



Próba zastosowania analizy sekwencyjnej do oceny diagnozy poczytalności ograniczonej

*An attempt to use sequential analysis to assess the diagnosis
of diminished capacity*

STANISŁAW ILNICKI

Z Poradni Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego
Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie

STRESZCZENIE. *Poddano analizie 1741 opinii sądowo-psychiatrycznych z lat 1970–1994 wydanych przez kilkunastu biegłych w stosunku do sprawców przestępstw typowo wojskowych. Za pomocą komputerowego programu analizy sekwencyjnej oceniano przesłanki poczytalności ograniczonej, ich wagi diagnostyczne oraz trafność diagnozy poczytalności sprawców. Stwierdzono istotne różnice między biegłymi w zakresie częstości rozpoznawania poczytalności ograniczonej 21–54% ($x=39\%$) oraz w ocenie znaczenia przypisywanego poszczególnym cechom diagnostycznym. Tylko upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia oraz niepsychotyczne zaburzenia reaktywne były traktowane przez wszystkich biegłych jako samoistne predyktory zmniejszonej poczytalności. Stwierdzono znaczne indywidualne zróżnicowanie wskaźników zgodności rzeczywistej diagnozy poczytalności ograniczonej z diagnozą określoną na podstawie analizy sekwencyjnej 19–70% ($x=47\%$). Potwierdzono dydaktyczną użyteczność analizy sekwencyjnej w samokontroli procesów diagnostyczno-decyzyjnych.*

SUMMARY. *1741 forensic-psychiatric opinions issued by over a dozen experts in cases of perpetrators of typical military offences were analysed. The premises for diminished capacity, their diagnostic significance and accuracy of the diagnosis of soundness of mind of the culprits were assessed using a computerised sequential analysis program. Significant differences among the experts were revealed for frequency of diagnosing diminished capacity – 21–54% ($M=39\%$) – and for assessment of the importance attributed to individual diagnostic features. Only slight mental handicap and non-psychotic reactive disorders were treated as decisive predictors of diminished capacity by all the experts. Significant individual differences were found for rate of conformity of the real diagnosis of diminished capacity and the diagnosis determined on the basis of the sequential analysis: 19–70% ($x=47\%$). The didactic usefulness of sequential analysis for the self-control of diagnostic-decisive processes has thus been confirmed.*

Słowa kluczowe: trafność diagnozy / poczytalność ograniczona / analiza sekwencyjna / przestępstwa wojskowe

Key words: accuracy of diagnosis / diminished capacity / sequential analysis / military offences

„Któż potrafi wykreślić linię dzielącą w tęczy barwę fioletową od pomarańczowej? Widzimy wyraźnie różnicę kolorów, lecz gdzie dokładnie pierwszy przenika w drugi? Tak samo jest ze zdrowymi zmysłami i obłędem. W zdecydowanych przypadkach nie ma wątpliwości. Natomiast w innych, które są w rozmaitym stopniu mniej wyraźne, niewielu podejmie się wytyczenia linii demarkacyjnej, acz niektórzy zawodowi znawcy uczynią to za wynagrodzeniem. Trudno by znaleźć coś, czego pewni ludzie nie podjęliby się zrobić za zapłatą. Innymi słowy, istnieją wypadki, kiedy jest nieomal niepodobieństwem ustalić, czy dany człowiek jest zdrowy na umyśle, czy też zaczyna nim nie być” – Melville: *Billy Budd* [10].

Przytoczony XIX-wieczny cytat jest jedną z wielu literackich parabol przedstawiających w krzywym zwierciadle ekspertów sądowych.

Podobnymi obrazowymi metaforami posługiwali się także przed z górą siedemdziesięciu laty przeciwnicy instytucji poczytalności

zmniejszonej [1, 17]. Obecnie, jak się wydaje, nawet w krajach, które dotychczas nie zdecydowały się na jej wprowadzenie, są oni w odwrocie [11, 19]. W rodzimej praktyce utrwała się natomiast tendencja do wprowadzania dalszych, pozakodeksowych gradacji w ocenie poczytalności, np. poczytalności nieznacznie lub miernie ograniczonej. Stawia to ponownie w centrum uwagi kwestię kryteriów oraz oceny trafności diagnozy poczytalności zmniejszonej [13].

