



Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie

Causes of errors in forensic-psychiatric opinions and their detection

JERZY POBOCHA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

STRESZCZENIE. Autor pracy, na podstawie swojej trzydziestoletniej praktyki i danych z piśmiennictwa, przedstawia usystematyzowaną analizę przyczyn powstawania błędnych opinii sądowo-psychiatrycznych. Przyczyny błędów dzieli na: (1) nie zamierzone: na skutek słabości metodologicznych psychiatrii sądowej, braku jednolitych zasad opiniowania, ustalenia niewłaściwej diagnozy, nieznajomości prawa, rozbieżności języka i aparatu pojęciowego prawa i psychiatrii, niekompletności materiału dowodowego i dokumentacji medycznej, niewłaściwych ocen: motywacji czynu i modus operandi sprawcy, małe kompetencje biegłego, (2) celowe: pod wpływem emocji, na skutek renomistycznej postawy biegłego, przyjmowania nieobiektywnych postaw adwokackich i paternalistycznych, pod wpływem oddziaływań opiniowanego i jego rodziny, korupcji eksperta. Przedstawia zasady i metody postępowania, które mają ułatwić wymiarowi sprawiedliwości kontrolę opinii sądowo-psychiatrycznych. Wskazano również na potrzeby wprowadzenia obowiązkowego szkolenia dla biegłych, ich atestacji, a docelowo specjalizacji z psychiatrii sądowej oraz ustalenia zasad działania i atestacji oddziałów, które prowadzą obserwacje sądowo-psychiatryczne.

SUMMARY. The author presents a systematic analysis of the causes of errors in forensic-psychiatric opinions. He bases his analysis on his thirty-year-long practice and a review of the literature. He distinguishes three different types of errors: (1) unwitting errors resulting from the methodological shortcomings of forensic psychiatry, lack of homogeneous principles for the preparation of opinions, incorrect diagnosis, ignorance of the law, discrepancies between the languages and conceptual apparatuses of law and psychiatry, incomplete evidence and medical documentation, inadequate evaluation of the motive of the offence and the offender's modus operandi, lack of forensic-psychiatric competence; (2) deliberate errors resulting from emotion, the expert's attitude of renouncing, acceptance of subjective attorney's and paternalistic attitudes, action taken by the opinionee and his family, the expert's corruption. He presents the principles and methods of action which ought to help the jurisdiction to control forensic-psychiatric opinions. He also points out the need to introduce compulsory training of experts, their attestation, and, in the long-run, specialisation in forensic psychiatry and development of a list of rules of operation and attestation of forensic-psychiatric wards.

Słowa kluczowe: opinie sądowo-psychiatryczne / etiologia błędów
Key words: forensic psychiatric opinions / etiology of errors

Motto:

Źródłem naszych błędów jest nie tylko brak samej wiedzy, lecz również to, że często wydajemy sądy i opinie nie mając rozeznania, jakie elementy są do tego niezbędne (I. Kant)

Obowiązek kontroli i oceny wszystkich dowodów, w tym opinii sądowo-psychiatrycznych należy do podstawowych, kodeksowych obowiązków organu procesowego. Wykonanie jego w praktyce nastęrcza pewne trudności [1, 2, 10, 12, 13, 17]. W dostępnym

piśmiennictwie z prawa i psychiatrii sądowej nie ma opracowań, które by w sposób systematyczny i dokładny, podawały zasady i sposoby dokonywania takiej kontroli przez innych biegłych psychiatrów, jak i organ procesowy [2, 5, 10, 15, 28, 33].

Celem pracy była próba krytycznej analizy i oceny opiniodawstwa sądowo-psychiatrycznego, na podstawie własnych doświadczeń autora, biegłego psychiatry, jak i analizy opinii sądowo-psychiatrycznych, z jakimi zetknąłem się w trakcie pracy w Klinice Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w latach 1969–1999 oraz w Oddziale Psychiatrii Sądowej Szpitala AS w Szczecinie w latach 1974–1999. Ułatwieniem dla napisania tej pracy były opracowania na temat błędów w medycynie [np. 29] oraz fakt, iż termin „błąd postępowania lekarskiego”, dawniej nazywany „błędem sztuki”, utrwalił się w języku prawa i medycyny sądowej [10, 21].

OGÓLNE PRZYCZYNY BŁĘDÓW – NIEZAMIERZONE, PRZYPADKOWE

1. *Niedociągnięcia będące wynikiem ogólnego poziomu metodologicznego psychiatrii sądowej*, aktualnie obowiązujących paradygmatów badawczych, teorii i hipotez, np. przywiązywanie nadmiernej uwagi do roli w kryminogenezie organicznego uszkodzenia mózgu, a pomijanie faktów naukowych z innych dziedzin wiedzy o przestępstwie, tj. kryminologii, psychologii społecznej, wpływów kulturowych, środowiskowych, zachowań środowiska przestępczego [1, 6, 15, 16, 30, 31, 34, 35]. Przestrzegał przed tym profesor Stanisław Batawia, psychiatra, twórca polskiej kryminologii [18].

