

Anita Kotlenga

DIAGNOZOWANIE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW WSKAZANIEM DLA MOŻLIWOŚCI ODDZIAŁYWAŃ RESOCJALIZACYJNYCH

Artykuł 67 § 1 Kodeksu Karnego Wykonawczego z dnia 6 czerwca 1997 r. określa nadrzędny cel wykonywania kary pozbawienia wolności, którym jest: „wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych postaw, a w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa”¹. Kształtowanie społecznie pożądanych postaw, w tym kształtowanie poczucia odpowiedzialności w warunkach izolacji penitencjarnej, dokonuje się poprzez stosowanie środków penitencjarnych i resocjalizacyjnych. Dobór adekwatnych środków oddziaływania zależy jest od potrzeb, a także czynników indywidualnych, które określane są w toku dokonywanych czynności, dokładniej podczas sporządzania diagnozy penitencjarnej.

Diagnoza według Słownika Języka Polskiego PWN oznacza: „rozpoznanie choroby bądź ocenę stanu czegoś przedstawioną na podstawie badań i analiz”². S. Ziemiński diagnozę określa: „rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie objawów, w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości”³. Szczególnym rodzajem diagnozy psychologicznej jest diagnoza penitencjarna, rozumiana przez M.H. Kowalczyk, jako „pierwszy etap oddziaływania resocjalizacyjnego dostosowanego do osobowości osadzonego”⁴. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, w celu umożliwienia prowadzenia oddziaływań penitencjarnych prowadzi się zależnie od potrzeb badania osobopoznawcze bądź badania psychologiczne. Treść § 9 pkt 1 niniejszego Rozporządzenia określa elementy podlegające analizie w ramach badań osobopoznawczych, a są to: dane

¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Kodeks karny wykonawczy, (t.j. Dz.U. 2017, poz. 665), art. 67.

² <https://sjp.pwn.pl/sjp/diagnoza;2555032>

³ S. Ziemiński za: H. Machel, *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, s. 36.

⁴ M.H. Kowalczyk, *Zabójcy i mordercy. Czynniki ryzyka i możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych*, Impuls, Kraków 2010, s. 218.

osobowe osoby skazanej, informacje dotyczące sytuacji rodzinnej, opis funkcjonowania w kontaktach społecznych, określenie przyczyn i okoliczności sytuacji w jakiej doszło do popełnienia przestępstwa, informacje na temat wcześniejszej karalności, a także podatność bądź przynależność do podkultury przestępczej, opis zachowań wskazujących na możliwość uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź zachowań wskazujących na występowanie zaburzeń psychicznych, określenie umiejętności adaptacyjnych do warunków izolacji, a także opis wyników badań psychologicznych bądź psychiatrycznych⁵.

Powyższe Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości nie definiuje bezpośrednio przedmiotu diagnozy penitencjarnej, jednak z § 14 pkt 1 wynika, iż indywidualne programy oddziaływania, realizowane w ramach systemu programowanego oddziaływania oparte są o: wyniki badań osobopoznawczych, treści notatek sporządzanych w wyniku rozmów bądź innych sytuacji dotyczących skazanego, opis i wyjaśnienie przyczyn nieprzestrzegania norm prawnych lub niedostosowania społecznego, opis funkcjonowania skazanego w kontaktach społecznych oraz opis podstawowych problemów skazanego⁶.

Trzy ostatnie punkty składają się na formułowanie diagnozy penitencjarnej. G. Korwin-Szymanowski dokonał praktycznego wyodrębnienia elementów diagnozy penitencjarnej sporządzanej przez wychowawców penitencjarnych. Diagnoza, według wytycznych Autora, zawiera poniższe elementy:

