzewania neuronalnego przypisuje się związkowi lękowego stylu przywiązania z wystąpieniem patologii osobowości w okresach późniejszych. Wstyd i lęk, które są szczególnie silnie przeżywane w dzieciństwie, również skutkują kształtowaniu się patologicznego obrazu osobowości⁵⁸³.

Wychowanie w domu bez ojca znacznie zwiększa ryzyko zachowań aspołecznych u dzieci. W drodze przykładu fińskie badanie wykazało, że dorastanie w domu wyłącznie z jednym rodzicem podwaja prawdopodobieństwo, że dziecko w przyszłości wkroczy na drogę przestępstwa. Ponadto dwa brytyjskie badania wykazały, że chłopcy urodzeni poza związkiem małżeńskim wykazują zachowania przestępcze i pozostałe zaburzenia zachowania, sprawiają ponadto problemy na znacznie wyższym poziomie niż dzieci urodzone w małżeństwie.

Nie zawsze należy postawić znak równości pomiędzy wychowaniem przez jednego rodzica z nieprawidłowym wychowaniem (ponieważ istnieją wypadki, gdy samotny rodzic jest w stanie lepiej zadbać o rozwój dziecka, aniżeli dwoje rodziców zaniedbujących dziecko), choć powszechnie wiadomo, iż preferowany model wychowania dziecka przyjmuje model dwuosobowy. Wiele badań wskazało, iż niezamężne matki mają tendencję do pochodzenia z rodzin pozbawionych możliwości finansowych (najczęściej właśnie jednoosobowych), a także z reguły zachodzą w ciążę dużo wcześniej, aniżeli matki, które rodzą dzieci będąc w związkach małżeńskich. Bycie niezamężnym oznacza także, że matkom prawdopodobnie

⁵⁸² D.T. Lykken, *Psychopathy, Sociopathy and Crime*, Society (1996), s. 29-34.

⁵⁸³ G. Adshead, P. Brodrick, J. Preston, M. Deshpande, *Zaburzenia osobowości u osób w okresie dojrzewania*, Psychiatria po Dyplomie 2012, tom 9 nr 5, s. 5-13.

brakuje takiego samego wsparcia finansowego i społecznego, z jakiego korzysta większość zamężnych matek, co z kolei zwiększa prawdopodobieństwo krzywdzenia dzieci lub ich zaniedbywania. Dorastanie bez ojca także zmniejsza kontrolę nad dziećmi i zwiększa liczbę nastolatków bez nadzoru, które mogą gromadzić się w gangach złożonych z innych osób o podobnym pochodzeniu rodzinnym.

Relacji między macierzyństwem kobiet niezamężnych a zachowaniem kryminalnym ich dzieci nie można przypisać wyłącznie funkcjonowaniu rodziny. Przeprowadzone badanie etiologii genetycznej zachowań 1524 par rodzeństw z różnych struktur rodzinnych z National Longitudinal Survey of Youth wykazało, że dziedziczne cechy związane z zachowaniami aspołecznymi mogą dotyczyć osób w różnych strukturach rodzinnych, a cechy te są następnie przekazywane dalszemu potomstwu. Matki niezamężne mają tendencję do podążania za impulsywnym, wyuzdanym i ryzykownym stylem życia, a także do wykazywania niższego niż średni ilorazu inteligencji.

Badania wykazały również, że samotne matki z dziećmi, które wychowywane są przez innych mężczyzn aniżeli ich ojciec, są typami rodzin, które narażają dzieci i nastolatków na ryzyko zachowań antyspołecznych. Dwuosobowa rodzina z dwojgiem rodzeństwa, która sugeruje wysoki wysiłek matczyzny i rodzicielski, to rodzina, która umieszcza jej potomstwo na najniższym poziomie ryzyka zachowań aspołecznych. Środowisko domowe jest pierwszym z najważniejszych ogniw w łańcuchu przyczynowym wpływów środowiskowych, które będą miały wpływ na rozwój dziecka w całym okresie jego życia. Głównymi czynnikami środowiskowymi towarzyszącymi pozamałżeńskiemu wychowaniu dzieci są ściśle powiązane zmienne, takie jak ubóstwo oraz wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci, które są związane z antyspołecznym ich zachowaniem w przyszłości⁵⁸⁴.

Ubóstwo od tak dawna uważane jest za przyczynę przestępczości, że niemal stało się pewnym truizmem. Wychowywanie dzieci w nędznych warunkach (np. w slumsach) w otoczeniu nieustannej przemocy z pewnością nie jest zalecane, ale co właściwie jest przyczyną ubóstwa? Osoby w pełni sprawne fizycznie żyjące w ubóstwie nie mają dobrych miejsc pracy - zazwyczaj brakuje im dobrej pracy, ponieważ brakuje im wystarczającej edukacji. Jest to ważna kwestia. Według US Census Bureau, jednoosobowe wychowanie dziecka jest lepszym predyktorem ubóstwa niż jakikolwiek inny czynnik. Ubóstwo niszczy duszę, rodzi gniew, zazdrość, beznadziejność i rozpacz, a to z kolei prowadzi do podwyższonego ryzyka przemocy, w tym przemocy wobec własnych dzieci. Problem polega na tym, że tego

⁵⁸⁴ A. Walsch, H.H. Wu, op. cit.

rodzaju reakcje mogą ukształtować dzieci w kierunku socjopatii. Innymi słowy, jeśli ścieżka do socjopatii jest głównie rozwojowa, czy socjopaci mogą rozwinąć rodzaje fizjologicznych wzorców reakcji, które widzimy u psychopatów? W jednym z badań porównano psychopatów, socjopatów i grupę kontrolną osób niebędących przestępcami w zakresie unikania szoku, galwanicznej reakcji skóry i skali lęku. Przeprowadzający badanie D. Lykken odkrył, że socjopaci uzyskali znacznie niższe wyniki niż wszystkie jednostki z grupy niepełniających przestępstwa we wszystkich skalach, ale uzyskali tym samym wyniki wyższe niż psychopaci.

Zaniedbane dzieci spędzają dużo czasu w stanie niskiego poziomu lęku, co prowadzi je do skupienia uwagi na poszukiwaniu niewerbalnych sygnałów o możliwości wystąpienia bezpośredniego zagrożenia. Ta tendencja została określona jako „zamrożona czujność” i jest umiejętnością motoryczną prawej półkuli. Obszary umiejętności motorycznych rozwijają się wcześniej niż obszary językowe lewej półkuli, więc jeśli w najwcześniejszych okresach organizacyjnych mózgu doświadczy się znęcania i zaniedbania, dana jednostka może rozwinąć tendencję do znacznego zwiększenia funkcji prawej części mózgu przez całą resztę życia. Sugerowano również, że nadużywanie i zaniedbywanie doświadczane w dzieciństwie może wiązać się z większą dysfunkcją lewej półkuli, co może prowadzić do większej jej zależności od prawej półkuli. Zmniejszona funkcja prawej półkuli może z kolei prowadzić do zwiększonej percepcji i wzmożonej reakcji na negatywne bodźce⁵⁸⁵.

Pogląd niejednokrotnie prezentowany w kryminologii o powiązaniu danej jednostki z przestępczymi rówieśnikami oraz związku tych kontaktów z przestępczością ma długą historię. Powyższy związek ma zarówno kluczowe znaczenie w klasycznych teoriach socjologicznych, takich jak teoria zróżnicowanych powiązań Sutherlanda, która za swój przedmiot przyjmowała twierdzenie, że przestępczości ludzie uczą się poprzez interakcję z innymi, ale także ma znaczenie np. w teorii subkultur. Badania przeprowadzone w 1950 roku przez Gluecka i Gluecka okryły, że 98% nastolatków o historii kryminalnej posiadało przyjaciół prezentujących przestępcze zachowania. Nowsze badania utwierdziły badaczy, że poprzez obserwacyjne uczenie się i bezpośrednie wzmocnienie, zachowania przestępcze są wspierane i nagradzane przez pozostałych członków gangów nastolatków (i nie tylko), grupy takie silnie propagują przestępcze zachowania swoich członków⁵⁸⁶.

Szkoła odgrywa także ważną rolę społeczną w rozwoju dziecka i nastolatka, ponieważ istotnie wpływa na rozwój poznawczy, osobowościowy, społeczny i seksualny danej

⁵⁸⁵ Ibidem.

⁵⁸⁶ A. Raine, *The Psychopathology of Crime...*, op. cit., s. 271.

jednostki. Nie jest także zaskakujące, że środowisko szkolne wpływa również na wykształcenie się cech prospołecznych i aspołecznych. Istnieją co najmniej dwa główne sposoby, w jaki szkolne środowisko może predysponować dziecko do wejścia w przyszłości na drogę przestępstwa: niepowodzenia szkolne mogą prowadzić do frustracji i przestępczości, ale również, niezależnie od zdolności dziecka, niektóre „złe” szkoły mogą stanowić pewnego rodzaju bazę przestępczości nieletnich. Niski iloraz inteligencji i złe wyniki w szkole (trudności w uczeniu się, finalny brak wykształcenia) są powiązane z późniejszą skłonnością do przemocy i przestępczości, o czym wspomniano powyżej.

Kryteria diagnostyczne DSM-V dotyczące antyspołecznych zaburzeń osobowości, które pośrednio spełniają kryteria znamienne dla socjopatii, wskazują na czynniki, które widocznie łączą się ze środowiskowym charakterem etiologii socjopatii opisanym powyżej. DSM-V wskazuje na utrzymujący się wzorec braku poszanowania i pogwałcenia praw innych ludzi, pojawiający się po 15. roku życia, przejawiający się przynajmniej trzema z kryteriów:

- niezdolność do podporządkowania się normom społecznym opisującym zachowania zgodne z prawem, objawiająca się wielokrotnie dokonywanymi czynami stanowiącym podstawę aresztowania;
- wielokrotne dopuszczanie się kłamstw, używanie pseudonimów przestępczych lub oszukiwanie innych dla zysku albo przyjemności;
- impulsywność, niezdolność planowania;
- skłonność do rozdrażnienia i agresja wyrażająca się w notorycznych bójkach i napaściach;
- brak troski o bezpieczeństwo własne lub innych;
- brak odpowiedzialności, wyrażający się niezdolnością spełnienia wymogów zachowania w pracy zawodowej lub w dotrzymywaniu zobowiązań finansowych;
- brak poczucia winy wyrażający się obojętnością lub racjonalizacją wyrządzenia krzywdy, szkodenia i okradania innych;
- osoba musi mieć przynajmniej 18 lat;
- udokumentowane zaburzenia zachowania, które pojawiały się przed 15 rokiem życia⁵⁸⁷;

Socjopatyczne jednostki często są niekompetentnymi rodzicami. Gdy w ich antyspołeczne skłonności uwikłane są dzieci, nieodpowiedzialność i dysocjalność wpływa na

⁵⁸⁷ *Diagnostic and Statistical Manual ...*, op. cit., s. 659.

całą rodzinę. Z jednego z badań wynikało jednoznacznie, iż osoby socjopatyczne były siedmiokrotnie bardziej narażone na wykorzystywanie swoich dzieci niż osoby niezaburzone, a także dwunastokrotnie bardziej narażone na ich lekceważenie dzieci.

Wiele osób dąży do idealizacji dzieciństwa jako okresu, który nie jest obciążony wymogami dorosłego życia, często zapominając o bólu i nieprzyjemnych sytuacjach, których doświadczyły w tym okresie. Faktem jest, że każde dziecko od czasu do czasu miewa problemy wychowawcze i edukacyjne oraz doświadcza okresu buntu. Jednak gdy złe zachowanie jest trwałe, powtarzalne i w pewien sposób wszechstronne, nierzadko okazuje się, iż trafną diagnozą stają się ewoluujące zaburzenia osobowości. DSM-V wymaga niejako, by osoby dorosłe, u których zdiagnozowano antyspołeczne zaburzenie osobowości, wykazywały zaburzenia zachowania w młodszym wieku (do 15 r.ż.). Historia zaburzeń zachowania obserwowana w dzieciństwie jest zatem jednym z czterech niezbędnych kryteriów diagnozy zachowania antyspołecznego, a zatem i socjopatii. Nie wszystkie dzieci z zaburzeniami zachowania wyrastają na jednostki o zaburzonej osobowości, ale szacuje się, iż około 40% chłopców i 25% dziewcząt, którzy w dzieciństwie miewają zaburzenia zachowania, kontynuują wzór złego zachowania w dorosłym życiu⁵⁸⁸.

Socjopaci uznawani są za osoby, które często potrafią przetrwać w społeczeństwie i są inteligentne społecznie. Wiedzą bowiem dokładnie, czego inni ludzie mogą od nich oczekiwać i w ten sposób są w stanie wytworzyć społecznie akceptowalne zachowania, aby "przetrwać" w społeczeństwie. Nie uczą się i nie rozwijają jednak tych doświadczeń i nie usiłują poprawić swojego funkcjonowania społecznego w taki sposób, by subiektywnie czuć się bardziej dopasowanym do reszty ludzi, gdyż nie odczuwają takiej potrzeby. W wielu przypadkach socjopata niebędący przestępcą staje się bardziej zdolny do unikania niewygodnych sytuacji, dominowania i manipulowania osobami ze swojego otoczenia. Taki zestaw cech i rodzaj ich nasilenia powoduje, że umysły socjopatów stają się niezwykle niebezpiecznym narzędziem w ich rękach, które pozwala na fenomenalne unikanie negatywnych konsekwencji czynów niezgodnych z normami społecznymi, moralnymi i prawnymi. Z tego powodu, a także ze względu na złudne podobieństwo do psychopatii, jednostki socjopatyczne stanowią nie lada wyzwanie dla organów ścigania i innych instytucji państwowych. Nie bez znaczenia także jest fakt, iż wielokrotnie doświadcza się niewystarczającej wiedzy o osobowości tego typu, co dodatkowo umacnia pozycję jednostek socjopatycznych.

⁵⁸⁸ D.W. Black, C.L. Larson, *Bad Boys, Bad Men. Confronting Antisocial Personality Disorder*, wyd. Oxford University Press, New York 2013, s. 44.

Rozdział VI

Korelacje nasilenia poszczególnych cech osobowości z przestępczością

W toku przeprowadzonych badań kwestionariuszowych całkowitą liczbę osób poddanych badaniu podzielono na trzy grupy badawcze liczące po 50 osób każda – grupę osób przebywających na oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. S. Deresza w Choroszczy, grupę osób odbywających karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym w Białymstoku oraz grupę kontrolną.

	Mężczyźni					Kobiety				
	n	średnia	Me	Min	Max	n	średnia	Me	Min	Max
Areszt Śledczy	43	37,8	35,0	25	63	7	36,4	37,0	25	52
Szpital Psychiatryczny	48	43,3	40,5	26	65	2	37,5	37,5	33	42
Kontrola	28	42,8	45,5	25	64	22	42,0	43,0	25	62

Tabela 1: opis grup badanych

Powyżej przedstawiony został opis grup badanych, z uwzględnieniem zróżnicowania pod względem płci i wieku. Poniższa tabela wskazuje, iż znaczną część grup badanych w Areszcie Śledczym oraz w Szpitalu Psychiatrycznym stanowili mężczyźni, przy czym grupa kontrolna nie przejawiała tej tendencji. Powyższe świadczy o tym, iż w badanych grupach wśród osób popełniających przestępstwa widoczną większość stanowią mężczyźni. Grupa badawcza Aresztu Śledczego składała się bowiem z 43 mężczyzn oraz 7 kobiet, przy czym średnia wieku wynosiła 37,8 roku (mediana wynosząca 35 lat). Grupa przebywająca w szpitalu psychiatrycznym zawierała 48 mężczyzn i dwie kobiety (średnia wieku 43,3 lata, mediana 40,5 lat), grupa kontrolna zaś składała się z 28 mężczyzn i 22 kobiet, przy czym średni wiek osoby badanej w grupie kontrolnej to 42,8 lat, przy medianie wynoszącej 45,5 lat. Zgodnie z przyjętą metodyką badań oraz potrzebami precyzyjnego dokonania analizy wyników badań kwestionariuszowych dobór grupy badanych wykonany został z założeniem, iż osoba badana nie powinna być młodsza niż 25 lat i starsza niż 65 lat.

Na potrzeby niniejszego opracowania wyników badań zasadnym było dalsze używanie skrótów A, S i K w stosunku do poszczególnych grup badanych: Aresztu Śledczego (A), szpitala psychiatrycznego (S) i grupy kontrolnej (K).

W pierwszej kolejności należy pochylić się nad kwestią nasilenia poszczególnych cech osobowości w trzech badanych grupach, by mogła ona następnie stanowić punkt wyjścia do rozważań o skłonnościach do zachowań przestępczych. Poniżej zaprezentowano rozkład wyników z poszczególnych części kwestionariusza, które uzyskiwały poszczególne grupy, z uwzględnieniem wyników średnich, mediany oraz wyników maksymalnych i minimalnych. Odnotowano także wartość współczynnika istotności statystycznej (p) w korelacjach wyników poszczególnych grup.

	Areszt(A)				Szpital(S)				Kontrola(K)				P	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	63,6	64,0	34	98	73,4	77,0	43	101	52,6	49,0	30	86	A-S A-K S-K	0,010 0,007 <0,001
LSRPS_F1	38,3	37,0	15	62	44,7	46,5	22	63	31,2	29,0	17	59	A-S A-K S-K	0,021 0,009 <0,001
LSRPS_F2	25,3	25,5	14	40	28,7	30,0	10	39	21,3	20,5	11	36	A-S A-K S-K	NS 0,021 <0,001
BESA	75,2	76,0	34	97	67,4	66,5	43	88	74,9	75,0	44	100	A-S A-K S-K	0,002 NS 0,005
BESA_A	39,5	40,0	17	55	35,3	35,0	15	51	39,1	39,5	16	55	A-S A-K S-K	0,015 NS 0,036
BESA_C	35,6	36,5	16	45	32,0	33,0	19	45	35,8	36,0	24	45	A-S A-K S-K	0,005 NS 0,008
HADS_L	8,5	7,0	1	20	6,9	6,0	0	15	5,0	5,0	0	12	A-S A-K S-K	NS <0,001 0,024
HADS_D	6,2	6,0	0	16	7,4	7,0	1	15	3,3	3,0	0	13	A-S A-K S-K	NS <0,001 <0,001
IVE_R_10	5,9	6,0	1	10	5,8	6,0	2	9	5,5	6,0	1	10	A-S A-K S-K	NS NS NS
IVE_E_10	6,3	6,0	1	10	4,8	5,0	1	9	6,0	7,0	1	10	A-S A-K S-K	0,004 NS 0,021
IVE_I_10	5,5	6,0	1	10	6,5	6,0	2	10	5,0	5,0	1	9	A-S A-K S-K	NS NS 0,003

Tabela 2: Porównanie grup badanych (Areszt Śledczy, szpital psychiatryczny i grupa kontrolna) pod kątem poszczególnych skal psychologicznych.

Dokonując analizy przedstawionych powyżej danych już na pierwszy plan wysuwa się stwierdzenie, iż najwięcej różnic obserwuje się w obrębie wyników ze skali skłonności psychopatycznych, skali empatii oraz skali lęku i depresji.

W pierwszej kolejności należy pochylić się nad kwestią nasilenia poszczególnych cech osobowości w trzech badanych grupach, by mogła ona następnie stanowić punkt wyjścia do rozważań o skłonnościach do zachowań przestępczych. Poniżej zaprezentowano rozkład

wyników z poszczególnych części kwestionariusza, które uzyskiwały poszczególne grupy, z uwzględnieniem wyników średnich, mediany oraz wyników maksymalnych i minimalnych. Odnotowano także wartość współczynnika istotności statystycznej (p) w korelacjach wyników poszczególnych grup.

§1. Nasilenie cech psychopatycznych i wystąpienia zaburzeń osobowości o charakterze antyspołecznym a przestępczość

Pierwszą porównywaną skalą jest kwestionariusz skłonności psychopatycznych (*Levenson Self-Report Psychopathy Scale*), podzielony na współczynniki F1 i F2. Czynniki F1 i F2 jest związany z wystąpieniem cech pierwotnej psychopatii i antagonistycznym stylem interpersonalnym (tj. niską ugodowością, wysokim poziomem osobowości narcystycznej), podczas gdy czynnik F2 jest silniej związany z negatywną emocjonalnością (tj. neurotycznością), odhamowaniem (tj. niską sumiennością) i szerokim wachlarzem objawów dyssocjalnych. Psychopatia wtórna występuje, gdy pewne jednostki ze względu na trudności warunkowania i ponadprzeciętną pobudliwość emocjonalną predysponowane są do zachowań antyspołecznych. Struktura osobowości w pierwotnej psychopatii zdeterminowana jest przede wszystkim genetycznie.

	Areszt	Szpital	Kontrola	p
Spełnia M.I.N.I.1	31	21	1	<0,001
Spełnia M.I.N.I.2	35	22	5	<0,001
Spełnia oba kryteria M.I.N.I.	25	16	1	<0,001

Tabela 3: porównanie grup A, S i K pod względem spełniania kryteriów osobowości antyspołecznej na podstawie kwestionariusza M.I.N.I., z uwzględnieniem czynników M.I.N.I. 1 oraz M.I.N.I.2

Stwierdzono istotne statystycznie różnice pod względem spełniania kryteriów kwestionariusza M.I.N.I. (części P, dotyczącej antyspołecznych zaburzeń osobowości) pomiędzy grupą kontrolną a osobami przebywającymi w areszcie i szpitalu psychiatrycznym. Ze względu na to, że grupa kontrolna ewidentnie różni się od pozostałych grup pod względem badanej zmiennej, przeprowadzono również porównanie pomiędzy osobami skazanymi a pacjentami szpitala psychiatrycznego, które przedstawia tabela poniżej.

	Areszt	Szpital	p
Spełnia M.I.N.I. część 1	31	21	0,045

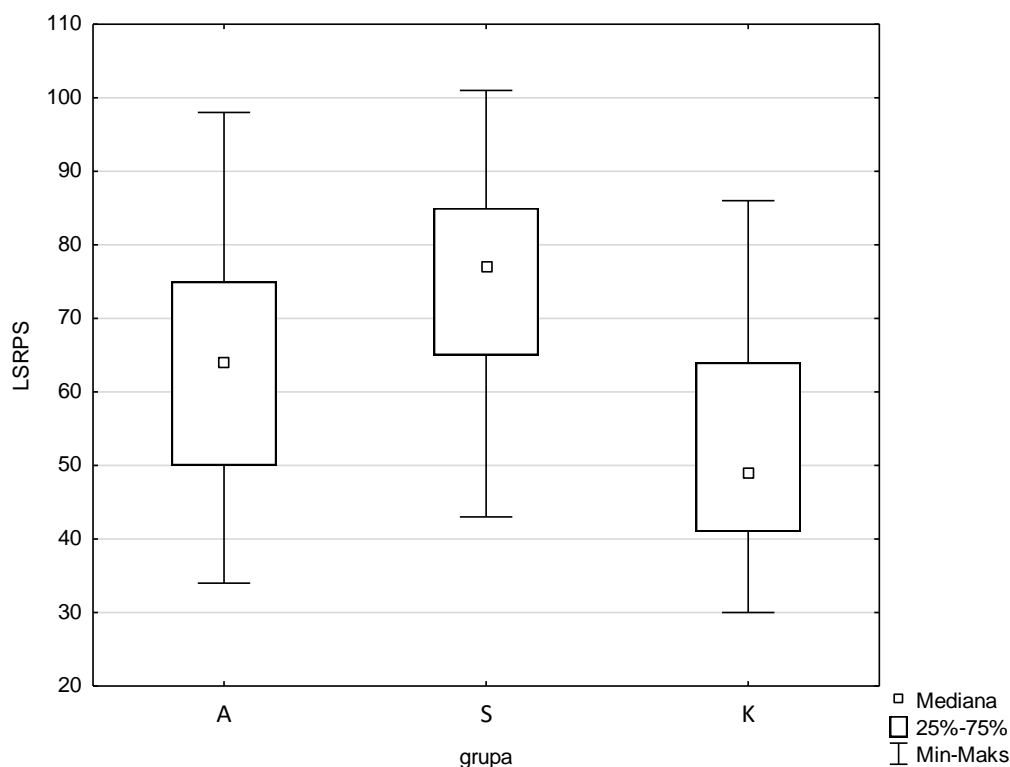
Spełnia M.I.N.I. część 2	35	22	0,009
Spełnia obie części M.I.N.I.	25	16	NS

Tabela 4: porównanie wyników uzyskiwanych przez grupę skazanych i internowanych w kwestionariuszu M.I.N.I.

Stwierdzono różnice pomiędzy spełnianiem kryteriów zaburzeń antyspołecznych zgodnie z kryteriami pierwszej i drugiej części kwestionariusza M.I.N.I. przez osoby skazane i internowane. Spośród osób skazanych 31 osób spełniało kryteria pierwszej części kwestionariusza M.I.N.I., drugiej zaś – 35 osób. Kryteria obu części kwestionariusza spełniało 25 osób (tj. dwie pozytywne odpowiedzi w pierwszej części, trzy pozytywne odpowiedzi w drugiej części). Spośród populacji szpitalnej 21 osób spełniało kryteria pierwszej części testu, 22 osoby spełniało kryteria drugiej części, zaś 16 osób spełniało pełne kryteria cech osobowości dyssocjalnej.

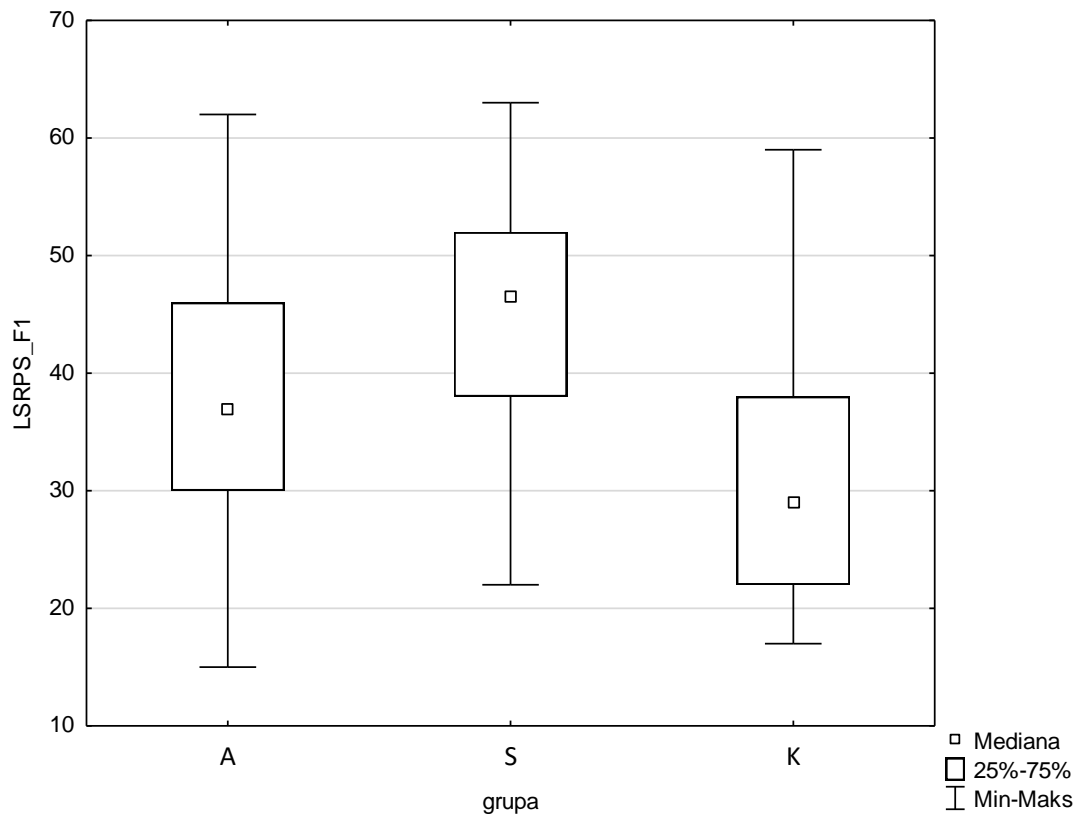
Nie stwierdzono natomiast różnic istotnych statystycznie pod względem częstości spełniania obu części kwestionariusza M.I.N.I., choć należy zwrócić uwagę, iż przy całkowitej liczbie osób przebadanych w danej grupie (n=50), różnica między Aresztem Śledczym a szpitalem psychiatrycznym (spełniających oba kryteria) wynosiła 9 osób, co być może nie stanowi różnicy istotnej statystycznie, jednak pozwala przyjąć, iż obie części kwestionariusza M.I.N.I. spełniają częściej skazani niż internowani. Z powyższego wywieść można wniosek, iż osobowość dyssocjalna (a właściwie jej cechy w czystej postaci) występuje częściej w grupie skazanych (odbywających karę pozbawienia wolności), aniżeli osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym na oddziałach psychiatrii sądowej. Implikuje to stwierdzenie, iż nasilone wystąpienie cech dyssocjalnych sprzężone jest z przestępczością.

Następnym czynnikiem analizowanym w kontekście skłonności do przestępczości jest nasilenie cech psychopatycznych, mierzonych za pomocą kwestionariusza LSRPS (*Levenson Self-Report Psychopathy Scale*). Poniższa rycina wskazuje na wyniki sumaryczne osiągnięte przez poszczególne grupy.



Rycina 1: Porównanie grup A, S i K pod względem wyników osiągniętych w skali LSRPS.

Stwierdzono, że grupa kontrolna charakteryzowała się istotnie niższym poziomem cech psychopatycznych zgodnie z wynikami osiąganymi w teście LSRPS w porównaniu do skazanych, odbywających karę w areszcie ($p=0,007$) oraz szpitala psychiatrycznego ($p<0,001$). Zaobserwowano również, że pacjenci szpitala psychiatrycznego osiągnęli wyniki istotnie wyższe od osób odbywających karę pozbawienia wolności ($p=0,010$). Powyższe implikuje wniosek o wpływie nasilenia cech psychopatycznych na skłonności przestępcze badanych, ze wskazaniem, iż współwystępowanie innych zaburzeń z psychopatią warunkuje osiąganie wyższych wyników w skali skłonności psychopatycznych. Nie powinno jednak ująć uwadze, że najwyższym wynikiem w grupie skazanych był wynik wynoszący 98 pkt, a w szpitalu psychiatrycznym – 101 pkt. Najwyższy wynik w grupie kontrolnej wynosił 86, jednak mediana na poziomie 49 pkt wskazuje, iż wyniki powyżej 65 pkt nie były osiągnane często przez osoby badane tej grupy. Mediana wyników osiągniętych przez grupę szpitalną wynosiła 77 pkt, przy wynikach w zakresie 25-75% ogółu wynoszących od 65 do 85 pkt. Grupa skazanych przebywających w areszcie śledczym wykazywała wyniki pomiędzy 50 a 75 pkt w obszarze 25-75% ogółu wyników, a mediana wyniosła 64 punkty. Grupa kontrolna wykazała medianę na poziomie 49 pkt przy rozłożeniu wyników w obszarze 25-75% od 41 do 64 pkt.

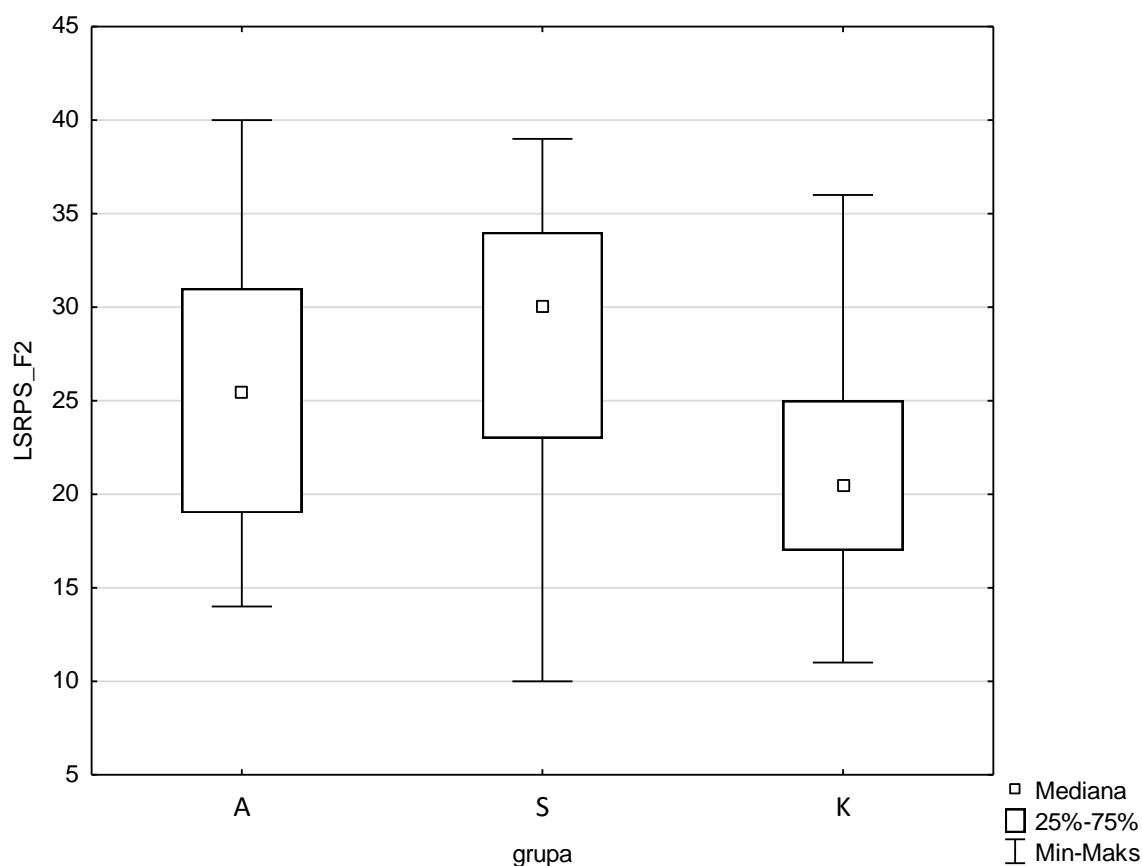


Rycina 2: Porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w kontekście czynnika F1 badanego za pomocą kwestionariusza LSRPS.

Niewątpliwie znacznie niższe wyniki w skłonnościach psychopatycznych grupy kontrolnej (spośród której jedynie dwie osoby deklarowały uprzednią karalność, jednak niezwiązaną z orzeczeniem bezwzględnej kary pozbawienia wolności) wskazują na to, iż osoby o niskim współczynniku skłonności psychopatycznych nie naruszają prawa.

Jak wynika z powyższej ryciny przedstawiającej rozkład wyników poszczególnych grup w zakresie czynnika pierwszego (F1 – pierwotnej psychopatii), najwyższa mediana dotyczy grupy internowanej w szpitalu psychiatrycznym (46,5 pkt, przy rozkładzie wyników w obszarze 25-50% pomiędzy ok. 38 - 52 pkt). Wyniki grupy pozbawionych wolności oscylowały pomiędzy 30 - 46 pkt w grupie 50% wyników, przy czym mediana wynosiła 37 pkt. Grupa kontrolna uzyskiwała 22 – 37 pkt dla czynnika F1 w 50% wyników, a mediana dla tej grupy wyniosła 29 pkt.

Poniżej przedstawiona rycina prezentuje nasilenie cech oznaczonych czynnikiem F2 w skali Levensona w stosunku do każdej z grup osób badanych.



Rycina 3: Porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w kontekście czynnika F2 badanego za pomocą kwestionariusza LSRPS.

Czynnik F2 w skali *Levenson Self-Report Psychopathy Scale* dotyczy cech tzw. psychopatii wtórnej, która wiąże się z negatywną emocjonalnością, odhamowaniem i objawami dysocjalnymi. Jak wynika z przeprowadzonych badań, wyniki osiągnięte przez grupę pacjentów szpitala psychiatrycznego przebywających na oddziałach psychiatrii sądowej ponownie są wyższe, aniżeli wyniki grupy osób skazanych z Aresztu Śledczego, a tym samym znacznie wyższe niż osiągnięte w grupie kontrolnej. Mediana wyników grupy szpitalnej wyniosła 30 pkt (przy rozłożeniu wyników pomiędzy 23 a 34 w obszarze 25-75% wyników), grupy skazanej – 25 pkt (przy rozłożeniu wyników pomiędzy 19 a 31 w obszarze 25-75% wyników), a grupy kontrolnej – 20,5 pkt (50% odpowiedzi w obszarze 17 – 25 pkt).