2. W polskim prawie i psychiatrii sądowej nie podjęto szerzej problemów z „teorii opiniowania” (nazwa zaproponowana przez Jaegermana [10]). Nadal *brak jednolitych i optymalnych zasad i form redagowania opinii sądowo-psychiatrycznej*, konieczności uzasadniania diagnozy, wniosków opinii, sposobu cytowania materiału dowodowego itp. [10, 19, 20, 23, 27].

3. *Błędy w zakresie diagnozy psychiatrycznej* mogą wynikać z:

– niestosowania zdefiniowanych (zoperacjonalizowanych) i wielowymiarowych kryteriów diagnostycznych, takich jak: DSM-I-II-R i DSM-IV, czy chociaż ICD-10 [13, 36],

– niedokładnego i powierzchownego badania psychiatrycznego [7, 25, 36],

– rozpoznań absurdalnych, np. „niedorozwój po urazie głowy”,

– oparcia opinii na informacjach od opiniowanego czy jego rodziny, często kłamliwych czy tendencyjnych, z nikłym uwzględnianiem danych obiektywnych, materiału aktowego [7, 25, 27],

– niedokładnego odtworzenia na podstawie akt sprawy zachowania się sprawcy w czasie aktualnego i poprzednich czynów, jako swoistego testu sprawności psychofizycznej, sprawdzenia reakcji osobowości w trudnej sytuacji psychologicznej, często wymagającej planowania, oceny sytuacji, podejmowania ryzyka i decyzji itp. [por. 6, 8, 15, 27, 31],

– niewykorzystania (w przypadku rzeczywistych trudności odtworzenia zachowania się sprawcy w czasie czynu) z prawnych możliwości uzyskiwania dalszych dowodów od organów ścigania, opinii kryminalistycznych i medyczno-sądowych, w celu uzyskania m.in. opisu: *modus operandi* sprawcy, dróg jego poruszania się na miejscu przestępstwa, opisu miejsca czynu (*crime scene*), pozostawionych tam śladów. Informacje takie można wykorzystać w opinii psychiatrycznej do oceny (np. u sprawcy włamania) funkcjonowania pamięci, orientacji, świadomości [8, 14]. Jest to odtwarzanie stanu psychicznego na podstawie śladów (śląd jako objaw), czyli wykorzystanie metod kryminalistycznych nie tylko w celach identyfikacyjnych, ale i diagnostycznych. Inaczej mówiąc, ustalanie: nie tylko co, ale i w jaki sposób? nie tylko kto, ale i w jakim stanie psychicznym? [8, 27, 31]. Jest to też analiza obrażeń ofiary pod kątem możliwości wyciągnięcia wniosków o sposobie działania sprawcy: np. oceny siły i skutków ciosów, rodzaju narzędzia, stopnia kontroli siły uderzenia (np. oskarżony w ciemnym miejscu potrafił uderzać siekierą w głowę ofiary, powodując u niej tylko lekkie zranienia; w innym przypadku – nie docenione w śledztwie otarcia odbytu, jako prawdopodobny skutek kontaktu homoseksualne-

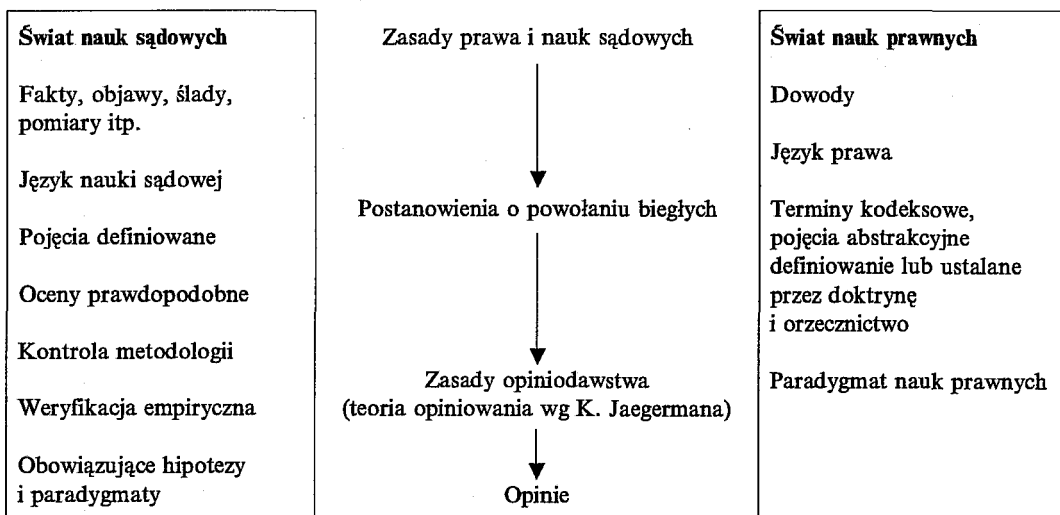
go sprawcy, mogącego stanowić motyw zabójstwa więźnia z tej samej celi [por. 10].