1. Opis i wyjaśnienie przyczyn nieprzestrzegania norm prawnych lub niedostosowania społecznego:
 - a) charakterystyka najbliższego środowiska: rodzina (pełna, niepełna, rozbita), występowanie przemocy, wypełnianie funkcji wychowawczej przez rodziców (dyscyplina, realizacja podstawowych potrzeb, kontakt);
 - b) informacje o: chorobach, wypadkach, urazach, badaniach psychiatrycznych, neurologicznych;
 - c) stosowanie autoagresji;
 - d) uzależnienia/problemy z używkami: leczenie, pobyty w izbie wytrzeźwień;
 - e) przebieg nauki: problemy, powtarzanie klas, wagary, szkoły specjalne, placówki opiekuńczo-wychowawcze, ucieczki;
 - f) zainteresowania.
2. Opis funkcjonowania skazanego w kontaktach społecznych:
 - a) zachowanie: dominacja, podporządkowanie, izolowanie, bunt;
 - b) relacje interpersonalne (partner, rodzice, znajomi, współosadzeni, przełożeni): skłonności do deprecjonowania bądź podwyższania pozycji drugiej osoby, traktowanie instrumentalne, agresja;
 - c) preferencje: interpersonalne (określenie ważności kontaktów społecznych), seksualne.

⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (t.j. Dz.U. 2013, poz. 1067), § 9.

⁶ *Ibidem*, § 14.

3. Opis podstawowych problemów skazanego. Czynniki, które według diagnosty są powodem problemów skazanego, a także stanowią czynniki kryminogenne:
 - a) środowisko rodzinne: kontakt, charakter więzi, poczucie odpowiedzialności za rodzinę;
 - b) środowisko zawodowe: wykształcenie, zawód, motywacja, nawyk pracy, nauki;
 - c) warunki ekonomiczno-bytowe: środki finansowe, bezdomność, sytuacja prawna, problemy urzędowe;
 - d) zdrowie: uzależnienie lub nadużywanie alkoholu, narkotyków, stopień niepełnosprawności, stan zdrowia psychicznego, skłonności do zachowań autoagresywnych, labilność emocjonalna;
 - e) kompetencje społeczne i realizacja zobowiązań nałożonych przez sąd: stosunek do popełnionego przestępstwa, uiszczanie zobowiązań z tytułu alimentów, grzywny, stopień zdemoralizowania, przynależność podkulturowa, postawa (roszczeniowa), umiejętność planowania własnego życia, umiejętności rozwiązywania sytuacji trudnych, umiejętności nawiązywania bliskich, partnerskich i emocjonalnych relacji⁷.

Zakres czynników branych pod uwagę w trakcie procesu diagnostycznego jest zróżnicowany, wynika to z indywidualnych problemów skazanych, w szczególności: uzależnienia od środków psychoaktywnych i zachowań wskazujących na występowanie zaburzeń psychicznych, które wymagają specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w § 21 pkt 4 określa elementy podlegające diagnozowaniu osób kierowanych do oddziału terapeutycznego, a są to: przyczyny zaburzeń, charakter zaburzeń w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i w zachowaniu, aktualny stan psychofizyczny skazanego, problemy stanowiące podstawę skierowania skazanego do systemu terapeutycznego, indywidualne problemy inkarcerowanego, motywacja skazanego do uczestnictwa w realizacji indywidualnego programu terapeutycznego, a także pozytywne cechy osobowości i zachowanie skazanego⁸.

Opis diagnostyczny wynikający z powyższych elementów obejmuje szerszy zakres diagnozowanych czynników, rozbudowany został o potencjały tkwiące w jednostce – stanowiące jednocześnie bazę indywidualnych (osobowościowych) możliwości resocjalizacyjnych jednostki. Te istotę, jak wykażę w dalszej części pracy, podkreślali w swoich pracach L. Pytka czy M.H. Kowalczyk.

Istotne znaczenie dla procesu resocjalizacji przypisuje się indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności. Narzędzia, które pełnią funkcję słu-

⁷ G. Korwin-Szymanowski, *IPO – propozycja, nie obowiązek*, [w:] M. Nawotny (red.), *Forum penitencjarne. Pismo Służby Więziennej*, Warszawa 2013, s. 6, 7. <http://sw.gov.pl/Data/Files/kunickim/forumpenitencjarne/pelne/marzec-2013.pdf>

⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (t.j. Dz.U. 2013, poz. 1067), § 21.