Na marginesie należy zauważyć, iż w grupie kontrolnej znalazły się dwie osoby, które deklarowały karalność w przeszłości – wyniki tych osób w kwestionariuszu wyniosły odpowiednio: LSRPS 80 pkt (F1 – 49, F2 – 31 pkt) – dla osoby skazanej na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania za popełnienie przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji (jazda samochodem pod wpływem alkoholu), a także LSRPS 54 pkt w przypadku osoby skazanej na karę grzywny za popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu (udział w bójce). Jakkolwiek drugi

przypadek naruszenia prawa przez osobę z grupy kontrolnej nie wykazuje odchylenia od średnich wyników osiągniętych w tej grupie, to należy również podkreślić, iż w pierwszym przypadku zaobserwowano osiągnięcie wyniku 1 i 3 pkt w kwestionariuszu M.I.N.I. (cech osobowości dyssocjalnej), co mogłoby wskazywać na graniczne wystąpienie tego rodzaju zaburzenia osobowości. W grupie kontrolnej zdarzały się przypadki osiągnięcia wysokiego wyniku ogólnego w skali LSRPS (74 pkt, 75 pkt, dwa wyniki na poziomie 80 pkt oraz jeden wynik równy 86 pkt – wszystkie powyższe wyniki osiągnięte przez mężczyzn), jednak jak wskazuje analiza statystyczna - 50% wyników tej grupy wynosiło od 41-64 pkt przy medianie równej 49 pkt, dlatego uznać należy, że nie są to wyniki wykazujące ogólną tendencję grupy kontrolnej. Jednostki prezentujące wysokie wyniki w skali LSRPS nierzadko osiągały wynik graniczny w kwestionariuszu M.I.N.I.:

- przy wyniku 80 pkt w skali LSRPS jednostka badana osiągnęła odpowiednio 0 i 5 pkt w teście M.I.N.I.
- przy wyniku 80 pkt w skali LSRPS jednostka badana osiągnęła odpowiednio 1 i 3 pkt w teście M.I.N.I. (osoba uprzednio skazana)
- tendencji tej nie wykazywały pozostałe osoby, które uzyskały wysoki wynik w teście LSRPS.

Dokonując analizy wyników nie tylko ogólnych wyników osiągniętych przez grupy w kwestionariuszu LSRPS, ale również poszczególnych czynników (F1 i F2), możliwym jest uznanie, iż nasilenie cech psychopatii pierwotnej i wtórnej, a w szczególności nasilenia cech dyssocjalnych (test M.I.N.I.) odpowiada skłonnościom przestępczym badanych jednostek.

	Areszt - spełnia MINI1 (I) N=31				Areszt - nie spełnia MINI1 (II) N=19				Szpital - spełnia MINI1 (III) N=21				Szpital - nie spełnia MINI1 (IV) N=29				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	69,3	71,0	42	98	54,4	52,0	34	95	83,4	85,0	54	101	66,2	71,0	43	86	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,035 0,003 NS <0,001 NS NS
LSRPS_F1	42,0	41,0	26	62	32,2	28,0	15	62	51,9	52,0	36	63	39,5	44,0	22	55	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,046 0,005 NS <0,001 NS NS
LSRPS_F2	27,3	27,0	14	37	22,2	20,0	14	40	31,5	33,0	18	39	26,7	29,0	10	37	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS <0,001 NS NS
BESA	72,6	74,0	34	97	79,4	82,0	54	96	62,0	62,0	43	83	71,2	71,0	52	88	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,007 NS <0,001 NS NS
BESA_A	37,6	38,0	17	55	42,7	44,0	26	54	32,7	33,0	15	47	37,2	35,0	28	51	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS 0,001 NS NS

Tabela 5: Zestawienie wyników osiągniętych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 1 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal

Tabela 5 ukazuje zestawienie wyników osiągniętych przez grupę skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym w Białymstoku oraz przez grupę internowanych odbywających leczenie psychiatryczne w ramach orzeczonego środka zabezpieczającego na oddziałach psychiatrii sądowej w szpitalu psychiatrycznym w Choroszczycy. Na podstawie tegoż zestawienia należy wskazać, iż istnieją pewne cechy, których nasilenie wzajemnie koreluje.

W pierwszej kolejności analizie należy poddać wzajemne oddziaływanie wyników w zakresie spełnienia przez daną osobę kryteriów z części pierwszej kwestionariusza M.I.N.I. z nasileniem cech psychopatycznych. Różnicę istotną statystycznie zauważyć można w grupie skazanych z Aresztu Śledczego spełniających kryteria części pierwszej M.I.N.I. oraz skazanych niespełniających kryteriów dla części pierwszej M.I.N.I. Współczynnik istotności statystycznej wyniósł w tym przypadku 0,035. Średni wynik osiągnięty w skali LSRPS (*Levenson Self-Report Psychopathy Scale*) przez skazanych spełniających kryteria M.I.N.I. 1 (przy liczbie osób spełniającej kryteria wynoszącej 31 osób) wyniósł 69,3 pkt (Me 71,0 pkt), przy czym średni wynik w tej skali osiągnięty przez osoby spełniające kryteria M.I.N.I. 1 w grupie szpitalnej wyniósł 83,4 pkt (Me 85,0 pkt). Grupa skazanych, którzy nie spełnili kryteriów M.I.N.I. 1 średnio uzyskali w skali LSRPS 54,4 pkt (Me 52,0), w grupie szpitalnej niespełniającej kryteriów M.I.N.I. 1 zaś średni wynik wyniósł 66,2 pkt (Me 71,0 pkt).

Istotność statystyczna różnicy wyników osiągniętych w skali LSRPS przez osoby spełniające i niespełniające kryteriów M.I.N.I. 1 okazała się na poziomie $p=0,003$.

Różnica pomiędzy osobami spełniającymi kryteria M.I.N.I. 1 w społeczności szpitalnej nie była istotna statystycznie, jednak największą różnicę zauważono pomiędzy grupą skazanych niespełniających kryteriów M.I.N.I. 1 a grupą szpitalną spełniającą kryteria M.I.N.I. 1 (współczynnik istotności: $p<0,001$).

Z powyższej analizy wynika, iż największa różnica w wynikach osiągniętych w skali LSRPS odbieranych przez pryzmat spełniania kryteriów zachowań dys socjalnych przed 15 rokiem życia przebiega między grupą skazanych nieprzejawiających zachowań dys socjalnych w latach młodości a grupą szpitalną, która takie zachowania antyspołeczne w młodości wykazywała.

Grupy, które wykazywały różnice istotne statystycznie w porównaniu wyników uzyskanych w pierwszej części kwestionariusza M.I.N.I. 1 oraz wyników ogólnych w skali LSRPS, wykazywały także istotne różnice w zakresie wyników z M.I.N.I. 1 i wyników uzyskiwanych z czynnika F1 skali LSRPS (psychopatii pierwotnej). Grupa skazanych spełniających kryteria zachowań dys socjalnych przed 15 r.ż. uzyskała medianę wyniku w skali LSRPS (czynnik F1) na poziomie 41,0 pkt, grupa skazanych niespełniających kryteriów M.I.N.I. 1 – wynik na poziomie 28,0 pkt (Me). Różnica ta jest więc istotna statystycznie, gdyż współczynnik $p=0,046$. Współczynnik istotności statystycznej różnicy wyników pomiędzy grupą skazanych spełniających kryteria M.I.N.I. 1 a grupą szpitalną spełniającą te kryteria wyniósł $p=0,005$. Ponownie największą różnicę zauważono pomiędzy grupą skazanych niespełniających kryteriów M.I.N.I. 1 a grupą szpitalną spełniającą kryteria M.I.N.I. 1 (współczynnik istotności: $p<0,001$).

Powyższe wskazuje więc na związek tego rodzaju, że osoby skazane uzyskiwały wyższy wynik w czynniku psychopatii pierwotnej, jeżeli spełniały jednocześnie kryteria zachowań dys socjalnych przed 15 r.ż. Ponadto, osoby spełniające kryteria zachowań dys socjalnych przed 15 r.ż. z grupy szpitalnej uzyskiwały znacznie wyższe wyniki w zakresie psychopatii pierwotnej, aniżeli osoby z grupy skazanych spełniających kryteria M.I.N.I. 1.

W zakresie drugiego czynnika mierzonego skalą LSRPS (F2 – psychopatia wtórna), odnotowano istotny związek jedynie między grupą skazanych niespełniających kryteriów zachowań dys socjalnych przed 15 r.ż. a grupą szpitalną spełniającą te kryteria ($p<0,001$). Implikuje to wniosek tego rodzaju, że nasilenie cech psychopatii wtórnej nie koreluje bezpośrednio z okolicznością spełnienia kryteriów zachowań dys socjalnych przed 15 r.ż., gdyż jedynie różnica zachodząca w obszarze skrajnych wyników jest różnicą istotną.

	Areszt spełnia MINI2 (I) N=35				Areszt nie spełnia MINI2 (II), N=15				Szpital spełnia MINI2 (III) N=22				Szpital nie spełnia MINI2 (IV), N=28				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	66,4	68,0	34	98	57,2	55,0	34	95	80,3	81,0	54	101	68,1	73,0	43	86	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,008 NS <0,001 NS NS
LSRPS_F1	39,7	39,0	15	62	34,9	34,0	20	55	48,6	51,0	29	63	41,6	45,5	22	61	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,018 NS NS 0,001 NS NS
LSRPS_F2	26,6	26,0	15	37	22,3	21,0	14	40	31,7	33,5	18	39	26,4	26,0	10	39	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS <0,001 NS NS
BESA	76,8	77,0	44	97	71,3	71,0	34	96	64,1	63,5	43	87	70,0	71,0	52	88	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS <0,001 NS NS NS NS
BESA_A	40,2	42,0	17	55	37,9	38,0	18	52	33,6	34,0	15	49	36,7	35,0	28	51	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,018 NS NS NS NS
BESA_C	36,6	38,0	26	45	33,4	35,0	16	44	30,5	30,5	19	45	33,3	33,5	20	43	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,002 NS NS NS NS

Tabela 6: Zestawienie wyników osiągniętych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 2 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal.

Powyżej zaprezentowana tabela 6 przedstawia zestawienie spełnienia kryteriów dysocjalności w życiu dorosłym z wynikami osiąganymi przez grupy skazanych i grupy szpitalne w pozostałych skalach. Na pierwszy plan wysuwa się różnica istotna statystycznie, która dotyczy grupy skazanych wykazujących cechy dysocjalne po 15 r.ż. oraz grupy internowanych spełniających te same kryteria zgodnie z kwestionariuszem M.I.N.I.2 ($p=0,008$) w zakresie nasilenia cech psychopatycznych. Grupa internowanych o cechach dysocjalności w życiu dorosłym osiągnęła najwyższy wynik (Me 81,0 pkt), najniższy zaś grupa skazanych nieprzejawiająca zachowań antyspołecznych po 15 r.ż. (Me 55,0 pkt) – w efekcie różnica statystyczna wyników osiągniętych w LSRPS tych dwóch grup wynosiła $p<0,001$. W zakresie badania cech psychopatii pierwotnej (czynnik F1 w skali LSRPS) grupa internowanych spełniających kryteria M.I.N.I.2 osiągnęła również najwyższy wynik (Me 51,0 pkt) i różniła się istotnie od grupy skazanych niewykazujących cech dysocjalnych w życiu dorosłym (Me 34,0 pkt). W przeciwieństwie jednak do ogólnego nasilenia cech psychopatycznych, w zakresie czynnika psychopatii pierwotnej, grupa skazanych spełniających kryteria M.I.N.I.2 różniła się od skazanych ich niespełniających ($p=0,018$). Oznacza to, iż cechy dysocjalne ujawniające się po 15 r.ż. korelują z cechami psychopatycznymi zarówno w grupie szpitalnej jak i grupie skazanych odbywających karę

pozbawienia wolności. Wyniki osiągnięte w obszarze psychopatii wtórnej F2 w skali LSRPS wskazały jedynie na istotną różnicę pomiędzy grupą skazanych niedyssocjalnych po 15 r.ż. i grupą internowanych wykazujących cechy dysocjalne w życiu dorosłym.

Poniżej przedstawiona tabela 7 wydaje się być najistotniejsza z punktu widzenia spełnienia lub niespełnienia przez określone grupy kryteriów osobowości dysocjalnej (w całości) oraz zestawienia tegoż wyniku z pozostałymi skalami, za pomocą których badano poszczególne grupy na potrzeby niniejszej dysertacji. Dane w niej zawarte wskazują przede wszystkim na istotne różnice statystyczne pomiędzy grupą skazanych o osobowości dysocjalnej a skazanymi nieprzejawiającymi tych cech ($p=0,004$). Mediana wyników pierwszej ze wskazanych grup wyniosła 74,0 pkt w skali LSRPS, w drugiej zaś – 53,0 pkt. Obrazuje się zatem ścisły związek pomiędzy osobowością dysocjalną a skłonnościami psychopatycznymi osób o pełnej poczytalności, które popełniły przynajmniej jedno przestępstwo. Największa punktowa różnica w medianach wyników zachodzi w przypadku grupy skazanych o osobowości niezaburzonej a internowanymi o osobowości dysocjalnej (stosunek 53,0 pkt do 85,5 pkt), co daje istotność statystyczną tych wyników na poziomie $p<0,001$.

Podobne zależności zauważono w zakresie spełniania warunków psychopatii pierwotnej i wtórnej, ponownie bowiem grupa internowanych o osobowości dysocjalnej uzyskała najwyższe wyniki ($Me=52,0$ i $34,0$ pkt), grupa skazanych o osobowości niezaburzonej – najniższe ($Me=30,0$ i $20,0$ pkt).

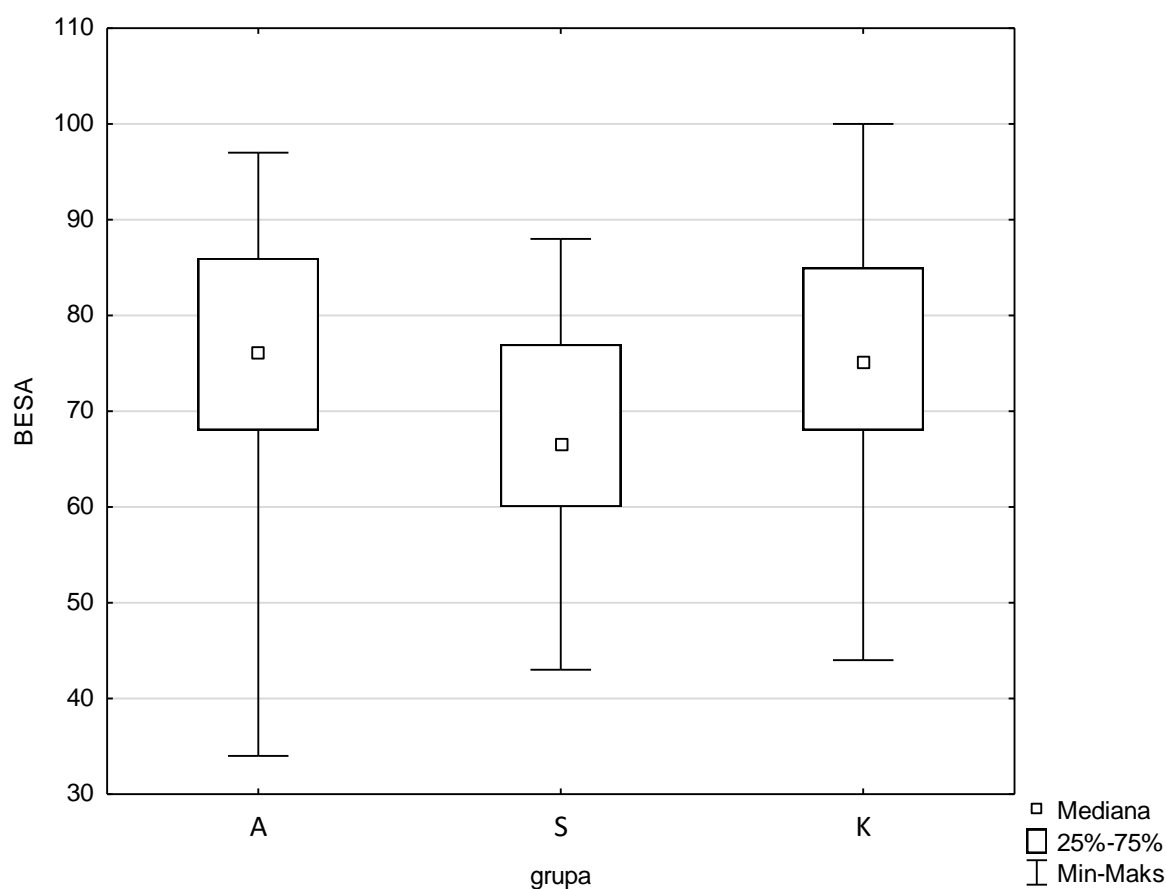
	Areszt spełnia MINI oba (I) N=25				Areszt nie spełnia MINI oba (II) N=25				Szpital spełnia MINI oba (III) N=16				Szpital nie spełnia MINI oba (IV) N=34				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	72,2	74,0	43	98	55,0	53,0	34	95	83,5	85,5	54	101	68,7	72,0	43	86	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,004 NS NS <0,001 0,013 0,010
LSRPS_F1	43,2	42,0	26	62	33,4	30,0	15	62	51,3	52,0	36	63	41,6	45,0	22	61	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,023 NS NS <0,001 NS 0,013
LSRPS_F2	29,0	29,0	16	37	21,6	20,0	14	40	32,3	34,0	18	39	27,1	28,0	10	39	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
BESA	74,6	75,0	44	97	75,7	79,0	34	96	60,8	61,5	43	80	70,5	71,0	52	88	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,002 NS <0,001 NS NS
BESA_A	38,5	39,0	17	55	40,6	41,0	18	54	31,7	31,5	15	43	37,1	35,0	28	51	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS 0,005 NS NS
BESA_C	36,1	35,0	27	43	35,2	37,0	16	45	29,1	28,0	19	45	33,4	34,0	20	43	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,004 NS 0,010 NS NS

Tabela 7: Zestawienie wyników osiągniętych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów obydwu części kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal.

§2. Poziom empatii emocjonalnej i poznawczej a zachowania przestępcze

Nieocenioną zaletą kwestionariusza BES-A (*Basic Empathy Scale for Adults*) jest fakt dokonania podziału ogólnej empatii danej jednostki na empatię emocjonalną i kognitywną. Od dawna bowiem uczeni rozróżniają zdolności empatyczne ludzi – nie wystarczy jedynie współodczuwać, aby rozumieć emocje innych. Kwestionariusz BES-A dzieli zatem osiągnięte wyniki pod względem czynników określonych na potrzeby niniejszej dyskusji jako BESA_A (empatia emocjonalna, *affective empathy*) oraz BESA_C (empatia kognitywna, *cognitive empathy*).

Wyniki osób badanych rozpatrywać winno się trójelementowo – zarówno pod kątem całościowego wyniku osiąganego w skali BES-A, ale także przez pryzmat dwóch czynników składowych – empatii emocjonalnej (BESA_A) oraz empatii kognitywnej (BESA_C).

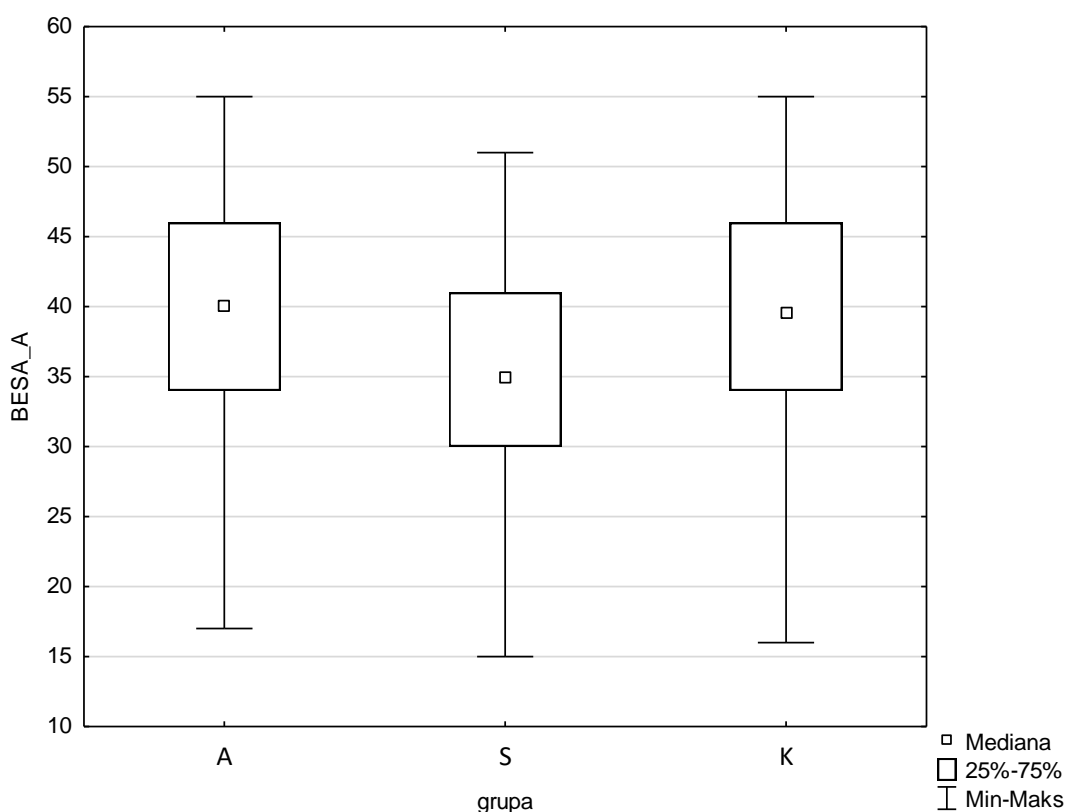


Rycina 4: Nasilenie poziomu empatii w poszczególnych grupach na podstawie wyników osiągniętych w BES-A

Już na wstępie rozważań nad różnicami w poziomie empatii prezentowanymi przez poszczególne grupy badawcze należy wskazać, że związki między grupami różnią się pod względem istotności statystycznej wyników. Średnia wyników sumarycznych z kwestionariusza BES-A w grupie osób odbywających karę wolności wynosiła 75,2 pkt (mediana 76,0 pkt), przy czym najwyższy wynik wyniósł 97 a najniższy 34. Odpowiednio współczynniki BESA_A i BESA_C dla tej grupy wyniosły średnio 25,3 (Me 25,5) oraz 39,5 (Me 40,0). Zauważa się, iż różnica między powyższą grupą a grupą kontrolną była nieznaczna, a wręcz niezauważalna. Grupa kontrolna osiągnęła średni wynik sumaryczny 74,9 pkt (Me 75,0 pkt), przy średnim wyniku BESA_A równym 21,3 (Me 20,5) i średnim czynnikiem BESA_C równym 39,1 pkt (Me 39,5 pkt).

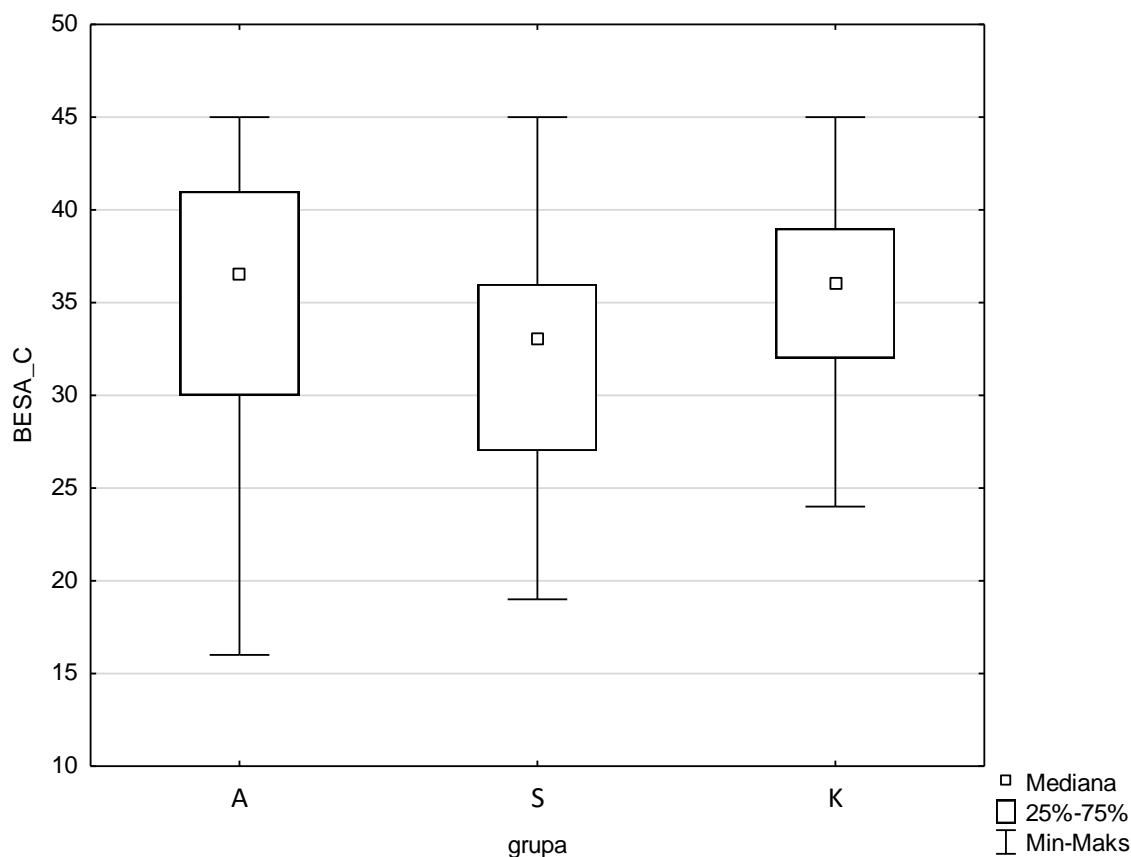
Istotna różnica zachodzi zatem w poziomie empatii (ujmowanej jako całość) - rysuje się ona najwidoczniej w relacjach areszt – szpital ($p=0,002$) i szpital – kontrola ($p=0,005$). Nie stwierdza się różnic pomiędzy poziomem empatii grupy odbywających karę pozbawienia wolności i grupy kontrolnej.

Zgodnie z powyższymi konstatacjami, nie tylko poziom empatii ogólnej nie różni się w grupach areszt – kontrola, ale także nie odnotowano różnic w nasileniu poziomu empatii emocjonalnej w tych grupach. Ponownie grupa internowanych wykazuje niższy poziom empatii emocjonalnej. W zakresie empatii kognitywnej grupa pacjentów szpitala psychiatrycznego charakteryzuje się jej niskim poziomem.



Rycina 5: Nasilenie poziomu empatii emocjonalnej w poszczególnych grupach na podstawie wyników osiągniętych w BES-A.

Nieprzewidywanym wynikiem jest jednak poziom empatii kognitywnej (poznawczej) prezentowany przez grupę skazanych przebywających w Areszcie Śledczym – mediana wyników jest tożsama z medianą wyników grupy kontrolnej, przy czym wskazać należy, że wyniki w zakresie 50% ogółu wyników (pomiędzy 25-75%) w grupie skazanych był wyższe niż w grupie kontrolnej. Różnicę między grupą skazanych a grupą kontrolną ocenia się jako istotną statystycznie ($p=0,005$), jeszcze większy walor istotności ma porównanie wyników grupy szpitalnej i kontrolnej ($p=0,008$). Nasilenie poziomu empatii kognitywnej przedstawia rycina poniżej.



Rycina 6: Nasilenie poziomu empatii kognitywnej w poszczególnych grupach na podstawie wyników osiągniętych w BES-A.

Na podstawie wyżej przedstawionych wyników badań możliwym jest wyciągnięcie wniosku, iż znaczny brak empatii zauważalny jest w grupie osób internowanych, a więc osób o całkowicie zniesionej poczytalności. Być może to właśnie jest to jedna z przyczyn, dla których nie tylko grupa szpitalna dopuściła się przestępstw, ale również może wpływać na ocenę poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Wysoka empatia osób skazanych, pozostająca na poziomie empatii grupy kontrolnej, może wiązać się z faktem wystąpienia w tej grupie znacznych cech socjopatycznych (wysokie wyniki w skali skłonności psychopatycznych oraz wysoka empatia).

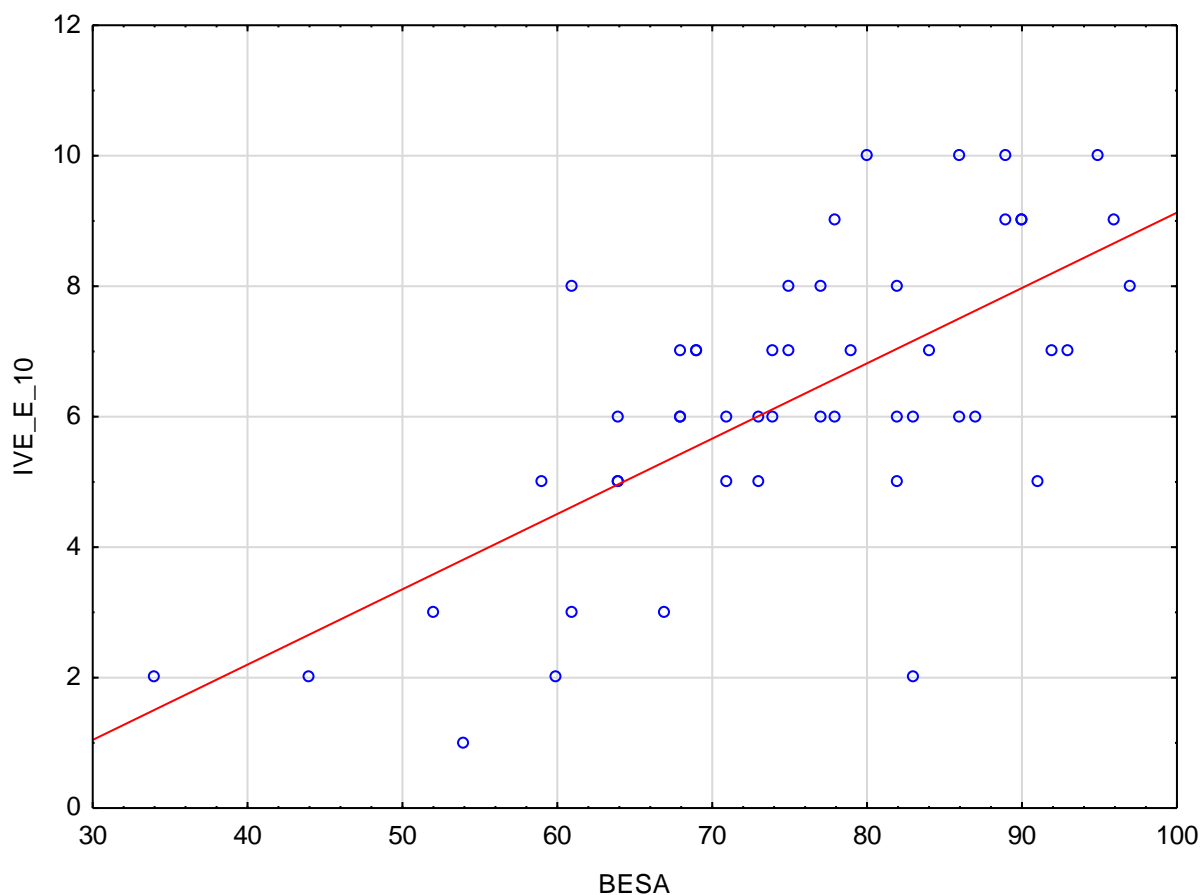
	Areszt Śledczy			Szpital Psychiatryczny			Kontrola		
	IVE_R	IVE_E	IVE_I	IVE_R	IVE_E	IVE_I	IVE_R	IVE_E	IVE_I
BESA	0,008	0,624***	-0,100	-0,029	0,364**	-0,159	-0,006	0,769***	-0,047
BESA_A	-0,039	0,635***	-0,040	0,072	0,380**	-0,039	-0,122	0,765***	-0,087

BESA_C	0,101	0,418**	-0,154	-0,209	0,185	-0,244	0,192	0,490***	0,015
--------	-------	---------	--------	--------	-------	--------	-------	----------	-------

Tabela 8: Współczynniki korelacji pomiędzy wartościami skal BESA oraz IVE.

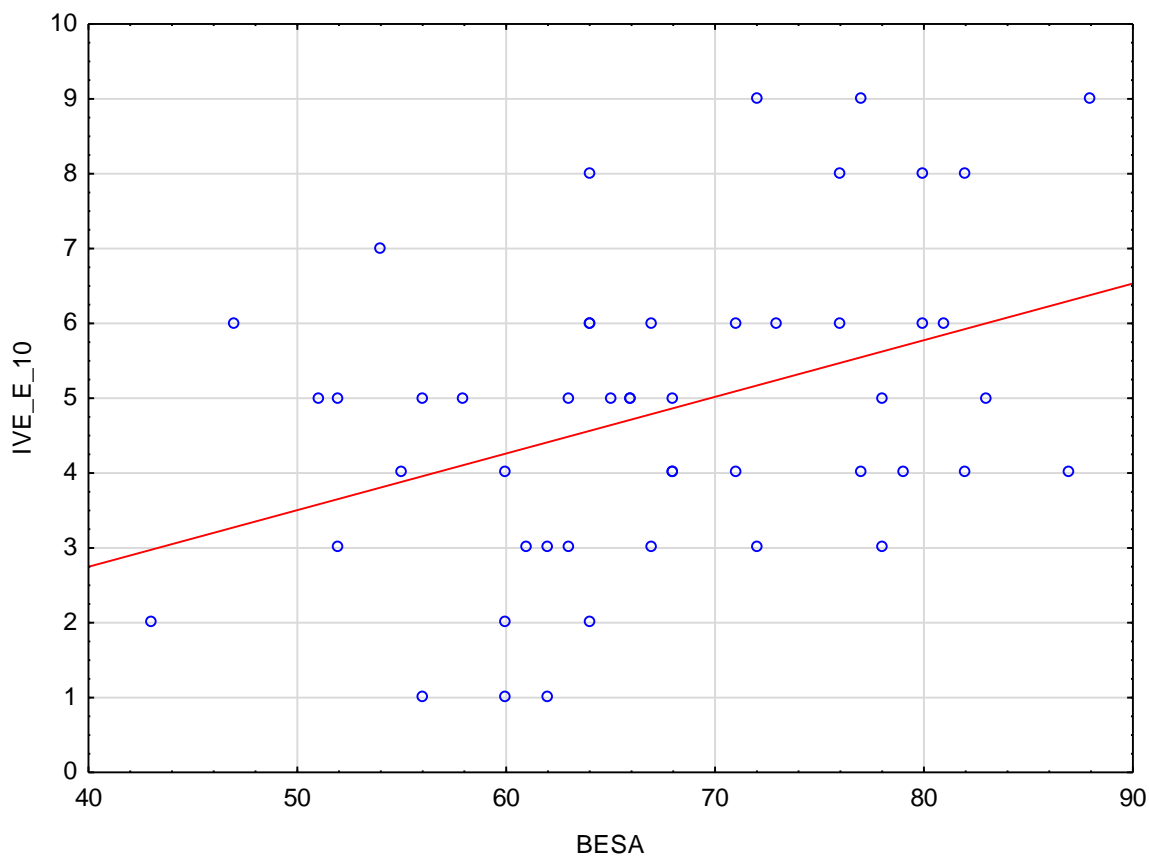
* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Powyższa tabela jednoznacznie wskazuje, iż poziom empatii (stanowiący wynik z kwestionariusza IVE) we wszystkich grupach koreluje dodatnio z poziomem empatii mierzonym przez Podstawową Skalę Empatii BES-A.