W myśl obowiązującego orzecznictwa Sądu Najwyższego – „opinia biegłego nie może być tylko jego osobistym mniemaniem lub nie udokumentowanym przekonaniem, lecz musi być naukowo uzasadnionym opracowaniem” [1]. Jeżeli więc wnioski formułowane przez biegłych mają pretendować do miana naukowych twierdzeń, powinny się do nich stosować te same reguły weryfikacji wiedzy, jakie obowiązują w naukach empirycznych, do których zalicza się psychiatrię. Wg Kmity [5] „kontrola zdań proponowanych na twierdzenia naukowe wymaga ...w przypadku dyscyplin empirycznych, by zdania te były zdaniem obserwacyjnymi lub hipotezami powiązаныmi odpowiednio ze zdaniem obserwacyjnymi tak, aby można było zdania te potwierdzać lub odrzucać... Ponadto [kontrola ta] powinna mieć charakter intersubiektywny, [tj.] powinna być przeprowadzana analogicznie w danej grupie reprezentantów określonej dyscypliny oraz powinna prowadzić do zbieżnych rezultatów... Warunkiem niezbędnym tej intersubiektywności jest nie tylko stosowanie tego samego języka, ale również zakładanie tej samej wiedzy empirycznej.

CEL PRACY

Kierując się powyższymi dezyderatami podjęto próbę eksperymentalnego porównania diagnozy poczytalności zmniejszonej ustalonej przez realnych biegłych z diagnozą teoretyczną ustaloną w tych samych przypadkach przez idealnego diagnostę, którego procesy diagnostyczno-decyzyjne mają opty-

malny przebieg. W szczególności starano się odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Jak biegli oceniali poczytalność sprawców samowolnych oddaleń i dezercji?
2. Na jakich przesłankach oparta była ich diagnoza poczytalności zmniejszonej?
3. Jakie wagi diagnostyczne przypisywano poszczególnym przesłankom poczytalności zmniejszonej?
4. Jaka, w świetle wyników analizy sekwencyjnej, była trafność diagnozy poczytalności zmniejszonej?

MATERIAŁ I METODA

Poddano analizie 1741 opinii sądowo-psychiatrycznych wydanych w latach 1970–1994 przez kilkunastu biegłych z Poradni Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie w stosunku do żołnierzy służby zasadniczej, sprawców samowolnych oddaleń i dezercji (art. 303 i 304 kk). Z analizy wyłączono opinie, w których sprawców uznano za niepoczytalnych (art. 25 § 1 kk) lub wnioskowano obserwację. Ograniczając materiał badawczy do wymienionych dwóch przestępstw typowo wojskowych, kierowano się przede wszystkim wielkością i jednorodnością zbioru. Pod uwagę brano także to, że były to czyny nieskomplikowane etiologicznie, a przez to mniej narażone na sprzeczne oceny biegłych.

Wyboru zmiennych do analizy dokonano za pomocą specjalnej ankiety. Zawarte w niej skategoryzowane informacje tworzyły *sui generis* wielowymiarową diagnozę analizowanego przypadku. Stanowiły one zarazem przesłanki oceny poczytalności sprawcy. Dane te przetwarzano za pomocą opracowanych specjalnie w tym celu programów komputerowych, w tym m.in. programu analizy sekwencyjnej Abrahama Walda w wersji przedstawionej przez Czesława Nosala [4, 12].

Analiza sekwencyjna jest prostą procedurą diagnostyczną, która w wysokim stopniu łączy wymogi stawiane „wzorcowej” procedurze przez przeciwstawne obozy diagnostów, tj. „intuicjonistów” i „algorytmistów”. Jest

to procedura etapowego podejmowania decyzji, do którego z trzech możliwych, wzajemnie nie przecinających się obszarów diagnostycznych można zaliczyć dany wielocechowy obiekt $S(x_1, \dots, x_n)$ na podstawie wartości funkcji decyzyjnej $L(p)$. W wypadku ekspertyzy sądowo-psychiatrycznej obszarami diagnostycznymi są:

- (1) obszar przyjęcia diagnozy *poczytalność ograniczona* (p.o.) i odrzucenia diagnozy *poczytalność pełna* (p.p.), gdy wartość $L(p)$ osiąga wymagany próg A;
- (2) obszar przyjęcia p.p. i odrzucenia p.o., gdy wartość kryterium operacyjnego $L(p)$ osiąga próg B;
- (3) obszar braku różnicowania diagnoz p.o. i p.p., gdy wartość $L(p)$ zawiera się pomiędzy progami A i B.

