

Małgorzata Sitarczyk

Psychologiczne kryteria oceny wiarygodności zeznań osób chorych psychicznie

Psychological criteria for assessing the credibility of testimonies given by the mentally ill

Correspondence to: Instytut Psychologii UMCS, pl. Litewski 5, 20-080 Lublin, tel.: 601 165 980, e-mail: małgorzata.sitarczyk@interia.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Treść i forma składania zeznań przez osoby z chorobą psychiczną są ważnym i interesującym zagadnieniem zarówno w zakresie prawa, psychiatrii, jak i psychologii. Psychiczenie chory świadek lub osoba, która w chwili zdarzenia pozostaje pod wpływem alkoholu czy środków odurzających, w czasie zeznań stwarza problem dotyczący oceny jej kompetencji jako świadka. Od biegłego psychologa oczekuje się określenia owych kompetencji w odniesieniu do zdolności w zakresie postrzegania, przechowywania i odtwarzania postrzeżeń oraz w zakresie psychologicznych kryteriów wiarygodności złożonych zeznań. W artykule dokonano przeglądu psychologicznych wskaźników wiarygodności zeznań, a następnie przedstawiono analizę zeznań osób chorych psychicznie. Wykazano, że ocena zeznań powinna obejmować wskaźniki dotyczące treści, motywacji składania zeznań, historii zeznania oraz kryteria obserwacyjne dotyczące zachowania, a także sfery emocjonalnej i fizjologicznej świadka. Na podstawie zaprezentowanych studiów przypadku starano się wykazać, że porównania i uogólnienia w zakresie treści i formy zeznań osób chorych psychicznie są możliwe, jednak należy podchodzić do nich z dużą ostrożnością, zawsze pamiętając o zasadzie indywidualizacji w postępowaniu diagnostycznym. Do najczęściej pojawiających się cech zeznań osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną należą: przewaga zdań asercyjnych, brak ustrukturywania wypowiedzi, często brak logiki, występowanie nieistotnych detali, rozmyty kontekst, problemy w odróżnieniu, które treści są rezultatem własnych spostrzeżeń, a które subiektywnych przeżyć, często o charakterze urojeniowym.

Słowa kluczowe: psychologia sądowa, świadek, zeznania, osoba chora psychicznie, wiarygodność zeznań

Summary

The way people with mental illnesses testify and the content of their testimonies are important and interesting issues in law, psychiatry and psychology. While testifying, a mentally ill witness, or a person under the influence of alcohol or other intoxicants during the incident, causes a problem involving the assessment of their competence as a witness. A psychologist acting as an expert witness is expected to establish this competence in terms of the capability to perceive, store and recreate observations and with regard to the psychological criteria determining the credibility of the testimony. The article reviews psychological indicators determining the credibility of a testimony and then analyses testimonies of mentally ill witnesses. It has been shown that an assessment of testimonies should include indicators regarding the content of a testimony, the motivation for testifying, and the history of a testimony, as well as observational criteria regarding the witness' emotional and physiological sphere. Based on the presented case studies, an attempt was made to indicate that comparisons and generalizations within the content and form of mentally ill witnesses' testimonies are possible, but they should be considered with great caution, always including the principle of individualization in diagnostic procedure. The most prevalent characteristics of testimonies of patients with paranoid schizophrenia comprise: prevalence of assertive sentences, lack of structured statements, often lack of logic, occurrence of insignificant details, muddled context, problems with differentiation which contents result from one's own observations and which from subjective experience, often of paranoid type.

Key words: forensic psychology, witness, testimony, mentally ill, credibility of testimony

WPROWADZENIE: KOMPETENCJE W ROLI ŚWIADKA

Treść i forma składania zeznań przez osoby z chorobą psychiczną są ważnym i interesującym zagadnieniem zarówno w zakresie prawa, psychiatrii, jak i psychologii. W polskim sądownictwie coraz częściej dopuszcza się i akceptuje zeznania osób z chorobą psychiczną. O tym, kiedy przesłuchuje się świadka z udziałem psychologa, mówi wyraźnie art. 192, par. 2 kpk.

Psychicznie chory świadek lub osoba, która w chwili zdarzenia pozostaje pod wpływem alkoholu czy środków odurzających, w czasie zeznań stwarza problem dotyczący oceny jej kompetencji jako świadka. Od biegłego psychologa oczekuje się określenia wspomnianych kompetencji w zakresie postrzegania, przechowywania i odtwarzania postrzeżeń oraz w zakresie psychologicznych kryteriów wiarygodności złożonych zeznań⁽¹⁻¹⁰⁾.