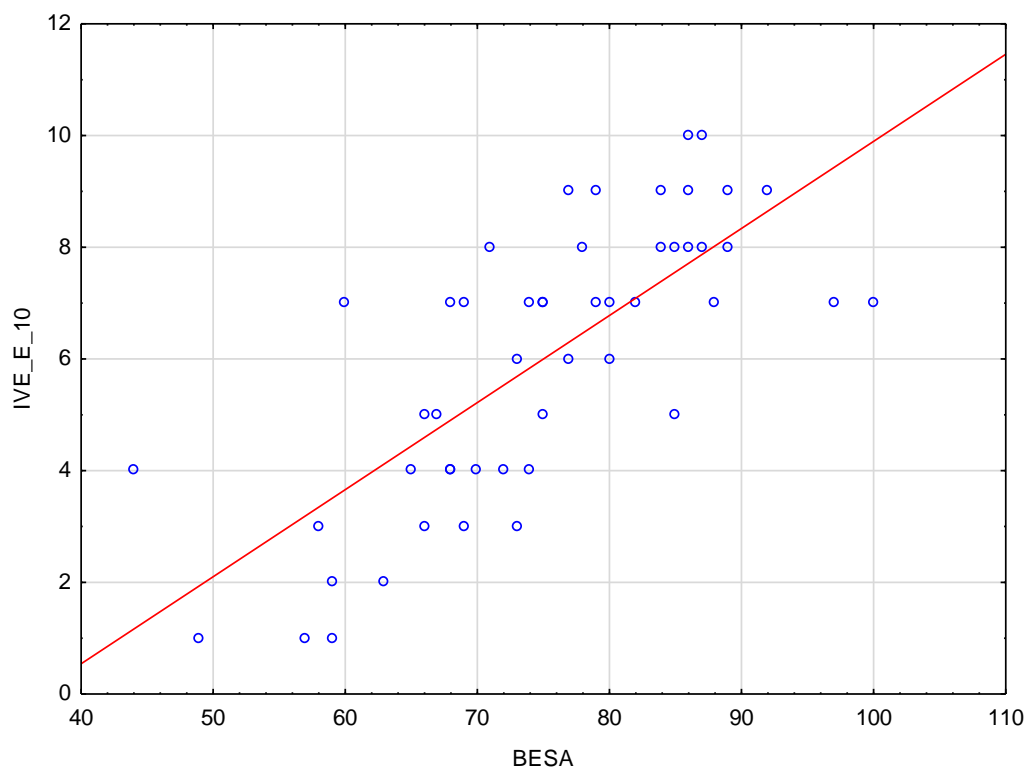


Rycina 7: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz sumarycznych wyników empatii ze skali BES-A osiągniętych przez grupę osób skazanych.

W grupie szpitalnej powyższa dodatnia korelacja jest znacznie słabsza (zarówno w zakresie wyników sumarycznych ze skali BES-A, jak i wyników empatii emocjonalnej BESA_A). W przypadku zestawienia wyników osiągniętych w zakresie empatii poznawczej w skali BES-A (współczynnik BESA_C) i IVE związku nie są zauważalne. Nie zaobserwowano istotnych związków pomiędzy pozostałymi skalami IVE (skłonnością do ryzyka i impulsywnością) i skalą BES-A.

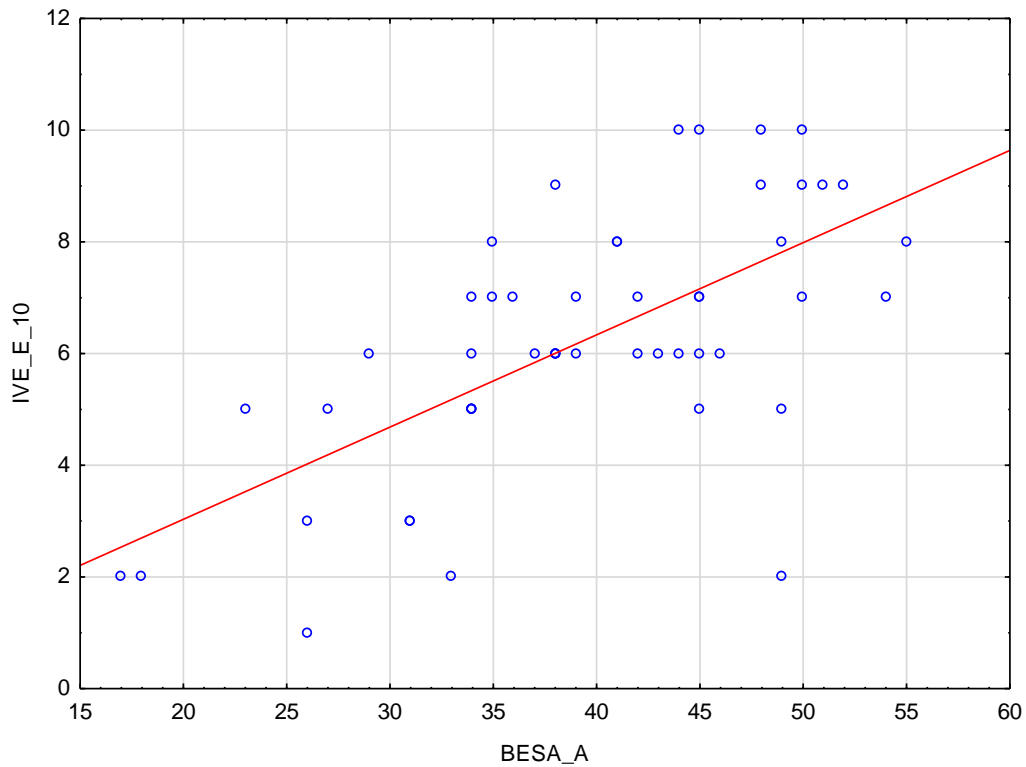


Rycina 8 (powyżej): korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz sumarycznych wyników empatii ze skali BES-A osiągniętych przez grupę kontrolną.

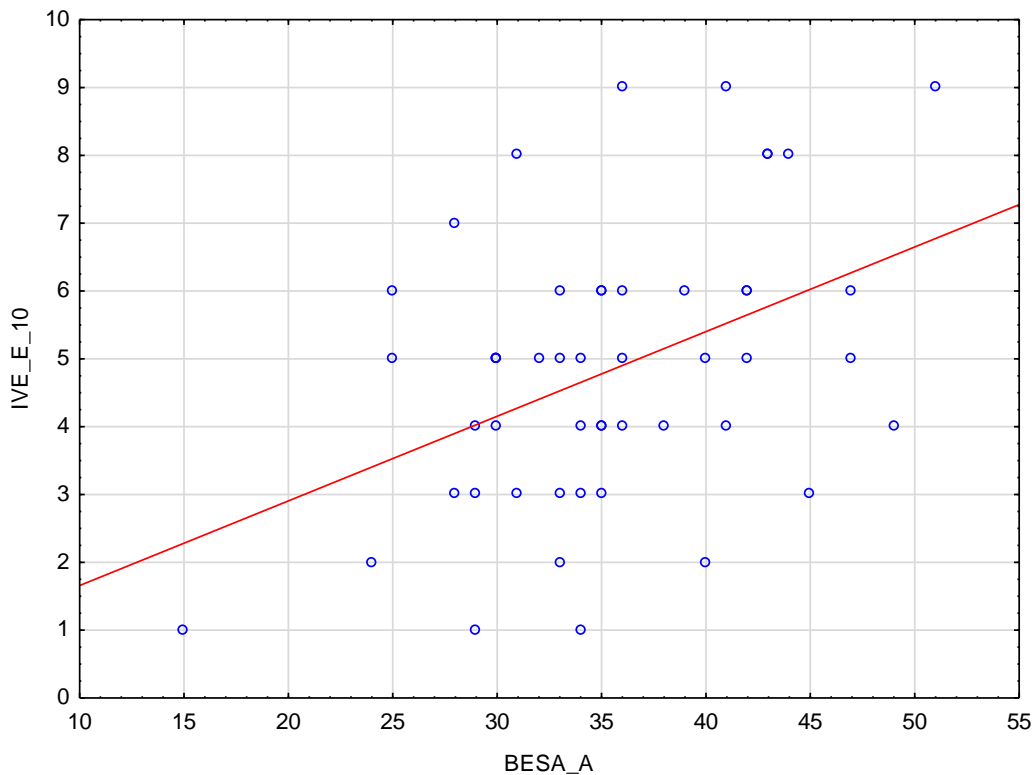


Rycina 9: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz sumarycznych wyników empatii ze skali BES-A osiągniętych przez grupę szpitalną.

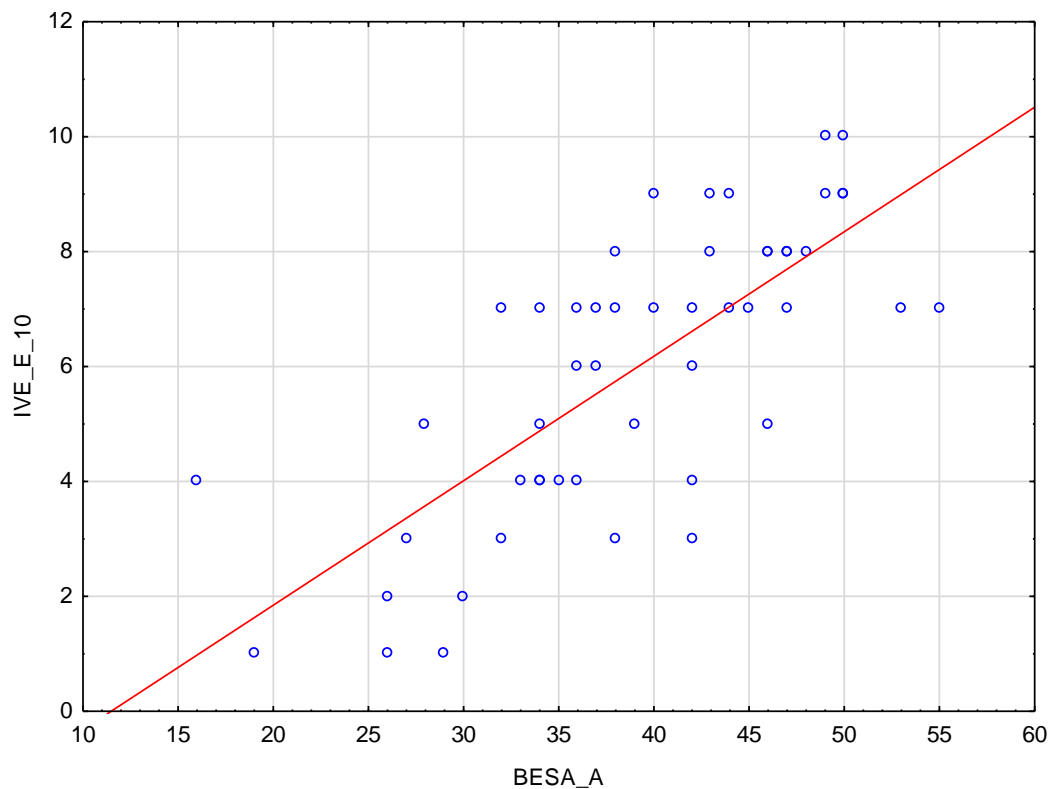
Korelacje wyników osiągniętych pomiędzy skalą IVE (kryterium empatii) a BES-A kształtowały się następująco w poszczególnych grupach:



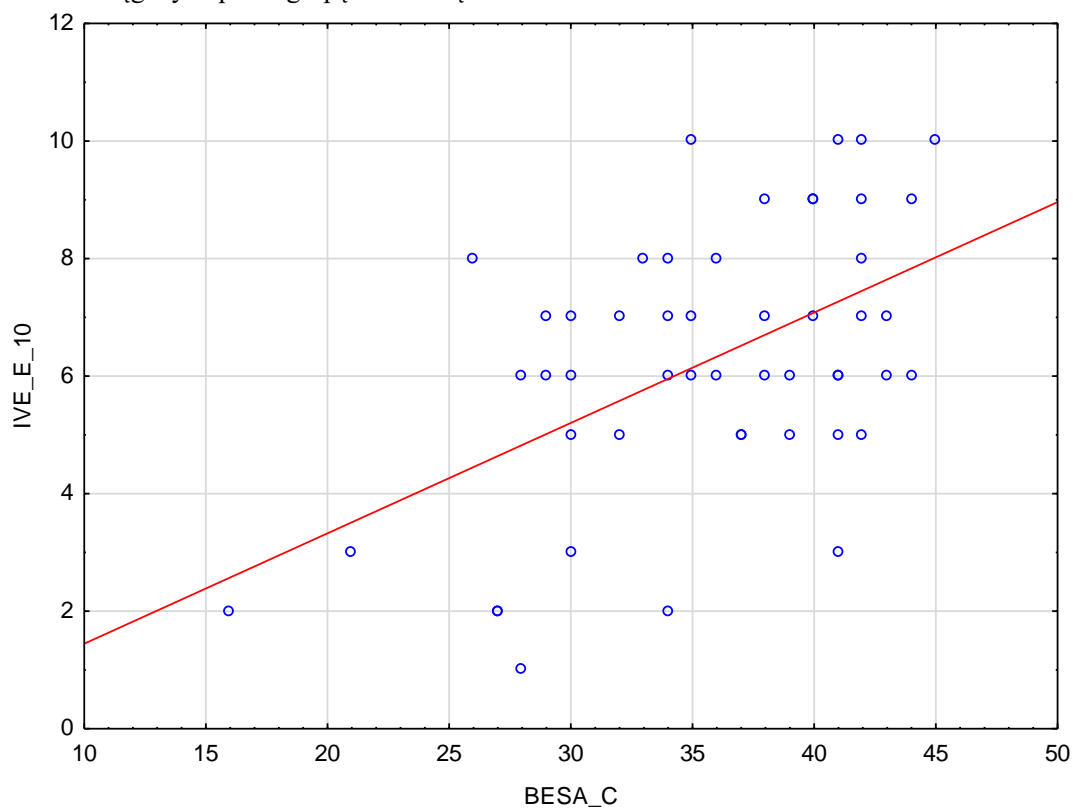
Rycina 10: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii emocjonalnej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę skazanych.



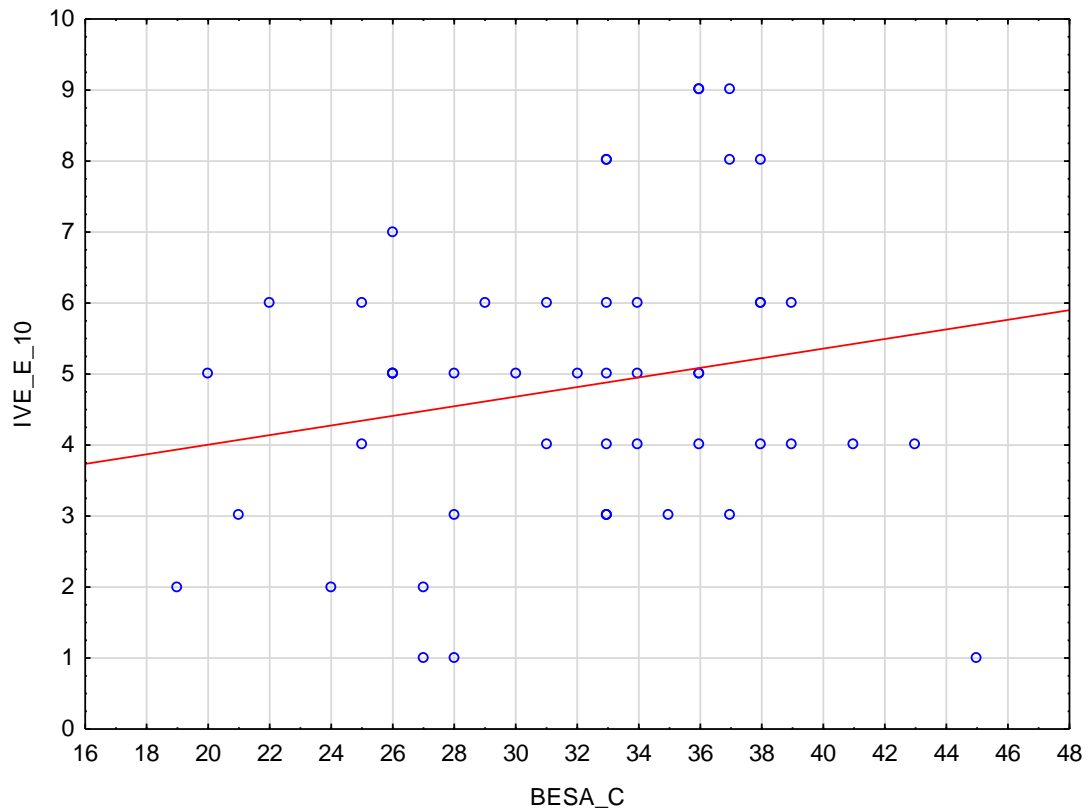
Rycina 11: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii emocjonalnej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę szpitalną.



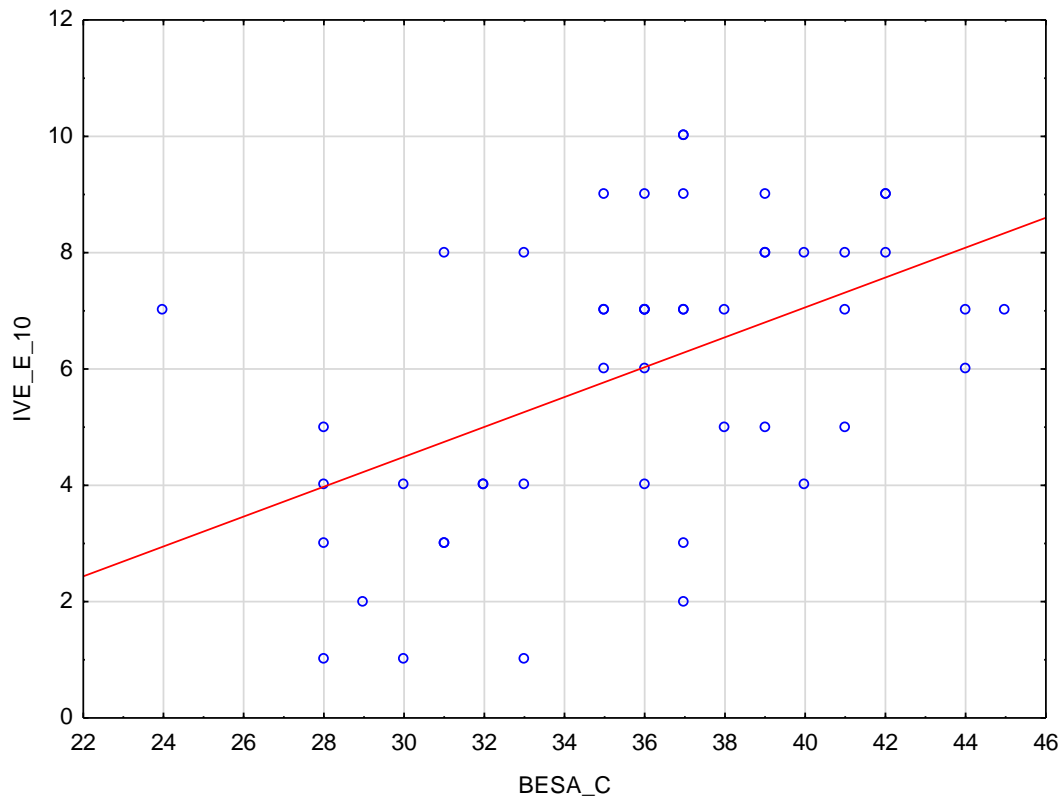
Rycina 12: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii emocjonalnej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę kontrolną.



Rycina 13: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii poznawczej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę skazanych przebywających w areszcie.



Rycina 14: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii poznawczej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę szpitalną.



Rycina 15: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii poznawczej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę kontrolną.

Powyższe wyniki jednoznacznie wskazują, iż korelacja wyników osiągniętych przez grupę internowanych z oddziałów psychiatrii sądowej ze szpitala psychiatrycznego w skali IVE (jedynie w zakresie czynnika empatii) jest zdecydowanie najslabsza w zestawieniu z wynikiem osiąganym w skali BES-A o czynniku empatii kognitywnej. Fakt ten potwierdza ogólne zestawienie wyników, zaprezentowane w tabeli 2 (s. 211 dysertacji), z którego wywodzić można o najniższym poziomie rozumienia emocji innych przez osoby niepoczytalne.

Dla analizy zagadnień związanych z kwestią wpływu poziomu empatii (zarówno ogólnej, jak i kognitywnej i emocjonalnej) istotnym jest zestawienie wyników osiąganym w skali BES-A z wynikami dotyczącymi spełniania kryteriów części pierwszej kwestionariusza M.I.N.I. (zachowania dyssocjalne przed 15 rokiem życia), które przedstawia tabela 5 (s. 217 dysertacji). Z uwagi na to, że w grupie kontrolnej tylko jedna osoba spełniła kryteria dyssocjalności przed 15 r.ż. (M.I.N.I.1), a pięć osób kryterium cech dyssocjalnych w dorosłości (M.I.N.I.2), zestawiono grupę skazanych przebywających w Areszcie Śledczym w Białymstoku oraz grupę internowanych w szpitalu psychiatrycznym w Choroszczy.

Istotne różnice statystyczne zaobserwowano pomiędzy wynikami odnotowanymi w grupie skazanych spełniających kryteria M.I.N.I. 1 oraz grupą szpitalną spełniającą kryteria M.I.N.I. 1 – współczynnik p wynosi bowiem 0,007. Skazani przebywający w Areszcie Śledczym wykazujący zachowania dyssocjalne przed 15 r.ż. osiągnęli średnio w skali empatii wynik 72,6 pkt (Me 74,0 pkt), osoby internowane spełniające kryteria M.I.N.I. 1 – 61,0 pkt (Me 62,0 pkt). Największa różnica przebiegała pomiędzy wynikami osiąganymi w skali BES-A pomiędzy grupą skazanych niespełniających kryteriów zachowań dyssocjalnych przed 15 r.ż. a grupą internowanych spełniających te kryteria ($p < 0,001$).

Pochylając się nad wynikami osiąganymi pomiędzy poszczególnymi czynnikami mierzonym skalą BES-A (czynnikiem empatii emocjonalnej i poznawczej), należy wskazać, iż jedynym istotnym statystycznym wynikiem było rozróżnienie (ponownie) grupy skazanych niespełniających kryteriów M.I.N.I. 1 oraz internowanych je spełniających ($p = 0,001$). Dowodzi to, iż w zestawieniu pod względem empatii i cech dyssocjalnych wykazywanych przed 15 r.ż. najniższe wyniki w skali empatii emocjonalnej osiągnęli skazani niespełniający kryteriów dyssocjalności młodzieńczej (Me 44,0 pkt), najniższe wyniki zaś – internowani o cechach dyssocjalnych ujawnionych przed 15 rokiem życia (Me 33,0 pkt). Empatia emocjonalna skazanych dyssocjalnych przed 15 r.ż. znajduje się na porównywalnym poziomie co empatia emocjonalna internowanych bez młodzieńczych cech dyssocjalnych,

choć mediana tych wyników w grupie skazanych jest widocznie wyższa (Me 38,0 pkt w porównaniu do Me 35,0 pkt).

	Areszt - spełnia MINI1 (I) N=31				Areszt - nie spełnia MINI1 (II) N=19				Szpital - spełnia MINI1 (III) N=21				Szpital - nie spełnia MINI1 (IV) N=29				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
BESA_C	35,0	35,0	16	43	36,7	38,0	26	45	29,3	28,0	19	45	34,0	34,0	21	43	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,008 NS 0,002 NS NS
HADS_L	9,0	8,0	2	20	7,7	7,0	1	18	7,4	8,0	1	15	6,6	6,0	0	15	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_D	6,9	8,0	1	16	5,2	5,0	0	13	8,8	10,0	1	15	6,4	6,0	1	13	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS 0,037 NS NS
IVE_R_10	6,5	7,0	1	10	5,0	5,0	2	8	6,1	6,0	2	9	5,6	6,0	2	7	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,023 NS NS NS NS NS
IVE_E_10	6,2	6,0	2	10	6,4	7,0	1	10	4,5	5,0	1	9	5,0	5,0	1	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS 0,030 NS NS
IVE_I_10	6,2	7,0	1	9	4,3	4,0	1	10	7,5	8,0	5	10	5,8	6,0	2	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	0,025 NS NS <0,001 NS 0,036

Tabela 9: Zestawienie wyników osiągniętych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 1 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal (cz. 2).

Z zestawienia wyników w zakresie spełniania kryterium cech dyssocjalnych przed 15 r.ż. oraz wskaźnika empatii poznawczej wynika, iż różnice istotne statystycznie zachodzą pomiędzy grupą skazanych spełniających kryteria M.I.N.I.1 i grupą internowanych spełniających M.I.N.I.1 ($p=0,008$), a także pomiędzy skazanymi niespełniającymi powyższych kryteriów i internowanymi również ich niespełniającymi ($p=0,002$). Najwyższy poziom empatii kognitywnej wśród grupy przestępczej osiągnęli skazani niewypełniający znamion cech dyssocjalnych przed 15 r.ż. (Me 38,0 pkt), a najniższy wynik wykazała grupa internowanych o młodzieńczych cechach dyssocjalnych (Me 28,0 pkt).

Powyższe rozważania wiodą do wniosku, że poziom empatii w grupach przestępczych jest dość silnie związany z cechami dyssocjalnymi występującymi w młodości. Grupy badanych, które cechują się zachowaniami dyssocjalnymi przed 15 r.ż. silniej korelują z niższą empatią, niż grupy przestępcze niespełniające kryteriów skali M.I.N.I.1.

Szerszy obraz skłonności przestępczych daje także zestawienie cech dysocjalnych przed 15 r.ż. z ogólnymi wartościami skłonności psychopatycznych i poziomem empatii – najniższy wynik w skłonnościach psychopatycznych osiągnęli skazani niespełniający warunków dla cech dysocjalnych przed 15 r.ż., a tym samym uzyskiwali oni najwyższy wynik w ogólnej skali empatii. Zupełnie odwrotna sytuacja miała miejsce w stosunku do internowanych spełniających warunki dysocjalności młodzieńczej – wynik w skali LSRPS był najwyższy, przy czym wynik w skali empatii najniższy ze wszystkich grup.

W zakresie zestawienia poziomu empatii ze spełnianiem (bądź niespełnianiem) kryteriów cech dysocjalnych po 15 r.ż. zauważyć można, że grupa szpitalna spełniająca kryteria M.I.N.I.2 uzyskała najniższy wynik poziomu empatii w ogóle (Me 63,5 pkt), odpowiednio grupa szpitalna niespełniająca kryteriów M.I.N.I.2 uzyskała średni wynik na dość niskim poziomie (Me 71,0 pkt). Zaskakującym jest, że grupa skazanych odbywających karę pozbawienia wolności wykazująca cechy dysocjalne w dorosłości uzyskała większy średni wynik (Me 77,0 pkt) aniżeli grupa skazanych niewykazująca takich cech (Me 71,0 pkt). Świadczyć to może o tym, że osoby uzyskujące wyższe wyniki w skali cech dysocjalnych i empatii są bardziej jednostkami socjopatycznymi niż psychopatycznymi.

W zakresie badanego czynnika empatii emocjonalnej (BESA_A) skazani nieprzejawiający cech dysocjalnych po 15 r.ż. uzyskali ponownie wyniki niższe niż ci skazani, którzy cechy te posiadali. Odwrotna tendencja (choć różnice w tym zestawieniu nie były znaczne, a wręcz niemal niewidoczne) miała miejsce w grupie szpitalnej rozróżnionej pod względem cech dysocjalnych w życiu dorosłym. Wyniki osiągnięte w skali empatii (czynnik: empatia poznawcza) w grupie skazanych przedstawiały tę samą tendencję co w zakresie ogólnego wyniku poziomu empatii i empatii emocjonalnej, zaś w grupie internowanych ci, którzy nie charakteryzowali się cechami dysocjalnymi po 15 r.ż. uzyskali średni wynik wyższy niż ci, którzy spełnili kryteria skali M.I.N.I.2 (Me 33,5 i Me 30,5). Istotną statystycznie okazała się różnica zachodząca pomiędzy grupą skazanych (dysocjalnych po 15 r.ż.) i internowanych również dysocjalnych w dorosłości.

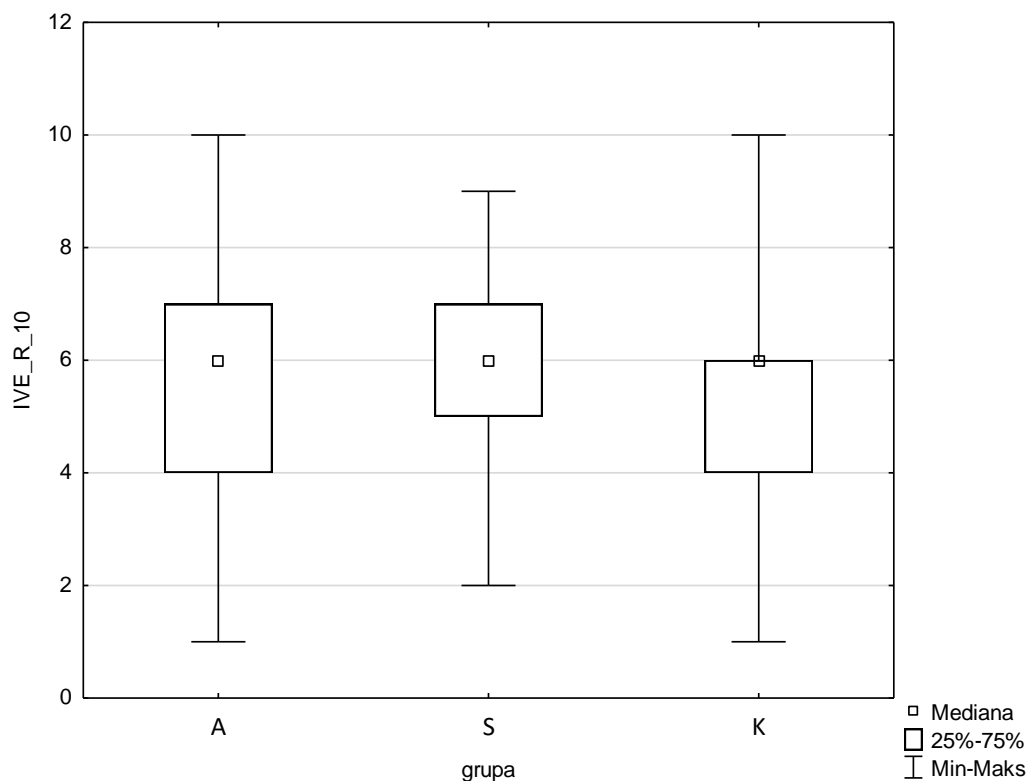
Spośród osób spełniających kryteria osobowości dysocjalnej (tj. obu części kwestionariusza M.I.N.I. – opracowanie zawarte w tabeli 8) w grupie skazanych i internowanych, najniższy wynik w zakresie poziomu empatii (nie tylko ujmowanej całościowo, ale także w poszczególnych jej czynnikach – empatii emocjonalnej i kognitywnej) wykazała grupa internowanych. Wynik tej grupy w zestawieniu z średnim wynikiem osiąganym przez grupę skazanych o osobowości dysocjalnej był znacznie niższy (różnica istotna statystycznie – $p=0,002$). Widoczną różnicę zaobserwowano także pomiędzy

grupami o braku cech dysocjalnych (skazanych i internowanych) – różnica w medianie punktów wyniosła 8 punktów. Powyższe świadczyć może o tym, iż wystąpienie osobowości dysocjalnej w grupie przestępczej warunkuje obniżony poziom empatii, przy czym wyższy poziom empatii obserwuje się w grupie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności (a więc uznanych w procesie karnym za całkowicie poczytalnych), co implikować może stwierdzenie, iż są oni bardziej socjopatyczni, aniżeli psychopatyczni.

§3. Impulsywność, skłonność do ryzyka i empatia - związki poszczególnych cech w grupie przestępczej i nie przestępczej

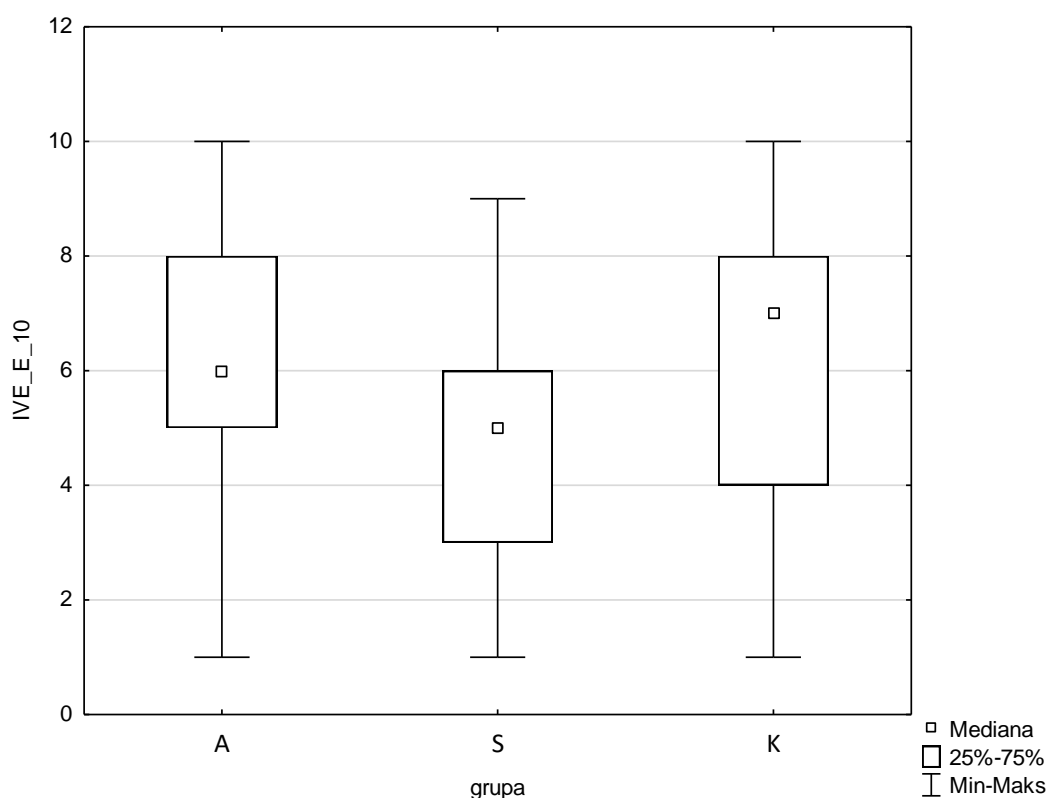
Aby dokonać analizy związków zachodzących pomiędzy skłonnością do ryzyka, impulsywnością i empatią w poszczególnych grupach badawczych, ponownie należy przyrzeć się tabeli współczynników korelacji pomiędzy wartościami skal BES-A oraz IVE, która zamieszczona została w niniejszej dysertacji jako Tabela 8 (s. 224).

Najsilniejsze współczynniki ujemnej korelacji zaobserwowano pomiędzy wynikami osiąganymi w zakresie impulsywności i empatii poznawczej w grupie skazanych oraz grupie szpitalnej. Brak jest ujemnej korelacji w grupie kontrolnej między tymi dwiema zmiennymi. Ponadto stosunkowo wysoki poziom ujemnej korelacji zaobserwowano pomiędzy wynikami osiąganymi w zakresie empatii (ogólnie) oraz impulsywności. Nie stwierdzono żadnych wzajemnych oddziaływań we wszystkich grupach pomiędzy skłonnością do ryzyka i empatią.



Rycina 16: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali IVE (zmienna: skłonność do ryzyka IVE_R) w skali stenowej.

Jak można zauważyć, mediana wyników we wszystkich grupach w zakresie skłonności do ryzyka wynosiła 6 stenów, zatem nie można mówić o dużym zróżnicowaniu tej cechy pomiędzy poszczególnymi członkami grup, z tym jednak zastrzeżeniem, że w grupie kontrolnej wyniki mieszczące się w przedziale 25-75% ogółu wyników znajdowały się w przedziale niższym niż 50% wyników grupy osób skazanych i internowanych. Najniższy wynik w grupie osób przebywających w areszcie śledczym wynosił 1 sten, najwyższy zaś 10. Tożsame wartości wykazywała grupa kontrolna. Wśród grupy osób przebywających na oddziałach psychiatrii sądowej najniższy wynik wynosił 2 steny, najwyższy – 9 stenów. Zgodnie z interpretacją wyników skali IVE, wynik powyżej 8 stenów przyjmuje się za wysokie nasilenie badanej cechy. W związku z tak zbliżonymi wynikami osiąganymi przez poszczególne grupy nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie skłonności do przestępczości badanych w związku ze stanem nasilenia skłonności do ryzyka.