Rolę kryterium decyzyjnego $L(p)$ pełni iloczyn prawdopodobieństw testowanych hipotez diagnostycznych p.o. i p.p. dla kolejnych predyktorów (cech, stanów, symptomów) x_1, \dots, x_n uporządkowanych leksygraficznie, tj. ze względu na ich wartość informacyjną, a rosnąco pod względem tzw. ceny diagnostycznej $E(n)$. Wartości funkcji $L(p)$ odpowiadające progom A i B zależą od arbitralnie przyjętych, równych lub różnych poziomów błędów I i II rodzaju α i β . Błąd I rodzaju polega na przyjęciu diagnozy p.o., gdy w rzeczywistości obrany poziom prawdopodobieństwa β związany z progiem A, nie wyklucza diagnozy p.p.; błąd II rodzaju polega na przyjęciu diagnozy p.p., gdy w rzeczywistości wartość prawdopodobieństwa β związany z progiem B nie wyklucza diagnozy p.o.

W praktycznych obliczeniach iloczyn stosunków prawdopodobieństw p.o. i p.p. zastępuje suma logarytmów (\ln) tych stosunków o m -składnikach odpowiadających kolejnym cechom x_1, x_2, \dots, x_m . Upraszcza to procedurę, dostosowuje ją do intuicyjnego wymogu addytywności informacji diagnostycznych oraz zwiększa wgląd diagnosty w przebieg całego postępowania. Składniki sumy $L(p) = z_1 + z_2 + \dots + z_m$ noszą miano współczynników lub wag diagnostycznych cech x_1, x_2, \dots, x_m . Określają one wkład danej cechy do globalnej diag-

nozy p.o. i p.p. Uzyskiwanie informacji o tym, która diagnoza jest bardziej prawdopodobna, polega na sukcesywnym testowaniu wartości sumy wag diagnostycznych z_1, z_2, \dots, z_m z progami $\ln A$ i $\ln B$. Wartości liczbowe dla progów $\ln A$ i $\ln B$ oblicza się przy użyciu tablic logarytmów naturalnych. Np. dla poziomów $\alpha/\beta = 0,05$: $\ln B = -2,944$, a $\ln A = +2,944$, a dla poziomów $\alpha/\beta = 0,01$: $\ln B = -4,595$, a $\ln A = +4,595$ [8, 12, 14].

Przykłady obliczania wymienionych wyżej wskaźników przedstawiono w tabelicy 1. Zasady diagnozowania poczytalności probantów na podstawie założeń analizy sekwencyjnej przedstawia rysunek 1.

WYNIKI

Rozkład diagnoz poczytalności sprawców przedstawia tablica 2. Dane te wskazują na występowanie znacznych różnic między biegłymi w częstości rozpoznawania poczytalności ograniczonej 21–54% ($X = 39\%$) oraz poczytalności pełnej 0–27% ($X = 9\%$). Biegli okazjonalni *F*, *I* oraz *K* (oznaczeni wytłuszczonymi literami) częściej uznawali sprawców za w pełni poczytalnych niż biegli stałi. Wymieniona w tabelicy 2 oraz w następnych ogólna liczba opinii jest dwa razy większa od faktycznej, ponieważ sumowano osobno decyzje każdego biegłego.

Wagi diagnostyczne wybranych predyktorów poczytalności zmniejszonej obliczone dla ogółu biegłych oraz dla każdego biegłego z osobna przedstawia tablica 3. Z danych tych wynika, że tylko „upośledzenie umysłowe lekkie” oraz „zachowanie reaktywne niepsychoetyczne”, których wagi przekraczały wartość progę $A = +2,994$, przesądzały diagnozę poczytalności ograniczonej. Stwierdzono bieżące różnice wartości wag diagnostycznych takich cech jak m.in. „osobowość psychopatyczna”, „recydywa sądowa”, „zależność alkoholowa”, „dysfunkcje somatyczne”.

W celach porównawczych obliczono również wagi diagnostyczne predyktorów ograniczonej poczytalności w poszczególnych pięcioleciach. Z przedstawionych danych (tablica 4)

Tablica 1. Wartość informacyjna wybranej cechy diagnostycznej sprawców z rozpoznaniem poczytalności ograniczonej (p.o.) i poczytalności pełnej (p.p.)