żebną wobec tego zabiegu to: umieszczenie jednostki w odpowiednim rodzaju, typie zakładu karnego, a także systemie odbywania kary pozbawienia wolności. Klasyfikacji dokonuje się w związku z art. 82 § 2 k.k.w., który uwzględnia w szczególności: „płeć, wiek, uprzednie odbywanie kary pozbawienia wolności, umyślność lub nieumyślność czynu, czas pozostałej do odbycia kary pozbawienia wolności, stan zdrowia fizycznego i psychicznego (w tym stopień uzależnienia) od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, stopień demoralizacji i zagrożenia społecznego, rodzaj popełnionego przestępstwa”⁹.

Potrzeba przestrzegania porządku prawnego i powstrzymanie się od powrotu na drogę przestępstwa to elementarna część celu kary, stanowi także podstawowe ogniwo pracy resocjalizacyjnej. Diagnoza penitencjarna koncentruje się na ustaleniu przyczyn zachowań aspołecznych, antyspołecznych i przestępczych, a także, jak podkreśla M.H. Kowalczyk, istotne jest określenie pozytywnych właściwości, które umożliwiłyby przeprowadzenie procesu resocjalizacji¹⁰.

Zdaniem M. Cioska, diagnoza penitencjarna powinna uwzględnić (oprócz zaznaczonych już wcześniej potencjałów, które tkwią w jednostce) opis wpływu sytuacji izolacji więziennej na zachowanie jednostki i samopoczucie psychiczne¹¹. Wskazania, które uwzględnił M. Ciosek są ważne ze względu na możliwość wystąpienia silnego poczucia deprivacji, która doprowadzić może do zachowań autoagresywnych, a w skrajnej formie nawet do zachowań suicydalnych¹², a zatem istotne także stają się metody i formy resocjalizacji uwzględniające powyższe wskazania diagnostyczne.

A. Lewicki i współpracownicy podkreślili iż diagnosta więzienny obowiązkowo powinien określić miejsce badanego na kontinuum asocjalności, oznacza to iż do zadań diagnosty należy ustalenie w procesie diagnozy uwarunkowań czynów asocjalnych bądź przestępczych. Zdaniem Autorów asocjalność to pewne predyspozycje człowieka do zachowań nie tyle nieakceptowanych społecznie, co niezgodnych z oczekiwaniami społecznymi. Do symptomów asocjalności jednostki należą np. brak życzliwości i kultury wobec drugiego człowieka, powtarzające się zachowania antyspołeczne – skierowane do grup społecznych bądź indywidualnych jednostek. Kontinuum asocjalności składa się z trzech grup (czynników ryzyka) C – B – A. Każda grupa obejmuje określoną kategorię czynów, a zarazem wyznacza charakter predyspozycji sprawcy. Kategorię „C” tworzą jednostki dokonujące czynów asocjalnych, wynikających z okoliczności i uwarunkowań sytuacyjnych, sprawcy ci nie wykazują symptomów niedostosowania społecznego, są prawidłowo socjalizowani. Na kategorię „B” składają się jednostki nie przejawiające predyspozycji i skłonności osobowościowych do zachowań przestępczych, jednak popełniające czyny karalne, będące wynikiem pobudliwości emocjonalnej, obniżeniem spraw-

⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Kodeks karny wykonawczy, (t.j. Dz.U. 2017, poz. 665), art. 83.

¹⁰ M.H. Kowalczyk, *Zabójcy i mordercy...*, op. cit., s. 215.

¹¹ M. Ciosek, *Psychologia sądowa i penitencjarna*, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 2001, s. 138.

¹² M. Ciosek, B. Pastwa-Wojciechowska, *Psychologia penitencjarna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 405.

ności intelektualnej i konfliktami emocjonalnymi. Kategorię „A” tworzą sprawcy skrajnie aspołeczni dokonujący przestępstw świadomie i celowo¹³.