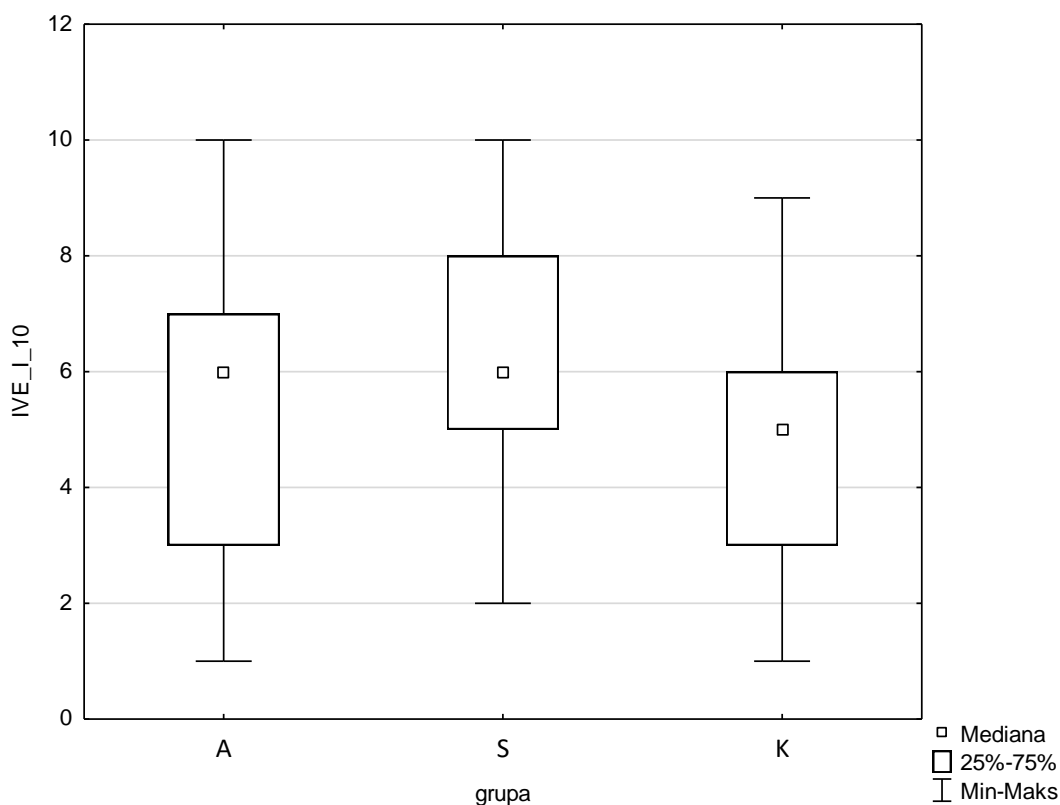
Rycina 17: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali IVE (zmienna: poziom empatii IVE_E) w skali stenowej.

Z uwagi na to, że skala IVE bada trzy cechy osobowości (skłonność do ryzyka, impulsywność i empatię), zestawiono także wyniki poszczególnych grup w zakresie empatii ocenionej na podstawie tego kwestionariusza. Nie tylko wskazują one na to, że poziom

empatii faktycznie różni się między grupami, ale także na fakt, że oba narzędzia do badania empatii wykazały różnice zauważalne w zestawieniu z pozostałymi cechami (istotne statystycznie) - świadczy to o prawidłowości przeprowadzonego badania oraz o wiarygodności narzędzi, które zostały wybrane do pomiaru tej cechy osobowości. Odwołując się do Tabeli 2 (s. 211 tejże dysertacji), wyniki osiągnięte przez poszczególne grupy w skali IVE co do zmiennej w zakresie empatii kształtowały się następująco:

- grupa osób skazanych osiągnęła maksymalny wynik 10 stenów, minimalny na poziomie 1 stena, przy czym mediana wyniosła 6 stenów, a 50% wyników znalazło się w przedziale 5-8 stenów.
- grupa osób internowanych osiągnęła maksymalny wynik 9 stenów, minimalny na poziomie 1 stena; mediana wyniosła 5 stenów, a 50% wyników stanowiły wartości pomiędzy 3 a 6 stenów.
- grupa kontrolna osiągnęła maksymalny wynik 10 stenów, minimalny na poziomie 1 stena, mediana - 7 stenów, a 50% wyników znalazło się w przedziale 4-8 stenów.

W skali stenowej różnice są istotne statystycznie w relacji grup areszt – szpital psychiatryczny ($p=0,004$), oraz szpital psychiatryczny – grupa kontrolna ($p=0,021$). Dla porównania, sumaryczne wyniki w skali BES-A wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy tymi grupami na poziomie $p=0,002$ i $p=0,005$.



Rycina 18: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali IVE (zmienna: poziom impulsywności IVE_I) w skali stenowej.

W zestawieniu wyników osiągniętych przez wszystkie grupy w zakresie zmiennej, jaką jest impulsywność, różnice istotne statystycznie zaobserwowano jedynie pomiędzy grupą szpitalną i kontrolną ($p=0,003$). Najwyższe wyniki w grupie skazanych i internowanych wynosiły 10 stenów (w grupie kontrolnej najwyższe wyniki wynosiły 9 stenów), najniższe zaś odpowiednio 1 sten (Areszt Śledczy), 2 steny (szpital psychiatryczny) i 1 sten (kontrola). Mediana wyników w poszczególnych grupach ukształtowała się na poziomie:

- 6 stenów dla grupy skazanych
- 6 stenów dla grupy internowanych
- 5 stenów w grupie kontrolnej

Co prawda przełożenie tzw. „surowych wyników” na steny nie ukazuje rzeczywistych wartości maksymalnych i minimalnych osiągniętych przez grupę, jednak można wskazać, że znajdowały się one w następujących przedziałach:

- Areszt Śledczy: 0-16 pkt
- Szpital psychiatryczny: 2-16 pkt
- Kontrola: 0-14 pkt

Różnice w wynikach najprościej zauważyć można w zakresie rozłożenia 50% najczęstszych wyników w danej grupie. W Areszcie Śledczym skazani uzyskiwali wyniki od 3-7 stenów w zakresie 25-75% wyników, w szpitalu psychiatrycznym osiągnęli oni w tym zakresie 5-8 stenów, a grupa kontrolna wykazała 50% wyników na poziomie 3-6 stenów. Mediany wyniosły odpowiednio 6 stenów (A), 6 stenów (S) i 5 stenów (K).

Na tym etapie można zatem wywieść wniosek o dodatniej korelacji stopnia nasilenia impulsywności ze stanem, który wiązał się z umieszczeniem sprawcy w szpitalu psychiatrycznym, a więc o uznaniu go za działającego w stanie zniesionej poczytalności. Pośrednio można dokonać założenia, że z uwagi na wyższy poziom (choć nieznacznie) impulsywności w grupie skazanych aniżeli w grupie kontrolnej, niejako to zjawisko związane może być z ogólną skłonnością do przestępczości.

Mając na względzie zestawienie różnic zachodzących względem grup (poprzez pryzmat spełnienia kryterium wystąpienia cech dysocjalnych przed 15 r.ż. – M.I.N.I.1)⁵⁸⁹, wskazać należy, że w zakresie skłonności do ryzyka najwyższe wyniki osiągnęli skazani wykazujący antyspołeczność młodzieńczą (Me 7,0 pkt w skali stenowej). Zarazem najniższy

⁵⁸⁹ wskazane w Tabeli 9 zawartej na stronie 230 dysertacji.

wynik w zakresie skłonności do ryzyka prezentowała grupa skazanych niespełniających kryteriów osobowości antyspołecznej przed 15 rokiem życia (Me 5,0 pkt w skali stenowej). To właśnie zestawienie tych wyników obu grup skazanych wyróżniło się zależnością istotną statystycznie ($p=0,023$). Pozostałe zestawienia skłonności do ryzyka i cech dys socjalnych przed 15 r.ż. nie stanowiło różnic istotnych, przy czym obie grupy szpitalne (spełniająca i niespełniająca kryteriów M.I.N.I.1) charakteryzowały się skłonnością do ryzyka na poziomie mediany równej 6,0 pkt w skali stenowej.

Istotne różnice w poziomie impulsywności przebiegały pomiędzy grupami skazanych o cechach dys socjalnych w młodości i skazanych niespełniających tego kryterium ($p=0,025$) oraz pomiędzy grupą skazanych niewykazujących dys socjalności przed 15 r.ż. i internowanych spełniających kryteria M.I.N.I.1 ($p<0,001$). Zestawiając najniższy wynik osiągnięty przez grupę skazanych niespełniających kryteriów M.I.N.I.1 z poziomem skłonności psychopatycznych i impulsywnością należy zwrócić uwagę na fakt, iż osiągnęli oni tym samym najniższy wynik w skali LSRPS (również najniższy wynik w skali psychopatii pierwotnej F1), a zarazem nie wykazywali cech dys socjalnych przed 15 r.ż. Grupa internowanych spełniających kryteria dys socjalności młodzieńczej jednocześnie wykazała najwyższą medianę wyniku w skali impulsywności i skali cech psychopatycznych LSRPS (w tym cech psychopatii pierwotnej).

Zgoła inaczej przedstawia się sytuacja zestawienia wyników uwzględniających fakt spełniania przez badanych kryteriów wystąpienia cech dys socjalnych po 15 r.ż (kryterium M.I.N.I. 2) w zestawieniu z impulsywnością i skłonnością do ryzyka. W zakresie skłonności do ryzyka zestawienie każdej z grup nie wykazało istotnych różnic, które wystąpiły jednak w sferze impulsywności. Badani z grupy skazanych spełniających kryteria skali M.I.N.I.2 (cechy dys socjalne w dorosłym etapie życia) znacznie różnili się od skazanych niespełniających powyższych kryteriów (różnica na poziomie $p<0,001$, wynik grupy pierwszej na poziomie mediany równej 7,0 pkt, wynik grupy drugiej – mediana równa 3,0 pkt). Najbardziej uwypuklić należałoby różnicę zachodzącą między skazanymi niedys socjalnymi w wieku dorosłym a internowanymi o cechach dys socjalnych po 15 r.ż. ($p<0,001$ – różnica w medianie na poziomie 4,5 pkt).

Powyższe wyniki zestawiono również z poziomem empatii wszystkich grup – najwyższy wynik w skali impulsywności grupy internowanej wykazującej cechy dys socjalne po 15 r.ż. wiązał się nierozdzielnie z najniższym wynikiem ogólnej empatii mierzonej za pomocą skali BES-A.

	Areszt spełnia MINI2 (I) N=35				Areszt nie spełnia MINI2 (II), N=15				Szpital spełnia MINI2 (III) N=22				Szpital nie spełnia MINI2 (IV), N=28				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
HADS_L	9,4	8,0	2	20	6,4	6,0	1	13	7,4	8,0	1	14	6,5	5,5	0	15	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,033 NS NS NS
HADS_D	6,3	5,0	0	16	6,1	6,0	0	11	7,7	7,5	1	15	7,2	7,0	1	14	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_R_10	6,1	6,0	1	10	5,6	5,0	2	10	5,8	6,0	2	9	5,8	6,0	2	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_E_10	6,5	7,0	1	10	5,8	6,0	2	10	4,6	4,5	1	9	5,0	5,0	1	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,008 0,041 NS NS NS
IVE_I_10	6,5	7,0	2	10	3,2	3,0	1	6	7,4	7,5	5	10	5,8	6,0	2	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	<0,001 NS NS <0,001 0,010 NS

Tabela 10: Zestawienie wyników osiągniętych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 2 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal (cz. 2)

Poniżej zamieszczona tabela 10 (s. 237 dysertacji) wskazuje na zestawienie wyników osiągniętych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów obydwu części kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal. W tym miejscu opracowania istotne będzie porównanie nasilenia cech takich jak impulsywność oraz skłonność do ryzyka z kwestią wystąpienia w określonych grupach osobowości dyssocjalnej. Ponownie, jak w zestawieniu wyników dotyczących wystąpienia cech dyssocjalnych po 15 r.ż., nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami w zakresie skłonności do ryzyka, mierzonej za pomocą skali IVE_R. Niemniej jednak nie może ująć uwagę, że grupa skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym w Białymstoku osiągnęła najwyższy średni wynik (Me=7,0 pkt w skali stenowej).

Nie uległa zmianie również tendencja poszczególnych grup w zakresie impulsywności – internowani z oddziałów psychiatrii sądowej w szpitalu psychiatrycznym uzyskali najwyższy średni wynik (Me=7,5 pkt w skali stenowej). Niemniej jednak największa różnica wyników uzyskiwanych w skali impulsywności przebiega pomiędzy grupami skazanych o osobowości dyssocjalnej (Me=7,0 pkt w skali stenowej) i skazanymi niewykazującymi cech dyssocjalności (Me=3,0 w skali stenowej). Istotność statystyczna tej różnicy wyników wynosi $p < 0,001$.

	Areszt - spełnia MINI oba (I), N=25				Areszt - nie spełnia MINI oba (II), N=25				Szpital - spełnia MINI oba (III), N=16				Szpital - nie spełnia MINI oba (IV), N=34				p	
HADS_L	9,5	9,0	2	20	7,5	7,0	1	18	6,9	6,5	1	14	6,9	6,0	0	15	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_D	6,9	8,0	1	16	5,6	6,0	0	13	8,8	10,0	1	15	6,8	6,5	1	14	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_R_10	6,6	7,0	1	10	5,3	5,0	2	10	5,8	6,0	2	9	5,8	6,0	2	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_E_10	6,4	6,0	2	10	6,2	6,0	1	10	4,3	4,0	1	9	5,1	5,0	1	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS 0,019 NS 0,041 NS NS
IVE_I_10	7,1	7,0	5	9	3,9	3,0	1	10	7,4	7,5	5	10	6,1	6,0	2	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	<0,001 NS NS <0,001 0,006 NS

Tabela 11: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów obydwu części kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal (cz. 2).

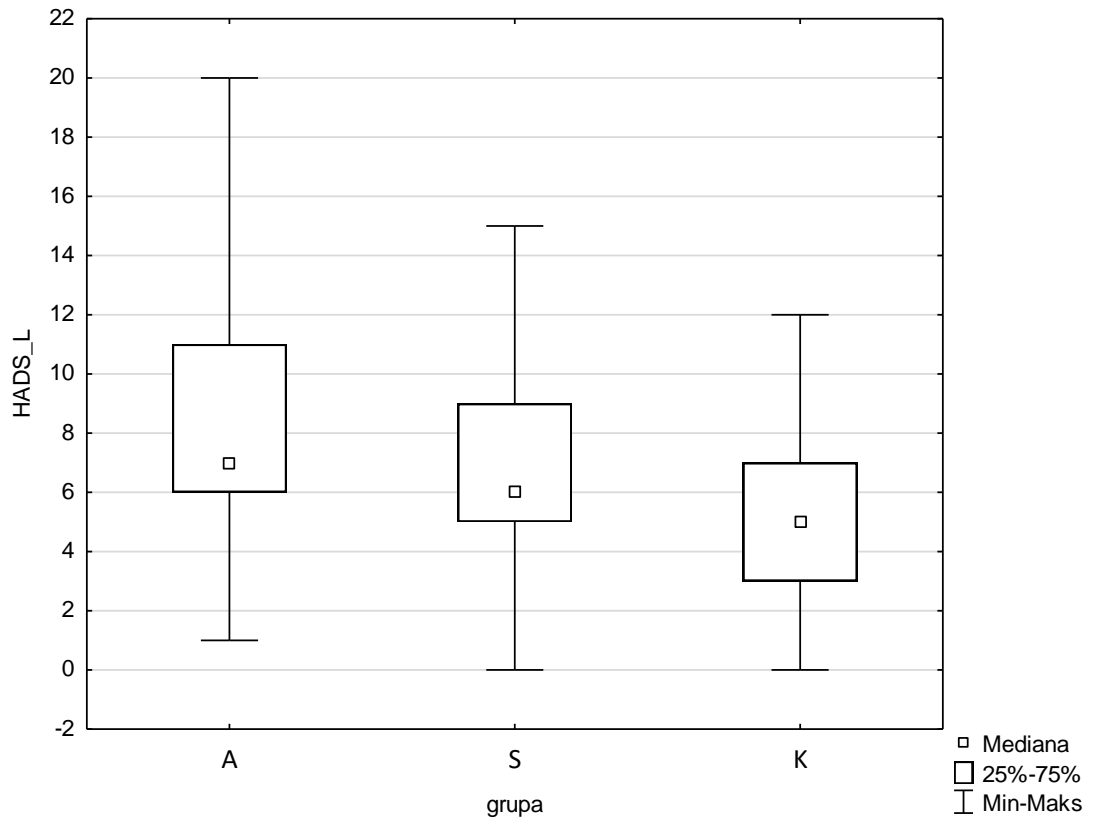
§4. Zróźnicowanie poziomu lęku i depresji w poszczególnych grupach badanych

Za pomocą skali HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) możliwe było zestawienie dwóch czynników w poszczególnych grupach – zmiennej nasilenia lęku (HADS_L) i nasilenia depresji (HADS_D). Na wstępie odwołać się należy do Tabeli 2 (s. 211 niniejszej dysertacji), która wskazuje na bardzo duże różnice istotne statystycznie, zachodzące pomiędzy grupami Areszt – Kontrola oraz Szpital – Kontrola, zarówno w odniesieniu do skali lęku, jak i depresji.

Zachodzące pomiędzy grupami różnice zobrazować należy w następujący sposób:

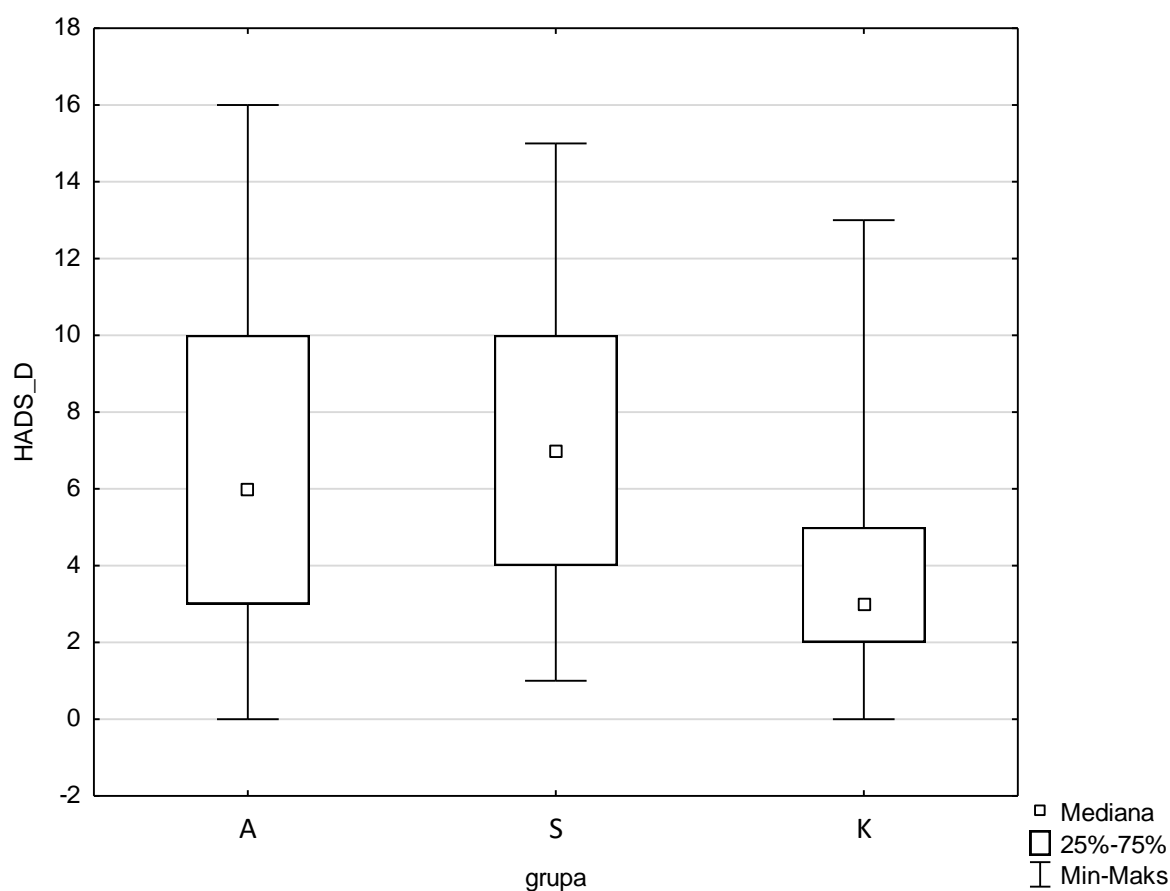
- grupa osób odbywających karę pozbawienia wolności uzyskała w skali lęku wyniki na poziomie 1 pkt (min.) – 20 pkt (max), przy czym mediana wyniosła 7 pkt. W skali depresji powyższa grupa uzyskała wyniki od 0 pkt (min.) do 16 pkt (max.) przy medianie na poziomie 6 pkt.
- grupa osób internowanych uzyskała w skali lęku wyniki na poziomie 0 pkt (min.) – 15 pkt (max), przy czym mediana wyniosła 6 pkt. W skali depresji grupa szpitalna uzyskała wyniki od 1 pkt do 15 pkt przy medianie wynoszącej 7 pkt.

- grupa kontrolna uzyskała wyniki znacznie niższe od pozostałych: w skali lęku wyniki wynosiły od 0 pkt do 12 (Me 5 pkt), w skali depresji zaś grupa kontrolna uzyskała wyniki od 0 pkt (min.) do 13 pkt (max.) przy medianie na poziomie 3 pkt.



Rycina 19: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali HADS (zmienna: poziom lęku HADS_L).

Powyższa rycina w doskonały sposób obrazuje skłonności lękowe grup badanych – w pełni widoczny jest rozkład wyników minimalnych i maksymalnych, rozkład wyników w przedziale 25-75% oraz mediany w poszczególnych grupach. W grupie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym 50% wyników znajdowało się w granicach 6-11 pkt, w szpitalu psychiatrycznym – 5-9 pkt, grupa kontrolna najczęściej uzyskiwała wyniki na poziomie 3-7 pkt. Istotność statystyczna różnic pomiędzy grupą skazanych a grupą kontrolną ($p < 0,001$) oraz między grupą szpitalną a kontrolną ($p = 0,024$) jest znaczna.



Rycina 20: porównanie wyników osiąganych przez poszczególne grupy w skali HADS (zmienna: poziom depresji HADS_D).

Wyniki wszystkich grupy badanych zostały przeanalizowane także pod kątem nasilenia poziomu depresji. Grupa kontrolna uzyskała istotnie niższe wyniki niż pozostałe grupy. Różnice zaobserwowane pomiędzy grupą kontrolną a pozostałymi grupami były istotne statystycznie i wynosiły:

- $p < 0,001$ w różnicy wyników pomiędzy grupą kontrolną a grupą skazanych
- $p < 0,001$ w różnicy wyników pomiędzy grupą kontrolną a grupą internowanych

Podkreślenia wymaga, iż zgodnie z wytycznymi do skali HADS, wyniki osiągnięte w zakresie poszczególnych czynników lęku i depresji powyżej 11 punktów ocenia się jako nieprawidłowe, a wyniki pomiędzy 8-11 pkt jako graniczne (między stanem prawidłowym a zaburzonym).

Aż 13 osób z grupy skazanych w skali lęku osiągnęło wynik równy lub wyższy niż 11 pkt (wyniki nieprawidłowe), a 7 osób wyniki graniczne. W grupie osób przebywających na oddziałach psychiatrii sądowej 8 osób osiągnęło wynik równy lub przewyższający 11 pkt, a

wyniki graniczne wykazało 14 osób spośród badanych. W grupie kontrolnej wyniki nieprawidłowe w skali lęku osiągnęły 4 osoby, wyniki graniczne zaś – 6 osób.

Wyniki nieprawidłowe (powyżej 11 pkt), osiągane przez poszczególne osoby w zakresie czynnika depresji w grupie skazanych, stanowiły 9 spośród 50. Wyniki graniczne w grupie z Aresztu Śledczego osiągnęło 12 badanych. W grupie internowanych nieprawidłowe wyniki w skali depresji wykazało 12 osób, a wyniki graniczne – 11 osób. W grupie kontrolnej wyniki nieprawidłowe w skali depresji osiągnęły 2 osoby, wyniki graniczne – również 2 osoby.

Powyższe wyniki świadczyć mogą o częstym współwystępowaniu depresji lub skłonności depresyjnych w grupie szpitalnej i grupie skazanych. Zadziwiające jest jednak, że na poziom lęku i depresji nie wpłynął czynnik, jakim jest okres odbywanej już kary w Areszcie Śledczym. Zestawienie powyższych dwóch zmiennych obrazuje tabela 12 poniżej.

	Areszt do roku N=7				Areszt 1-5lat N=21				Areszt powyżej 5 lat N=22				p
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	
HADS_L	9,1	7,0	4	15	8,1	7,0	1	18	8,7	7,0	2	20	NS
HADS_D	7,7	8,0	0	13	6,8	6,0	0	16	5,2	4,0	1	13	NS

Tabela 12: Porównanie aresztowanych o różnym czasie pobytu w Areszcie Śledczym pod względem HADS.

	Areszt		Szpital		Kontrola	
	HADS_L	HADS_D	HADS_L	HADS_D	HADS_L	HADS_D
LSRPS	0,196	0,159	0,183	0,300*	0,045	0,299*
LSRPS_F1	0,158	0,088	0,059	0,216	-0,053	0,266
LSRPS_F2	0,219	0,274	0,324*	0,232	0,196	0,275

Tabela 13: Współczynniki korelacji pomiędzy wartościami skal HADS i LSRPS.

* $p < 0,05$

Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy stopniem nasilenia depresji (HADS_D) oraz nasilenia skłonności psychopatycznych (LSRPS) o sile $r=0,3$ zarówno w grupie kontrolnej jak i u pacjentów szpitala psychiatrycznego. Nie stwierdzono natomiast takiego związku w grupie z skazanych przebywających w areszcie śledczym. Wyniki powyższe mogą świadczyć o wystąpieniu w przypadku tych osób psychopatii ze współwystąpieniem depresji.

Tabela 9 (zawarta na stronie 230 dysertacji) przedstawia między innymi zestawienie nasilenia cech lęku i depresji z kryterium spełnienia cech dyssocjalnych przed 15 r.ż. przez osoby badane z grup skazanych odbywających karę pozbawienia wolności i grupy szpitalnej. Choć w porównaniu wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali lęku nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie spełnienia przez te grupy kryteriów

kwestionariusza M.I.N.I.1, w skali depresji zaistniała różnica między grupą skazanych niewykazującą cech dysocjalnych przed 15 r.ż. a grupą internowanych dysocjalnych w wieku młodzieńczym ($p=0,037$). Analiza porównawcza cech depresji w grupie szpitalnej spełniającej kryteria M.I.N.I.1 wykazała, że osoby badane z tej grupy charakteryzował najwyższy współczynnik nasilenia cech psychopatycznych.

W odniesieniu do Tabeli 10 (zawartej na stronie 237 dysertacji), za pomocą której zestawiono cechy dysocjalne występujące po 15 r.ż. z pozostałymi skalami, zauważyć należy, że wyniki w skali lęku grup spełniających kryterium M.I.N.I.2 były identyczne (na poziomie $Me=8,0$ pkt). Porównanie powyższych grup pod względem wyników osiągniętych w skali depresji również nie wykazało różnic istotnych statystycznie⁵⁹⁰. Marginalnie można stwierdzić, iż grupa internowanych wykazujących cechy dysocjalne po 15 r.ż., która osiągnęła najwyższy wynik w skali depresji, uzyskała także najwyższy średni wynik w skali skłonności psychopatycznych.

Spośród poszczególnych grup przestępczych najwyższy wynik w skali lęku osiągnęła grupa skazanych o osobowości dysocjalnej (spełniających obydwa kryteria kwestionariusza M.I.N.I.) – oscyłował on na poziomie aż 9,0 pkt, przy czym skazani bez ujawnionych cech dysocjalnych osiągnęli średni wynik równy 7,0 pkt. Nie zaobserwowano tym samym istotnych różnic w zakresie zestawienia osobowości dysocjalnej a średnim wynikiem w skali lęku. Choć tabela 12 (zestawiająca średni wynik ze skali HADS z rzeczywistym czasem przebywania w izolacji) nie wskazała na jakiegokolwiek zależności, być może wysoki poziom lęku w grupie skazanych związany jest z odbywaniem kary pozbawienia wolności w warunkach nieszpitalnych, które nieodzownie łączą się z interakcjami więźniów między sobą.

Średnie wyniki w zakresie wystąpienia depresji zdecydowanie najwyższe ($Me=10,0$ pkt) były wśród badanych internowanych w szpitalu psychiatrycznym (a więc o stwierdzonej zniesionej poczytalności) – ponownie zatem można wysnuć wniosek o współwystępowaniu cech psychopatycznych (i osobowości dysocjalnej) z depresją, w wyniku czego poczytalność może być przynajmniej w znacznym stopniu ograniczona (tu: zniesiona).

⁵⁹⁰ Grupa skazanych odbywających karę pozbawienia wolności, spełniająca kryteria cech dysocjalnych występujących po 15 r.ż. uzyskała w skali depresji wynik równy $Me=5,0$, internowani spełniający kryterium dysocjalności wg M.I.N.I.2 uzyskali wynik wyższy, tj. $Me=7,5$ pkt. Grupa skazanych i internowanych niewykazujące cech dysocjalnych w życiu dorosłym nie różniły się widocznie między sobą ($Me=6,0$ i $Me=7,0$).

§5. Cechy psychopatyczne i antyspołeczne a rodzaj popełnianych przestępstw i recydywa

Oczywistym jest, że grupa skazanych oraz internowanych w 100% przypadków popełniła przestępstwa (różnorodne), choć w grupie kontrolnej także wystąpiły dwie osoby, które w przeszłości zostały skazane prawomocnym wyrokiem za popełnienie przestępstw (przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu – pobicie – oraz przestępstwo przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji – jazda samochodem pod wpływem alkoholu).

W grupie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym w Białymstoku aż 56% badanych popełniło przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, a 46% przestępstwo przeciwko mieniu. Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece stanowiły 8% przestępstw wśród grupy z aresztu, a przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu i przeciwko porządkowi publicznemu – odpowiednio po 4% wszystkich przestępstw popełnionych przez badanych.

Rodzaj przestępstwa	Areszt		Szpital		Kontrola	
	n	%	n	%	n	%
przestępstwo p-ko życiu i zdrowiu	23	46%	19	38%	1	2%
p-ko wolności	2	4%	12	24%	0	0%
p-ko wolności seksualnej i obyczajności	2	4%	1	2%	0	0%
p-ko bezpieczeństwu w komunikacji	0	0%	0	0%	1	2%
p-ko bezpieczeństwu powszechnemu	2	4%	3	6%	0	0%
p-ko porządkowi publicznemu	2	4%	0	0%	0	0%
z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	2	4%	0	0%	0	0%
przeciwko mieniu	28	56%	13	26%	0	0%
p-ko wiarygodności dokumentów	0	0%	1	2%	0	0%
p-ko rodzinie i opiece	4	8%	11	22%	0	0%
p-ko wymiarowi sprawiedliwości	0	0%	1	2%	0	0%
p-ko instytucjom państwowym	0	0%	5	10%	0	0%
recydywa	42	84%	11	22%	0	0%

Tabela 14: częstotliwość występowania poszczególnych przestępstw w analizowanych grupach.

W grupie badanych ze szpitala psychiatrycznego sytuacja przedstawiała się odmiennie – zaobserwowano największą liczbę przestępstw popełnionych przeciwko życiu i zdrowiu (38% ogólnej liczby), następnie przestępstwa przeciwko mieniu (26%), dość liczną grupę stanowiła przestępczość przeciwko wolności (24%) oraz p-ko rodzinie i opiece (22%).

Należy podkreślić fakt, iż wśród przestępstw przeciwko mieniu popełnionych przez obie grupy przestępcze (areszt śledczy i szpital psychiatryczny) znaczną większość stanowiły

rozboje, a więc czyny agresywne. Wśród przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu popełnionych przez obie grupy przestępcze średnio około 50% stanowiły zabójstwa. Skupienia uwagi także wymaga, iż wszystkie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece popełnione przez internowanych polegały na znęcaniu się nad członkami rodziny (tj. art. 207 k.k.), a przestępstwa przeciwko wolności stanowiły głównie groźby karalne.

Ponieważ w grupie kontrolnej jedynie dwie osoby były skazane prawomocnym wyrokiem za popełnienie przestępstwa, nie mogła ona stanowić miarodajnego punktu porównawczego dla pozostałych grup – szpitalnej i skazanych. Z tego względu zestawiono jedynie te dwie ostatnie grupy, aby móc następnie porównać kwestię nasilenia poszczególnych cech w przypadku popełnienia przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu oraz przeciwko mieniu.

Poniższa tabela przedstawia skupienie poszczególnych cech osobowości w zależności od tego, czy dana osoba badana popełniła przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, czy też nie. Osoby badane, które dopuściły się analizowanego rodzaju przestępstwa różniły się od osób popełniających pozostałe przestępstwa na przestrzeni wielu skal.

	Areszt - bez p-twa p-ko życiu i zdrowiu (I) N=27				Areszt - z p-twem p-ko życiu i zdrowiu (II) N=23				Szpital - bez p-twa p-ko życiu i zdrowiu (III), N=31				Szpital - z p-twem p-ko życiu i zdrowiu (IV) N=19				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	68,3	68,0	43	98	58,1	57,0	34	95	71,3	76,0	43	101	76,9	81,0	46	95	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS 0,033 0,002 NS
LSRPS_F1	41,3	40,0	24	62	34,7	32,0	15	55	43,5	46,0	22	63	46,6	49,0	23	59	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS 0,004 NS
LSRPS_F2	27,0	26,0	15	37	23,4	20,0	14	40	27,8	30,0	10	39	30,3	30,0	17	39	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS 0,015 NS
BESA	74,9	75,0	44	97	75,5	77,0	34	96	69,4	68,0	52	88	64,1	62,0	43	87	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,023 NS 0,012 NS
BESA_A	39,0	38,0	17	55	40,1	41,0	18	54	36,3	35,0	15	51	33,8	33,0	24	49	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS 0,035 NS

Tabela 15: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na fakt, iż ogólny wynik w skali LSRPS (nasilenia cech psychopatycznych) był zarówno w grupie skazanych jak i internowanych wyższy pośród osób, które nie popełniły przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Największe

i doskonale zauważalne różnice zachodziły pomiędzy grupami skazanych, którzy popełnili przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu a internowanymi, którzy takiego czynu się nie dopuścili ($p=0,033$), a także pomiędzy osobami skazanymi za tego rodzaju przestępstwo i internowanymi, którzy również takiego czynu przeciwko życiu i zdrowiu się dopuścili ($p=0,002$). W skali psychopatii pierwotnej nie zaobserwowano istotnych różnic, poza zestawieniem (ponownie) grupy skazanych za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu i internowanych, którzy ten rodzaj czynu popełnili ($p=0,004$). W skali psychopatii wtórnej tendencja ta powtórzyła się, jednak z mniejszym nasileniem ($p=0,015$).

W zakresie różnic zachodzących w poziomie empatii osób badanych, zróżnicowanych pod kątem popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, istotna różnica ($p=0,012$) wystąpiła pomiędzy grupą II i IV (skazani, którzy popełnili przestępstwo przeciwko życiu i internowani, którzy również tego rodzaju czynu się dopuścili), a także pomiędzy tą samą grupą internowanych a skazanymi, którzy przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu nie popełnili ($p=0,023$). Nieco zadziwiającym ponownie jest fakt, że grupa skazanych, którzy nie dopuścili się opisywanego rodzaju przestępstw osiągnęli niższy wynik z ogólnej skali empatii aniżeli ci, którzy czyn taki popełnili. Tendencja grupy szpitalnej w wynikach osiągniętych w skali BES-A oraz jej poszczególnych czynnikach pozostała bez zmian – najniższy poziom empatii emocjonalnej zaobserwowano u osób internowanych, które popełniły analizowany rodzaj czynu, co może wiązać się z najwyższym poziomem nasilenia cech psychopatycznych, a więc współwystępującą z innym zaburzeniem psychopatią. Na bardziej socjopatyczne cechy grupy skazanych (w tym miejscu: zróżnicowanych pod kątem popełnionych przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu) w zestawieniu z grupą internowanych może wskazywać fakt, że nie tylko współczynnik ich empatii ogólnej jest wyższy, niż osób wobec których orzeczono środek zabezpieczający, ale także poziom empatii kognitywnej (BESA_C) jest wysoki – niemal na tym samym poziomie, co osób, które popełniły inne przestępstwo.