4. *Błędy wynikające z nieznajomości lub niewłaściwego stosowania prawa* powstają, gdy biegły nie zna:

- swojej roli i miejsca w procesie lub niewłaściwie je interpretuje, z powodu nieznajomości swoich uprawnień co do: wnioskowania o poszerzenia materiału aktowego, zgłaszania pytań i wątpliwości do organu zlecającego badanie, wnioskowania o powoływanie biegłych z innych nauk sądowych lub przyjmowania postawy adwokackiej, czy prokuratorskiej [11, 12, 17, 22],
- prawnych zasad opiniowania, np. w sposób ukryty stosuje zasadę: *in dubio pro*

reo, przez diagnozy i opinie „nadwymiarowe”, przecenianie swoich ocen i wniosków [22].

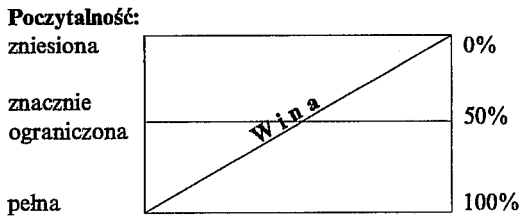
5. *Błędy wynikające ze specyfiki i odrębności prawa i psychiatrii*, rozbieżności języka i aparatu pojęciowego tych nauk wynikają stąd, że w nauce prawa – istnieją terminy prawne, abstrakcyjne, często niedostatecznie definiowane lub pojmowane intuicyjnie, na podstawie interpretacji, doktryny i orzecznictwa, natomiast w psychiatrii – pojęcia są definiowane, unika się ocen intuicyjnych, prowadzona jest kontrola metodologiczna i weryfikacja empiryczna, unika się dogmatów [23, 37]. Problemy te schematycznie przedstawiono na rysunku 1, 2, 3.



Rysunek 1. Specyfika prawa i nauk sądowych

termin prawny	termin medyczny
Silne wzburzenie	Afekt fizjologiczny
Poczytalność ograniczona	Rozumienie
Interpretowany przez doktrynę i orzecznictwo	Zachowanie się (np. agresja)
niekiedy definiowany	Definiowany
Ocena	Diagnozowany
	Oszacowany
	Prawdopodobny

Rysunek 2. Schemat wzajemnych relacji terminów prawnych i medycznych



Rysunek 3. Schemat oceny poczytalności

6. *Błędy wynikające z wydania biegłemu poleceń przekraczających możliwości kompetencyjne eksperta i psychiatrii sądowej jako nauki.* Na przykład, w przypadku opiniowania takich niezdefiniowanych terminów prawnych, jak: „silne wzburzenie usprawiedliwione okolicznościami” z art. 148 § 4 kk, podczas gdy biegły nie może „usprawiedliwiać”, natomiast może diagnozować i wyjaśniać terminy; „świadome i swobodne wyrażenie woli” z art. 82 i 945 kc lub jak w przypadku zmuszania biegłych do oceny wiarygodności zeznań, a nie do „oceny rozwoju umysłowego, zdolności postrzegania lub odtwarzania”, jak to stanowi art. 192 § 2 kpk [23, 24, 28]. Wynika to z tendencji, czy prób praktyki wymiaru sprawiedliwości rozstrzygania części problemów prawnych przy pomocy biegłych. Wydawane w tym zakresie postanowienia są często zbyt lakoniczne, ograniczające się do postawienia pytania z użyciem tylko terminów kodeksowych, bez wskazania, jakie zdefiniowane terminy psychiatryczno-psychologiczne wchodzi w zakres tego pojęcia [23, 26, 28]. Błędy popełniają też biegli, którzy faktycznie nie rozumiejąc jakiegoś terminu, np. „świadomość” z kc, udają, że „wiedzą” i wydają opinie. Zdarza się typ biegłego, który „wie wszystko”, natomiast „nie wie, że może nie wiedzieć” [24, 26].

7. *Błędy wynikające ze złożoności, niekompletności, sprzecznego materiału dowodowego, utrudniającego odtworzenie zdarzenia, przebiegu czynu, zachowania się sprawcy i jego możliwych alternatyw;* biegły psychiatra często jako pierwszy dokonuje podsumowania i wyboru danych z akt sprawy, co często przekracza jego wiedzę i umiejętności [26].

W holenderskich oddziałach psychiatrii sądowej analizę akt wykonują prawnicy zatrudnieni w takiej placówce, następnie są one uzupełniane np. o dane osobopoznawcze przez prawników oddziału, którzy przeprowadzają wywiady w miejscu pobytu opiniowanego, a wszystkie te działania mają na celu zwiększenie stopnia ścisłości i pewności danych o badanym.