Nazwy i symbole wskaźników interpretacyjnych		Nr i nazwa cechy			Wskaźniki sumaryczne
		2. Zachowanie w chwili czynu			
		1. celowe	2. niekonsekwentne	3. reaktywne – niepsychotyczne	
Liczebność grup kryterialnych	$n_i (D_1)$; p.o.	9	473	223	705
	$n_i (D_2)$; p.p.	32	991	13	1036
Prawdopodobieństwa hipotez diagnostycznych	$p_i (D_1)$	0,012	0,672	0,316	1,000
	$p_i (D_2)$	0,031	0,957	0,012	1,000
Współczynniki (wagi) diagnostyczne cechy	$z_i = \frac{p(D_1, x_1)}{p(D_2, x_1)}$	- 0,969	- 0,327	+ 3,271	
Wskaźniki mocy dyskryminacyjnej cechy	$I(D_1 : D_2)$	-0,012	-0,220	1,034	0,802
	$I(D_2 : D_1)$	-0,030	-0,313	0,039	-0,304
Wskaźnik rozpiętości cechy	$J(D_1 : D_2)$	0,407	0,533	1,073	2,013

wynika, że wartości tych wag na przestrzeni lat ulegały istotnym zmianom. Np. rosło znaczenie takich cech jak „czynniki dezadaptacyj-

ne służbowe” i „pozasłużbowe”, „zależność alkoholowa”, a malało „recydywy sądowej”. Szczególną zmiennością charakteryzował się

Rysunek 1. Kryteria diagnozy poczytalności ograniczonej i poczytalności pełnej na podstawie założeń analizy sekwencyjnej wg A. Walda

Próg diagnostyczny	Suma wag diagnostycznych $L(p)$	Diagnoza poczytalności	Ocena trafności diagnozy	Wartość krytyczna
--------------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------

$\frac{1-\beta}{\alpha} \geq A$ \bar{X} $\frac{\beta}{1-\alpha} \geq B$	+3,300	poczytalność ograniczona	trafna	$\ln A_{\beta=0,05} = +2,994$ 0,000 $\ln B_{\beta=0,05} = -2,994$
	-3,100	poczytalność ograniczona	nietrafna – błąd I rodzaju	
	+1,500	nieokreślona – bliższa poczytalności ograniczonej		
	-1,300	nieokreślona – bliższa poczytalności pełnej		
	-3,200	poczytalność pełna	trafna	
	+3,300	poczytalność pełna	nietrafna – błąd II rodzaju	

A, B – progi diagnostyczne

$\pm 2,994$ – wartości progów diagnostycznych A, B dla błędów I i II rodzaju na poziomie $\alpha, \beta=0,05$

Tablica 2. Ocena poczytalności sprawców samowolnych oddaleń i dezercji przez biegłych PZP CSK WAM w latach 1970–1994

Okres pracy	Kod biegłego	Liczba opinii	Poczytalność				Obserwacja
			pełna	nieznacznie ograniczona	art. 25 § 2 kk	art. 25 § 1 kk	
			w %				
1975–1994	A	823	2	52	45	0	1
1975–1990	B	374	5	47	45	1	2
1975–1981	C	188	8	57	32	1	2
1977–1991	D	302	14	50	35	0	1
1981–1991	E	280	9	39	51	0	1
1970–1974	F	145	25	43	24	1	7
1983–1994	G	399	2	50	47	1	0
1973–1990	H	524	6	61	32	0	1
1970–1994	I	193	27	47	21	1	4
1986–1994	J	184	0	45	54	0	1
1992–1993	K	70	0	53	46	0	1
1970–1994	Ogółem	3482	9	49	39	1	2

Tablica 3. Wagi diagnostyczne wybranych predyktorów poczytalności zmniejszonej wg biegłych (wartości zaokrąglone)