	Areszt - bez p-twa p-ko życiu i zdrowiu (I), N=27				Areszt - z p-twem p-ko życiu i zdrowiu (II), N=23				Szpital - bez p-twa p-ko życiu i zdrowiu (III), N=31				Szpital - z p-twem p-ko życiu i zdrowiu (IV), N=19				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
BESA_C	35,8	37,0	21	45	35,4	36,0	16	44	33,1	33,0	20	45	30,3	28,0	19	38	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,020 NS 0,044 NS
HADS_L	8,8	7,0	2	20	8,2	7,0	1	18	7,1	6,0	0	15	6,6	6,0	1	12	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_D	5,9	4,0	1	13	6,7	7,0	0	16	7,0	7,0	1	15	8,1	9,0	1	15	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_R_10	6,0	7,0	1	10	5,9	6,0	2	10	8,0	8,0	1	15	5,6	6,0	3	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_E_10	6,2	6,0	1	10	6,3	6,0	2	10	5,9	6,0	2	9	4,4	4,0	1	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,031 NS 0,022 NS
IVE_I_10	6,1	6,0	2	10	4,8	4,0	1	9	5,1	5,0	1	9	6,8	6,0	3	10	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS

Tabela 16: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopewnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych (cz. 2).

Ciekawym zjawiskiem zaobserwowanym w powyższym badaniu był brak różnicowania poszczególnych grup pod względem skłonności do ryzyka i impulsywności. Na podstawie przeprowadzonych badań w niniejszej dysertacji wywodzić należy, że impulsywność oraz skłonność do ryzyka nie mają wpływu (ani związku) z dopuszczeniem się czynu zabronionego przeciwko życiu i zdrowiu. Istotnych różnic statystycznych nie odnotowano także w zakresie cech nasilenia lęku i depresji, tak więc implikuje to stwierdzenie, iż nie mają one znaczenia dla popełnienia czynów polegających na uszkodzeniu ciała innego człowieka lub pozbawienia go życia.

	Areszt - bez p-twa p-ko życiu i zdrowiu N=27		Areszt - z p-twem p-ko życiu i zdrowiu N=23		Szpital - bez p-twa p-ko życiu i zdrowiu N=31		Szpital - z p-twem p-ko życiu i zdrowiu N=19		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
MINI1	20	74%	11	48%	10	32%	11	58%	0,015
MINI2	21	78%	14	61%	9	29%	13	68%	0,001
MINI oba	17	63%	8	35%	6	19%	10	53%	0,005

Tabela 17: związki zachodzące między spełnianiem przez poszczególne grupy kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I. oraz popełnieniem przez te osoby przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu.

Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy wynikami uzyskiwanymi w skali osobowości dyssocjalnej a przynależnością do poszczególnej grupy (tj. popełniającej przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu lub niepopewniającej go). Spełnienie kryteriów

M.I.N.I.1 (cech dyssocjalnych przed 15 r.ż.) w grupie szpitalnej, która nie popełniła przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu spełnia jedynie 32% osób, a wśród osób przebywających areszcie aż 74%. Odsetki osób, które popełniły przestępstwo p-ko życiu i zdrowiu i spełniają kryteria kwestionariusza M.I.N.I.1 są zbliżone. Ponadto zaobserwowano istotny związek pomiędzy osobami skazanymi a internowanymi, które nie popełniły opisywanego rodzaju przestępstwa – w grupie skazanych cechy dyssocjalne po 15 r.ż. przejawiało 78% badanych, w grupie szpitalnej – zaledwie 29%.

Najistotniejsze w punktu widzenia powyższego zestawienia wydaje się jednak być porównanie badanych osób pod kątem wystąpienia osobowości dyssocjalnej (a więc spełnienia obydwu kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I.) a faktem popełnienia bądź niepopełnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. W tym miejscu widoczna jest znaczna różnica w tendencji kształtowania się wyników – w grupie skazanych osób, które popełniły ten rodzaj przestępstwa, jedynie 35% wykazywało osobowość dyssocjalną (w porównaniu z 63% skazanych, którzy nie popełnili tego rodzaju czynu, a charakteryzowali się osobowością dyssocjalną), w szpitalu psychiatrycznym zaś tendencja była wprost odwrotna – internowani o osobowości dyssocjalnej, którzy naruszyli porządek prawny popełniając opisywany rodzaj przestępstwa, stanowili 53%, ci, którzy nie popełnili tego rodzaju przestępstwa w 19% wykazywali osobowość dyssocjalną.

Jak wynika z zestawionych danych, wśród osób poczytalnych osobowość dyssocjalna nie wiąże się ściśle z popełnieniem przez te osoby przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, w przypadku osób niepoczytalnych zaś w dużej mierze tak właśnie jest.

	Areszt bez p-twa p-ko mieniu N=22		Areszt z p-twem p-ko mieniu N=28		Szpital bez p-twa p-ko mieniu N=37		Szpital z p-twem p-ko mieniu N=13		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
MINI1	10	45%	21	75%	12	32%	9	69%	0,004
MINI2	11	50%	24	86%	14	38%	8	62%	0,001
MINI oba	6	27%	19	68%	10	27%	6	46%	0,004

Tabela 18: związki zachodzące między spełnianiem przez poszczególne grupy kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I. oraz popełnieniem przez te osoby przestępstw przeciwko mieniu.

Przeanalizowano także związek pomiędzy faktem popełnienia przestępstwa przeciwko mieniu przez osoby badane a wynikami osiąganymi w skali M.I.N.I., a więc związek między tego rodzaju przestępczością a osobowością dyssocjalną. Niewątpliwie cechy dyssocjalności młodzieńczej (ujawnianej przed 15 r.ż.) wpływały dodatnio na skłonność do popełniania przestępstw przeciwko mieniu – aż 75% badanych skazanych, którzy dopuścili się tego

rodzaju czynu spełniało kryteria skali M.I.N.I.1, a w grupie internowanych – 69%. Wyższy procentowy wynik miał miejsce w zakresie spełniania kryteriów cech dyssocjalnych w życiu dorosłym przez osoby skazane (86%), w przypadku osób internowanych wynik ten był niższy, aniżeli w przypadku pierwszej skali.

Tendencja wystąpienia osobowości dyssocjalnej (spełnione oba kryteria kwestionariusza M.I.N.I.) wśród osób badanych, które popełniły czyn zabroniony skierowany przeciwko mieniu, była tożsama w obu grupach – zarówno skazani jak i internowani w znacznie większym odsetku osób spełniających kryteria osobowości dyssocjalnej popełnili ten rodzaj przestępstw, aniżeli pozostałe czyny zabronione (w grupie szpitalnej odsetek tych osób wyniósł 46%, natomiast w grupie skazanych – 68%). W zestawieniu z opracowaniem wyników zamieszczonych w tabeli 16 (poprzednia strona dysertacji), wnioskować należy, że cechy osobowości dyssocjalnej wykazują ściślejszy związek z przestępstwami przeciwko mieniu aniżeli przestępstwami przeciwko życiu i zdrowiu w grupie skazanych (o pełnej poczytalności). Grupa szpitalna prezentuje odmienną tendencję, tj. znacznie więcej osób o osobowości dyssocjalnej popełnia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu niż przestępstwa przeciwko mieniu. Świadczyć to może o tym, że poziom empatii w grupie szpitalnej jest najniższy, a zatem osoby te mogą wykazywać większą skłonność do bardziej drastycznych czynów, niż osoby socjopatyczne w pełni poczytalne.

Poniżej zamieszczono tabelę ukazującą nasilenie poszczególnych cech w grupach osób, które dopuściły się czynu zabronionego skierowanego przeciwko mieniu – zarówno w grupie szpitalnej jak i grupie skazanych przebywających w Areszcie Śledczym.

	Areszt bez p-twa p-ko mieniu (I) N=22				Areszt z p-twem p-ko mieniu (II) N=28				Szpital bez p-twa p-ko mieniu (III) N=37				Szpital z p-twem p-ko mieniu (IV) N=13				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	61,8	58,0	34	98	65,1	68,0	34	98	70,7	74,0	43	95	81,2	85,0	44	101	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,003 NS 0,011 NS
LSRPS_F1	37,0	35,0	20	62	39,3	39,0	15	62	42,7	46,0	22	56	50,4	52,0	27	63	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,003 NS 0,021 NS
LSRPS_F2	24,8	25,0	14	40	25,8	26,0	15	37	28,0	30,0	10	39	30,8	33,0	17	38	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
BESA	75,1	75,5	34	96	75,2	76,0	44	97	67,6	67,0	43	88	66,8	62,0	51	87	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
BESA_A	39,8	39,0	18	54	39,4	41,0	17	55	35,2	35,0	15	51	35,6	34,0	25	49	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS

Tabela 19: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopołnienia przestępstwa przeciwko mieniu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych.

W zestawieniu stopnia nasilenia poszczególnych cech z faktem popełnienia bądź niepopołnienia czynu zabronionego przeciwko mieniu wskazać należy, że zaobserwowano różnice istotne statystycznie w zakresie nasilenia cech psychopatycznych pomiędzy grupą skazanych którzy nie popełnili tego rodzaju czynu a grupą internowanych którzy czynu tego się dopuścili ($p=0,003$). Istotna różnica wystąpiła również pomiędzy grupami skazanych za popełnienie przestępstwa przeciwko mieniu a internowanymi umieszczonymi w szpitalu psychiatrycznym w związku z popełnieniem tego rodzaju przestępstwa ($p=0,011$). Najwyższy wynik osiągany w skali skłonności psychopatycznych przez osoby skazane za przestępstwo przeciwko mieniu wyniósł 98 punktów, a mediana - 68 punktów. W grupie internowanych którzy popełnili przestępstwo przeciwko mieniu najwyższy wynik w skali LPSRPS wyniósł 101 punktów, a mediana 85 punktów.

Nie zaobserwowano istotnych różnic w wynikach osiąganych skali empatii (w wynikach zarówno ogólnych, jak i poszczególnych jej czynnikach – wszystkie grupy wykazały jedynie tendencje właściwe dla osiąganych wyników w skali empatii, o których mowa w §2 niniejszego rozdziału). Nie odnotowano także różnic istotnych statystyczne w zakresie psychopatii wtórnej. Współczynnik psychopatii pierwotnej zaś stanowił tło rozróżniające osoby skazane, które nie popełniły przestępstwa przeciwko mieniu (tutaj średni

wynik wynosił 37 punktów, mediana 35) oraz osoby, które przebywały w szpitalu psychiatrycznym popełniwszy przestępstwo przeciwko mieniu ($p=0,003$).

	Areszt bez p-twa p-ko mieniu (I), N=22				Areszt z p-twem p-ko mieniu (II), N=28				Szpital bez p-twa p-ko mieniu (III), N=37				Szpital z p-twem p-ko mieniu (IV), N=13				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
BESA_C	35,3	36,5	16	45	35,9	36,5	27	42	32,3	33,0	19	45	31,2	33,0	21	39	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_L	8,4	7,0	1	18	8,6	7,0	2	20	6,7	5,0	0	15	7,5	8,0	2	12	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_D	6,8	6,5	0	16	5,8	5,0	0	13	6,9	7,0	1	13	8,7	9,0	3	15	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_R_10	5,6	6,0	2	10	6,2	6,0	1	10	5,6	6,0	2	8	6,2	7,0	3	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_E_10	6,3	6,0	2	10	6,3	6,0	1	10	5,0	5,0	1	9	4,4	4,0	1	8	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_I_10	4,8	4,0	1	9	6,0	6,0	2	10	6,2	6,0	2	9	7,3	8,0	5	10	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,029 NS NS NS

Tabela 20: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko mieniu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych (cz. 2).

Zestawienie poszczególnych grup pod względem popełnienia bądź niepopełnienia przestępstwa przeciwko mieniu nie wykazało istotnych różnic w zakresie skali lęku i depresji, nie zaobserwowano także różnic przebiegających w obszarze skłonności do ryzyka. Jedyną różnicą istotną statystycznie była różnica wyników osiągniętych w skali impulsywności przez grupą skazanych, którzy nie popełnili przestępstwa przeciwko mieniu, a grupą szpitalną, która takiego przestępstwa się dopuściła ($p=0,029$). Mediana wyników osiągniętych przez skazanych w skali impulsywności wynosiła 4,0 pkt, a mediana internowanych – 8,0 pkt. Wysoki wskaźnik impulsywności w grupie internowanych, którzy popełnili przestępstwo przeciwko mieniu może wskazywać na dopuszczenie się takiego czynu z nagłych pobudek lub z uwagi na niejako przestępcze wykorzystanie okazji. Grupa szpitalna, która popełniła innego rodzaju przestępstwo, osiągnęła wynik niższy ($Me=6,0$ pkt), choć wciąż nie jest to wynik przesądający o jakiegokolwiek tendencji.

	Areszt bez recydywy (I), N=8				Areszt recydywa (II) N=42				Szpital bez recydywy (III), N=39				Szpital recydywa (IV) N=11				p	
	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max	średnia	Me	min	max		
LSRPS	58,9	59,5	34	77	64,5	65,0	34	98	71,1	76,0	43	95	81,9	85,0	65	101	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,014 NS 0,008 NS
LSRPS_F1	34,6	33,0	20	62	39,0	38,5	15	62	42,8	46,0	22	61	51,3	51,0	38	63	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS 0,008 NS 0,007 NS
LSRPS_F2	24,3	26,5	14	33	25,5	25,0	14	40	28,2	30,0	10	39	30,6	33,0	22	38	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
BESA	78,3	82,0	54	96	74,6	75,0	34	97	67,9	68,0	43	88	65,6	63,0	51	87	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
BESA_A	41,6	41,5	26	54	39,1	40,0	17	55	35,7	35,0	15	51	34,2	31,0	25	49	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS

Tabela 21 (powyżej): zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem wystąpienia recydywy lub popełnienia więcej niż jednego czynu zabronionego w grupie szpitalnej oraz grupie skazanych.

BESA_C	36,6	36,0	28	44	35,4	36,5	16	45	32,2	33,0	19	45	31,5	33,0	25	38	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_L	9,0	7,0	5	18	8,4	7,0	1	20	6,7	6,0	0	15	7,7	8,0	4	12	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
HADS_D	5,4	5,5	1	11	6,4	6,0	0	16	6,9	7,0	1	14	9,1	9,0	3	15	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_R_10	5,5	5,5	3	8	6,0	6,0	1	10	5,8	6,0	2	9	5,9	6,0	2	9	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS
IVE_E_10	6,3	7,0	1	9	6,3	6,0	2	10	4,9	5,0	1	9	4,4	4,0	1	8	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS 0,043 NS NS
IVE_I_10	5,5	5,0	1	10	5,5	6,0	1	9	6,3	6,0	2	9	7,3	8,0	4	10	I-II I-III I-IV II-III II-IV III-IV	NS NS NS NS NS NS

Tabela 22: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem wystąpienia recydywy lub popełnienia więcej niż jednego czynu zabronionego w grupie szpitalnej oraz grupie skazanych (cz.2).

Zjawiskiem ściśle związanym z wystąpieniem cech dysocjalnych i psychopatycznych w literaturze przedmiotu jest kwestia recydywy. Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż w grupie skazanych przebywających w Areszcie Śledczym w Białymstoku aż 42 osoby spośród 50 badanych deklarowało ponowne skazanie w warunkach recydywy (podstawowej lub specjalnej). Grupa internowanych przejawiała znacznie niższą tendencję w powrotności do przestępstwa – jedynie 11 osób spośród 50 badanych więcej niż raz popełniło podobny rodzaj czynu zabronionego.

Różnice istotne statystycznie odnotowano między grupą skazanych, którzy nie popełnili przestępstwa w warunkach recydywy i grupą internowanych, którzy więcej niż raz popełnili czyn zabroniony ($p=0.014$). Ponadto istotna różnica wystąpiła w wynikach osiąganych w skali nasilenia cech psychopatycznych (LSRPS) pomiędzy skazanymi w warunkach recydywy oraz internowanymi, którzy więcej niż raz popełnili podobny rodzaj przestępstwa ($p=0,008$). Wskazać należy, że najwyższym wynikiem osiąganym przez skazanych nierecydywistów w skali nasilenia cech psychopatycznych był wynik wynoszący 77,0 (Me) punktów. Wynik najwyższy w tej samej skali w grupie recydywistów wynosił 98,0 punktów (Me). Tak dużych różnic nie zaobserwowano w grupie szpitalnej, bowiem osoby, które jednorazowo dopuściły się czynu zabronionego, osiągnęły w skali Levensona maksymalny wynik 95,0 pkt, a osoby, które ponownie popełniły czyn zabroniony w grupie szpitalnej osiągnęły maksymalny wynik 101,0 punktów. Znaczącą różnicę zaobserwowano także w zakresie czynnika psychopatii pierwotnej mierzonej za pomocą skali nasilenia cech psychopatycznych - w tym przypadku skazani recydywiści osiągnęli medianę wyniku wynoszącą 38,5 pkt, a osoby przebywające na oddziałach psychiatrii sądowej w szpitalu psychiatrycznym, które dopuściły się więcej niż jednego przestępstwa wykazały medianę równą 51 punktów w skali psychopatii pierwotnej.

W skali psychopatii wtórej nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami skazanych i internowanych, zróżnicowanych pod względem wystąpienia recydywy lub ponownego dopuszczenia się czynu zabronionego. Nie wystąpiły także różnice w zakresie wyników osiąganych w skali empatii (zarówno ogólnej jak i poszczególnych jej czynników). Świadczyć to powinno o tym, iż poziom empatii nie jest związany z zagadnieniem powrotności do przestępstwa, a jedynym poważnym predyktorem tego typu zjawiska jest nasilenie cech psychopatycznych (w tym psychopatia pierwotna).

W pozostałych skalach, tj. skali lęku i depresji oraz skali impulsywności i skłonności do ryzyka nie zaobserwowano żadnej istotnej różnicy pomiędzy wynikami osiąganymi przez poszczególne grupy badanych zróżnicowane pod względem recydywy bądź więcej niż

jednokrotnego popełnienia czynu zabronionego. Ciekawym natomiast zjawiskiem jest wystąpienie istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą skazanych recydywistów a grupą internowanych, którzy nie popełnili więcej niż jednego czynu zabronionego, jaka zarysowała się w skali empatii kwestionariusza IVE – choć skala BES-A nie pozwoliła na wyłowienie różnic, skala IVE wydała się je uwypuklić.

	Areszt bez recydywy N=8		Areszt recydywa N=42		Szpital bez recydywy N=39		Szpital recydywa N=11		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
MINI1	1	13%	30	71%	13	33%	8	73%	<0,001
MINI2	3	38%	32	76%	14	36%	8	73%	0,001
MINI oba	1	13%	24	57%	9	23%	7	64%	0,002

Tabela 23: związki zachodzące między spełnianiem przez poszczególne grupy kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I. a wystąpieniem recydywy lub popełnieniem więcej niż jednego czynu zabronionego.

Zestawienie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w kwestionariuszu M.I.N.I. z faktem popełnienia czynu zabronionego w warunkach recydywy, bądź popełnieniem więcej niż jednego czynu zabronionego, pozwoliło na stwierdzenie, iż najistotniejsze statystycznie wyniki zaobserwowano w obrębie wystąpienia cech dyssocjalnych przed piętnastym rokiem życia ($p < 0,001$). Tylko 13% skazanych, którzy spełniali kryteria dyssocjalności młodzieńczej nie dopuściło się czynów zabronionych w warunkach recydywy. Aż 71% skazanych spełniających kryteria pierwszej części kwestionariusza dotyczącego osobowości dyssocjalnej było recydywistami. W szpitalu psychiatrycznym co prawda więcej osób (aniżeli w areszcie śledczym) stanowili internowani, którzy tylko jeden raz popełnili czyn zabroniony ($n=13$), a spełniali kryteria M.I.N.I 1, gdyż ich odsetek wynosił 33%, przy czym aż 73% osób wykazujących dyssocjalne zachowania przed 15 r.ż. dopuściło się więcej niż jednego czynu zabronionego.

Zestawienie wyników osiągniętych w zakresie czynnika zachowań dyssocjalnych po 15 r.ż. pomiędzy poszczególnymi grupami także ukazuje istotne różnice ($p=0,001$). Ponownie osoby skazane w warunkach recydywy znacznie przeważały nad osobami skazanymi niebędącymi recydywistami (76% - 38%). Również w grupie szpitalnej tendencja była bardzo zbliżona (73% w zestawieniu z 36%). Ogólny wynik uzyskiwany w kwestionariuszu M.I.N.I. (a więc stwierdzenie u poszczególnych osób osobowości dyssocjalnej) wykazywał silny związek ze zjawiskiem recydywy ($p=0,002$). Więcej niż połowa wskazanych osobowości dyssocjalnej działa w warunkach recydywy (57% tj. 24 osoby spełniały kryteria kwestionariusza MINI spośród 42 recydywistów ogółem). Tendencja taka obserwowana jest

również w grupie Szpitalnej, w której 64% osób, które dopuściły się więcej niż jednego czynu zabronionego wykazywało osobowość dyssocjalną. Tylko jedna osoba badana spośród grupy osób skazanych bez recydywy (8 osób) ujawniała zaburzenia dyssocjalne. Dla porównania, w grupie internowanych takich osób było 9 z 39-ciu.

Na podstawie powyższej analizy wyników niepodważalnie należy stwierdzić, iż istnieje silny związek między wykazywanymi przez jednostkę cechami dyssocjalnymi a popełnieniem przestępstwa w warunkach recydywy (lub dopuszczeniem się więcej niż jednego czynu zabronionego w przypadku osób niepoczytalnych, internowanych w szpitalu psychiatrycznym).

§6. Omówienie wyników badań

W powyższych zestawieniach dokonanych na podstawie zebranego materiału badawczego nie sposób nie zauważyć, że najsilniejsze związki pomiędzy poszczególnymi cechami i różnice pomiędzy grupami zachodzą w obszarze skłonności psychopatycznych, poziomie empatii oraz skali lęku i depresji, a także w kwestii zakwalifikowania danych osób do jednostek wykazujących dyssocjalne zaburzenia osobowości (lub chociaż pewne jej cechy w określonym etapie życia). Grupa skazanych przebywających w areszcie śledczym znacznie różni się od grupy szpitalnej (a tym bardziej grupy kontrolnej) pod względem zachowań dyssocjalnych i wystąpienia osobowości dyssocjalnej. Różnice w zakresie osobowości dyssocjalnej oraz wystąpienia zachowań dyssocjalnych przed 15 r.ż. i w okresie dorosłości są na tyle istotne, że stanowią punkt wyjścia dla rozważań o sile związków zachodzących pomiędzy określonymi cechami osobowości a poczytalnością sprawców.

W grupie skazanych aż 50% spełniło kryteria osobowości dyssocjalnej (dla porównania – wśród internowanych było to 16 osób, a w grupie kontrolnej zaledwie jedna osoba). Szczególnie silne w grupie skazanych były także zachowania dyssocjalne, które stanowiły element osobowości antyspołecznej – 35 spośród 50 osób wykazywało dyssocjalność w dorosłości (w grupie szpitalnej 22 osoby, a w grupie kontrolnej – 5 osób). Takie ukształtowanie wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza M.I.N.I. ukazuje silną zależność pomiędzy antyspołecznością a skłonnością do przestępczości. Obie części kwestionariusza M.I.N.I. spełniają częściej skazani, aniżeli internowani, a zatem wnioskować można, że ten wymiar osobowości sprzężony jest z przestępczością.

Nierozerwalnie z osobowością dyssocjalną związany jest także wysoki poziom skłonności psychopatycznych. Grupa kontrolna w zestawieniu nasilenia skłonności

psychopatycznych z pozostałymi grupami charakteryzowała się znacznie niższym ich poziomem. Zarówno osoby internowane na oddziałach psychiatrii sądowej, jak i skazani przebywający w areszcie śledczym wykazywali istotnie wyższy poziom cech psychopatycznych. Wyniki grupy szpitalnej były zdecydowanie najwyższe, dlatego można skłonić się ku wnioskowi, że osiąganie wyższych wyników w skali skłonności psychopatycznych wydaje się pozostawać w relacji z faktem wystąpienia zniesionej poczytalności. Osoby o niskim współczynniku skłonności psychopatycznych i brakiem dyssocjalnego zaburzenia osobowości nie naruszają norm prawnych – znajduje to potwierdzenie w fakcie, iż dwie osoby z grupy kontrolnej, które popełniły w przeszłości przestępstwa, wykazały wyższy poziom cech psychopatycznych oraz zachowania dyssocjalne w życiu dorosłym.

Należy mieć na uwadze, iż cechy psychopatyczne mierzone za pomocą skali Levensona podzielone są na dwa czynniki – czynnik psychopatii pierwotnej i wtórnej. Najwyższe średnie wyniki osiągnięte w obszarze psychopatii pierwotnej wykazała grupa internowanych, grupa skazanych również uzyskiwała wysoką liczbę punktów w zakresie tego czynnika. Grupa kontrolna ponownie charakteryzowała się najniższym poziomem tego czynnika, co potwierdza tezę o ogólnych skłonnościach psychopatycznych grup przestępczych. Tożsama tendencja miała miejsce w przypadku czynnika psychopatii wtórnej, który jest determinantą negatywnej emocjonalności, odhamowania i ogólnej antyspołeczności zachowań.

Przywołać w tym miejscu należy fakt, iż zestawienie osiągniętych wyników w skali skłonności psychopatycznych pod względem kryterium wystąpienia osobowości dyssocjalnej wskazuje na znacznie częstsze występowanie cech psychopatycznych u osób, które wykazały osobowość dyssocjalną, a w szczególności zachowania dyssocjalne przed w młodości. Ponadto, cechy dyssocjalne ujawniające się po 15 roku życia ściśle korelują z cechami psychopatycznymi w grupach przestępczych (szpitalnej i aresztowej). W dokonywanej analizie uzyskanych wyników przeprowadzonych badań zobrazował się ścisły związek między osobowością dyssocjalną a skłonnościami psychopatycznymi osób o pełnej poczytalności.

Badanie cech osobowości obejmowało także istotny korelat przestępczości, jakim jest poziom empatii (emocjonalnej i poznawczej). Najbardziej widoczne różnice zarysowały się w relacji areszt śledczy – szpital psychiatryczny oraz szpital psychiatryczny – grupa kontrolna. Poziom empatii ogólnej (oraz emocjonalnej jej postaci) nie różnił się zatem w grupach areszt

– kontrola. Zaskakującym faktem jest także to, że poziom empatii poznawczej w grupie skazanych był wyższy niż w grupie kontrolnej.

Znaczące braki w empatii zauważalne są w grupie osób internowanych, a więc osób o całkowicie zniesionej poczytalności. Najprawdopodobniej jest to jedna z przyczyn, dla której nie tylko ta grupa dopuściła się czynów zabronionych, ale również mogła ona wpływać na ocenę ich poczytalności. Wysoka empatia osób skazanych, pozostająca na poziomie tożsamym z poziomem empatii grupy kontrolnej, może wiązać się z faktem wystąpienia w tej grupie silnych cech psychopatycznych (jednoczesne zestawienie wysokich wyników w skali skłonności psychopatycznych, osobowości dyssocjalnej i wysokiej empatii, w tym empatii kognitywnej).

Zestawienie cech psychopatycznych, dyssocjalnych różnic w poziomie empatii słusznie podsumował także J.C. Barnes, kryminolog z Uniwersytetu w Cincinnati. Uznał on, iż *„jeśli mamy na myśli podejmowanie decyzji, będzie to punkt, w którym wszystkie te fundamentalne cechy takie jak impulsywność, poszukiwanie wrażeń i przemoc łączą się i wpływają na sposób podejmowania decyzji. Może to trochę pomóc w konceptualizacji tego zagadnienia. Wszelkie uszkodzenia lub jakiegokolwiek upośledzenia funkcjonalne mózgu mogą mieć wpływ na podejmowanie decyzji i w tym zakresie mogą również mieć wpływ na podejmowanie decyzji przestępczych, Jeśli zważymy ryzyko i korzyści naszego zachowania przestępczego, może się okazać, że niektóre z naszych zachowań mogą być postrzegane jako bardziej satysfakcjonujące. To podejmowanie decyzji kryminalnych powinno być raczej zakwalifikowane jako decyzja emocjonalna niż racjonalna. Myślę, że wszystkie czynniki, takie jak empatia, skłonność do ryzyka lub impulsywność będą odgrywać swoistą rolę w procesie podejmowania decyzji. Jeśli brakuje empatii, może to mieć wpływ na przekraczanie pewnych granic bez zmartwienia o siebie lub innych. Istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na podejmowanie decyzji, w szczególności na podejmowanie decyzji o przestępstwach i wydaje się, że potrzeba więcej cech psychopatycznych, aby popełnić pewnego rodzaju przestępstwa przeciwko innej osobie (przeciwko życiu i zdrowiu), co manifestuje się w badanej przez Autorkę dysertacji grupie szpitalnej. W niektórych przypadkach, w których występują zaburzenia, zmienia się sposób podejmowania decyzji. Nie oznacza to jednak, że zaburzenie powinno być obecne w celu podjęcia decyzji kryminalnej, jest to bowiem tylko jeden z elementów, który może uczynić tę decyzję bardziej prawdopodobną. Ludzie nadal popełniają zbrodnie, nawet jeśli nie są zaburzeni, co mówi nam, że są też inne czynniki, inne okoliczności*

w ich życiu, a czasami różne aspekty ich osobowości, które wpłynęły na te decyzje przestępcze”⁵⁹¹.

Czy można zatem powiedzieć, że psychopaci nie są w stanie odróżnić dobra od zła? Nie obchodzi ich, co jest dobre, a co złe, nie czują tego wewnątrz. Czy zatem możemy powiedzieć, że brak uczuć może być jednym z czynników łagodzących ich odpowiedzialność? „Odpowiedź na to pytanie to z pewnością część procesu karania, a raczej proces próby ustalenia winy - czy przestępstwo zostało popełnione i czy dana osoba rozumie, co się stało. Myślę, że ustalono już w piśmiennictwie, że pewien rodzaj idealnego modelu psychopaty rozumie dobro i zło, ale bardziej w teorii niż w praktyce. Psychopata wie, co według społeczeństwa jest dobre, a co złe, ale nie przedstawia intuicyjnego zrozumienia reguł, które społeczeństwo ustanawia w procesie socjalizacji. Nie uczestniczy w procesie socjalizacji, w którym reagujemy na złe rzeczy, a następnie rozumiemy, że nie powinniśmy byli tego zrobić. Myślę, że w psychopatach brakuje tego mechanizmu. Przynajmniej teoretycznie rozumieją, że zbrodnia jest zła, ale brakuje im niektórych elementów. Nie jest tak, że psychopata rozumie zasady, tak jak my je rozumiemy. Nie twierdzą, że nie powinni oni być uznawani za winnych swoich czynów, ale z pewnością istnieje jeden z elementów, które można zastosować w tym sporze - jeśli są w stanie zrozumieć swoje zachowanie i kontekst społeczny, należy ocenić ich zdolność do emocjonalnego odczuwania granic. Może im brakować poczucia winy po popełnieniu przestępstwa oraz przewidzenia tego, jak na tego rodzaju czyn reagujemy i jak go traktujemy jako społeczeństwo”⁵⁹². Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że deficyty uczuciowości są bardziej typowe dla psychopatii, a nie występują co do zasady w przypadku socjopatii – co prawda zaistnieć mogą, jednakże zdarza się to znacznie rzadziej, gdyż nie jest już tak wysokie zapotrzebowanie na bodźce. Impulsywność może występować i w jednym i drugim przypadku, ale ma inne podłoże, tło, genezę – w psychopatii jest bardziej biologicznie określona, w socjopatii zaś jest raczej środowiskowa, jako pewne doświadczenie życiowe czy kształtowanie się pewnych cech osobowości, które powstają pod wpływem zdecydowanie niekorzystnych warunków rozwojowo-wychowawczych.

Powyższe rozważania można doskonale umieścić w sferze przeprowadzonych badań empirycznych – wśród skazanych (co do których Autorka dysertacji zakłada wystąpienie silnych cech socjopatycznych) cechy dyssocjalne zaobserwowane w dorosłym etapie życia ujawniały się niezwykle często (w 35-ciu przypadkach z 50-ciu). Powyższa dyssocjalność

⁵⁹¹ Fragment wywiadu przeprowadzonego z prof. J.C. Barnesem na potrzeby niniejszej dysertacji.

⁵⁹² j/w.

mogła zatem wynikać z niekorzystnych wpływów środowiskowych, nie zaś przyczyn istniejących już we wczesnych etapach życia.

Autorka dysertacji wywodzi, iż w dużej mierze pozytywnie zweryfikowana została jedna z hipotez badawczych, które stanowiły podstawę do empirycznych rozważań - uwarunkowania biologiczne i środowiskowe powodują powstanie różnorodnych zaburzeń osobowości, mają także odmienny wpływ na skłonności przestępcze; w zależności od rodzaju osobowości zaburzonej różnorodne czynniki biologiczne lub środowiskowe warunkować mogą powstanie danego zaburzenia – w przypadku charakteropatii są to głównie czynniki biologiczne w postaci uszkodzeń mózgu, w przypadku socjopatii – uwarunkowania środowiskowe bez wykazywanych patologii biologicznych, w psychopatii zaś – znaczenie ma zarówno sfera biologiczna jak i środowiskowa; wysoki poziom empatii oraz uwarunkowania środowiskowe, jako czynniki rozróżniające socjopatię od psychopatii, w ograniczonym zakresie wpływają na zróżnicowanie poszczególnych osób w skłonnościach do zachowań przestępczych. Autorka dysertacji na podstawie przedstawionych wyników badań skłania się ku tezie, iż poziom empatii nie stanowi czynnika rozgraniczającego poszczególne jednostki na przestępcze i nieprzestępcze, ale z pewnością ma wpływ (pośrednio) na ocenę poczytalności sprawcy, ponieważ poziom empatii *in genere* oraz empatii kognitywnej w grupie osób internowanych był w sposób oczywisty najniższy (a poziom cech psychopatycznych jednocześnie najwyższy). Ponadto należy stwierdzić, iż hipoteza o obniżonym poziomie empatii jako korelacie przestępczości nie została pozytywnie zweryfikowana, gdyż w grupie skazanych poziom empatii był zbliżony do wartości cechujących grupę kontrolną, a więc nieprzestępczą.

Czy psychopatia zatem może spowodować ograniczenie odpowiedzialności karnej, poczytalności? *„Jest to faktycznie bardzo kontrowersyjne pytanie. Rozumiem niektóre argumenty, które mówią, że psychopatia może być czynnikiem łagodzącym; że nie powinniśmy obarczać winą kogoś, kogo nie wybrał sobie tego rodzaju zaburzenia. Mogę również docenić argumenty, które mówią, że istotnym elementem systemu sądowego i jedną z zasad, a wręcz ramą przewodnią w systemie sądowym jest ochrona społeczeństwa. Tak więc druga argumentacja mówi, że psychopatii nie powinno się brać za czynnik łagodzący, ponieważ tego rodzaju ludzie stanowią pewne zagrożenie dla społeczeństwa. Widzę, że oba te argumenty mają swoją wartość. To zależy, czy bardziej społeczeństwo i organy sprawiedliwości cenią sobie aspekt bezpieczeństwa czy pewien rodzaj odkupienia, dlatego odpowiedź na to pytanie posiada silny ładunek moralny i etyczny.*

Większość osób z problemami ze zdrowiem psychicznym jest spokojna. Nie są agresywni. Jeśli chcemy rozgraniczyć poszczególne definicje (związane z psychopatią, antyspołecznym zaburzeniem osobowości, klasyfikacjami zawartymi w DSM V i socjopatią), możemy powiedzieć, że psychopatia jest prawdopodobnie nieco bardziej stabilna, ponieważ niektóre predyspozycje mogą pojawić się we wczesnym okresie życia, a zyskuje to większy sens, gdy połączy się tę okoliczność z kategoryzacją wczesnych zachowań aspołecznych według klasyfikacji DSM V. Istnieją pewne wczesne objawy, takie jak krzywdzenie zwierząt w dzieciństwie, które są predyktorem dyssocjalności. Myślę, że socjopatia jest bardzo podobna do psychopatii, jednak socjopaci są czymś, co bardziej prawdopodobnie rozwinęło się później - w odpowiedzi na to, co się danej osobie przydarzyło w życiu lub jakie były reakcje emocjonalne tej osoby na różne wydarzenia z przeszłości. To oczywiście może być przejściowe, że pewni ludzie przechodzą fazę braku empatii, fazę obniżonej empatii lub fazę, w której istnieje pewne ukłucie w świadomości po zrobieniu czegoś złego jest (mniejsze bądź większe). Cechy psychopatów są bardziej stabilne, ponieważ brak empatii lub stan pewnej ograniczonej empatii jest tam przez cały czas” (za: J.C. Barnes).