8. *Błędy spowodowane brakiem, fragmentarycznością lub niewłaściwą oceną dokumentacji medycznej przez biegłego pod względem jej jakości, zasadności wpisów poczynionych przez lekarzy, ich zgodności z obserwacjami pielęgniarek i stosowanym leczeniem.* Na przykład: (a) z karty informacyjnej wynika, że podejrzany przebywał dwa miesiące w szpitalu, a dopiero na podstawie oryginału historii choroby stwierdzono, że był tam tylko 2 dni, w dniu przyjęcia i w dniu zwolnienia go z tej placówki; (b) podejrzany, którego uznawano za niezdolnego do odbywania kary, w czasie wielomiesięcznych pobytów w szpitalu psychiatrycznym rzeczywiście przebywał poza nim, na wielotygodniowych przepustkach; (c) starający się o odroczenie wykonania kary był wielokrotnie przyjmowany do szpitala psychiatrycznego, ale zawsze przez tego samego lekarza, który zresztą opiniował go w tej sprawie, przyjmując znaczne ograniczenie poczytalności, czego nie potwierdzili następni biegli; (d) podejrzani, którym zarzucano popełnienie bardzo poważnych przestępstw gospodarczych, w tym i w ramach przestępczości zorganizowanej, mimo iż opiniowani jako niezdolni do tymczasowego aresztowania z powodu depresji, leczeni byli w szpitalach psychiatrycznych niskimi, nie terapeutycznymi dawkami leków przeciwdepresyjnych [7, 25].

O zróżnicowaniu orzeczeń Wojskowych Komisji Lekarskich w Polsce niech świadczy zestawienie rezultatów ich pracy dokonane przez Ilnickiego i Cieślaka [9]. Wynika z niego, że stan zdrowia poborowych zależy od województwa, przy czym najbardziej „chorzy” są orzekani przez WKL w województwach: warszawskim, łódzkim, krakowskim

i olsztyńskim, a najwięcej zaburzeń psychicznych mają badani z województw: białostockiego, olsztyńskiego, elbląskiego, toruńskiego, ciechanowskiego, krakowskiego i zielonogórskiego [9].

9. *Błędy w zakresie formułowania wniosków* opinii sądowo-psychiatrycznej, np. nieustalenie faktycznych motywów czynu. Na przykład: motywacja deklarowana przez sprawcę zabójstwa – to zachowanie się ofiary gwałtu, natomiast motywacja faktyczna – to potrzeba usunięcia świadka, który chce zgłosić dokonanie gwałtu policji [8, 27].

10. *Błędy spowodowane brakiem analizy modus operandi sprawcy*, jego zachowania pod kątem typowości, celowości, pomysłowości, działań inspirujących, przywódczych, złożoności i zmienności sytuacji w czasie czynu itp. [6, 8, 15, 27, 31].

11. *Błędy spowodowane niekompetencją biegłego psychiatry* wynikają z wielu uwarunkowań. Zakres wiadomości z psychiatrii sądowej wymagany na I i II stopień specjalizacji z psychiatrii jest dość wąski, podobnie jak i wymóg praktycznej umiejętności pisania opinii, czyli „specjalista” – to nie zawsze biegły. W Polsce nie istnieje obowiązek uczestniczenia biegłych psychiatrów w kursach i szkoleniach z psychiatrii sądowej, nie ma atestacji biegłych i oddziałów psychiatrii sądowej, co jest standardem europejskim i światowym, nie sprawdza się stopnia znajomości przez biegłego piśmiennictwa z psychiatrii sądowej, przy wpisywaniu na listę biegłych w Sądach Okręgowych, nie ma wymogu dokumentowania przez biegłego jego postępów w zakresie doskonalenia zawodowego.

BŁĘDY CELOWE

1. *Pod wpływem emocji*, biegły wydaje tzw. „opinie serca”, emocjonalne, chcąc pomóc opiniowanemu, pod wpływem jego wyglądu, manipulacyjno-szantażujących zachowań badanego i jego rodziny (np. płaczu, grożenia samobójstwem, samookaleczeniem), z powodu uczucia litości, żalu nad jego losem, perspektywą kary, wpływu dłu-

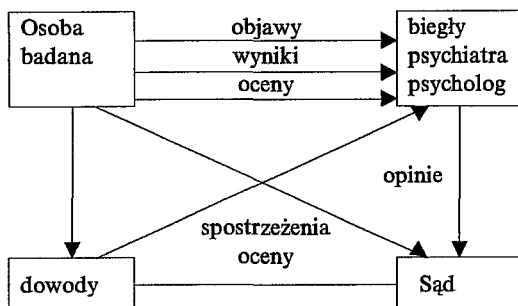
gotrwałego kontaktu z opiniowanym w trakcie obserwacji, niekiedy „zastug” opiniowanego dla oddziały psychiatrycznego, pomagającego w utrzymaniu porządku w oddziale, uczestniczącego w obezwładnianiu pobudzonego chorych itp., [7, 25].