Nazwa cechy x_i	Kod biegłego i liczba wydanych opinii z art. 25 § 2 kk											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Ogółem
	366	167	61	107	142	37	178	167	59	95	31	1410
Waga cechy z_i												
Upośledzenie umysłowe lekkie	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	–	4,9
Zachowanie reaktywne niepsychotyczne	3,7	3,0	3,6	3,0	3,3	0,9	2,9	4,4	2,4	2,5	3,0	3,3
Pogranicze upośledzenia umysłowego	1,9	2,6	2,5	2,0	3,1	1,5	2,8	2,2	2,3	2,3	2,2	2,3
Służbowe czynniki dezadaptacyjne	2,6	1,4	2,2	1,1	1,8	0	2,6	2,0	0,9	1,5	1,0	2,0
Osobowość nerwicowa	1,3	1,6	0,7	2,2	2,6	1,2	1,9	1,8	2,4	1,5	–	1,7
Nieprzystosowanie szkolno-zawodowe	1,4	1,0	1,8	1,3	1,4	1,7	1,2	1,6	2,5	2,0	2,0	1,5
Nieprzystosowanie do służby	1,2	0,5	0,7	1,0	1,6	0,5	1,4	0,9	0,6	2,3	2,7	1,1
Cechy organicznego uszkodzenia o.u.n.	1,5	1,2	1,2	0,8	0,9	0,5	1,4	1,6	0,3	2,1	0,2	1,0
Pozasłużbowe czynniki dezadaptacyjne	1,1	1,4	0,3	0,5	1,3	0	0,8	0,7	1,4	2,0	1,1	1,0
Problemy emocjonalne	1,2	0,7	1,5	0,8	1,1	0,3	0,8	1,1	0,7	0,4	1,1	0,9
Patogenne środowisko rodzinne	0,7	0,7	1,2	1,4	1,3	0,6	0,9	1,0	0,5	0,6	0,9	0,9
Zależność alkoholowa	0,8	0,7	0,7	0,5	–0,2	1,2	1,2	0,5	–0,6	1,2	1,3	0,7
Dysfunkcje somatyczne	0,7	0,8	1,3	–0,5	1,0	–0,5	0,7	0,5	0,1	1,6	1,6	0,6
Trudne warunki służby wojskowej	0,9	0,1	0,1	1,4	0	0,2	0,9	0,4	0,4	0,7	0	0,5
Zachowania autoagresywne	0,5	0,4	0,2	0,2	0,5	0,5	0,8	0,6	0	0,6	1,4	0,5
Ociężałość umysłowa	1,0	0,1	0,3	0	0,3	–0,1	0,6	0,3	–0,8	3,0	0	0,5
Recydywa sądowa	0,2	0,2	0,5	0,3	0,3	1,7	0,6	0,4	1,6	–0,3	–0,2	0,4
Osobowość psychopatyczna	0,1	0	0,1	–0,2	–0,6	2,1	0,2	0,4	1,2	–	–	0,1

– brak probantów z tą cechą

Tablica 4. Wagi diagnostyczne wybranych predyktorów poczytalności zmniejszonej dla ogółu biegłych PZP CSK WAM w latach 1970–1994 (wartości zaokrąglone)

Nazwa cechy x_i	Lata					
	1970–1974	1975–1979	1980–1984	1985–1989	1990–1994	1970–1994
	Waga cechy z_i					
Upośledzenie umysłowe lekkie	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9
Zachowanie reaktywne niepsychotyczne	1,6	3,7	3,4	3,9	3,8	3,3
Pogranicze upośledzenia umysłowego	2,0	2,0	1,8	2,8	2,8	2,3
Służbowe czynniki dezadaptacyjne	0	0	1,9	2,4	2,4	2,0
Osobowość nerwicowa	2,0	2,0	1,8	–	–	1,7
Nieprzystosowanie szkolno-zawodowe	1,8	1,8	1,2	1,6	1,6	1,5
Nieprzystosowanie do służby	0,5	0,5	1,0	0,9	1,0	1,1
Cechy organicznego uszkodzenia o.u.n.	0,6	0,6	0,8	1,0	1,0	1,0
Pozasłużbowe czynniki dezadaptacyjne	0	0	0,6	1,7	1,7	1,0
Problemy emocjonalne	0,6	1,4	1,1	0,5	0,6	0,9
Patogenne środowisko rodzinne	0,3	0,3	1,0	1,0	1,1	0,9
Zależność alkoholowa	0,7	0,7	0	1,4	1,4	0,7
Dysfunkcje somatyczne	0	0	0,5	0,6	0,6	0,6
Trudne warunki służby wojskowej	0	0	0,4	1,0	1,0	0,5
Zachowania autoagresywne	0,7	0,7	0,4	0,3	0,3	0,5
Ociężałość umysłowa	–0,3	–0,3	1,8	0	0	0,5
Recydywa sądowa	1,6	1,6	0	0,6	0,6	0,4
Osobowość psychopatyczna	1,6	0,3	–0,1	0,1	1,3	0,1