Kontinuum asocjalności stanowi fazę końcową postępowania diagnostycznego, do jego określenia wymagane jest dokonanie „klinicznej diagnozy psychologicznego mechanizmu asocjalności u osobnika skazanego wyrokiem sądowym na karę pozbawienia wolności¹⁴”. Model diagnozy skonstruowany przez A. Lewickiego koncentruje się na stopniu uspołecznienia jednostki, określając stopień rozwoju dążeń społecznych, rodzaj akceptowalnych i kategoriycznie odrzucających czynów aspołecznych¹⁵.

Istotą w wyborze modelu diagnostycznego są pytania odnoszące się do celu, a zarazem zakresu oczekiwanych zmian w podmiocie diagnozowanym. L. Pytka wyróżnia następujące modele diagnostyczne, uwzględniając przedmiot diagnozy: model behawioralny, którego przedmiotem jest zachowanie, szczególnie zachowanie niezgodne z normami prawnymi i społecznymi. Model ten diagnozuje czynniki (bodźce), które wpływają na wybór zachowań antyspołecznych (reakcje). Celem badania diagnostycznego jest wykrycie czynników, które zmieniają zachowanie osoby badanej bądź grupy społecznej¹⁶. S.N. Haynes uszczegółowia przedmiot diagnozy behawioralnej, wskazując iż nie obejmuje ona czynników wewnątrzpsychicznych i historycznych (czyli zachowań, sytuacji, czynników środowiskowych występujących w okresie pre-diagnostycznym). Niewątpliwie atrybut diagnozy stanowi empiryzm, pozwalający na weryfikowanie i obalanie przyjętych założeń (hipotez)¹⁷.

Wartością dodaną diagnozy behawioralnej jest jej ścisły związek z terapią. Teza ta stała się podstawą do skonstruowania poniższych założeń terapii behawioralnej, mianowicie:

- 1) zachowania w normie i patologiczne podlegają prawom uczenia się;
- 2) modyfikacja zachowań stanowi cel terapii (zainteresowania niniejszej diagnozy oscylują wokół procesów poznawczych i emocjonalnych towarzyszących jednostce, ale także poddających się jej bezpośredniemu wpływom);
- 3) techniki terapeutyczne i skuteczność terapii formowane są na drodze procedur eksperymentalnych i laboratoryjnych;
- 4) przedmiot pracy terapeuty stanowią aktualne zachowania badanego¹⁸.

Drugim modelem, wyróżnionym przez Autora, jest model wielodyscyplinarnej, uwzględniający oprócz behawioryzmu także mechanizmy regulujące zacho-

¹³ H. Machel, *Wprowadzenie...*, op. cit., s. 76, 77.

¹⁴ *Ibidem*, s. 77.

¹⁵ M.H. Kowalczyk, *Zabójcy i mordercy...*, op. cit., s. 217.

¹⁶ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1995, s. 125.

¹⁷ S.N. Haynes, *Zmienna natura diagnozy behawioralnej*, [w:] A.S. Bellack, M. Hersen (red.), *Diagnoza behawioralna. Podręcznik*, Wydawnictwo Me-Komp, Warszawa 2010, s. 19, 20.

¹⁸ W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001, s. 40-41.

wanie człowieka w określonych warunkach środowiskowych, prowadzące do wystąpienia zachowań nieprzystosowawczych. Sporządzenie diagnozy holistycznej obejmuje: „określenie intensywności postaw antyspołecznych oraz sposobu ich wewnętrznej integracji; zidentyfikowanie poziomu internalizacji przypisanych ról podkulturowych; oraz wskazanie hipotetycznych czynników, zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia konfliktu jednostki z normami społecznymi¹⁹”. Na podstawie wyróżnionych czynników dokonuje się oceny uwzględniającej wielkość zagrożenia, jakie stwarza jednostka i środowisko podkulturowe, celem sformułowania dyrektyw postępowania interwencyjnego bądź powstrzymania się od niego.