2. *Pod wpływem motywów „ideologicznych”*, paternalistycznych, jakiejś idei nadwartościowej. Na przykład gdy biegły: (a) oceniając sytuację prawną badanego uważa, że należy mu „pomóc”, uchronić go od kary, ponieważ prawo jest „złe”, a jego stosowanie „niewłaściwe”; (b) w sprawie o unieważnienie testamentu ocenia, że spadek jakiejś osobie moralnie się „nie należy”. Dla osiągnięcia takich celów ekspert wpisuje „nadwymiarowe”, przesadzone rozpoznania i interpretacje (*overdiagnosis*), czy nawet stwierdza nieistniejącą chorobę, jak to np. przedstawiono w dyskusji na łamach *Psychiatrii Polskiej* [4, 32].

3. *Pod wpływem cech osobowości biegłego*, jego skłonności do renomizmu, spowodowanej niekiedy kompleksami eksperta, jak w powiedzeniu: „duży chirurg duże cięcie”, co odpowiada: „znaczący psychiatra duże rozpoznanie i wnioski”. W efekcie powoduje to np.: częstsze przyjmowanie ograniczenia poczytalności, takich związków przyczynowo-skutkowych, jak na przykład, że schizofrenia spowodowana jest urazem głowy, czy uznanie zniesienia poczytalności u osoby będącej w ciągu alkoholowym, która wg biegłego „nie była w stanie przewidzieć tego ciągu” itp. [24].

OPINIE SKRAJNIE TENDENCYJNE I CELOWE BŁĘDNE

1. Spowodowane utworzeniem *układu typu znajomości* biegłego z opiniowanym, jego rodziną lub adwokatem, kiedy osoby te łączą stosunki towarzyskie lub pokrewieństwo, albo opiniowany jest pacjentem tego lekarza, co obliuguje biegłego do „pomocy” opiniowanemu przez „nadwymiarowe diagnozy” czy naciągane, przesadzone opinie. Takie działania opiekunów opiniowanego są popularnie określane jako „znalezienie dojścia” [7, 25].



Rysunek 4. Zasady analizy i oceny opinii psychiatrycznej przez wymiar sprawiedliwości

2. Spowodowane *skorumpowaniem* eksperta, przyjęcia przez niego lub zapewnienia mu łapówki. Biegły pisze wtedy nieprawdziwe diagnozy i opinie, jego ekspertyzy to wtedy często szczegółowe i barwne opisy stanu psychicznego, powołujące się na piśmiennictwo, czy poglądy autorytetów, ale niezgodne ze stanem faktycznym. Przykładem takiej sytuacji jest stan określony zaproponowanym przeze mnie terminem „depresja udawana”, kiedy podejrzany udaje, że ma depresję, a biegły udaje, że ją widzi [25]. Ekspertyzy takie można określić jako fantazje opiniopodobne.

Schemat powstawania opinii sądowo-psychiatrycznej oraz jej ocenę przez sąd przedstawiono na rysunku 4.

WNIOSKI

Przedstawiona bardzo skrótowo analiza przyczyn powstawania błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych wskazuje na potrzeby: doskonalenia i rozwoju psychiatrii sądowej w Polsce, optymalizacji funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości. Konieczne jest podjęcie szeregu inicjatyw mających na celu zmianę aktualnej sytuacji.

1. Kontynuowanie działań dla osiągnięcia konsensu prawa i nauk sądowych w zakresie: tworzenia, interpretowania i definiowania pojęć prawnych, mających zastosowanie w opiniach sądowo-psychiatrycznych, który musi uwzględniać zasady prawa, ale i odrębność, potrzeby i specyfikę nauk sądo-

wych. Działania te polegałyby m.in. na lepszym interpretowaniu i definiowaniu pojęć prawnych lub ich składowych, dostosowania ich do potrzeb biegłych.

2. Podejmowanie prac nad teorią opiniowania, która winna uwzględniać pryncypia teoretyczne prawa i nauk sądowych, jak i potrzeby praktyki wymiaru sprawiedliwości, powinna być obszarem wspólnych badań prawników i biegłych.

3. Rozwijanie prac na rzecz ujednolicenia i optymalizacji formy oraz treści postanowień organów wymiaru sprawiedliwości o powołaniu biegłego, które nie mogą ograniczać się tylko do pytań zawierających sformułowania kodeksowe, ale powinny również obejmować pytania bardziej szczegółowe (np. o zaistnienie afektu fizjologicznego w czasie zabójstwa, a nie tylko pytanie o stan silnego wzburzenia), informacje o uprawnieniach biegłego, formach kontaktu z organem zlecającym, uściślenie zakresu, a nawet formy opinii.