W tym miejscu Autorka dysertacji konstatuje, iż wysoki poziom nasilenia cech psychopatycznych ma wpływ na skłonności przestępcze, choć nie jest to jedyne kryterium, na podstawie którego rozróżnić można przestępców od populacji nie przestępczej, bowiem istnieją jednostki o wysokim poziomie cech psychopatycznych, a nie popełniły one dotychczas przestępstwa; wysoki poziom empatii kognitywnej (poznawczej) determinuje mniejszą skłonność do popełnienia przestępstwa. Wysoki poziom skłonności do ryzyka i impulsywność mogą mieć wpływ na przestępczy charakter działań człowieka, jednak nie stanowią wyraźnego czynnika rozróżniającego grupę przestępczą od nieprzestępczej. Tym samym uznać należy, że hipoteza przedstawiona w początkowej części dysertacji wydaje się być potwierdzona.

Skłaniając się ku teoriom o istotnym związku zachodzącym pomiędzy przestępczością a poziomem skłonności do ryzyka i impulsywności, należy zauważyć, iż takie związki nie zostały zaobserwowane na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych w zakresie skłonności do ryzyka. Mediana wyników we wszystkich grupach wyniosła 6 stenów, a więc stanowiła ona wartość uznawaną za prawidłową. Nie można zatem mówić o istotnym zróżnicowaniu tej cechy pomiędzy grupami. Odmiennie zarysowała się jednak sytuacja w obszarze impulsywności, bowiem istotne różnice zaobserwowano pomiędzy grupą internowanych a grupą kontrolną.

Można zatem wywodzić, iż istnieje dodatnia korelacja pomiędzy stopniem nasilenia impulsywności ze stanem, który wiązał się z umieszczeniem sprawcy czynu zabronionego w szpitalu psychiatrycznym, a więc z uznaniem, iż działał w stanie zniesionej poczytalności. Oczywiście cecha ta nie może w żadnym stopniu samodzielnie stanowić o stanie psychicznym sprawcy, jednak niewątpliwie jest jednym z elementów, który składa się na obraz poczytalności zniesionej. Pośrednio można dokonać także założenia, iż skoro poziom impulsywności w grupie skazanych był wyższy niż w grupie kontrolnej, niejako to zjawisko może być korelatem przestępczości. Zestawiając najniższy wynik osiągnięty przez grupę skazanych niewykazujących zachowań dyssocjalnych w młodości z poziomem skłonności psychopatycznych i impulsywnością należy zwrócić uwagę na fakt, że osiągnęli oni tym samym najniższy wynik w skali LSRPS (w tym najniższy wynik w zakresie psychopatii pierwotnej). Grupa internowanych spełniających kryteria dyssocjalności przed 15 r.ż. jednocześnie charakteryzowała się najwyższą medianą wyniku w skali impulsywności i skali cech psychopatycznych (w tym psychopatii pierwotnej). Najwyższy wynik w skali impulsywności grupy sprawców niepoczytalnych, wykazujących cechy dyssocjalne w dorosłości wiązał się nierozzerwalnie z najniższym wynikiem ogólnej empatii.

Analiza danych zebranych za pomocą skali HADS, badającej poziom lęku i depresji, pozwoliła na stwierdzenie, iż istnieje istotny związek pomiędzy stopniem nasilenia depresji i stopniem nasilenia cech psychopatycznych. Średnie najwyższe wartości w zakresie wystąpienia depresji lub cech depresyjnych zaobserwowano w grupie szpitalnej. Powyższe wyniki świadczyć mogą o częstym współwystępowaniu psychopatii i depresji w grupach przestępczych (w szczególności w grupie osób internowanych – niepoczytalnych), które to zestawienie istotnie może wpływać na ocenę poczytalności sprawcy czynu zabronionego.

Pochylając się nad kwestią rodzaju przestępstw popełnionych przez badanych, w pierwszej kolejności ustalono, iż w grupie skazanych przejawiających cechy osobowości dyssocjalnej, w przeważającej mierze przestępstwa skierowane były przeciwko mieniu. Wprost przeciwny wniosek płynie z zestawienia ilościowego czynów zabronionych popełnionych przez internowanych – w tej grupie najliczniejszą grupę stanowiły przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz przestępstwa przeciwko mieniu i wolności. Nasilenie cech psychopatycznych było wyższe w grupie osób przebywających na oddziałach psychiatrii sądowej (niepoczytalnych), które dopuściły się przestępstwa przeciwko zdrowiu, natomiast w grupie skazanych odnotowano tendencję przeciwną – osoby o wyższym poziomie psychopatycznych skłonności częściej popełniały przestępstwa przeciwko mieniu.

W świetle przeprowadzonych badań zaobserwowano, że najniższy poziom empatii emocjonalnej stwierdzono u osób niepoczytalnych z grupy szpitalnej, które popełniły przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, co może wiązać się z najwyższym poziomem cech psychopatycznych. Na bardziej socjopatyczne cechy skazanych z Aresztu Śledczego wskazywać może fakt, że nie tylko współczynnik ich ogólnej empatii jest wyższy, ale także poziom empatii kognitywnej jest wysoki – niemal na tym samym poziomie co wśród osób skazanych za popełnienie innego rodzaju przestępstwa. Na popełnienie czynu zabronionego skierowanego przeciwko życiu i zdrowiu nie ma wpływu impulsywność oraz skłonność do ryzyka. Istotnych różnic w zakresie tego rodzaju przestępstw nie zaobserwowano także pod kątem nasilenia lęku i depresji. Poważny i silny związek z przestępstwami przeciwko życiu i zdrowiu zauważa się w sferze wystąpienia osobowości dyssocjalnej – w grupie skazanych osób, które popełniły ten rodzaj przestępstwa jedynie 35% wykazywało dyssocjalność. Całkowicie odmiennie kształtowała się sytuacja internowanych – w tej grupie spośród osób dyssocjalnych aż 53% dopuściło się czynu zabronionego polegającego na uszkodzeniu ciała lub pozbawienia życia innego człowieka.

Niewątpliwie jednak cechy dyssocjalne ujawniane w młodości wpływały dodatnio na skłonność do popełnienia przestępstw przeciwko mieniu w grupie osób odbywających karę pozbawienia wolności – aż 75% tej grupy popełniło ten rodzaj przestępstwa, spełniając jednocześnie kryteria części pierwszej kwestionariusza M.I.N.I.1. W przypadku przestępstw przeciwko mieniu tendencja w grupie szpitalnej była tożsama – 69% tych badanych dopuściło się kradzieży lub rozboju.

Na podstawie powyższego wyводу wnioskować należy, że cechy osobowości dyssocjalnej wykazują ściślejszy związek z przestępstwami przeciwko mieniu, aniżeli przestępstwami przeciwko życiu i zdrowiu w grupie sprawców poczytalnych. Grupa jednostek niepoczytalnych wykazuje odwrotną tendencję, gdyż znacznie więcej osób o osobowości dyssocjalnej popełnia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Świadczy to o tym, że poziom empatii w grupie szpitalnej jest najniższy i grupa ta wykazuje większą skłonność do drastycznych czynów, niż osoby socjopatyczne w pełni poczytalne. Autorka we wstępnej części dysertacji powzięła hipotezę, iż *istnieje zależność między nasileniem cech psychopatycznych i cech świadczących o antyspołecznym zaburzeniu osobowości a rodzajem przestępstw popełnianych przez sprawców czynów zabronionych – najczęstszymi przestępstwami popełnianymi przez osoby o nasilonych cechach psychopatycznych są przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu* – teza ta okazała się być prawdziwa jedynie w części – skłonności psychopatyczne osób internowanych rzeczywiście wykazują ścisły związek z

przestępczością przeciwko życiu i zdrowiu, jednak w grupie przestępców poczytalnych tendencja jest całkowicie odmienna.

Wysoki wskaźnik impulsywności w grupie internowanych, którzy popełnili przestępstwo przeciwko mieniu, może wskazywać na dopuszczenie się tego czynu z nagłych pobudek lub z uwagi na niejako przestępcze wykorzystanie okazji. Grupa sprawców niepoczytalnych, która osiągnęła w zakresie impulsywności wyniki niższe, związana była z popełnieniem innego rodzaju przestępstwa – jednak wciąż nie jest to wynik przesądający o jakiegokolwiek tendencji. Autorka tym samym stwierdza, iż hipoteza o brzmieniu: *Skłonność do ryzyka i impulsywność jako cechy osobowości nie mają znacznego wpływu na rozróżnienie grup przestępczych od nieprzestępczych* nie znalazła całkowitego potwierdzenia w wynikach osiągniętych z przeprowadzonych badań empirycznych. Jakkolwiek skłonność do ryzyka nie jest predyktorem przestępczości w ogóle, tak wysoka impulsywność już wykazuje związki z przestępczością.

Ostatnim analizowanym aspektem przestępczości w badanych grupach była kwestia recydywy. W grupie skazanych aż 42 osoby na 50 wykazało powrotność do przestępstwa, przy czym sprawcy niepoczytalni deklaruje popełnienie więcej niż jednego czynu zabronionego jedynie w grupie 11 osób spośród pięćdziesięciu. Poziom empatii nie jest związany jednak z zagadnieniem recydywy, a jedynie nasilenie cech psychopatycznych okazało się mieć związek ze zjawiskiem powrotu do przestępstwa.

Autorka wywodziła we wstępie dysertacji hipotezę, iż charakteropatia - organiczne zaburzenie osobowości - często uznawana jest za czynnik mający wpływ na zniesienie lub ograniczenie poczytalności sprawcy w czasie czynu. Hipotezę tę należy uznać za zweryfikowaną pozytywnie, choć nie w całości. Istnieją bowiem wspólne cechy w funkcjonowaniu osobowości, które są właściwe dla osób przejawiających uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego mózgu. Dzisiaj te zależności między mózgiem i jego strukturą, jego funkcjonalnymi właściwościami, są dużo lepiej i bardziej szczegółowo opisane. Wiemy na przykład, że czoło odgrywa w tym wszystkim dużą rolę. Mamy rezonans magnetyczny, który pomaga badać pewne funkcjonalne właściwości. Wiemy, jak działa mózg, jakie obszary są pobudzane w określonych sytuacjach. Charakteropaci mają częściej ograniczoną poczytalność i te organiczne tło właśnie ma swój udział w tym zjawisku. Nadto J.C. Barnes podkreślił, że *„jeśliby dokonywać analizy różnych sposobów postrzegania rzeczywistości oraz sposobu, w jaki przyjmujemy informacje i następnie je przetwarzamy, to sugerowałoby, że prototypowy psychopata podejmuje decyzje w drodze zupełnie innych ścieżek, niż pozostali ludzie. Osoby wykazujące organiczne zaburzenia osobowości mają z*

kolei zmieniony proces decyzyjny poprzez defekty biologiczne, stąd często nie są w stanie oni nawet zrozumieć, czy dany czyn jest społecznie i moralnie nieodpowiedni”⁵⁹³.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że Autorka dysertacji niejako pomocniczo posłużyła się testem zegara, by wykluczyć ewentualne ciężkie i obszerne uszkodzenia mózgu lub wcześniej występujące zespoły otępienne. Wyniki osiągnięte za pomocą tego narzędzia prezentują się następująco:

		Areszt	Szpital	Kontrola
Test zegara	poprawny	47	43	49
	niepoprawny	3	7	1
Ogółem		50	50	50

Tabela 24: Wyniki osiągnięte przez poszczególne grupy w zakresie poprawności wypełnienia testu zegara.

Z powyżej przedstawionych tendencji można wyciągnąć wniosek, że spośród grupy osób skazanych w warunkach aresztu śledczego jedynie 3 osoby nie wypełniły poprawnie testu zegara, co mogłoby świadczyć (choć nie musiałyby) o wystąpieniu jakichkolwiek cech związanych z zaburzeniami na tle organicznym. W grupie internowanych testy zegara wypełnione zostały nieprawidłowo przez 7 osób, a zatem przez 14% badanych. Nie zmienia to jednak poglądu Autorki na fakt, iż charakteropatia (dawne określenie organicznego zaburzenia osobowości) często uznawana jest za czynnik mający wpływ na zniesienie lub ograniczenie poczytalności sprawcy w czasie czynu, co tym samym potwierdza treść hipotezy przedstawionej w tym zakresie. Analiza piśmiennictwa w tej materii, analiza stanowisk prezentowanych przez judykaturę, a także poglądy ekspertów (jak prof. J.C. Barnes) świadczą o tym, że uszkodzenia mózgu i inne deficyty na tle organicznym warunkują poczytalność ograniczoną w znacznym stopniu lub niepoczytalność.

⁵⁹³ Fragment wywiadu przeprowadzonego z J.C. Barnesem.

Zakończenie

W ciągu ostatnich 50 lat zaburzenia osobowości osiągnęły poziom znacznego zrozumienia i pewnego rodzaju szacunku klinicystów, dzięki czemu stały się niejako równie w swej doniosłości z innymi zaburzeniami psychicznymi. Przed latami 60. XX wieku zaburzenie osobowości, z ewentualnym wyjątkiem grupy osobowości antyspołecznych, było uważane za nieprecyzyjnie i niedoskonale pojmowane zjawisko poddawane nierzadko diagnozie o niewielkiej wartości klinicznej. Od tego czasu jednak, a zwłaszcza od czasu wprowadzenia DSM-III w 1980 r. (oraz wersji późniejszych, tj. DSM-IV i DSM-V), coraz powszechniej społeczeństwo zdaje sobie sprawę, że zaburzenia osobowości, mimo wielu niedoskonałości w jego klasyfikacji, można dość rzetelnie przeanalizować i ocenić. Wykazano, że zaburzenia osobowości mają istotny wpływ na wyniki innych zaburzeń psychicznych, gdy są one obecne jako współwystępujące.

Punktem wyjścia do rozważań zawartych w niniejszej dysertacji było zestawienie cech takich jak empatia, impulsywność, skłonność do ryzyka, a także nasilenie cech psychopatycznych i wystąpienie osobowości dys socjalnej (lub jej cech składowych). Stanowią one bowiem pewnego rodzaju tło dla niezwykle trudnych do zdiagnozowania zaburzeń, jakimi są psychopatia, socjopatia i organiczne zaburzenia osobowości (charakteropatia). W toku dokonywanej analizy wyników uzyskanych z badań empirycznych Autorka dokonała weryfikacji hipotez badawczych, które przedstawione zostały we wstępnej części dysertacji. Znaczna część z nich została zweryfikowana pozytywnie, choć pojawiły się pewne elementy, które okazały się w rzeczywistości przedstawiać odmiennie, aniżeli w hipotezach Autorki.

Należy stwierdzić, iż główna hipoteza w znacznej mierze została zweryfikowana pozytywnie. Badania przeprowadzone w Areszcie Śledczym w Białymstoku, Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. S. Deresza w Choroszczynie oraz w grupie kontrolnej wykazały, że osoby niepoczytalne charakteryzuje niski poziom empatii i wysoki stopień cech psychopatycznych, przy jednocześnie wysokim poziomie impulsywności. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie skłonności do ryzyka, zatem ten element hipotezy głównej nie został pozytywnie zweryfikowany. Nasilenie cech lęku i depresji widoczne było najbardziej w grupie internowanych, a zatem Autorka wywodzi o współwystępowaniu psychopatii z depresją jako o czynniku wpływającym na uznanie badanych osób za działające w stanie niepoczytalności. Grupa skazanych cechowała się wysokim poziomem empatii, zatem Autorka dysertacji konstatuje,

że jest to w dużej mierze grupa składająca się z osobowości socjopatycznych, w pełni poczytalnych.

Z uwagi zatem na to, iż główna hipoteza badawcza brzmiała „konkretne cechy osobowości człowieka, takie jak niski poziom empatii, zwiększona impulsywność, obniżony poziom lęku, duża skłonność do ryzyka i występowanie cech psychopatycznych (występujących w przypadku psychopatii, socjopatii i charakteropatii) mogą być czynnikiem wpływającym na zakwalifikowanie czynu sprawcy do popełnionego w stanie znacznie ograniczającym poczytalność, choć jest to w dużej mierze zależne od istnienia zaburzeń współwystępujących z psychopatią lub socjopatią” – przyznać należy, iż została zweryfikowana niemal w całości pozytywnie.

Definicja ograniczonej poczytalności i niepoczytalności zawarta w Kodeksie Karnym nie zawiera w swej literalnej treści terminu „zaburzenie osobowości” występującego wprost, zakłada jedynie wystąpienie „innego zakłócenia czynności psychicznych”, które w drodze wykładni traktowane być może jako zjawisko obejmujące zaburzenia osobowości, choć nie jest to częsta praktyka podejmowana w procesie karnym. Na tę chwilę nie jest powszechnym uznanie, iż zaburzenia osobowości *per se* wpływają na ocenę poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Jedynie te zaburzenia, które nieodzownie łączą się z uszkodzeniem mózgu (organiczne zaburzenia osobowości, lub dawniej: charakteropatia) zwracają większą uwagę organów wymiaru sprawiedliwości i biegłych sądowych. Kwestię wykładni art. 31 k.k. Autorka umieściła w pierwszej hipotezie szczegółowej, która została zweryfikowana pozytywnie na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz istniejących w chwili obecnej orzeczeń sądów powszechnych w Polsce.

Podstawowym problemem, który napotykają na swej drodze lekarze opiniujący, a także organy procesowe w stosunku do sprawców, co do których zachodzi wątpliwość o ich poczytalność w czasie popełnienia czynu, jest współwystępowanie pewnych cech charakterystycznych dla różnego rodzaju zaburzeń osobowości, które mogą tworzyć tzw. „fałszywy obraz” danego zaburzenia (np. cechy schizofrenii, które czasowo dominują w organicznym zaburzeniu osobowości; depresja współwystępująca z psychopatią). Ponadto problemy sprawia analiza tła motywacyjnego sprawcy, które niejednokrotnie (z uwagi na występowanie cech psychopatycznych) nie stwarza warunków do precyzyjnego określenia, jakie pobudki zachodziły w strefie wolicjonalnej sprawcy. Powyższy wniosek powoduje, iż hipoteza szczegółowa mająca za przedmiot problemy napotykanne przez biegłych w opiniowaniu zaburzeń osobowości okazała się zostać zweryfikowana pozytywnie.

Nie budzi wątpliwości fakt, że różnorodne zaburzenia osobowości powstają w drodze krzyżowania się określonych rodzajów uwarunkowań biologicznych i środowiskowych, a także każde z diagnozowanych zaburzeń osobowości inaczej warunkuje związki z przestępczością. Wysoki poziom nasilenia cech psychopatycznych ma wpływ na skłonności przestępcze, choć nie jest to jedyne kryterium, na podstawie którego rozróżnić można przestępców od populacji nieprzestępczej, bowiem istnieją jednostki o wysokim poziomie cech psychopatycznych, a nie popełniły one dotychczas przestępstwa. Hipoteza dotycząca wysokiego poziomu empatii kognitywnej jako determinanty mniejszych skłonności przestępczych nie została pozytywnie zweryfikowana, ponieważ jej poziom w grupie skazanych był bardzo wysoki, a wskazać należy, że ponad 80% tej grupy stanowili recydywiści.

Jednak nasilenie poszczególnych cech, takich jak cechy psychopatyczne lub wystąpienie cech stanowiących o osobowości antyspołecznej implikuje stwierdzenie, iż dana jednostka może być bardziej skłonna do działań przestępczych. Co prawda obniżony poziom empatii nie jest związany z mniejszą przestępczością, ale jest ściśle związany z oceną poczytalności sprawcy. Wysoki poziom skłonności do ryzyka nie ma wpływu na zachowania kryminalne, jednak impulsywność może mieć wpływ na przestępczy charakter działań człowieka, nie stanowi jednak wyraźnego czynnika rozróżniającego grupę przestępczą od nieprzestępczej. Zestawienie wysokiej impulsywności z cechami psychopatycznymi na wysokim poziomie oraz niską empatią w przeważającej mierze wiązało się z wystąpieniem zniesionej poczytalności sprawców czynów zabronionych. Zagadnienie powyższe nierozdzielnie wiąże się z wnioskiem, iż piąta hipoteza szczegółowa została zweryfikowana pozytywnie.

Autorka we wstępnej części dysertacji powzięła hipotezę, iż istnieje zależność między nasileniem cech psychopatycznych i cech świadczących o antyspołecznym zaburzeniu osobowości a rodzajem przestępstw popełnianych przez sprawców czynów zabronionych – najczęstszymi przestępstwami popełnianymi przez osoby o nasilonych cechach psychopatycznych są przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu – teza ta okazała się być prawdziwa jedynie w części – skłonności psychopatyczne osób internowanych rzeczywiście wykazują ścisły związek z przestępczością przeciwko życiu i zdrowiu, jednak w grupie przestępców poczytalnych tendencja jest całkowicie odmienna.

Nie bez powodu rozprawa oparta została na analizie poszczególnych cech osobowości ocenianych pod kątem konkretnych rodzajów zaburzeń osobowości (psychopatii, socjopatii i organicznych zaburzeń osobowości – charakteropatii) – posiadają one wiele wspólnych cech, które stanowią istotny problem w ich rozpoznaniu i rozróżnieniu.

Charakteropatia (organiczne zaburzenie osobowości) często uznawana jest za czynnik mający wpływ na zniesienie lub ograniczenie poczytalności sprawcy w czasie czynu. Jest to słuszny pogląd. Niemniej jednak psychopatia także może być czynnikiem, który w wyjątkowo poważnych wypadkach może spowodować ograniczenie poczytalności – jeżeli współwystępuje np. z depresją lub zespołem uzależnienia, jej cechy się nasilają. Tym samym uznać należy, że hipoteza szczegółowa dotycząca charakteropatii została zweryfikowana pozytywnie. Obrazują to badania empiryczne przeprowadzone w grupie internowanych w szpitalu psychiatrycznym – wyjątkowo wysokie nasilenie cech psychopatycznych jednocześnie związane było z niską empatią, cechami dysocjalnymi, ale również wysokim wskaźnikiem depresji. Taki splot cech z pewnością implikuje zniesioną poczytalność u sprawców czynów zabronionych.

We wstępie dysertacji Autorka podniosła hipotezę, iż „istnieje zależność pomiędzy brakiem lęku i depresji a wystąpieniem cech psychopatycznych choć jedynie w sytuacji wystąpienia innego zaburzenia, aniżeli tylko antyspołeczne zaburzenie osobowości – w populacji przestępców skierowanych do leczenia psychiatrycznego, przejawiającej cechy psychopatyczne, nasilenie lęku i depresji jest wyższe; nasilenie lęku i depresji w populacjach więziennych i szpitalnych jest wprost proporcjonalnie wyższe w stosunku do czasu, który upłynął od umieszczenia sprawcy w danej instytucji”. Należy uznać, iż jedynie pierwsza jej część została zweryfikowana pozytywnie, jednak na wyniki osiągnięte w skali lęku i depresji przez badanych nie miał wpływu okres odbytej już kary lub internacji.

Autorka tym samym konkluduje, iż hipoteza o brzmieniu: „skłonność do ryzyka i impulsywność jako cechy osobowości nie mają znacznego wpływu na rozróżnienie grup przestępczych od nieprzestępczych” nie znalazła całkowitego potwierdzenia w wynikach osiągniętych z przeprowadzonych badań empirycznych. Jakkolwiek skłonność do ryzyka nie jest predyktorem przestępczości w ogóle, tak wysoka impulsywność już wykazuje związki z przestępczością.

Jeśli przyjąć prawdziwość ostatnich danych epidemiologicznych, od 3 do 10% dorosłych na świecie cierpi na zaburzenia osobowości. Jednak tylko niewielka część cierpi na ich ciężką postać i to właśnie ci ludzie powodują największe zakłócenia w funkcjonowaniu społecznym. W przypadku najcięższych zaburzeń osobowości istniejące klasyfikacje nie są pomocne i wystarczające. Nie biorą one pod uwagę stopnia nasilenia zaburzenia i częstego współwystępowania kilku zaburzeń osobowości w różnych klastrach.

Żaden system diagnostyczny zapewne nie będzie nigdy doskonale skonstruowany, dlatego nie powinno dziwić, że obecny system diagnostyczny DSM-V dla zaburzeń

osobowości cechuje szereg znaczących trudności diagnostycznych zauważonych przez klinicystów, które można podsumować w ten sposób, że DSM-V nosi nazwę podejścia kategoriowego. Jednak alternatywna metoda, zwana podejściem wymiarowym, jest również przedstawiona w DSM-V w celu jej rozważenia i pozostawienia ku przyszłym badaniom. Pojawiło się wiele problemów z metodą kategoriową, którą próbuje rozwiązać właśnie podejście wymiarowe. DSM ponadto nie uwzględnia znaczenia różnych objawów, a opisy kryteriów objawów są zbyt szerokie. Oznacza to, że pacjenci z rozpoznaniem tego samego zaburzenia mogą mieć bardzo odmienne prezentacje kliniczne. Wiąże się to z tym, iż następnie występuje wysoki stopień nakładania się lub współwystępowania zaburzeń osobowości ze sobą i innych zaburzeń psychicznych.

Jak już wcześniej wspomniano, zaburzenia osobowości są nieco odmienne od innych rodzajów zaburzeń psychicznych. Dzieje się tak dlatego, że chociaż każdy ma jakąś osobowość, nie każdy ma depresję, nasilony poziom lęku, niski poziom empatii itd. Model kategoriowy zakłada, że każde zaburzenie osobowości jest odrębną kategorią; tj. oddzieloną od innych zaburzeń osobowości i odrębną od „normalnej” osobowości. Natomiast model wymiarowy przedstawia różne cechy osobowości wzdłuż kilku konkretnych jej wymiarów.

Zaburzenia osobowości są kontrowersyjne. Wiele osób sugeruje, że skupienie się na indywidualnych symptomach może być bardziej pomocne w procesie terapeutycznym, inni badacze tego rodzaju zjawiska uważają, że pomocne jest podanie nazwy (pewnego rodzaju jasnej i bezspornej etykiety) konkretnego zaburzenia wraz z dokładnym opisem objawów klinicznych. Nie należy zapominać, że osobowość nie jest wymiarem idealnie mierzalnym, istnieją najróżniejsze związki cech, które skutkują wystąpieniem wypadkowej w postaci określonego zaburzenia, choć wciąż nie musi ono wpisywać się w ramy obowiązujących klasyfikacji. Niemniej jednak istnieją pewne wielokrotnie zweryfikowane tezy i narzędzia, takie jak PCL-R R.D. Hare’a, które zyskały aprobatę środowisk naukowych i klinicznych oraz są wciąż stosowane w praktyce.

Zaburzenie osobowości jest obecnie postrzegane jako ważny aspekt psychiatrii na całym świecie. Chociaż często pozostaje nierozpoznane w zwykłej praktyce, badania wykazały, że charakteryzuje się często zapadalnością i nierzadko stanowi przeszkodę w leczeniu innych zaburzeń psychicznych. Istnieją dowody, że zaburzenia osobowości diagnozowane na podstawie obecnie obowiązujących klasyfikacji dotyczą średnio około 6% światowej populacji. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że niektóre terapie, głównie psychologiczne, mają dodatnią wartość w tej grupie zaburzeń. Potrzebna jest zatem nowa klasyfikacja, która w pełny sposób rozgraniczy pewne stany, które mogą dawać fałszywy

obraz innego zaburzenia. W szczególności potrzeba dokładniejszej klasyfikacji dotyczy zjawiska psychopatii (i – zdaniem Autorki dysertacji – odróżnienia jej od socjopatii). Być może trwające prace nad rewizją jedenastą klasyfikacji ICD uwzględnią postulaty psychologów klinicznych i psychiatrów, by wyjść naprzeciw nieścisłościom, na które badacze coraz częściej zwracają uwagę.

Bibliografia

Piśmiennictwo:

- Ackerman M.J., *Zagadnienia dotyczące psychologicznego orzecznictwa sądowego* [w:] *Podstawy psychologii sądowej*, red. M. J. Ackerman, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005.
- Adshead G., Brodrick P., Preston J., Deshpande M., *Zaburzenia osobowości u osób w okresie dojrzewania*, *Psychiatria po Dyplomie* 2012, tom 9 nr 5.
- Aleksandrowicz J.W., *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10)*. *Psychopatologia, diagnostyka, leczenie*, wyd. UJ, Kraków 1998.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*, wyd. American Psychiatric Publishing, Washington DC, London 2013.
- Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, wyd. Bernardinum, Gdynia 2002.
- Apanowicz J., *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej*, wyd. Difin, Warszawa 2005.
- Arcta M., *Słownik ilustrowany języka polskiego, Tom 2*, wyd. M. Arcta, Warszawa 1916.
- Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, wyd. PWN, Warszawa 2004, s. 129.
- Babiak P., Folino J., Hancock J., Hare R.D., Logan M., Mayer E.L., Meloy J.R., Hakkanen-Nyholm H., O'Toole M.E., Pinizzotto A., Porter S., Smith S., Woodworth M., *Psychopathy. An Important Forensic Concept for the 21st Century*, FBI Law Enforcement Bulletin, U.S. Department of Justice Federal Bureau of Investigation, July 2012.
- Banasik M., Gierowski J.K., Nowakowski K., *Agresywność a nasilenie cech psychopatycznych z perspektywy różnic międzypłciowych*, *Psychiatria Polska* 2017, 51 (4).
- Banaś A., Lass P., Brockhuis B., *Ocena mózgowego przepływu krwi u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, nerwicowymi i depresyjnymi*, *Psychiatria Polska* 2009, tom XLIII, nr 3, s. 329-340.
- Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. PZWL, Warszawa 1992.
- Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1960.
- Bilikiewicz T., *Psychiatria Kliniczna*, wyd. PZWL, Warszawa 1957.
- Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*, wyd. PZWL, Warszawa 1973.
- Black D.W., Larson C.L., *Bad Boys, Bad Men. Confronting Antisocial Personality Disorder*, wyd. Oxford University Press, New York 2013
- Blair J., Mitchell D., Blair K., *The Psychopath. Emotion and the Brain*, wyd. Blackwell Publishing, Malden 2005
- Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., *Kryminologia*, wyd. Arche, Gdańsk 2006.
- Borowik I., Mucha J. (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, wyd. Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2015.
- Brinkley C.A., Diamond P.M., Magaletta P.R., Heigel C.P., *Cross-Validation of Levenson's Psychopathy Scale in a Sample of Federal Female Inmates*, *Assessment* 2008, nr 4/15, s. 464-482.

- Brzeziński J.M., *Kiedy odwołując się do testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego*, Czasopismo Psychologiczne, Tom 15, Nr 2, 2009, s. 321-332.
- Buchała K., *Bezprawność przestępstw nieumyślnych oraz wyłączające ją dozwolone ryzyko*, Warszawa 1971.
- Carre A., Stefaniak N., D'Ambrosio F., Bensalah L., Besche-Richard C., *The Basic Empathy Scale in Adults (BES-A): Factor Structure of a Revised Form*, Psychological Assessment, 2013, vol. 25, nr 3, s. 679-691.
- Chłopkiewicz M., *Osobowość dzieci i młodzieży. Rozwój i patologia*, wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.
- Chmielewska-Banaszek D., *Teorie i idee konstruktywistyczne w psychologii*, Principia, vol. 56, Kraków 2012, s. 43-63.
- Cierpiałkowska L. (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2004.
- Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, wyd. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2016.
- Cierpiałkowska L., Soroko E. (red.), *Zaburzenia osobowości. Problem diagnozy klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
- Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter, W. *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991.
- Cieślak M., Spett K., Wolter W., *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo prawnicze, Warszawa 1977.
- Cleckley H., *The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*, wyd. Echo Point Books&Media, Vermont 1941.
- Coles E.M., *Clinical Psychopathology. An Introduction*, wyd. Routledge & Kegan Paul, London 1982.
- Czerederacka A., Gierowski J.K., Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E., *Ekspertyza psychologiczna [w:] Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, pod red. M. Kała, D. Wilk, J. Wójcikiewicz, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 771.
- Daniszewska A., *Serial homicide: profiling of victims and offenders for policing*, wyd. Springer 2017, s. 27.
- Daniszewska A., Waszkiewicz N., *Poczytalność w zaburzeniach osobowości – charakterystyka problemu na przykładzie socjopatii, psychopatii i charakteropatii [w:] E. Guzik-Makaruk, N. Waszkiewicz, S. Chojnowska, S.D. Szajda (red.), Wybrane prawne i medyczne aspekty zaburzeń psychicznych i ich profilaktyki*, wyd. Temida 2, Białystok 2019.
- Daszkiewicz K., *Motyw przestępstwa*, Palestra 5/9 (45), 1961, s. 60-72.
- De Girolamo G., Reich J.H., *Personality Disorders*, wyd. World Health Organization, Genewa 1993.
- DeMatteo D., Edens J.F., *The role and relevance of the Psychopathy Checklist-Revised in court: A case law survey of U.S. courts (1991-2004)*, Psychology Public Policy and Law 12 (2) 2006, s. 214-241.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*, American Psychiatric Association, wyd. American Psychiatric Publishing, Waszyngton 2013.

- Dijker A.J.M., Koomen W., *Stygmatyzacja, tolerancja i naprawa. Interakcyjna analiza psychologiczna reakcji na dewiację*, wyd. Fundacja Tolerancja, Białystok 2009.
- Doroszewski W. (red.), *Słownik języka polskiego. Tom VI. P-Pr*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1964.
- Drayton M., *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*, Occupational Medicine, Volume 59, Issue 2, 1 March 2009, s. 135–136.
- Drouard A., *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001.
- Dykcik D. (red.), *Pedagogika specjalna*, Wyd. UAM, Poznań 2001.
- Eichstaedt K., Gałęcki P., Depko A., *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2012.
- Emerson D., *Psychopaths in our lives*, Middletown 2015.
- Fakhrzadegan S., Gholami-Doon H., Shamloo B., Shokouhi-Moghaddam S., *The Relationship between Personality Disorders and the Type of Crime Committed and Substance Used among Prisoners*, Addict Health 2017, 9 (2).
- Fallon J., *The psychopath inside. A neuroscientist's personal journey into the dark side of the brain*, wyd. Current, Nowy Jork 2013.
- Fersch E.L., *Thinking about Psychopaths and Psychopathy. Answers to Frequently Asked Questions with Case Examples*, wyd. iUniverse, Lincoln 2006.
- Filar M. (red.), *Kodeks Karny. Komentarz, wyd. V*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Francis L.J., Lewis C.A., Ziebhertz H., *The short-form revised Eysenck personality Questionnaire (EPQ-S): a German edition*, Social Behavior and Personality, 34 (2), s. 197-204.
- Franken R.E., *Psychologia motywacji*, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Gaberle A., *Dowody w sądowym procesie karnym*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Gacono C.B., *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy. A Practitioner's Guide*, wyd. Routledge, Nowy Jork 2016.
- Gałęcki P., Bobińska K., Eichstaedt K., *Obserwacja sądowo-psychiatryczna: jak wydać opinię prawie idealną*, Psychiatria po Dyplomie Medical Tribune, Październik 2013.
- Gałęcki P., Florkowski A., Bobińska K., Eichstaedt K., *Obserwacja w zakładzie leczniczym po nowelizacji artykułu 203 Kodeksu postępowania karnego*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2011; 20(2), s. 111-117.
- Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2018.
- Gardocki L., *Prawo Karne*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2010.
- Gierowski J.K., Błaszczuk E., Korpała-Bętkowska B., Szyklarz A., Starowicz A., Lickiewicz J., *The temperamental determinants of psychopathy in perpetrators of aggressive crimes – research report*, Problems of Forensic Sciences 2012, vol. 90, s.155-163.
- Gierowski J.K., *Czynniki ryzyka przemocy i psychopatyczne zaburzenia osobowości u sprawców przestępstw seksualnych*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, nr 64-65, Warszawa 2009, s. 21-47.