– brak probantów z tą cechą

Tablica 5. Wskaźniki zgodności diagnozy poczytalności ograniczonej – rzeczywistej i obliczonej na podstawie preferencji diagnostycznych ogółu biegłych

Okres opiniowania	Kod biegłego	Liczba opinii z diagnozą poczytalności		Diagnoza poczytalności ograniczonej			
		ograniczonej	pełnej	zgodna	nieokreślona	niezgodna	
						błąd rodzaju	
		n		%		I	II
1975–1994	A	366	457	45	52	1	2
1974–1990	B	167	207	55	42	0	3
1972–1981	C	61	127	76	22	1	1
1977–1991	D	107	195	53	45	0	2
1981–1991	E	142	138	39	59	2	0
1970–1974	F	37	108	55	35	5	5
1983–1994	G	178	221	36	61	1	2
1973–1990	H	167	357	64	34	1	1
1970–1974	I	59	134	46	48	3	3
1986–1994	J	95	89	48	50	1	1
1992–1993	K	31	39	39	61	0	0
1970–1994	Ogółem	1 410	2 072	50	47	1	2

Tablica 6. Wskaźniki zgodności diagnozy poczytalności ograniczonej – rzeczywistej i obliczonej na podstawie preferencji diagnostycznych poszczególnych biegłych

Okres opiniowania	Kod biegłego	Liczba opinii z diagnozą poczytalności		Diagnoza poczytalności ograniczonej			
		ograniczonej	pełnej	zgodna	nieokreślona	niezgodna	
						błąd rodzaju	
		n		%		I	II
1975–1994	A	366	457	40	59	1	2
1974–1990	B	167	207	56	44	0	3
1972–1981	C	61	127	70	29	1	1
1977–1991	D	107	195	55	45	0	2
1981–1991	E	142	138	60	38	2	0
1970–1974	F	37	108	24	71	5	5
1983–1994	G	178	221	36	63	1	2
1973–1990	H	167	357	60	39	1	1
1970–1974	I	59	134	37	60	3	3
1986–1994	J	95	89	33	64	1	1
1992–1993	K	31	39	19	81	0	0
1970–1994	Ogółem	1 410	2 072	47	50	1	2

stosunek biegłych do rozpoznania „osobowość psychopatyczna”.

Analiza sekwencyjna diagnoz poczytalności ograniczonej, przeprowadzona na podstawie wag diagnostycznych obliczonych dla ogółu biegłych (tablica 5) wykazała, że 47% diagnoz było zgodnych z rzeczywistym rozpoznaniem, 52% nieokreślonych, a 3% niezgodnych, w tym 1% z powodu błędu I rodzaju, a 2% z powodu błędu II rodzaju. Stwierdzono także znaczne indywidualne zróżnicowanie trafności diagnoz 19–70% ($X=47$). Diagnozy biegłych stałych odznaczały się wyższą trafnością niż biegłych okazjonalnych.

Analogiczna analiza opinii oparta na wagach diagnostycznych obliczonych osobno dla każdego biegłego (tablica 6), wykazała indywidualnie zróżnicowany wzrost trafności diagnoz. Większy u biegłych okazjonalnych 20–31%, a mniejszy u biegłych stałych, których opinie odznaczały się najwyższym stopniem trafności – wzrost 4–6%. Tylko w przypadku jednego biegłego nastąpiło paradoksalne obniżenie się tego wskaźnika o 21%.