4. Opracowanie algorytmów postępowania organu zlecającego badanie z biegłym w postaci np. zestawów pytań i problemów, które występują. Przykładem może być zestaw następujących pytań:

-
- Czy biegły zna i rozumie swoje uprawnienia przy podejmowaniu i opracowaniu opinii, np. czy „wie, że może nie wiedzieć”?
 - Czy i jak biegły rozumie wydane mu postanowienie o badaniu, występujące w nim terminy prawne, które ma opiniować?
 - Czy biegły właściwie ustalił i zrozumiał stan faktyczny sprawy, umiał i mógł odtworzyć zachowanie się sprawcy w czasie czynu?
 - Czy biegły posiadał oryginały dokumentacji medycznej dotyczącej badanego? Czy dokonał jej krytycznej analizy, zestawił ją z danymi z akt sprawy i innymi badaniami osobopoznawczymi?
 - Czy nie zachodzi potrzeba uzupełnienia materiału dowodowego pod kątem potrzeb opinii biegłych i po konsultacji z nimi, o nowe dowody: rzeczowe, osobowe, opinie biegłych innych specjalności?

- Jakie kryteria i metody stosuje biegły przy opiniowaniu stanu np.: znacznego ograniczenia zdolności rozumienia znaczenia czynu, silnego wzburzenia?
- Jakie kryteria diagnostyczne zastosował biegły?
- Jakie warunki mieli biegli do wykonywanych badań, obserwacji, jaką dysponowali kadrą, czy oddział posiada atestację itd.?
- Jaką wiedzę i doświadczenie reprezentuje biegły: staż pracy, staż w psychiatrii sądowej, przebyte szkolenia, prace ogłoszone drukiem, posiadane podręczniki, dostępność do piśmiennictwa?
- Jakie cechy osobowości i postawy reprezentuje biegły: lekliwość, renomizm, „wszystkowiedzący”, nadopiekuńczy, paternalistyczny itp.?
- Jaka jest forma i treść opinii: czy diagnoza jest uzasadniana? Czy przeprowadzono różnicowanie z innymi zaburzeniami? Czy właściwie uzasadniono przyjęte wnioski, np. co do ograniczenia poczytalności, silnego wzburzenia itp.?
- Czy biegły nie stosował zasady *in dubio pro reo*? Czy rozważał możliwość opinii prawdopodobnych i alternatywnych?

Pytania takie mogą mieć formę algorytmu – kwestionariusza, albo – w bardziej rozbudowanej postaci – programu komputerowego, gdzie do każdego pytania – problemu zestawione są dodatkowe pytania, w zależności od udzielonej przez biegłego odpowiedzi oraz specyfiki problemu i sprawy. Program taki byłby praktycznie przydatny w szkoleniu pracowników wymiaru sprawiedliwości.

Bardziej szczegółowe propozycje byłyby następujące:

1. Wzorem innych krajów, np. skandynawskich, należałoby wprowadzić nadzór krajowy nad orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym.

1.1. Utworzeniu centralnego archiwum kopii opinii sądowo-psychiatrycznych, jak i archiwów w placówkach służby zdrowia wydających ekspertyzy. W Polsce w latach sześćdziesiątych była już stosowana praktyka

przesyłania przez biegłych kopii opinii sądowo-psychiatrycznych do Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, dla oceny liczby i jakości opinii. Własne archiwa mają już niektóre placówki służby zdrowia, np. od 25 lat Oddział Psychiatrii Sądowej Szpitala AS w Szczecinie, czy Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN. Współczesne możliwości elektronicznego archiwizowania danych usuwają bariery kadrowo-techniczne-lokalowe.

1.2. Przeprowadzenie atestacji oddziałów psychiatrii sądowej oraz innych placówek psychiatrycznej służby zdrowia, które prowadzą obserwacje sądowo-psychiatryczne, ustalając niezbędne warunki: organizacyjne, lokalowe, kadrowe (np. odpowiednio przeszkolony personel), techniczne, laboratoryjne, dostęp do niezbędnej literatury z zakresu psychiatrii sądowej.

1.3. Opracowanie jednolitych zasad i regulaminu przeprowadzania obserwacji sądowo-psychiatrycznych, normujących problemy: przepustek w trakcie obserwacji, leczenia psychiatrycznego, obowiązku poinformowania osoby badanej o celu, zakresie badań i obserwacji, i z tego wynikających jej uprawnień i obowiązków,

1.4. Wprowadzenie okresowej oceny i analizy opinii biegłych, w tym:

- ułatwienia możliwości kontroli przez wprowadzenie obowiązku przechowywania przez eksperta kopii wszystkich jego opinii, jednolicie numerowanych: np. numer kolejny opinii w roku oraz od początku pracy biegłego,
- wprowadzenia obowiązku dokumentowania przez biegłego postępów w szkoleniu, jego dorobku zawodowego i naukowego, przez pisanie sprawozdań zawierających wykaz odbytych kursów, szkoleń, uczestnictwo w konferencjach i zjazdach, wygłoszonych referatów, prac ogłoszonych drukiem (sprawozdania tego typu od lat wykonują pracownicy polskich wyższych uczelni, jak i lekarze w krajach zachodnich ubiegający się o pracę lub przedłużenie umowy ze szpitalem, czy kasą chorych),