Ostatnim modelem, wyróżnionym przez Autora, jest model interakcyjny, którego przedmiotem zainteresowań są zaburzone stosunki interpersonalne i społeczne, wynikające z zaburzonego rozwoju psychologiczno-społecznego jednostki. Model ten stworzono w oparciu o teorię rozwoju dojrzałości interpersonalnej C.E. Sullivan’a i M.Q. Grant’a. Przyjęcie modelu interdyscyplinarnego bądź interakcyjnego zobowiązuje diagnostę do zaprojektowania gamy możliwości oddziaływań. Model humanistyczny stanowi odpowiednik dla diagnozy wielodyscyplinarnej, ujmując człowieka w sposób holistyczny. Podejście to traktuje beneficjenta podmiotowo, nadając szczególną rolę wartościom humanistycznym, w tym traktowaniu każdej jednostki indywidualnie. Podstawowym celem terapii humanistycznej jest stworzenie możliwie najlepszych warunków do rozwoju psychofizycznego²⁰.

Ukazane modele diagnostyczne stanowią wybrane teoretyczne zarysy pracy z osobami niedostosowanymi społecznie, zdemoralizowanymi czy wykolejonymi przestępczo. Zarówno powyższe modele, jak i ujęcie G. Korwin-Szymanowskiego posiadają cechy wspólne, w postaci rozpoznania czynników kryminogennych statycznych (niezależnych) i dynamicznych poddających się zmianie²¹.

Problematyczne, z punktu projektowania możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych, są zaburzone struktury osobowościowe, szczególnie te blokujące, bądź nie poddające się zmianie. Zaburzenia dysocjalne w przypadku sprawców przestępstw należą do czynników kryminogennych o charakterze statycznym, dlatego należą do najtrudniejszych przypadków w pracy penitencjarystów.

Klasyczny obraz kliniczny jednostki dysocjalnej składa się z następujących objawów: braku empatii, arogancko manifestowanej wyolbrzymionej samooceny, błyskotliwości, powierzchownego uroku, braku wyrzutów sumienia, bezwzględności, egoizmu, tendencji do wykorzystywania innych ludzi, impulsywności, braku poczucia odpowiedzialności i lekkomyślności²². Zdaniem B. Pastwy-Wojciechowskiej, izolacja więzienna wzmaga u zaburzonych dysocjalnie nieumiejętność

¹⁹ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna...*, *op. cit.*, s. 126, 127.

²⁰ *Ibidem*, 131, 132.

²¹ B. Hołyst, *Kryminologia*, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 1999, s. 28.

²² R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 527, 528.

zaadaptowania się do ograniczeń. Skazani ci w warunkach więziennych demonstrowają wzmoczoną pobudliwość, brak opanowania, awanturnictwo, a także szereg zachowań autoagresywnych i agresywnych²³. Możliwości resocjalizacyjne wobec tych osób są ograniczone, Autorka w pracy powołuje się na opinię H. Cleckleya, który uważa, że zaburzeni dyssocjalnie powinni być odseparowani od społeczeństwa, a ich zachowania nie poddają się modyfikacji. Równocześnie Badaczka odwołuje się do awersyjnego stanowiska K. Pospiszyla, który opisał metodykę pracy ze skazanymi wykazującymi zaburzenia dyssocjalne²⁴.

K. Pospiszyl wymienia 3 formy pracy: formę indywidualną, grupową i leczenie farmakologiczne. Najwięcej uwagi poświęca metodzie grupowej, która wiąże się w sposób bezpośredni z najistotniejszymi czynnikami osobowościowymi jednostek zaburzonych.