- Gierowski J.K., *Diagnoza procesów motywacyjnych – nowe wyzwania i niewykorzystane możliwości psychologii sądowej*, *Chowanna* 2, 2011, s. 131-158.
- Gierowski J.K., *Kompetencyjne i diagnostyczne problemy opiniowania sądowo-psychologicznego o poczytalności* [w:] *Modele psychologicznego opiniodawstwa w sprawach karnych*, pod red. D. Rode, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2015, s. 66.
- Gierowski J.K., Paprzycki L.K., *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2013.
- Gierowski J.K., *Psychiatria sądowa w Polsce – aktualny stan i perspektywy*, *Palestra* 2003 nr 7-8, s. 107.
- Gierowski J.K., Sariusz-Skąpska M., *Kontrowersje wokół pojęcia psychopatii i jego użyteczności dla psychiatrii i psychologii sądowej*, *Palestra* nr 3-4/2007, s. 102-115.
- Gierowski J.K., Szymusik A. (red.), *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*, wyd. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
- Gierowski J.K., Szymusik A. (red.), *Postępowanie karne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*, wyd. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
- Gierowski J.K., T. Jaśkiewicz-Obydzińska, M. Najda, *Psychologia w postępowaniu karnym*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2010, s. 210.
- Gierowski J.K., *Zaburzenia osobowości sprawcy w opiniowaniu sądowo-psychologicznym*, *Palestra* 2000, nr 509-510, s. 63-74.
- Giezek J., *Kodeks Karny. Część ogólna. Komentarz*, wyd. II, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Giezek J., *Świadomość sprawcy czynu zabronionego*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Girdwoyń P., *Opinia biegłego w sprawach karnych w europejskim systemie prawnym. Perspektywy harmonizacji*, wyd. Stowarzyszenia Absolwentów Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011.
- Glenn A.L., Raine A., *Psychopathy. An Introduction to Biological Findings and Their Implications*, wyd. New York University Press, Nowy Jork 2014.
- Golonka A., *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, wyd. LEX 2013.
- Groth J., *Oblicza psychopatii*, wyd. Scholar, Warszawa 2010.
- Gruza E., *Psychologia dla prawników*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Gugała M., Łojek E., Lipczyńska-Łojkowska W., Bochyńska A., Sawicka B., Sienkiewicz-Jarosz H., *Przegląd metod neuropsychologicznych służących do diagnozy łagodnych zaburzeń poznawczych*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2007, nr 16 (1), s. 81-85.
- Gulla B., Niewiadomska I., Wysocka-Pleczyk M. (red.), *Białe Plamy w psychologii sądowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Gurgul J., *O wadliwości opinii biegłego w procesie karnym*, *Prokuratura i Prawo* 2015, nr 4, s.148-170.
- H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

- Habzda-Siwiek E., *Opinia o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego. Aktualne problemy*, Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych 2006, s. 175-197.
- Hajdukiewicz D., *Struktura opinii sądowo-psychiatrycznych w sprawach karnych i cywilnych*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (3), s. 243-250.
- Hakkanen-Nyholm H., Nyholm J.O., *Psychopathy and Law. A Practitioner's Guide*, wyd. Wiley-Blackwell, Chichester 2012.
- Hare R.D., *Psychopaci są wśród nas*, wyd. Znak, Kraków 2010.
- Hare R.D., *Psychopathy. Theory and Research*, wyd. John Wiley&Sons Inc., Nowy Jork 1970.
- Harris G., Rice M., Quinsey V., *Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument*, Criminal Justice and Behavior (1993) vol. 20 no. 4, s. 315-335.
- Haycock D.A., *Murderous Minds. Exploring the Criminal Psychopathic Brain: Neurological Imaging and Manifestation of Evil*, wyd. Pegasus Books, Nowy Jork 2014, s. 34.
- Heitzman J [red.], *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarstwie PZWL, Warszawa 2007.
- Heitzman J., Markiewicz I., *Niepoczytalność – doktryna, praktyka, skuteczność, alternatywa*, Psychiatria Po Dyplomie 2012, tom 9 nr 3.
- Herve H., Yuille J.C., *The Psychopath. Theory, Research and Practice*, wyd. Lawrence Erlbaum Associates, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej 2007.
- Herzyk A., *Neuropsychologiczna analiza zaburzeń emocjonalnych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*, Audiofonologia t. XIV, 1999, s. 27-49.
- Hollin C.R., *Psychology and Crime. An Introduction to criminological psychology*, wyd. Routledge Nowy Jork 2013, s. 58.
- Holmes R.M., S.T. Holmes, *Profiling violent crimes. An investigative tool*, wyd. Thousand Oaks, London 2009, s. 54.
- Hołyst B., *Kryminologia*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 713.
- Hołyst B., *Przeciwko życiu Tom 3. Wymiar kryminologiczny i psychologiczny*, wyd. PWN, Warszawa 2019.
- Hołyst B., *Psychologia kryminalistyczna*, wyd. Difin, Warszawa 2018.
- Hołyst B., *Psychologia kryminalistyczna*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2009.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I*, 2009, World Health Organization.
- Jainqing L., *An interpretation of behavioral traits of criminal motivation*, Canadian Social Science Vol. 11, No. 1, 2015.
- Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, wyd. PZWL, Warszawa 1999.
- Jaworowska A., *Kwestionariusz Impulsywności. Impulsywność, skłonność do ryzyka, empatia. Polska normalizacja*, wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011.

- Jobst B.C., B.C. McDonald, *Zaburzenia zachowania pochodzenia czołowego* [w:] S.C. Schachter, G.L. Holmes, D.G.A. Kasteleijn-Nolst Trenite, *Padaczka. Aspekty behawioralne w teorii i praktyce*, wyd. Czelej, Lublin 2009, s. 261.
- Jolliffe D.J., Farrington D.P., *Development and validation of the Basic Empathy Scale*, *Journal of Adolescence* 2006, nr 29, s. 589-611.
- Joseph J., *Twin Studies In Psychiatry And Psychology: Science Or Pseudoscience?*, *Psychiatric Quarterly* 2002 Vol. 73 Nr 1.
- Kaczmarek D., *Sądowa ocena opinii biegłego w procesie karnym*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, vol. LVI/LVII 2009/2010, s. 49-62.
- Kała M., Wilk D., Wójcikiewicz J. (red.), *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Karłowicz J., Kryński A., Niedźwiedzki W., *Słownik języka polskiego, Tom III*, Warszawa 1900-1927.
- Kawa J., *Metodologia, metodyka, metoda jako podstawa wywodów naukowych*, *Studia Prawnoustrojowe* 2013, nr 21, s. 169-188.
- Kazdin A., *Encyclopedia of Psychology*, wyd. American Psychology Association, Waszyngton 2000.
- Kępiński A., *Psychopatie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2014.
- Kiehl K.A., Sinnott-Armstrong W.P., *Handbook on Psychopathy and Law*, wyd. Oxford University Press, Nowy Jork 2013.
- Kirejczyk K., *Oligofrenopedagogika*, wyd. WSPS, Warszawa 1978.
- Kirejczyk K. (red.) *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*, wyd. PWN, Warszawa 1981.
- Klimkowski M., Herzyk A. (red.), *Diagnoza neuropsychologiczna, przegląd zagadnień*, wyd. UMCS, Lublin, 1987.
- Koenigs M., Tranel D., *Pseudopsychopaty: A perspective from cognitive neuroscience* [w:] D.H. Zald, S.L. Rauch (red.), *The Orbitofrontal Cortex*, Oxford University Press; New York 2006.
- Konecki J., *Niepoczytalny sprawca czynu zabronionego w postępowaniu karnym*, wyd. Difin, Warszawa 2015.
- Koredczuk J., *Znaczenie kodeksu karnego z 1932 r. dla rozwoju nauki i prawa karnego w Polsce w XX wieku*, *Zeszyty Prawnicze* 2011, nr 11/2, s. 45-60.
- Korzeniowski L., Pużyński S. (red.), *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, wyd. II, wyd. PZWL, Warszawa 1978.
- Kourmoussi N., Amanaki E., Tzavara C., Merakou K., Barbouni A., Koutras V., *The Toronto Empathy Questionnaire: Reliability and Validity in a Nationwide Sample of Greek Teachers*, *Social Sciences*. 2017; 6(2).
- Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Sierakowska M., *Teorie agresji – prawda czy mity?*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (3), s. 396-400.
- Kozarska-Dworska J., *Psychopatia jako problem kryminologiczny*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977.
- Kozłowska-Kalisz P., Budyn-Kulik M., Kulik M., Mozgawa M. (red.), *Kodeks Karny. Komentarz*, wyd. VII, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

- Krahe B., *Agresja*, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Kraiński W., *Osobowość dyssocjalna jako przyczyna nieważności małżeństwa*, *Ius Matrimoniale* 15 (21), s. 27-42.
- Krajewski M., *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego. Uwagi podstawowe*, wyd. M. Krajewski 2010, s. 19.
- Krakowiak D., *Sprawca niepoczytalny w procesie karnym*, wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2018.
- Krzywiński S., *Test rysowania zegara*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1995, nr 4, 1 (2), s. 21-30.
- Kuć M., *Kryminologia*, wyd. C. H. BECK, Warszawa 2013.
- Leszczyński J., *Z problematyki karania psychopatów: głos w dyskusji*, *Palestra* 1975, nr 19/11 (215).
- Levenson M.R., Kiehl K.A., Fitzpatrick C.M., *Assessing Psychopathic Attributes in a Noninstitutionalized Population*, *Journal of Personality and Social Psychology* 1995, nr 1/68, s. 151-158.
- Levine S.Z., Jackson C.J., *Eysenck's theory of crime revisited: Factors or primary scales?*, *Legal and Criminological Psychology* 2004, 9(1).
- Lilly J.R., Cullen F.T., Ball R.A., *Criminological Theory. Context and Consequences*, wyd. SAGE Publications, Newbury Park 1989.
- Liszt F. von, *Lehrbuch des Deutschen Strafrechts*, Berlin 1900.
- Liżyńska K., *Obserwacja psychiatryczna oskarżonego w zakładzie leczniczym*, *Państwo i Prawo* 2016, zeszyt 11 (849).
- Lorenz K., *Tak zwane zło* (przekł. A.D. Tauszyńska), wyd. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1996.
- Lykken D.T., *Psychopathy, Sociopathy and Crime*, *Society* 1996, s. 29-36.
- Ładoś S., *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Łagodziński S., *Obserwacja psychiatryczna w postępowaniu karnym. Rozważania teoretyczne oraz praktyka prokuratorsko-sądowa*, *Prawo w działaniu* 2010/8.
- Łuniewski W., *Wykłady z dziedziny psychopatologii kryminalnej i psychiatrii*, Warszawa 1937.
- Łuniewski W., *Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna*, Warszawa 1950.
- Macdougall E., *Psychopathy, heart rate, and skin conductance in adolescent offenders*, Department of Psychology in the Graduate School of The University of Alabama, 2016.
- Makarewicz J., *Kodeks Karny z komentarzem*, trzecie wydanie, Wydawnictwo Zakładu Narodowego Imienia Ossolińskich, Lwów 1932.
- Makarewicz J., *Prawo karne. Wykład porównawczy z uwzględnieniem prawa obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej*, Lwów–Warszawa 1924.
- Makowski W., *Kodeks karny. Komentarz. Część ogólna*, Warszawa 1932.

- Małecki M., Zyzik R., *Poczytalność i wina psychopaty w świetle ewolucyjnych koncepcji genezy psychopatii*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* rok LXXVI, zeszyt 3, 2014, s. 161-174.
- Marczak M., *Drogi życiowe kobiet przestępczyń – synteza badań własnych*, *Niepełnosprawność* nr 8, 2012.
- Marek A. (red.), *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, wyd. PWN, Warszawa 1986.
- Marek A., Paprzycki L.K. (red.), *System prawa karnego. Nauka o przestępstwie. Zasady Odpowiedzialności. Tom 3*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2013.
- Markowicz-Narękiwicz A., *Związek między wydzielaniem neuroprzekazników a powstawaniem chorób psychicznych – na szczegółowo omówionym przykładzie depresji*, *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu* 2009-2011.
- Marszał K., *Proces karny. Zagadnienia ogólne*, wyd. VOLUMEN, Katowice 2013.
- Mazur R., *Neurologia kliniczna dla lekarzy i studentów medycyny*, wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
- Merton R.K., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, wyd. PWN, Warszawa 2002.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I., Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012.
- Millon T., Davis R.D., *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*, wyd. John Wiley&Sons, Nowy Jork 1996.
- Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M., Davis R.D., *Psychopathy. Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, wyd. The Guilford Press, Nowy Jork 2003.
- Moir A., Jessel D., *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości*, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1998.
- Montazeri A., Vahdaninia M., Ebrahimi M., Jarvandi S., *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version*, *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, s. 1-14.
- Morawski L., *Wstęp do prawoznawstwa*, wyd. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Toruń 2009.
- Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B., *Psychologia poznawcza*, wyd. PWN, Warszawa 2006.
- Orkiszewska D., *Obserwacja psychiatryczna w postępowaniu sądowym – obecnie i „de lege ferenda”*, *Studia Iuridica Lublinensia* 14, s. 177-188.
- Ortega-Noriega O., Perez-Lopez M.L., Ostrosky-Shejet F., *Quantitative Electroencephalogram and psychopathy. A case study report*, *Revista Medica del Hospital General de Mexico* 2015, 78 (1).
- Pacholski M., Słaboń A., *Słownik pojęć socjologicznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2001.
- Paprzycki L.K. (red.), Gierowski J.K., Krajewski K., Postulski K., Siwek M., *System Prawa Karnego. Środki zabezpieczające. Tom 7*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2015.
- Pastwa-Wojciechowska B., *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004.

- Pastwa-Wojciechowska B., *Podjęmowanie zachowań ryzykownych przez osoby o psychopatycznej strukturze osobowości*, Rocznik Lubuski 2014, tom 40, cz. 1, s. 13-27.
- Pastwa-Wojciechowska B., *Psychologiczno-psychiatryczna problematyka psychopatii a potrzeby i praktyka opiniodawstwa w procesie stosowania prawa*, Chowanna 2011, tom 2, s. 159-177.
- Pickard H., *Choice, deliberation, violence: Mental capacity and criminal responsibility in personality disorder*, International Journal of Law and Psychiatry 2015 (40), s. 15-24.
- Pobocho J., *Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności*, Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7 (1), s. 50-60.
- Pospiszyl K., *Psychopatia*, wyd. akademickie Żak, Warszawa 2000.
- Przesławski T., *Psychika Czyn Wina. Wpływ czynnika psychologicznego na zachowanie człowieka i jego winę jako podstawę odpowiedzialności karnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
- Przybysz J., *Psychiatria sądowa. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, wyd. TUMULT, Toruń 2005.
- Pużyński S. (red.), *Leksykon psychiatrii*, wyd. PZWL, Warszawa 1993.
- Pużyński S., *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, Psychiatria Polska 2007, tom XLI nr 3.
- Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J., *Psychiatria. Tom II Psychiatria Kliniczna*, wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
- Radochoński M., *Osobowość antyspołeczna*, wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
- Radochoński M., Perenc A., Radochońska A., *Neurobiologiczne uwarunkowania antyspołecznych zaburzeń zachowania*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, 4, s.405-410.
- Raine A, Lencz T., Birchle S., LaCasse L., Coletti P., *Reduced Prefrontal Gray Matter Volume and Reduced Autonomic Activity in Antisocial Personality Disorder*, Archives of General Psychiatry vol. 57, 2000, s. 119-127.
- Raine A., Sanmartin J., *Violence & Psychopathy*, wyd. Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nowy Jork 2001.
- Raine A., *The psychopathology of crime*, wyd. Academic Press, San Diego 1993.
- Reber A.S., Reber E.S., *Słownik psychologii*, wyd. Scholar, Warszawa 2005.
- Reykowski J., *Eksperymentalna psychologia emocji*, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1974.
- Ritzer G., *Klasyczna teoria socjologiczna*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004.
- Romero-Rebollar C., Ostrosky-Shejet F., Camarena-Medellin B., Bobes-Leon M.A., Diaz-Galvan K.X., *Effect of MAOA promoter polymorphism and neuropsychological performance on psychopathy traits*, Revista Medica del Hospital General de Mexico 2015, 78 (1).
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Sękowska Z., *Pedagogika specjalna: zarys*, wyd. PWN, Warszawa 1982.

- Siemaszko A., *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, wyd. PWN, Warszawa 1993.
- Sobów T., Magierski R., Wojtera M., Karlińska I., Flirski M., Gorczowski M., Rydz R., Kłoszewska I., *Efektywność badań przesiewowych w kierunku otępienia*, *Psychiatria Polska* 2004, nr 1 (4), s. 293-300.
- Spett K., *Poczytalność charakteropatów*, *Palestra* 1969, nr 13/5 (137), s. 30-34.
- Spett K., *Poczytalność psychopatów*, *Państwo i Prawo* 1967.
- Spionek H., *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1970.
- Stanik J.M., *Psychologia sądowa*, wyd. PWN, Warszawa 2013.
- Stemplewska-Żakowicz K., *Diagnoza psychologiczna. Diagnoza jako kompetencja profesjonalna*, wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- Szczechowicz K., *Przyczyny niepoczytalności i umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym sprawcy śmierci człowieka*, wyd. Volumina, Szczecin 2015.
- Śliwiński S., *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, wyd. Gebethner i Wolff, Warszawa 1946.
- Świda W., *Prawo karne. Część ogólna*, wyd. PWN, Warszawa 1986.
- Tarnawski M., *Odpowiedzialność karna sprawców dotkniętych zaburzeniami psychopatycznymi*, *Ruch Prawniczy* 2/78.
- Tarnawski M., *Zmniejszona poczytalność sprawcy przestępstwa*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1976.
- Thomson D.F., Ramos C.L., Willet J.K., *Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges*, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2014, no. 39.
- Tomaszewska M., *Metodologiczny status pojęć - przesłanek ubezwłasnowolnienia na przykładzie choroby psychicznej*, *Prawo i Medycyna* 2008, nr 4.
- Trzebińska E., *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*, wyd. SWPS Academica, Warszawa 2009.
- Uchnast Z., *Empatia osobowa: metoda pomiaru*, *Przegląd Psychologiczny*, 2001, tom 44, Nr 2
- Walsch A., Wu H.H., *Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy and sociopathy: evolutionary genetic, neurobiological and sociological considerations*, *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law and Society* 2008, nr 21 (2).
- Wąsowicz S., *Genetycznie zdeterminowani czy też wilcze dzieci?*, *Palestra* 1973, nr 17/12 (192).
- Widiger T.A., *Personality and psychopathology*, *World Psychiatry* 2011 (10), s. 103-106.
- Wielki słownik medyczny*, wyd. PZWL, Warszawa 1996.
- Wiliński P. (red.), *Obrońca i pełnomocnik w procesie karnym po 1 lipca 2015 r. Przewodnik po zmianach*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Witkowski G., *Neuroobrazowanie w psychiatrii*, *Psychiatria Po Dyplomie* 2012, tom 9, nr 5, s. 51-57.

Wolska A., *Model czynników ryzyka popełnienia przestępstwa*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2001.

Wolter W., *Z problematyki odpowiedzialności karnej na podstawie kodeksu z 1969 r.*, Palestra 13/8 (140).

Wójcikiewicz J. (red.), *Ekspertyza sądowa*, wyd. Zakamycze 2002.

Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne. Część ogólna*, wyd. Znak, Kraków 2010.

Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne. Część Ogólna. Podręcznik*, wyd. Znak, Kraków 2011.

Wróblewski B., *Przedmiot przestępstwa, zamachu i ochrony w prawie karnym*, Palestra 1935, nr 12

Zębik A., *Czyn przestępny w polskim prawie karnym*, Zeszyty Naukowe Akademii Spraw Wewnętrznych 1974, nr 4.

Ziomka Z., *Przyczyny zachowań przestępczych oraz zjawisk patologicznych w świetle teorii socjologicznych*, Wydawnictwo Szkoły Policji w Katowicach, Katowice 2008.

Wykaz cytowanych orzeczeń:

Postanowienie SA w Katowicach z dnia 8 października 2015 r., II AKz 543/15, Lex nr 1994039

Postanowienie SN 7 sędziów z dnia 22 stycznia 1938 r. o sygn. akt I K 2126/37

postanowienie SN z dnia 1 października 2004 r., III KK 114/17, Lex nr 126705).

Postanowienie SN z dnia 17 maja 2007 r. II KK 331/06, OSNwSK 2007/1/1070.

postanowienie SN z dnia 19 listopada 2014 r., V KK 259/14, Lex nr 1621622).

Postanowienie SN z dnia 23 listopada 2011 r. (II KK 284/11

Postanowienie SN z dnia 27 kwietnia 1994 r. o sygn. akt I KZP 6/94, Lex nr 45491.

Postanowienie SN z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie o sygn. akt. III KK 366/11, OSNKW 2012/10/110.

Wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 października 2015 r. o sygn. akt I ACa 491/15 Lex nr 1842188

Wyrok SA w Krakowie z dnia 17 marca 2016 r. o sygn. akt II AKa 301/15, KZS 2016/4/17.

Wyrok SA w Lublinie z dnia 7 lipca 2010 r. o sygn. akt II Akzw 535/10).

Wyrok SA w Warszawie z dnia 16 grudnia 2016 r. II AKa 406/16, Lex nr 2191521.

Wyrok SA w Warszawie z dnia 29 czerwca 2016 r. o sygn. akt II AKa 129/16 Lex nr 2171295

Wyrok SA w Warszawie z dnia 29 maja 2017 r., II AKa 114/17, Lex nr 2330654;

Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 15 lutego 2012 r. o sygn. akt II AKa 13/12 (Lex nr 1120034).

Wyrok SN wydany przez 7 sędziów z dnia 11 maja 1970 r. w sprawie o sygn. akt V KRN 109/70 OSNKW 1970/9/101

Wyrok SN z 15 kwietnia 1976 r., II KR 48/76, OSNKW 1976, nr 10-11, poz. 133; wyrok SN z 23 listopada 1982 r., II KR 186/82, OSNPG1983, nr 5, poz. 59.

Wyrok SN z dnia 1 października 2003 r., IV KKN 318/01, Lex nr 84460.

Wyrok SN z dnia 10 grudnia 1971 r. wydany w sprawie o sygn. akt I KR 220/71, LEX nr 21442.

Wyrok SN z dnia 10 kwietnia 1975 r. II KR 365/74, OSNKW 1977, nr 7-8, poz. 83.

Wyrok SN z dnia 10 października 2007 r. wydany w sprawie o sygn. akt III KK 116/07.

Wyrok SN z dnia 13 stycznia 1978 r. o sygn. akt V KR 183/77, OSNPG 1978, nr 7, poz. 76:

Wyrok SN z dnia 13 stycznia 2004 r., WA 62/03, OSNwSK 2004, poz. 90.

Wyrok SN z dnia 17 października 1979r. wydany w sprawie o sygn. akt I KR 140/79.

Wyrok SN z dnia 2 marca 2017 r. w sprawie o sygn. akt II KK 358/16, Lex nr 2259785.

Wyrok SN z dnia 22 stycznia 1958 r. wydany w sprawie o sygn. akt IV K 1162/57., LEX nr 1789421.

Wyrok SN z dnia 23 stycznia 1952 r. wydany w sprawie o sygn. akt I K 1575/51, OSNK 1952/4/51.

Wyrok SN z dnia 26 kwietnia 2006 r. wydanym w sprawie WA 15/06, OSNwSK 2006/1/910

Wyrok SN z dnia 26 września 2003 r., WK 18/03, OSNwSK 2003, s. 2054.

Wyrok SN z dnia 27 lutego 1971 r. wydany w sprawie o sygn. akt III KR 210/70.

Wyrok SN z dnia 3 października 1979 r. wydany w sprawie o sygn. akt VI KRN 225/79.

Wyrok SN z dnia 5 listopada 1985 r. o sygn. akt Rw 991/85, OSNKW 1986/5-6/40.

Wyrok SN z dnia 5 marca 2002r. o sygn. akt III KKN 329/99 (OSNKW 2002, nr 7-8, poz. 53).

Wyrok SN z dnia 5 sierpnia 2008 r. w sprawie o sygn. akt III K 228/07.

Wyrok SN z dnia 6 lutego 1935 r. w sprawie o sygn. akt I K 1075/34

Wyrok SN z dnia 6 lutego 1935 r. wydany w sprawie o sygn. akt I K 1075/34.

Wyrok SN z dnia 19 września 1973 r., III KR 187/73, OSNKW 1974, nr 1, poz. 18.

Wyrok SO we Wrocławiu z dnia 16 kwietnia 2015 r., III K 46/15, Lex nr 1745336.

Wyrok TK z dnia 10 lipca 2007 r., SK 50/06, Dz. U. 2007/128/903, Lex nr 299963.

Wykaz stron internetowych:

Hill T., *10 Signs of Psychopathy and Sociopathy*, PsychCentral 2017, artykuł dostępny na stronie www.blogs.psychcentral.com/caregivers/2017/07/10-signs-of-psychopathy-and-sociopathy [dostęp: 22.01.2018 r.].

<https://wechslertest.com/about-wechsler-intelligence-test> [dostęp: 24.08.2018 r.].

<https://www.practest.com.pl/epq-r-kwestionariusz-osobowosci-eysencka-epq-r-kwestionariusz-osobowosci-eysencka-w-wersji-skroconej> [dostęp: 24.08.2018 r.; oficjalna strona Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego].

Jęczmińska K., *Lobotomia – z piedestału do karceru*, Psychiatria po Dyplomie 2014, <https://podyplomie.pl/psychiatria/16032,lobotomia-z-piedestalu-do-karceru> [dostęp: 20.01.2019 r.].

McAleer K., *Sociopathy vs. Psychopathy*, PsychCentral 2010, artykuł dostępny na stronie www.blogs.psychcentral.com/forensic-focus/2010/07/sociopathy-vs-psychopathy/ [dostęp: 27.11.2018 r.].

Sandoiu A., *What goes on inside the brain of a psychopath?*, Medical News Today, artykuł opublikowany w dniu 7 lipca 2017 r., dostępny na stronie www.medicalnewstoday.com/articles/318315.php [dostęp: 27.03.2018 r.].

Słownik języka polskiego, dostępny na stronie www.sjp.pwn.pl [dostęp: 18.01.2017].

Wykaz aktów prawnych:

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz.U. Nr 15, poz. 133).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15.11.2010 r. w sprawie wykazu zakładów zamkniętych przeznaczenia do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich pojemności i warunków zabezpieczenia (Dz. U. Nr 230, poz. 1520).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2004 nr 269 poz. 2679).

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks Karny, Dz.U. 1932 nr 60 poz. 571.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, 2017 poz. 458.

Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267 z późn. zm.

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks Karny, Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94. z późn. zm.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz.U. Nr 98, poz. 1070 z późn. zm.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553. z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997 Nr 89 poz. 555 z późn. zm.

Wykaz tabel i rycin

Tabela 1: opis grup badanych.	s. 210
Tabela 2: Porównanie grup badanych (Areszt Śledczy, szpital psychiatryczny i grupa kontrolna) pod kątem poszczególnych skal psychologicznych.	s. 211
Tabela 3: porównanie grup A, S i K pod względem spełniania kryteriów osobowości antyspołecznej na podstawie kwestionariusza M.I.N.I, z uwzględnieniem czynników M.I.N.I. 1 oraz M.I.N.I.2.	s. 212
Tabela 4: porównanie wyników uzyskiwanych przez grupę skazanych i internowanych w kwestionariuszu M.I.N.I.	s. 212
Tabela 5: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 1 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal	s. 217
Tabela 6: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 2 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal	s. 219
Tabela 7: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów obydwu części kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal	s. 220
Tabela 8: Współczynniki korelacji pomiędzy wartościami skal BESA oraz IVE	s. 224
Tabela 9: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 1 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal (cz. 2)	s. 230
Tabela 10: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów części 2 kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal (cz. 2)	s. 237
Tabela 11: Zestawienie wyników osiąganych przez grupy z Aresztu Śledczego i szpitala psychiatrycznego pod względem spełniania kryteriów obydwu części kwestionariusza M.I.N.I. oraz pozostałych skal (cz. 2)	s. 238
Tabela 12: Porównanie aresztowanych o różnym czasie pobytu w Areszcie Śledczym pod względem HADS	s. 241
Tabela 13: Współczynniki korelacji pomiędzy wartościami skal HADS i LSRPS	s. 241
Tabela 14: częstotliwość występowania poszczególnych przestępstw w analizowanych grupach	s. 243
Tabela 15: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych	s. 244
Tabela 16: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych (cz. 2)	s. 246

Tabela 17: związki zachodzące między spełnianiem przez poszczególne grupy kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I. oraz popełnieniem przez te osoby przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu	s. 246
Tabela 18: związki zachodzące między spełnianiem przez poszczególne grupy kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I. oraz popełnieniem przez te osoby przestępstw przeciwko mieniu	s. 247
Tabela 19: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko mieniu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych	s. 248
Tabela 20: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem kryterium popełnienia lub niepopełnienia przestępstwa przeciwko mieniu przez grupę szpitalną oraz grupę skazanych (cz. 2)	s. 250
Tabela 21: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem wystąpienia recydywy lub popełnienia więcej niż jednego czynu zabronionego w grupie szpitalnej oraz grupie skazanych	s. 251
Tabela 22: zestawienie nasilenia poszczególnych cech osobowości pod względem wystąpienia recydywy lub popełnienia więcej niż jednego czynu zabronionego w grupie szpitalnej oraz grupie skazanych (cz.2)	s. 251
Tabela 23: związki zachodzące między spełnianiem przez poszczególne grupy kryteriów z kwestionariusza M.I.N.I. a wystąpieniem recydywy lub popełnieniem więcej niż jednego czynu zabronionego	s. 253
Tabela 24: Wyniki osiągnięte przez poszczególne grupy w zakresie poprawności wypełnienia testu zegara	s. 262

Rycina 1: Porównanie grup A, S i K pod względem wyników osiągniętych w skali LSRPS	s. 213
Rycina 2: Porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w kontekście czynnika F1 badanego za pomocą kwestionariusza LSRPS	s. 214
Rycina 3: Porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w kontekście czynnika F2 badanego za pomocą kwestionariusza LSRPS	s. 215
Rycina 4: Nasilenie poziomu empatii w poszczególnych grupach na podstawie wyników osiągniętych w BES-A	s. 221
Rycina 5: Nasilenie poziomu empatii emocjonalnej w poszczególnych grupach na podstawie wyników osiągniętych w BES-A	s. 222
Rycina 6: Nasilenie poziomu empatii kognitywnej w poszczególnych grupach na podstawie wyników osiągniętych w BES-A	s. 223
Rycina 7: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz sumarycznych wyników empatii ze skali BES-A osiągniętych przez grupę osób skazanych	s. 224

Rycina 8: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz sumarycznych wyników empatii ze skali BES-A osiągniętych przez grupę kontrolną	s. 225
Rycina 9: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz sumarycznych wyników empatii ze skali BES-A osiągniętych przez grupę szpitalną	s. 226
Rycina 10: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii emocjonalnej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę skazanych	s. 226
Rycina 11: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii emocjonalnej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę szpitalną	s. 227
Rycina 12: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii emocjonalnej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę kontrolną	s. 227
Rycina 13: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii poznawczej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę skazanych przebywających w areszcie	s. 228
Rycina 14: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii poznawczej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę szpitalną	s. 228
Rycina 15: korelacja empatii mierzonej skalą IVE (w stenach) oraz wyników empatii poznawczej ze skali BES-A osiągniętych przez grupę kontrolną	s. 229
Rycina 16: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali IVE (zmienna: skłonność do ryzyka IVE_R) w skali stenowej	s. 233
Rycina 17: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali IVE (zmienna: poziom empatii IVE_E) w skali stenowej	s. 234
Rycina 18: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali IVE (zmienna: poziom impulsywności IVE_I) w skali stenowej	s. 235
Rycina 19: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali HADS (zmienna: poziom lęku HADS_L)	s. 239
Rycina 20: porównanie wyników osiągniętych przez poszczególne grupy w skali HADS (zmienna: poziom depresji HADS_D)	s. 240

Aneks

Mgr Agnieszka Daniszewska
doktorantka III roku na kierunku prawo
nr albumu 49300
Wydział Prawa UwB
Katedra Prawa Karnego
Zakład Prawa Karnego i Kryminologii

opiekun naukowy:
prof. zw. Dr hab. Emil W. Pływaczewski

Wniosek
do Komisji Bioetycznej UMB

- 1/ Data zgłoszenia: 18.06.2018 r.
- 2/ Kierownik jednostki organ.(miejsce pracy)
Dr hab. n. med.Napoleon Waszkiewicz (Klinika Psychiatrii UMB)
- 3/ Kierownik tematu badawczego: **dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz**
- 3.1/ Kierownik jednostki z której pochodzą badani:
- **mgr inż. Tomasz Teodor Goździkiewicz (dyrektor SPP ZOZ w Choroszczy)**
- **płk Wojciech Prażmowski (Dyrektor Aresztu Śledczego w Białymstoku)**
- 4/ Członkowie zespołu badawczego:
- *Napoleon Waszkiewicz, dr hab. n. med., Klinika Psychiatrii UMB IV- Oddział Ogólnopsychiatryczny, SPP ZOZ w Choroszczy*
- *Agnieszka Daniszewska, mgr, Wydział Prawa w Białymstoku Katedra Prawa Karnego, Zakład Prawa Karnego i Kryminologii, doktorant III roku na kierunku prawo*
- 5/ Temat badawczy: „Badanie okoliczności wpływających na występowanie zaburzeń osobowości u sprawców przestępstw z użyciem przemocy oraz wpływ tych zaburzeń na ograniczenie lub wyłączenie poczytalności w procesie karnym”
- 6/ Metodyka badań (w załączniku) z podaniem informacji o:
a/celu i uzasadnieniu badań,
b/ ilości pobranego / jednorazowo / materiału biologicznego: **nie dotyczy**
c/ określenie liczby badanych,
d/ spodziewanych korzyściach leczniczych i innych oraz ryzyku związanym z poddaniem się eksperymentowi
- 7/ **Doktorat**, praca statutowa, praca własna, badanie na zlecenie firmy farmaceutycznej, KBN (podkreślić)
- 8/ Czas trwania badania:
- | | |
|----------------------------|--------------------|
| data rozpoczęcia badania : | 16.07.2018r |
| data zakończenia badania: | 16.11.2018r |

/ Protokół badania wraz z broszurą badacza, (firma farm.) : **nie dotyczy**
10/ Wzór informacji dla pacjenta / lub osoby badanej (na oddzielnej karcie – w załączeniu)
11/ Wzór świadomej zgody pacjenta / lub osoby badanej / na udział w badaniu z zaznaczeniem możliwości rezygnacji na każdym etapie badań oraz stwierdzeniem, że badacz zapewnia ochronę danych osobowych pacjenta / osoby badanej (na oddzielnej karcie)

12/ Badanie jest finansowane przez: **praca własna doktoranta**

13/ Ubezpieczenie zgodne z datą zakończenia badań i liczbą badanych : **Badanie nie wymaga ubezpieczenia osób biorących w nim udział.**

14/ Informacja o zabezpieczeniu jednostki wykonującej badanie w sprzęt i personel zapewniający postępowanie w nagłych i nieprzewidzianych przypadkach: **badania polegające na wypełnieniu kwestionariusza ankiety będą prowadzone w SPP ZOZ w Choroszczy u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, który jest zaopatrzony w sprzęt i personel zapewniający właściwe postępowanie w nagłych i niespodziewanych wypadkach. Badania grupy skazanych w Areszcie Śledczym w Białymstoku będą prowadzone w siedzibie AŚ w Białymstoku, która to placówka także jest zaopatrzona w sprzęt i personel zapewniający właściwe postępowanie w nagłych i niespodziewanych wypadkach.**

15/ Dokładny adres firmy farmaceutycznej w celu wystawienia rachunku: **nie dotyczy**

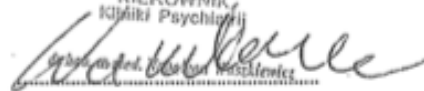
16/ W badaniach ankietowych - zobowiązanie badaczy o zachowaniu anonimowości wg ochrony danych osobowych.