– opracowania programu szkolenia i specjalizacji w zakresie psychiatrii sądowej, który obejmowałby zagadnienia prawne, diagnostykę i orzecznictwo, podstawową wiedzę z zakresu innych nauk sądowych, w tym głównie: psychologii sądowej, medycyny sądowej, kryminalistyki i kryminologii. W ramach specjalizacji obowiązywałyby staże w klinice i oddziałach psychiatrii sądowej, wymóg wykazania się praktyczną umiejętnością diagnozowania i opiniowania sądowo-psychiatrycznego, dokumentowaną następnie pisemnie w opiniach sądowo-psychiatrycznych. Następnie wprowadzenie atestacji biegłych z psychiatrii sądowej, która rozpoczęłaby się od stworzenia listy krajowej biegłych mających odpowiednią wiedzę i doświadczenie z psychiatrii sądowej, stopnie naukowe, dorobek naukowy i praktyczny w zakresie psychiatrii sądowej (staż, liczba i jakość opinii). Osoby te byłyby uprawnione do prowadzenia specjalizacji – atestacji z psychiatrii sądowej. Wzorem postępowania w tym zakresie może być, wprowadzona już w Polsce, specjalizacja z psychoterapii kończąca się zdobyciem licencji – „certyfikatu psychoterapeuty”.

– wprowadzenie zasady, że każda placówka psychiatrycznej służby zdrowia, która przeprowadza obserwacje sądowo-psychiatryczne (klinika, oddział szpitalny) ma przynajmniej jedną osobę mającą przygotowanie, a potem atestację z psychiatrii sądowej i systematycznie szkoli się w tej dyscyplinie.

2. Zebranie materiałów dla sporządzenia raportu o sytuacji biegłych psychiatrów w Polsce i przeprowadzenia analizy statusu prawnego, społecznego i ekonomicznego biegłego w Polsce oraz opublikowanie wyników z propozycjami zmian [24].

3. W celu zintegrowania środowiska biegłych z różnych nauk sądowych, reaktywowanie lub powołanie kolegów biegłych sądowych przy Sądach Okręgowych, które organizowałyby zebrania naukowo-szkoleniowe w celu ujednoczenia i doskonalenia opinii sądowych, wzajemnego informowania się

o możliwościach i postęпах różnych nauk sądowych, referowania przypadków trudnych diagnostycznie i orzeczniczo. Uczestniczenie biegłych w pracach tych kolegów, które mogłyby się zbierać 1–2 razy w roku, byłoby jednym z warunków, jakie ekspert musi spełniać, aby funkcjonować jako biegły.

PIŚMIENNICTWO

1. Aronson E, Wilson TD, Akert RM: Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
2. Cieślak M: Biegły i jego opinia w polskim procesie karnym. W: Cieślak M, Spett K, Szymusik A, Wolter W. (red): Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1991, 377–465.
3. Czeczot Z: Kryminalistyczna problematyka osobowych środków dowodowych. Rozprawy Uniwersytetu Warszawskiego. Wyd. Uniw. Warszawskiego, Warszawa, 1991.
4. Dąbrowski S: Paternalistyczny personalizm w psychiatrii. Psychiatr. Pol. 1993, 27, 4, 458–461.
5. Gaberle A, Gierowski JK, Ryn Z, Szymusik A: Psychiatria i psychologia sądowa. Bibliografia polska 1945–1975. PWN, Warszawa 1980.
6. Gunn J, Taylor PJ: Forensic Psychiatry. Clinical, Legal & Ethical Issues. Butterworth Heinemann, London 1995.
7. Hajdukiewicz D: Nowe niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej, spotykane podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego. Post. Psychiatr. Neurol. 1997, 6, supl. 1(4), 85–92.
8. Hołyst B: Kryminalistyka. PWN, Warszawa 1993.
9. Ilnicki S, Cieślak J: Ocena zdolności psychicznej do służby wojskowej rocznika podstawowego w 1997 roku. Mat. XXXIX Zjazdu Psychiatrów Polskich „Współczesna cywilizacja a zdrowie psychiczne człowieka”. Sesja II – Psychiatria środowiskowa i społeczna. Poster. 2.4. Bydgoszcz–Toruń, 3–6.06.1998 r.
10. Jaegerman K: Opiniowanie sądowo-lekarskie. Eseje o teorii. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.
11. Jędrzejowska R: Psychiatra, psycholog i seksuolog jako biegły w świetle przepisów prawa polskiego. W: Gierowski JK, Szymusik A (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie, Coll. Med. UJ, Kraków 1996, 8–44.