Pierwszym elementem wpisującym się w obraz kliniczny zaburzeń dyssocjalnych jest rys narcystyczny, a także potrzeba ciągłego manifestowania własnej osoby. Udział w terapii grupowej umożliwia autoprezentację, ale jednocześnie zmusza jednostkę do poznania psychiki drugiej osoby, co pozwala – jak wskazuje Autor – na lepsze poznanie własnego Ja. Kolejnym czynnikiem jest potrzeba zwiększonej stymulacji. Celem pracy terapeuty w tym punkcie jest takie skanalizowanie zajęć i działań skazanego, które w sposób akceptowalny społecznie będzie podwyższało poziom odczuwanej adrenaliny. Ostatnim czynnikiem, który determinuje zmiany w procesie resocjalizacji jednostek zaburzonych, jest określona postawa wychowawcy, terapeuty bądź innego specjalisty wobec jednostki zaburzonej dyssocjalnie. Wyniki badań wskazują na dwie skrajne postawy, mianowicie: łagodną i surową, które przynoszą rezultaty w procesie resocjalizacji sprawców o zaburzonych strukturach osobowościowych. Autor łączy je w całość, dając możliwość realizacji obu typów jednocześnie, w ramach uczestniczenia skazanych w grupach i komunach terapeutycznych, które pozwalają na komunikację interpersonalną, kształtując pozytywne więzi pomiędzy ludźmi, a także wyznaczając, jak wskazuje Autor, „reżim dnia codziennego”, w postaci wywiązywania się z codziennych obowiązków²⁵. Oddziaływanie resocjalizacyjne w przypadku osób zaburzonych dyssocjalnie w sposób ewidentny wymaga skanalizowania potrzeb i zachowań wynikających ze struktury osobowości w potrzeby i zachowania akceptowalne społecznie.

Niewątpliwie skazani wykazujący zaburzenia osobowości, a także, na co zwraca uwagę H. Machel, inkarcerowani wykazujący znaczne zaburzenia psychiczne, wymagają specjalistycznego i wszechstronnego diagnozowania²⁶. Zgodnie z § 11 przytoczonego już wcześniej Rozporządzenia Ministra Spra-

²³ B. Pastwa-Wojcechowska, *Naruszenie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno – psychologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2006, s. 129.

²⁴ *Ibidem*, s. 131.

²⁵ K. Pospiszyl, *Psychopatia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000, s. 151-155.

²⁶ H. Machel, *Więzienie, jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wydawnictwo Arche, Gdańsk 2003, s. 243

wiedliwości kategorii osób, które podlegają psychologicznemu procesowi diagnostycznemu to: młodociani wykazujący trudności wychowawcze, młodociani którzy za 6 miesięcy nabędą prawo do ubiegania się o warunkowe przedterminowe zwolnienie, skazani wykazujący potrzeby umieszczenia w oddziale terapeutycznym (zaburzeni psychicznie, niepełnosprawni intelektualnie, sprawcy przestępstw seksualnych), a także sprawcy, wobec których orzeczono karę dożywotniego bądź 25 lat pozbawienia wolności. Badanie psychologiczne kończy się, zależnie od potrzeb, opinią psychologiczną lub orzeczeniem psychologiczno-penitencjarnym, zawierającym informację o wskazaniach i zaleceniach w dalszym postępowaniu wobec badanego²⁷.

W szczególnych okolicznościach sąd zleca przeprowadzenie ekspertyzy psychologicznej. Przedmiotem oceny psychologicznej (*psychological assessment*) są zachowania określonej osoby bądź grupy osób w sytuacji stanowiącej przedmiot sprawy²⁸. Spektrum zakresu, w jakim sporządza się opinię (diagnozę) obejmuje: poczytalność (wybrane właściwości procesów motywacyjnych, odnoszące się do stopnia samokontroli działania sprawcy); celowość stosowania środków zabezpieczających w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym; osobowość (cechy temperamentalne, emocjonalność, potrzeby, postawy, oczekiwania i dążenia, sprawność intelektualną, inteligencję); uzdolnienia i umiejętności, a także motywację czynu²⁹. Kompleksowe opinie, które sporządza zarówno psychiatra, psycholog, jak i pedagog dotyczą spraw nieletnich. Biegli określają stopień zdemoralizowania i nieprzystosowania społecznego, dokonują szczegółowej analizy trajektorii życia – ujmując czynniki psychologiczne i społeczne determinujące asocjalność i przestępczość³⁰. Merytoryczna zawartość ekspertyzy psychiatrycznej opisującej zaburzenia osobowości bądź psychiczne zawiera: anamnezę rodzinną, anamnezę badanego, trajektorię życia, opis czynu, badanie somatyczne, wyniki badań dodatkowych (np. badania neurologiczne, psychologiczne, neuroradiologiczne, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badania endokrynologiczne czy fallografię), opis stanu psychopatologicznego, omówienie uzyskanych wyników³¹.