KIEROWNIK
Kliniki Psychiatrii


podpis kier. jedn. organ./pkt.2/

zamocowany publiczny Psychiatryczny
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Im. dr. Stanisława Dąrasza w Choroszczy
16-070 Choroszcz, Plac Z. Brodowicza 1
tel. 85 719 10 04, fax. 85 719 28 00
REGON 140680458, NIP 988 12 29 572

podpis kier. jedn. z której pochodzą badani /pkt.3.1/

KIEROWNIK
Kliniki Psychiatrii


podpis kier.tematu badawczego

Za DZIEKĘ DOKTORA ZAKŁADU
ds. Lecznictwa


lek. Wiesław Ruski

DYREKTOR
Aresztu Śledczego w Białymstoku
płk mgr Wiesław Przymusiński


.....
podpis kier.jedn.z której pochodzą badani /pkt.3.1/

**KOMISJA BIOETYCZNA
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO w BIAŁYMSTOKU**

ul. Jana Kilińskiego 1
15-089 Białystok
tel. (085) 748 54 07, fax. (085) 748 55 08
prorektorkl@umb.edu.pl

Białystok, 28-06-2018

Uchwała nr: R-I-002/310/2018

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, po zapoznaniu się z projektem badania zgodnie z zasadami GCP/ Guidelines for Good Clinical Practice /- **w y r a ż a z g o d ę** na prowadzenie tematu badawczego: „Badanie okoliczności wpływających na występowanie zaburzeń osobowości u sprawców przestępstw z użyciem przemocy oraz wpływ tych zaburzeń na ograniczenie lub wyłączenie poczytalności w procesie karnym” przez dr hab. Napoleona Waszkiewicza oraz mgr Agnieszkę Daniszewską.

Przewodnicząca Komisji Bioetycznej UMB

prof. dr hab. Otylia Kowal-Bielecka

INFORMACJA DLA PACJENTA/OSOBY BADANEJ

Tytuł badania: **Badanie okoliczności wpływających na występowanie zaburzeń osobowości u sprawców przestępstw z użyciem przemocy oraz wpływ tych zaburzeń na ograniczenie lub wyłączenie poczytalności w procesie karnym**

Celem badania jest badanie cech osobowości u osób internowanych lub poddanych obserwacji w toku postępowania sądowego w SPP ZOZ w Choroszczy oraz osób skazanych w Areszcie Śledczym w Białymstoku, które popełniły (lub przedstawione wobec nich zostały zarzuty) przestępstwo z użyciem przemocy.

Do badania zostało włączone 150 osób – w tym 50 osób spośród osób przebywających w SPP ZOZ w Choroszczy, 50 osób z Aresztu Śledczego w Białymstoku oraz 50 osób wybranych losowo jako grupa kontrolna zgodnie z grupą wiekową.

Kwestionariusz ankiety sporządzony został w wyniku połączenia części lub całości kwestionariuszy takich jak:

- kwestionariusz IVE Hansa Eysencka (impulsywność, skłonność do ryzyka, empatia)
 - część kwestionariusza M.I.N.I. dotycząca zaburzeń osobowości
 - kwestionariusz Levenson Self-Report Psychopathy Scale (nasilenie cech psychopatycznych)
 - kwestionariusz BEES-A (empatia)
 - kwestionariusz HADS (lęk i depresja)
- oraz testu rysowania zegara.

Planowane badanie ma charakter poznawczy – może pozwolić na **stwierdzenie, czy istnieje związek między występowaniem zaburzeń osobowości a popełnieniem czynu zabronionego, a także jaki wpływ na ocenę poczytalności ma fakt występowania danych cech osobowości zaburzonej**. Badania mogą być pomocne przy stwierdzeniu, jaki wpływ mają zaburzenia osobowości na procesy motywacyjne sprawców przestępstw.

Eksperyment nie stwarza jakiegokolwiek ryzyka dla osoby badanej, nie wiąże się z pobraniem materiału do badania.

Wszelkie pytania zawarte w kwestionariuszu są standaryzowanymi testami psychologicznymi.

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA UDZIAŁ W BADANIU KLINICZNYM

Tytuł badania: „Badanie okoliczności wpływających na występowanie zaburzeń osobowości u sprawców przestępstw z użyciem przemocy oraz wpływ tych zaburzeń na ograniczenie lub wyłączenie poczytalności w procesie karnym”

Imię i nazwisko kierownika badania: **dr hab .n.med. Napoleon Waszkiewicz,**
Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej badanie: mgr Agnieszka Daniszewska

- Wyrażam zgodę na swój udział w tym badaniu.
- Zostałem poinformowany o celu zamierzonych badań i sposobie ich przeprowadzenia oraz że miałam/em możliwość zadawania pytań prowadzącemu eksperyment i otrzymałam/em odpowiedzi na te pytania; rozumiem na czym badania te mają polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda. Zapoznałem się z treścią „Informacji dla badanego”, której
1 egz. otrzymałem.
- **Wiem, że mogę odmówić zgody na udział w badaniach lub cofnąć ją w każdej chwili – także podczas ich wykonywania, nie będzie się to miało wpływu na proces mojego dalszego leczenia** (bez żadnych konsekwencji).
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w zakresie niezbędnym dla prowadzenia badań, jednakże z zastrzeżeniem poufności uniemożliwiającej identyfikację mojej osoby przez inne osoby prawne i fizyczne niż wymienione w protokole jako prowadzące badanie. Badacz zapewnia ochronę danych osobowych.
- Zgodę tę wyraziłam/em w obecności świadka.

Dobrowolnie wyrażam zgodę na:

1. Poddanie się badaniu psychologicznemu po zapoznaniu się z **Informacją Dla Osoby Badanej**

Miejscowość:

Data:.....

METRYKA DO BADANIA – grupa: Areszt Śledczy

- Płeć: kobieta / mężczyzna
- Wiek:
- Recydywa: tak / nie
- Rodzaj popełnionego przestępstwa:
- Okres odbytej już kary:
- Czy kiedykolwiek leczył się Pan/Pani psychiatrycznie? Tak / nie
- Jeśli tak – co było powodem leczenia?

METRYKA DO BADANIA – grupa: szpital psychiatryczny

- Płeć: kobieta / mężczyzna
- Wiek:
- Rodzaj popełnionego przestępstwa:
- Recydywa: tak / nie
- Ile czasu przebywa Pan/Pani w szpitalu psychiatrycznym:

część 1 kwestionariusz M.I.N.I.

Czy zanim ukończyłeś/aś 15 rok życia:

1. wielokrotnie wagarowałeś/aś lub uciekałeś/aś z domu na noc lub spędzałeś/aś noc wbrew sprzeciwom i zasadom twoich rodziców?	TAK	NIE
2. wielokrotnie kłamałeś/aś lub oszukiwałeś/aś innych, kradłeś/aś lub włamywałeś/aś się do czyjegoś domu lub samochodu?	TAK	NIE
3. rozpoczynałeś/aś bójki lub znęcałeś/aś się nad innymi, groziłeś/aś lub zastraszałeś/aś innych?	TAK	NIE
4. celowo niszczyłeś/aś rzeczy lub celowo rozniecałeś/aś ogień?	TAK	NIE
5. celowo raniłeś/aś zwierzęta lub ludzi?	TAK	NIE
6. zmuszałeś/aś kogoś do aktywności seksualnej?	TAK	NIE

Czy od kiedy ukończyłeś/aś 15 lat:

1. robiłeś rzeczy, które są nielegalne lub mogłyby stanowić podstawę do aresztowania, nawet jeśli nie zostałeś złapany (na przykład zniszczenie czyjejś własności, kradzież w sklepach, kradzież, sprzedaż narkotyków lub inne popełnienie przestępstwa)?	TAK	NIE
2. często kłamałeś/aś lub oszukiwałeś/aś innych ludzi, aby zdobyć pieniądze lub jakąś przyjemność, lub kłamałeś/aś dla zabawy?	TAK	NIE
3. byłeś/aś impulsywny/a i nie dbałeś/aś o to, by planować swoje zachowanie i decyzje z wyprzedzeniem?	TAK	NIE
4. wielokrotnie brałeś/aś udział w bójkach lub atakowałeś innych (w tym bójki z twoim współmałżonkiem lub dziećmi)?	TAK	NIE
5. narażałeś/aś innych lub siebie na niebezpieczeństwo w pozostawaniu bez niczyjej opieki?	TAK	NIE
6. wielokrotnie zachowywałeś/aś się w sposób, który inni uważają za nieodpowiedzialny - jak nieregulowanie długów lub niepłacenie za rzeczy, za które powinienes/aś zapłacić? celowo byłeś/aś impulsywny/a lub świadomie nie pracowałeś/aś, by utrzymać siebie?	TAK	NIE
7. nie czułeś/aś poczucia winy po zranieniu, niewłaściwym traktowaniu, okłamywaniu innych lub kradzieży i zniszczeniu mienia?	TAK	NIE

Część 2 (Levenson Self-Report Psychopathy Scale)

Sukces opiera się na przetrwaniu najsilniejszych; Nie przejmuję się przegranymi.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Za każdym razem popadam w te same kłopoty	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Właściwe jest wszystko to, co ujdzie mi na sucho.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Często się nudzę.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
W dzisiejszym świecie czuję się usprawiedliwiony w robieniu wszystkiego, co ujdzie mi na sucho, aby odnieść sukces.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Uważam, że jestem w stanie realizować jeden cel przez długi czas.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Moim głównym celem w życiu jest zdobywanie jak największej liczby dóbr materialnych.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Nie planuję niczego z dużym wyprzedzeniem.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Zarabianie dużych pieniędzy to mój najważniejszy cel.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam

Szybko tracę zainteresowanie zadaniami, które rozpoczynam.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Pozwalam, by inni martwili się o wyższe wartości; ja głównie skupiam się tylko na rezultatach i wynikach końcowych	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Większość moich problemów wynika z tego, że inni ludzie po prostu mnie nie rozumieją.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Ludzie, którzy są na tyle głupi, aby zostać oszukani, zwykle na to zasługują.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Zanim cokolwiek zrobię, uważnie przyjrzę się możliwym konsekwencjom.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Szukanie siebie to mój główny priorytet.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Miewałem wiele pyskówek lub/i kłótni z innymi ludźmi	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Mówię innym ludziom, co chcą usłyszeć, aby zrobili to, co ja chcę.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Kiedy jestem sfrustrowany, często „spuszczam parę” i wpadam w szal	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nieco się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam

Byłbym zdenerwowany, gdyby mój sukces przyszedł czymś kosztem	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Miłość jest przereklamowana.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Często podziwiam czyjąś naprawdę sprytny przekręt.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Staram się nie ranić innych w dążeniu do moich celów.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Lubię manipulować uczuciami innych ludzi.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Czuję się źle, jeśli moje słowa lub działania powodują, że ktoś odczuwa ból emocjonalny.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Nawet gdybym bardzo starał się coś sprzedać, nie kłamałbym o właściwościach tego produktu	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Oszukiwanie nie jest uzasadnione, ponieważ jest niesprawiedliwe dla innych.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam

część 3 BEES-A (Basic Empathy Scale for Adults)

Emocje moich przyjaciół nie mają na mnie większego wpływu.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Będąc z przyjacielem, który jest smutny z jakiegoś powodu, zwykle też jestem smutny.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Mogę zrozumieć szczęście mojego przyjaciela, kiedy on / ona dobrze sobie z czymś radzi.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Boję się, gdy obserwuję bohaterów przerażającego filmu.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Łatwo daję się wciągnąć w uczucia innych ludzi.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Trudno mi się zorientować, kiedy moi przyjaciele się boją.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Nie smucę się, gdy widzę, jak inni ludzie płaczą.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Uczucia innych ludzi w ogóle mi nie przeszkadzają ani mnie nie martwią.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam

Kiedy ktoś jest w dołku lub jest smutny, zazwyczaj mogę zrozumieć, jak on się czuje.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Zwykle mogę poznać, gdy moi przyjaciele się boją.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Często jestem smutny, gdy oglądam smutne rzeczy w telewizji lub w filmach.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Często mogę zrozumieć, jak ludzie się czują, jeszcze zanim mi powiedzą.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Widok osoby, która jest rozgniewana, nie ma wpływu na moje uczucia.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Zwykle potrafię poznać, kiedy ludzie są radosni.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Czuję się przerażony, kiedy jestem z przyjaciółmi, którzy się boją.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Zwykle szybko zdaję sobie sprawę, kiedy mój przyjaciel jest zły.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam
Często odczuwam uczucia przyjaciół i łatwo je podłapuję.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	nie zdecydowanie się nie zgadzam

Nieszczęście mojego przyjaciela nie wzbudza we mnie żadnych emocji.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
Zazwyczaj nie jestem świadomy uczuć moich przyjaciół.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
ustaleniem, kiedy moi przyjaciele są szczęśliwi.	stanowczo się zgadzam	trochę się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	niewiele się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam

część 4 Test lęku i depresji HADS

Czułem się napięty lub podenerwowany	większość czasu	sporo czasu	od czasu do czasu	wcale
wciąż cieszą mnie rzeczy, które zwykle sprawiały mi radość	zdecydowanie tak samo	niezupełnie tak samo	tylko trochę	zupełnie nie
odczuwałem przerażające uczucie, jakby się miało zdarzyć coś okropnego	tak, bardzo wyraźnie i coś bardzo złego	wyraźnie, ale nie tak bardzo złego	trochę, ale nie martwiło mnie to	wcale czegoś takiego nie odczuwałem
potrafię się śmiać i dostrzegać zabawną stronę zdarzeń	zdecydowanie tak samo jak kiedyś	teraz nie tak bardzo jak kiedyś	znacznie mniej niż kiedyś	w ogóle nie
nachodzą mnie smutne myśli	większą część czasu	sporo czasu	od czasu do czasu, ale niezbyt często	przypadkowo, nieregularnie
czuję się wesoly i pogodny	wcale nie	nieczęsto	czasem	większość czasu
mogę siedzieć spokojnie i czuć się zrelaksowany	zdecydowanie tak	zwykle	rzadko	wcale
czuję się jakbym był w "psychicznym dołku"	przez cały czas	bardzo często	od czasu do czasu	wcale nie

mam zatrważające uczucie, jakby coś mi się trzęsło w środku	wcale nie	od czasu do czasu	dość często	bardzo często
Przestałem interesować się swoim wyglądem zewnętrznym	całkowicie przestałem się interesować	nie dbam o siebie tak jak powinienem	nie jestem w stanie dbać o siebie tak jak kiedyś	dbam o siebie tak jak zawsze
nie mogę spokojnie usiedzieć na miejscu	w bardzo znacznym stopniu	w znacznym stopniu	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	mogę siedzieć spokojnie
oczekuję z radością na różne sprawy	tak bardzo ja kiedyś	mniej niż zwykle	zdecydowanie mniej niż zwykle	wcale nie
miewam nagle uczucie panicznego lęku	bardzo często	dość często	niezbyt często	wcale
mogę cieszyć się dobrą książką, programem w TV lub radiu	często	czasami	niezbyt często	bardzo rzadko

część 5 IVE w polskiej adaptacji testów psychologicznych

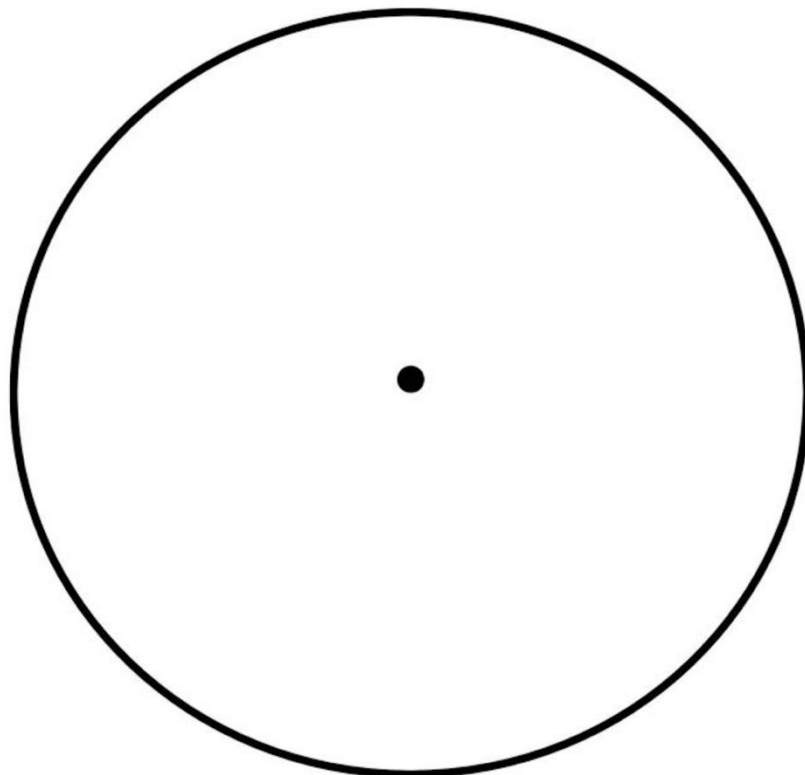
1. Czy lubiłbyś jeździć na nartach wodnych?	TAK	NIE
2. Czy zwykle wolisz się trzymać sprawdzonych marek niż wypróbować nowe z nadzieją znalezienia czegoś lepszego?	TAK	NIE
3. Czy budziłby Twoje współczucie samotny obcy człowiek?	TAK	NIE
4. Czy raczej lubisz podejmować ryzyko?	TAK	NIE
5. Czy często angażujesz się emocjonalnie w problemy swoich przyjaciół?	TAK	NIE
6. Czy lubiłbyś skakać ze spadochronem?	TAK	NIE
7. Czy często kupujesz coś pod wpływem impulsu?	TAK	NIE
8. Czy irytują Cię nieszczęśliwi ludzie, którzy użalają się nad sobą?	TAK	NIE
9. Czy na ogół robisz i mówisz różne rzeczy bez zastanowienia?	TAK	NIE
10. Czy łatwo się denerwujesz, gdy inni wokół Ciebie wydają się zdenerwowani?	TAK	NIE
11. Czy często wpadasz w tarapaty, bo robisz różne rzeczy bez zastanowienia?	TAK	NIE
12. Czy uważasz, że autostop jest niebezpiecznym sposobem podróżowania?	TAK	NIE
13. Czy uważasz, że to głupie, gdy ludzie płaczą ze szczęścia?	TAK	NIE
14. Czy lubisz skakać z wysokiej trampoliny?	TAK	NIE
15. Czy ludzie, z którymi przebywasz, mają silny wpływ na Twój nastrój?	TAK	NIE
16. Czy jesteś osobą impulsywną?	TAK	NIE
17. Czy chętnie poddajesz się nowym, ekscytującym doświadczeniom i doznaniom, nawet jeśli są one nieco przerażające i niezwykłe?	TAK	NIE
18. Czy jesteś bardzo przejęty, gdy ktoś z Twoich przyjaciół wygląda na zmartwionego?	TAK	NIE

19. Czy zwykle długo się zastanawiasz, zanim coś zrobisz?	TAK	NIE
20. Czy chciałbyś się nauczyć pilotowania samolotu?	TAK	NIE
21. Czy zdarza Ci się głęboko przeżywać uczucia postaci z filmu, sztuki lub powieści?	TAK	NIE
22. Czy często robisz coś pod wpływem chwili?	TAK	NIE
23. Czy jesteś bardzo poruszony, gdy widzisz, że ktoś płacze?	TAK	NIE
24. Czy zdarza Ci się czasem zarazić czyimś śmiechem?	TAK	NIE
25. Czy zazwyczaj mówisz coś bez zastanowienia?	TAK	NIE
26. Czy często angażujesz się w coś, z czego później chciałbyś się wycofać?	TAK	NIE
27. Czy nowe i fascynujące pomysły tak Cię porywają, że nigdy nie myślisz o możliwych przeszkodach?	TAK	NIE
28. Czy sądzisz, że trudno jest zrozumieć ludzi, którzy ryzykują życiem wspinając się po górach?	TAK	NIE
29. Czy umiesz podejmować decyzje, nie przejmując się uczuciami innych ludzi?	TAK	NIE
30. Czy lubisz czasem robić rzeczy, które są nieco przerażające?	TAK	NIE
31. Czy musisz bardzo nad sobą panować, aby uniknąć kłopotów?	TAK	NIE
32. Czy widok kogoś płaczącego budzi w Tobie bardziej irytację niż współczucie?	TAK	NIE
33. Czy zgodziłbyś się ze stwierdzeniem, że niemal wszystko, co jest przyjemne, jest nielegalne lub niemoralne?	TAK	NIE
34. Czy na ogół wolisz stopniowo wchodzić do zimnego morza niż od razu nurkować lub wskakiwać do wody?	TAK	NIE
35. Czy często dziwią Cię reakcje ludzi na to, co robisz lub mówisz?	TAK	NIE
36. Czy lubiłbyś uczucie doznawane przy bardzo szybkim zjeździe na nartach po wysokim stoku górskim?	TAK	NIE
37. Czy lubisz przyglądać się ludziom otwierającym prezenty?	TAK	NIE

38. Czy uważasz, że wieczór poza domem jest bardziej udany, gdy nie zaplanuje się go lub zorganizuje w osatniej chwili?	TAK	NIE
39. Czy chciałbyś nurkować z butlą tlenową?	TAK	NIE
40. Czy sprawiłoby Ci dużą trudność przekazać komuś złych wiadomości?	TAK	NIE
41. Czy lubiłbyś prowadzić szybko samochód?	TAK	NIE
42. Czy zwykle pracujesz szybko, nie troszcząc się o sprawdzanie tego, co robisz?	TAK	NIE
43. Czy często zmieniasz swoje zainteresowania?	TAK	NIE
44. czy zanim się na coś zdecydujesz, rozważasz wszystkie za i przeciw?	TAK	NIE
45. Czy jesteś w stanie bardzo zainteresować się problemami swoich przyjaciół?	TAK	NIE
46. Czy chciałbyś być grotolazem?	TAK	NIE
47. Czy zniechęciłaby Cię praca wymagająca narażania się na spore niebezpieczeństwo?	TAK	NIE
48. Czy wolisz "przespać się z problemem" zanim podejmiesz decyzję?	TAK	NIE
49. Czy gdy ludzie krzyczą na Ciebie, Ty krzykniesz na nich?	TAK	NIE
50. Czy współczujesz ludziom, którzy są bardzo nieśmiali?	TAK	NIE
51. Czy jesteś radosny, gdy przebywasz wśród wesołych ludzi, i smutny, gdy inni są przygnębieni?	TAK	NIE
52. Czy zwykle szybko podejmujesz decyzje?	TAK	NIE
53. Czy możesz sobie wyobrazić, jak to jest być bardzo smutnym?	TAK	NIE
54. Czy odczuwasz niepokój, gdy inni są zaniepokojeni lub wpadają w panikę?	TAK	NIE

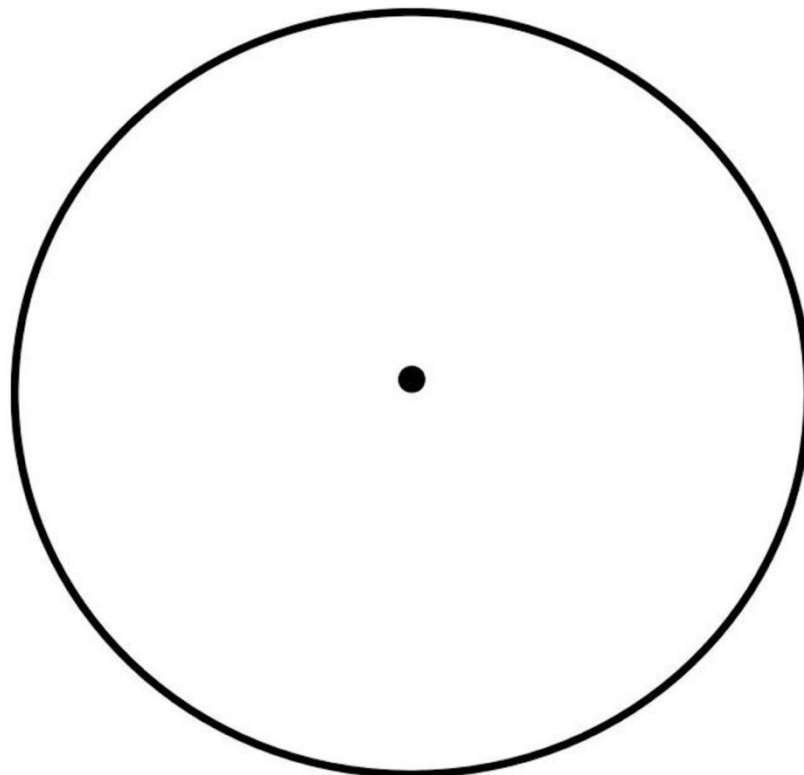
Test Rysowania Zegara

Proszę wpisać w tarczę zegara cyfry oznaczające kolejne godziny



Test Rysowania Zegara

Proszę wpisać w tarczy zegara wskazówki tak, by była godzina dziesięć po jedenastej



TRANSKRYPCJA WYWIADU PRZEPROWADZONEGO W DNIU 12.02.2019 r. Z PROF. J.C. BARNESEM (ASSOCIATE PROFESSOR NA UNIWERSYTECIE CINCINNATI'S SCHOOL OF CRIMINAL JUSTICE)

J.C. Barnes: Większość osób z problemami ze zdrowiem psychicznym jest spokojna. Nie są agresywni. Jeśli chcemy rozgraniczyć poszczególne definicje (związane z psychopatią, antyspołecznym zaburzeniem osobowości, klasyfikacjami zawartymi w DSM V i socjopatią), możemy powiedzieć, że psychopatia jest prawdopodobnie nieco bardziej stabilna, ponieważ niektóre predyspozycje mogą pojawić się we wczesnym okresie życia, a zyskuje to większy sens, gdy połączy się tę okoliczność z kategoryzacją wczesnych zachowań aspołecznych według klasyfikacji DSM V. Istnieją pewne wczesne objawy, takie jak krzywdzenie zwierząt w dzieciństwie, które są predyktorem dysocjalności. Myślę, że socjopatia jest bardzo podobna do psychopatii, jednak socjopaci są czymś, co bardziej prawdopodobnie rozwinęło się później - w odpowiedzi na to, co się danej osobie przydarzyło w życiu lub jakie były reakcje emocjonalne tej osoby na różne wydarzenia z przeszłości. To oczywiście może być przejściowe, że pewni ludzie przechodzą fazę braku empatii, fazę obniżonej empatii lub fazę, w której istnieje pewne ukłucie w świadomości po zrobieniu czegoś złego jest (mniejsze bądź większe). Cechy psychopatów są bardziej stabilne, ponieważ brak empatii lub stan pewnej ograniczonej empatii jest tam przez cały czas.

Czy cechy socjopatów są czymś w rodzaju produktów negatywnych czynników środowiskowych?

JC BARNES: Myślę, że to jest to, co poparłaby literatura przedmiotu. Oczywiście, że nie jest to klinicznie uznane w podręcznikach i klasyfikacjach, ale niekoniecznie oznacza to, że takie zjawisko nie istnieje lub nie jest prawdziwe. To po prostu oznacza, że z różnych powodów ciało kliniczne zdecydowało, że nie jest to zjawisko, które trzeba sklasyfikować. Czy istnieje jakiś rodzaj empirycznej lub klinicznej wartości w rozróżnianiu między wymiarami a przejawami ekstremalnych aspołecznych zachowań? Myślę, że niezależnie od tego, czym są pewne etykiety (psychopatii, socjopatii i organicznych zaburzeń osobowości), istnieją pewne specyficzne cechy tego zjawiska i myślę, że dużym atutem obecnej psychologii klinicznej jest to, że potrafimy rozróżnić typy i różne typologie w tych zaburzeniach. To właśnie jest przedmiotem dysertacji w bardziej ogólnym sensie, ponieważ Autorka wybrała właśnie te konkretne pojęcia, które moim zdaniem pasują do wyników przeprowadzonych badań na wybranych cechach osobowości.

Czy uważa Pan, że organiczne zaburzenia osobowości mogą przedstawiać pewne cechy, które można nazwać fałszywym obrazem psychopatii?

JC BARNES: Jedną z rzeczy, która zawsze uderzała mnie w badaniach psychologicznych i badaniach nad osobowością ludzką, szczególnie pod względem psychopatii i socjopatii, jest to, że nikt nie może zostać bezproblemowo dopasowany do modelu psychopaty czy innego zaburzenia osobowości i to jest powód, dla którego klasyfikacje wciąż zmieniają, aktualizują modele zaburzeń. Jedno specyficzne zaburzenie może mieć wiele wymiarów, pewnych cech nie możemy uważać za odrębne lub odwrotnie - czasem nie można wręcz uznać, że wszystkie objawy wpisują się w tylko jeden rodzaj zaburzenia osobowości. W Nowej Zelandii przeprowadzono kilka naprawdę interesujących długofalowych badań nad zdrowiem i rozwojem, dokonanych przez uczonych Caspi, Moffitta oraz Poultona. Większość członków ich próby rzeczywiście doświadczyła symptomów, które można było zdiagnozować jako pewną formę zaburzeń w niektórych etapach ich życia, więc wywodzić można, że większość ludzi doświadcza pewnych problemów przez całe swoje życie i ma to sens. Mogą to być na przykład niektóre rodzaje lęków i depresja - w zależności od tego, co dzieje się w życiu danej osoby. Sądzę, że badania te mogą sugerować, że zjawisko to może dotyczyć innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, takich jak psychopatia, i dlatego trudniej jest odróżnić psychopatię od niektórych innych zaburzeń, ponieważ manifestują się one w bardzo podobny sposób. Myślę, że jedną z bardziej trwałych cech psychopatii jest stabilność zachowań. Ktoś może mieć oznaki zaburzenia, które wygląda jak psychopatia, ale jest to stan bardziej przejściowy i trudniejszy do rozróżnienia. Może to bardziej czyni temat nieuchwytnym, ale tak właśnie wygląda istota zaburzeń osobowości.

Jakie są najczęstsze cechy ludzi, którzy wykazują uszkodzenia mózgu? czy jest to wyższy poziom impulsywności, może brak empatii? Oczywiście są pewne części mózgu, które są ściśle związane z działalnością przestępczą (np. kora przedczołowa), ale czy da się ogólnie stwierdzić, które specyficzne cechy są bardziej powszechne w organicznych zaburzeniach osobowości?

JC BARNES: W każdej sytuacji zachowanie człowieka będzie się różnić, a powodem tego będzie miejsce, gdzie się znajdują uszkodzenia, a następnie, jak mocno wpływają na dane ośrodki mózgu i w jaki sposób wpływają na zachowanie konkretnych osób. Kora przedczołowa jest częścią mózgu tuż za oczami, tuż za czołem. Uszkodzenia w tej części mają wpływ na podejmowanie decyzji, ale być może powinniśmy zachować ostrożność, mówiąc, że wpływają one na impulsywność i przemoc w zachowaniach ludzi. Jeśli mamy na

myśli podejmowanie decyzji, będzie to punkt, w którym wszystkie te fundamentalne cechy takie jak impulsywność, poszukiwanie wrażeń i przemoc łączą się i wpływają na sposób podejmowania decyzji. Może to trochę pomóc w konceptualizacji tego zagadnienia. Wszelkie uszkodzenia lub jakiegokolwiek upośledzenia funkcjonalne mózgu mogą mieć wpływ na podejmowanie decyzji i w tym zakresie mogą również mieć wpływ na podejmowanie decyzji przestępczych. Jeśli zważymy ryzyko i korzyści naszego zachowania przestępczego, może się okazać, że niektóre z naszych zachowań mogą być postrzegane jako bardziej satysfakcjonujące. To podejmowanie decyzji kryminalnych powinno być raczej zakwalifikowane jako decyzja emocjonalna niż racjonalna. Myślę, że wszystkie czynniki, takie jak empatia, skłonność do ryzyka lub impulsywność będą odgrywać swoistą rolę w procesie podejmowania decyzji. Jeśli brakuje empatii, może to mieć wpływ na przekraczanie pewnych granic bez zmartwienia o siebie lub innych. Istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na podejmowanie decyzji, w szczególności na podejmowanie decyzji o przestępstwach i wydaje się, że potrzeba więcej cech psychopatycznych, aby popełnić pewnego rodzaju przestępstwa przeciwko innej osobie (przeciwko życiu i zdrowiu), co manifestuje się w badanej przez Autorkę dysertacji grupie szpitalnej. W niektórych przypadkach, w których występują zaburzenia, zmienia się sposób podejmowania decyzji. Nie oznacza to jednak, że zaburzenie powinno być obecne w celu podjęcia decyzji kryminalnej, jest to bowiem tylko jeden z elementów, który może uczynić tę decyzję bardziej prawdopodobną. Ludzie nadal popełniają zbrodnie, nawet jeśli nie są zaburzeni, co mówi nam, że są też inne czynniki, inne okoliczności w ich życiu, a czasami różne aspekty ich osobowości, które wpłynęły na te decyzje przestępcze.

Jedno z najbardziej kontrowersyjnych pytań - czy uważa Pan, że psychopatia może spowodować ograniczenie odpowiedzialności karnej, poczytalności?

JC BARNES: To faktycznie jest kontrowersyjne pytanie. Rozumiem niektóre argumenty, które mówią, że psychopatia może być czynnikiem łagodzącym; że nie powinniśmy obarczać winą kogoś, kogo nie wybrał sobie tego rodzaju zaburzenia. Mogę również docenić argumenty, które mówią, że istotnym elementem systemu sądowego i jedną z zasad, a wręcz ramię przewodnią w systemie sądowym jest ochrona społeczeństwa. Tak więc druga argumentacja mówi, że psychopatii nie powinno się brać za czynnik łagodzący, ponieważ tego rodzaju ludzie stanowią pewne zagrożenie dla społeczeństwa. Widzę, że oba te argumenty mają swoją wartość. To zależy, czy bardziej społeczeństwo i organy

sprawiedliwości cenią sobie aspekt bezpieczeństwa czy pewien rodzaj odkupienia, dlatego odpowiedź na to pytanie posiada silny ładunek moralny i etyczny.

Czy możemy powiedzieć, że psychopaci nie są w stanie odróżnić dobra od zła? Nie obchodzi ich, co jest dobre, a co złe, nie czują tego wewnątrz siebie. Czy zatem możemy powiedzieć, że ten brak uczuć może być jednym z czynników łagodzących ich odpowiedzialność?

Odpowiedź na to pytanie to z pewnością część procesu karania, a raczej proces próby ustalenia winy - czy przestępstwo zostało popełnione i czy dana osoba rozumie, co się stało. Myślę, że ustalono już w piśmiennictwie, że pewien rodzaj idealnego modelu psychopaty rozumie dobro i zło, ale bardziej w teorii niż w praktyce. Psychopata wie, co według społeczeństwa jest dobre, a co złe, ale nie przedstawia intuicyjnego zrozumienia reguł, które społeczeństwo ustanawia w procesie socjalizacji. Nie uczestniczy w procesie socjalizacji, w którym reagujemy na złe rzeczy, a następnie rozumiemy, że nie powinniśmy byli tego zrobić. Myślę, że w psychopatach brakuje tego mechanizmu. Przynajmniej teoretycznie rozumieją, że zbrodnia jest zła, ale brakuje im niektórych elementów. Nie jest tak, że psychopata rozumie zasady, tak jak my je rozumiemy. Nie twierdzą, że nie powinni oni być uznawani za winnych swoich czynów, ale z pewnością istnieje jeden z elementów, które można zastosować w tym sporze - jeśli są w stanie zrozumieć swoje zachowanie i kontekst społeczny, należy ocenić ich zdolność do emocjonalnego odczuwania granic. Może im brakować poczucia winy po popełnieniu przestępstwa, oraz przewidzenia tego, jak na tego rodzaju czyn reagujemy i jak go traktujemy jako społeczeństwo.

Czy istnieje różnica w zrozumieniu tych norm moralnych między psychopatami a ludźmi z zaburzeniami organicznymi?

JC BARNES: Krótka odpowiedź brzmi: nie jestem pewien. Ale gdy myślę o dłuższej odpowiedzi, powiedziałbym - z pewnością jest to możliwe. Jeśli analizujemy różne sposoby postrzegania rzeczywistości oraz sposób, w jaki przyjmujemy informacje i następnie je przetwarzamy, to sugerowałoby, że prototypowy psychopata podejmuje decyzje w drodze zupełnie innych ścieżek, niż pozostali ludzie. Osoby wykazujące organiczne zaburzenia osobowości mają z kolei zmieniony proces decyzyjny poprzez defekty biologiczne, stąd często nie są w stanie oni nawet zrozumieć, czy dany czyn jest społecznie i moralnie nieodpowiedni.