12. Kalinowski S: *Opinia biegłego w postępowaniu karnym*. PWN, Warszawa 1993.
13. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Ve-salius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1998.
14. Konieczny J: *Pojęcie prawdopodobieństwa ze stanowiska procesu karnego i kryminalistyki*. Wyd. Uniw. Śląskiego, Katowice 1987.
15. Langelüdecke A, Bresser PH.: *Gerichtliche Psychiatrie*. Walter de Gruyter, Berlin, New York 1979, 115-123.
16. Markiewicz J (red.): *Ekspertyza sądowa. Wybrane zagadnienia*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.
17. Nowak T: *Dowód z opinii biegłego w polskim procesie karnym*. Wyd. UAM, Poznań 1966.
18. Ostrihanska Z: *Profesor Stanisław Batawia*. Arch. Kryminal. 1982, 8-9, 7-24.
19. Pobocho J: *Prawne i kliniczne problemy poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego*. W: Sobkowiak J, Milewska E, Gordon T (red): *Mat. VI Kraj. Konf. Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP – Jadwisin, 6-7.06.1987 r.* PTP, Sekcja Psychiatrii Sądowej, Warszawa 1988, 121-130.
20. Pobocho J: *Metodyka i metodologia opiniowania poczytalności*. W: Rutkowski R, Majchrzyk Z (red): *Mat. VII Kraj. Konf. Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Teoria i praktyka oceny poczytalności” – Cedzyna 9-11.06.1988 r.* PTP, Sekcja Psychiatrii Sądowej, Warszawa 1988, 81-88.
21. Pobocho J: *Psychopharmakotherapie im Lichte der Rechtsordnung*. 6. Dresdner Symposium zu aktuellen Aspekten der Psychopharmakotherapie. 4. bis 6. November 1993 in Dresden. Gustav Fisher Verlag, Jena, Stuttgart 1994, 75-85.
22. Pobocho J: *Jaki kodeks etyczny biegłego psychiatry?* *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, supl. 1(4), 143-148.
23. Pobocho J: *Język prawa a język psychiatrii sądowej*. W: Rzepa T (red.): *O języku i komunikowaniu się*. Wyd. Uniw. Szczecińskiego, Materiały – Konferencje Nr 29, Szczecin 1998, 105-114.
24. Pobocho J: *Status biegłego psychiatry – kontrowersje*. *Psychiatr. Pol.* 1998, 32, 4, 405-414.
25. Pobocho J: *Depresja udawana*, *Post. Psychiatr. Neurol.*, supl. 3(8), 133-138.
26. Pobocho J: *Zakres i forma opinii sądowo-psychologicznej w ocenie sędziów i prokuratorów*. W: Stanik JM, Pobocho J (red): *Mat. II Ogólnopolskiej Konf. „Współpraca psychologiczno-psychiatryczna w ekspertyzach sądowych”*. Zakład Psychologii Klinicznej Uniw. Śląskiego, Społ. Komitet Przeciwalkoholowy – Oddz. Katowice, Katowice 1983, 143-152.
27. Pobocho J, Kramarz E, Wolska A: *Psychologiczno-psychiatryczne problemy orzekania poczytalności sprawców zabójstw*. W: Stanik JM, Pobocho J (red): *Mat. II Ogólnopolskiej Konf. „Współpraca psychologiczno-psychiatryczna w ekspertyzach sądowych”*. Zakład Psychologii Klinicznej Uniw. Śląskiego, Społ. Komitet Przeciwalkoholowy – Oddz. Katowice, Katowice 1983, 133-134.
28. Półtawska W: *Ekspertyza sądowo-psychiatryczna w postępowaniu spadkowym testamentowym*. PZWL, Warszawa 1974.
29. Schrömbgens HH (red.): *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
30. Sowa J: *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. PWN, Warszawa 1984.
31. Stanik JM: *Psychologiczne opiniodawstwo sądowe w sprawach o zabójstwo z afektu*. Wybrane obszary praktyki biegłego sądowego psychologa. *Prace Nauk. Uniw. Śląskiego nr 1649*, Katowice 1997.
32. Szymusik A: *Samoregulacja czy samousprawiedliwienie?* *Psychiatr. Pol.* 1993, 27, 4, 457-458.
33. Tomaszewski T: *Przesłuchanie biegłego w postępowaniu karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1988.
34. Tyszkiewicz L: *Badania osobopoznawcze w prawie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1975.
35. Tyszkiewicz L: *Kryminologia. Zarys systemu*. Skrypt dla studentów studiów dziennych i zaocznych kierunku prawa i innych. Uniw. Śląski, Katowice 1993.
36. Wciórka J: *Poziom postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w wybranych szpitalach i oddziałach psychiatrycznych w Polsce w roku 1998 – na podstawie oceny zapisu w dokumentacji lekarskiej*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999, 8, 2, 251-267.
37. Ziemiński Z: *Szkice z metodologii szczegółowych nauk prawnych*. PWN, Warszawa-Poznań 1983.