Warto podkreślić, że zarówno upośledzenie umysłowe, jak i choroba psychiczna nie powinny dyskryminować danej osoby w roli świadka i przesądzać o jego niekompetencji. Jednak zarówno upośledzenia, jak i zaburzenia psychiczne w pewnym, niekiedy znacznym stopniu ograniczają wiarygodność psychologiczną zeznań. Przyczyną takiej oceny w opinii biegłych psychologów mogą być zakłócenia procesów poznawczych: spostrzegania, uwagi i pamięci, zaburzenia procesów myślenia, zaburzenia sfery emocjonalno-motywacyjnej, zaburzenia woli, zaburzenia świadomości^(1-4,8-10).

Istotne znaczenie dla określenia kompetencji danej osoby w roli świadka ma ocena jej zdolności do przywoływania i prawidłowego interpretowania zdarzenia, którego dotyczy zeznanie. Chodzi tu o stan świadomości w momencie zdarzenia, a także o styl poznawczy rozumiany jako indywidualny sposób gromadzenia informacji. Ważne są jakość pamięci krótko- i długotrwałej oraz zdolność do koncentracji uwagi, o której można wnioskować nie tylko w trakcie przesłuchania, ale także na podstawie jakości złożonej relacji ze zdarzenia będącego przedmiotem przesłuchania^(1,3,4,7-11).

Ocena kompetencji osoby w roli świadka zależy ponadto od umiejętności interpersonalnych opiniowanej osoby, w tym zasobów i zdolności w zakresie porozumiewania się, oraz cech temperamentalnych i osobowych⁽¹⁾.

Należy zaznaczyć, że dla określenia wiarygodności zeznań istotne są również wiedza na temat procesu formowania się zeznań i analiza danych osobowych świadka. O kompetencjach świadka decydują jego wiek, stan umysłu, stan psychiczny oraz tzw. naoczna konstatacja faktów. Diagnozując kompetencje opiniowanej osoby, wartość informacyjną zeznań oraz ich psychologiczną wiarygodność, należy uwzględnić różne cechy indywidualne – od specyfiki choroby, na którą cierpi świadek, po specyfikę zdarzenia, którego dotyczy zeznanie^(1,3,4,7-12).

INTRODUCTION: COMPETENCES IN THE WITNESS' ROLE

The way people with mental illnesses testify and the content of their testimonies are important and interesting issues in law, psychiatry, law and psychology. In Polish courts, mentally ill people's testimonies are more and more often allowed and accepted. Article 192 § 2 of the penal law code specifies when the witness may be interrogated with a psychologist's participation.

While testifying, a mentally ill witness or a person under the influence of alcohol or other intoxicants during the incident, causes a problem related to assessment of her/his competence as a witness. An expert psychologist is expected to determine such competences in terms of the capacity to perceive, store and recreate observations and within psychological criteria of the credibility of testimonies⁽¹⁻¹⁰⁾.

It is worthwhile to emphasize that neither mental impairment nor mental illness should discriminate against a given person in the witness' role or prejudice her/his incompetence. However, both mental impairments and disorders to some, sometimes considerable, extent confine the psychological credibility of testimonies. Such assessment according to expert psychologists may result from disturbed cognitive processes: perception, attention and memory, disturbed thinking processes, disturbed emotionally-motivational sphere, disturbed will, and disturbed consciousness^(1-4,8-10).

Significantly important for determining a given person's competence as a witness is assessment of such person's capability to recall and correctly interpret the incident to which the testimony refers. What is meant here is the consciousness condition at the moment the incident occurs, as well as the cognitive style perceived as an individual way of storing the information. Particularly important are: the quality of short- and long-term memory and ability to focus one's attention which can be determined not only during the interrogation but also according to the quality of the submitted account of the incident concerned^(1,3,4,7-11).

Assessment of the witness' competence depends also on a given person's interpersonal skills, including her/his resources and skills in communication, as well as temperamental and personal traits⁽¹⁾.

It is worth noting that important for determining the testimonies credibility are also the knowledge on the process of testimonies formulation and analysis of the witness' personal data. The witness' competences are determined by her/his age, mental condition, and the so called visual ascertainment of facts. While diagnosing the evaluated person's competence, the testimonies' informative value and psychological credibility, we should consider various individual traits – from specificity of the witness' illness to specificity of the incident to which the testimony refers^(1,3,4,7-12).

PSYCHOLOGICZNE KRYTERIA WIARYGODNOŚCI ZEZNAŃ

W literaturze przedmiotu^(1-4,7-10,12) wiarygodność zeznań jest definiowana jako stopień prawdopodobieństwa zajścia w obiektywnej rzeczywistości faktów ujawnionych w treści zeznania. W tym znaczeniu prawdopodobieństwo może być znaczne lub niewielkie, małe lub duże, wysokie lub niskie. Jednak zeznania w kwestii wiarygodności oceniane są w kategoriach jakościowych, nie ilościowych.