OMÓWIENIE

Przedstawione wyniki potwierdzają znany powszechnie fakt rozbieżności w ocenie poczytalności sprawców z zaburzeniami osobowości oraz innymi „pogranicznymi” zakłóceniami czynności psychicznych [1, 13, 15]. W analizowanym zbiorze opinii rozbieżności te, choć znaczne, były relatywnie niewielkie, w porównaniu z wynikami podobnych badań przeprowadzonych na materiale pochodzącym z innych ośrodków. Np. wśród 120 sprawców samowolnych oddaleń i dezercji opiniowanych sędowo-psychiatrycznie w latach 1995–1997 w różnych cywilnych zakładach psychiatrycznych w Warszawie przesłanki poczytalności zmniejszonej stwierdzono u 2% badanych, podczas gdy w naszym materiale z tego samego okresu, wskaźnik ten wynosił 52% (!) [4]. Z pracy Mazurczyka [9] opartej na materiale 328 opinii wydanych w latach 1981–1989 w województwach łódzkim i zielonogórskim przez biegłych wojskowych i cywilnych wynika, że ci pierwsi przesłanki poczytalności ograniczonej stwierdzili

u 12% probantów, podczas gdy cywilni u 62%. Zatem były to proporcje odwrotne od występujących w środowisku warszawskim. Rezultaty te świadczą o braku stabilnych, powszechnie akceptowanych kryteriów rozpoznawania poczytalności ograniczonej niezależnie od resortowej przynależności placówki, w której zatrudnieni byli biegli.

Z powodu braku obiektywnego zewnętrznego kryterium, kontrola diagnozy poczytalności zmniejszonej może być realizowana tylko na podstawie oceny zgodności jej przesłanek ze „współczesnym stanem wiedzy” oraz poprawności wnioskowania biegłych. Szczególnie trudny do oceny jest drugi z tych elementów. Bowiem skutek tzw. konserwatywności poznawczego spowodowanego ograniczonymi możliwościami integrowania większej od 3–5 liczby danych diagnostycznych, biegli notorycznie nie wykorzystują wszystkich przesłanek diagnostycznych, zwłaszcza sprzecznych z powziętą *prima facie* wstępną hipotezą diagnostyczną [6, 7]. W przecięciu tych ograniczeń pomocna może być analiza decyzyjna, której jedną z odmian jest analiza sekwencyjna.

Pomoc, jaką oferuje biegłemu analiza decyzyjna polega na „rozłożeniu” złożonych konsekwencji alternatyw diagnostycznych na prostsze elementy (aspekty), by po uzyskaniu jego ocen dla tych prostszych aspektów „złożyć” ponownie (w jego imieniu) owe oceny częściowe i uzyskać całościową (globalną) diagnozę. Analiza decyzyjna respektuje wszystkie subiektywne gusty i przekonania biegłego. „Wydobywa” tylko jego ukryte preferencje i wartościowania, by wskazać mu najlepszą w świetle jego własnych standardów alternatywę. Normatywność teorii ogranicza się do tego, że narzuca ona pewne warunki wewnętrznej zgodności owych subiektywnych ocen i wartościowań.

Badania porównujące dokładność tzw. klinicznych (globalnych) ocen ekspertów i ocen analitycznych opartych na algorytmicznych procedurach wykorzystujących odpowiednie dane empiryczne pokazują, że trafność tych pierwszych jest znacznie niższa niż drugich.

Mimo to, niechęć do zwiększonego wysiłku poznawczego skłania biegłych do bezrefleksyjnego formułowania ocen na podstawie utartych schematów [2, 17, 18].

Jakość opiniowania sądowo-psychiatrycznego w znacznym stopniu zależy od samowiedzy zawodowej biegłego. Jej elementem jest znajomość własnych operacji decyzyjnych. Powstałe dzięki temu sprzężenie zwrotne umożliwia samokontrolę i samokorektę ewentualnych błędów. Zatem zainteresowanie biegłych przebiegiem procesów decyzyjnych może mieć pozytywny wpływ na jakość wydawanych przez nich opinii [6, 7, 17, 18]. Wystarczy, jeśli będą postępować w myśl klasycznych kartezjańskich prawideł racjonalnego myślenia:

„Pierwszym..., aby nigdy nie przyjmować za prawdziwą żadnej rzeczy, zanim by jako taka nie została rozpoznana przeze mnie w sposób oczywisty: co znaczy, aby starannie unikać pośpiechu i uprzedzeń oraz aby nie zawrzeć w swych sądach nic ponadto, co jawi się przed mym umysłem tak jasno i wyraźnie, że nie miałbym żadnego powodu, by o tym powątpiewać. Drugim, aby dzielić każde z badanych zagadnień na tyle części, na ile by się dało i na ile byłoby potrzeba dla najlepszego rozwiązania. Trzecim, by prowadzić swe myśli w porządku, poczynając od przedmiotów najprostszych i najdostępniejszych poznaniu i wznosić się po trochu, jakby po stopniach aż do poznania przedmiotów bardziej złożonych. I ostatnim, by czynić wszędzie wyliczenia tak całkowite i przeglądy tak powszechne, aby być pewnym, że nic nie zostało pominięte” [3].