Wyniki ekspertyzy dokonanej na zlecenie sądu stanowią źródło danych, do sporządzenia diagnozy penitencjarnej, jednak nieocenioną wartością dokumentu jest wyznaczony kierunek postępowania z badanym, określony przez biegłego w toku wykonywanych czynności³². Zarówno dyrektywy wynikające

²⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (t.j. Dz.U. 2013, poz. 1067), § 10, 11.

²⁸ A. Czardecka, *Diagnoza psychologiczna*, [w:] J. Wójcikiewicz (red.), *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska S.A., Kraków 2002, s. 389.

²⁹ *Ibidem*, s. 435.

³⁰ J.K. Gierowski, *Przedmiot i zakres ekspertyzy psychologicznej*, [w:] J. Wójcikiewicz (red.), *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska S.A., Kraków 2002, s. 391-394.

³¹ *Ibidem*, s. 455.

³² *Ibidem*.

z orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych, jak i ekspertyz stanowią najrzetelniejszą, w mojej opinii, bazę do projektowania indywidualnych oddziaływań resocjalizacyjnych. Ryzyko związane ze sporządzaniem diagnozy penitencjarnej dotyczyć może wypadkowej różnorodnych interpretacji czynników kryminogennych, krótkiego czasu wymaganego do sporządzania diagnozy czy braku istotnych informacji o czynnikach pre-diagnostycznych. Diagnoza penitencjarna szczególnego znaczenia nabiera w przypadku skazanych młodocianych i po raz pierwszy odbywających karę pozbawienia wolności, ponieważ ukierunkowane oddziaływanie mogą nie w pełni odpowiadać ich potrzebom.

Bibliografia

Literatura

Bellack A.S., Hersen M. (red.), *Diagnoza behawioralna. Podręcznik*, Wydawnictwo Me-Komp, Warszawa 2010.

Carson R., Butcher J., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.

Ciosek M., *Psychologia sądowa i penitencjarna*, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 2001.

Ciosek M., Pastwa-Wojciechowska B., *Psychologia penitencjarna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.

Hołyst B., *Kryminologia*, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 1999.

Kowalczyk M.H., *Zabójcy i mordercy. Czynniki ryzyka i możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych*, Impuls, Kraków 2010.

Machel H., *Więzienie, jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wydawnictwo Arche, Gdańsk 2003.

Machel H., *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.

Paluchowski W.J., *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.

Pastwa-Wojciechowska B., *Naruszenie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2006.

Pospiszyl K., *Psychopatia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.

Pytka L., *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1995.

Wójcikiewicz J. (red.), *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska S.A., Kraków 2002.

Akty prawne

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, (t.j. Dz.U. 2017, poz. 665).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (t.j. Dz.U. 2013, poz. 1067).

Źródła internetowe

G. Korwin-Szymanowski, *IPO – propozycja, nie obowiązek*, [w:] M. Nawotny (red.), *Forum penitencjarne. Pismo Służby Więziennej*, Warszawa 2013, <http://sw.gov.pl/Data/Files/kunickim/forumpenitencjarne/pelne/marzec-2013.pdf>

DIAGNOSING CRIMINAL OFFENDERS AS AN INDICATION OF THEIR POTENTIAL FOR SOCIAL REHABILITATION

Abstract

This paper discusses the process of diagnosing criminal offenders. First, it presents the selected theoretical diagnostic models and a practical approach prepared by a penitentiary practitioner. Then, the focus of the analysis is on differentiating between various criminogenic factors that determine the direction of the penitentiary and resocialisation work. By way of conclusion, the quality of the diagnostic process is evaluated based on psychological and penitentiary certificates prepared by correction officers. In the final section, other documents, including psychological opinions, are discussed in the context of the directives concerning the design of individual correction programmes for prisoners.