WNIOSKI

1. Stwierdzono istotne różnice między biegłymi w częstości rozpoznawania poczytalności zmniejszonej u sprawców samowolnych oddaleń i dezercji.
2. Tylko rozpoznanie lekkiego upośledzenia umysłowego i niepsychotycznych zaburzeń reaktywnych przesądzało diagnozę poczytalności zmniejszonej w tych przypadkach.
3. Stwierdzono znaczne indywidualne różnicowanie wartości wag diagnostycznych predyktorów poczytalności zmniejszonej oraz ich dużą zmienność w czasie.

4. Ujawniono znaczne różnice w trafności diagnozy poczytalności zmniejszonej 19–70% ($X=47$) między biegłymi.
 5. Potwierdzono przydatność analizy sekwencyjnej w kontroli jakości opinii sądowo-psychiatrycznych.
10. Melville H: Billy Budd. Przekł. B. Zieliński. PIW, Warszawa 1978.
 11. Morse SJ: Diminished capacity: a moral and legal conundrum. *J. Law Psychiatry* 1981, 4, 433–444.
 12. Nosal CS: Zastosowanie prostej analizy sekwencyjnej do zagadnień diagnozy psychologicznej. W: Brzeziński J (red.): Wybrane zagadnienia psychometrii i diagnostyki psychologicznej. Wyd. UAM, Poznań 1984, 181–198.
 13. Pobocho J: Metodyka i metodologia opiniowania poczytalności. *Mat. VII Kraj. Konf. Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP nt. „Teoria i praktyka oceny poczytalności”*. Pol. Tow. Psychiatryczne, Warszawa 1988, 81–88.
 14. Szaniawski K: O nauce, rozumowaniu i wartościach. PWN, Warszawa 1994.
 15. Szymusik A, Gierowski JK, Heitzman J, Leśniak R: Niektóre problemy metodologiczne w ekspertyzie sądowo-psychiatrycznej i sądowo-psychologicznej. *Probl. Praworządności* 1987, 38, 4(431), 43–49.
 16. Tarnawski M: Zmniejszona poczytalność sprawcy przestępstwa. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1976.
 17. Tyszka T: Analiza decyzyjna i psychologia decyzji. PWN, Warszawa 1986.
 18. Tyszka T: Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 1999.
 19. Zeegers M: Diminished responsibility. A logical, workable and essential concept. *Int. J. Law Psychiatry* 1981, 4, 433–444.

PIŚMIENNICTWO

1. Cieślak M, Spett K, Szymusik A, Wolter W: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.
2. Dawes RM., Faust D, Meehl PE: Clinical versus actuarial judgment. *Science* 1989, 243, 1668–1674.
3. Descartes R: *Rozprawa o metodzie właściwego kierowania rozumem i poszukiwania prawdy w naukach*. Przekł. W. Wojciechowska. PWN, Warszawa 1970.
4. Ilnicki S: *Wspomagana komputerowo ocena opinii sądowo-psychiatrycznych dotyczących samowolnych oddaleń i dezercji z lat 1970–1997. Rozprawa habilitacyjna*. Warszawa 1999.
5. Kmita J: *Wykłady z logiki i metodologii nauk*. PWN, Warszawa 1977.
6. Kozielecki J: *Psychologia procesów przeddecyzyjnych*. PWN, Warszawa 1969.
7. Kozielecki J: *Psychologiczna teoria decyzji*. PWN, Warszawa 1977.
8. Marek T, Noworol C: *Analiza sekwencyjna w badaniach empirycznych*. PWN, Warszawa 1987.
9. Mazurczyk Z: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne i wojskowo-lekarskie sprawców pełniących zasadniczą służbę wojskową*. Lek. Wojsk. 1998, 74, 5–6, 293–299.

*Adres: Dr Stanisław Ilnicki, Poradnia Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego WAM,
ul. Koszykowa 78, 00-909 Warszawa 60,
e-mail: ilnicki@warszawa.eta.pl*