Dlatego wiarygodność może być różnie kategoryzowana: od wypowiedzi logicznych do nielogicznych; od zeznań kontekstualnych do informacji trudnych w odniesieniu do konkretnego miejsca, czasu czy przestrzeni społecznej lub fizycznej; od treści ustrukturyzowanych do wypowiedzi chaotycznych, nieuporządkowanych, fragmentarycznych; od wypowiedzi bogatych w detale istotne dla charakterystyki zdarzenia do wypowiedzi ogólnikowych, ubogich w szczegóły; od spójnego opisu faktów, czynności i zachowań do zeznań chaotycznych, niespójnych, sprzecznych w zakresie podawanych faktów, czynności czy zdarzeń^(1,13-15).

W psychologii podobnie jak w prawie wiarygodność zeznań kształtuje się na kontinuum od zdań asercyjnych do zdań asertorycznych^(3,6,16). Pierwsze z nich mają charakter subiektywnego uznania, wyrażenia przekonania, a więc dokonania oceny czy refleksji, natomiast drugie są stwierdzeniem zaistniałego faktu czy zdarzenia.

Wiarygodność należy odróżnić od prawdziwości, a niewiarygodność od kłamstwa. Wiarygodność nie jest pojęciem psychologicznym, lecz prawniczym i tylko sąd ma odpowiednie kompetencje, by ostatecznie ocenić wiarygodność zeznań^(1,3,9).

Z prawnego punktu widzenia wyróżnia się cztery kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów. Są to: doświadczenie życiowe, źródła wiedzy, poprawność logiczna oraz prawdopodobieństwo wersji oparte na symptomatyczności dowodów, przy czym najważniejszym kryterium jest poprawność logiczna⁽⁹⁾.

Z kolei z psychologicznego punktu widzenia można mówić o kryteriach (wskaźnikach) wiarygodności zeznań świadków, czyli o zgodności lub niezgodności psychologicznych zmiennych charakteryzujących zeznania i proces ich formułowania z prawami psychologii opisującymi zachowanie człowieka w różnych sytuacjach. Generalnie w obszarze zainteresowań psychologów sądowych leży wiarygodność, nie zaś prawdziwość zeznań^(1,3,9).

Aktualnie w psychologii sądowej wyróżnia się kilkadziesiąt różnych kryteriów wiarygodności i równie wiele ich klasyfikacji. Pierwsze zestawienia kryteriów treściowych, struktury formalnej zeznań, kryteriów obserwacyjnych i fizjologicznych zaproponowali niemieccy psychologowie w latach 50. XX wieku (Undeutsch, Trankell, Littmann^(za 1)). Do najpopularniejszych klasyfikacji, opartych na powyższych kryteriach, należy koncepcja Arntzena⁽¹⁾.

PSYCHOLOGICAL CRITERIA OF THE CREDIBILITY OF TESTIMONIES

In specialist literature^(1-4,7-10,12) the credibility of testimonies is defined as a degree of probability of the incident in objective reality of facts disclosed in the content of testimony. Meant like that, the probability may be considerable or slight, high or low. However, testimonies in terms of credibility are assessed in qualitative, and not quantitative, terms. Therefore, credibility may be categorized in different ways: from logical to illogical statements; from contextual testimonies to information difficult in relation to a specific place, time or social or physical sphere; from structured contents to chaotic, disarranged, and fragmentary statements; from statements rich in details significant for characteristics of the incident to vague statements poor in details; from coherent description of facts, activities and behaviours to testimonies which are chaotic, incoherent, and contradictory within the given facts, activities or incidents^(1,13-15).

In psychology, as in law, the credibility of testimonies develops on a continuum from assertive sentences to assertory sentences^(3,6,16). The former are of the type of subjective acknowledgement, expression of a conviction, i.e. evaluation or reflection, whereas the latter confirm the existing fact or incident.

The credibility should be distinguished from the truthfulness, as incredibility should be distinguished from lies. Credibility is not a psychological but a legal term, and only the court has appropriate competences to decisively assess the credibility of testimonies^(1,3,9).

From the legal point of view, four criteria of assessment of credibility and power of evidence are singled out: life experience, sources of knowledge, logical correctness, and probability of version based on symptomatology of evidence, the most important criterion being the logical correctness⁽⁹⁾.

Instead, from the psychological point of view we can speak about the criteria (indicators) of credibility of witnesses' testimonies, i.e. about the compatibility or incompatibility of psychological variables characterizing the testimonies and the process of their formulation with the psychological laws describing human behaviour in different situations. Generally, forensic psychologists are interested in credibility and not truthfulness of testimonies^(1,3,9).

Presently, forensic psychology distinguishes several dozen different criteria of credibility and as many their classifications. The first lists of content-related criteria, formal structure of testimonies, observational and physiological criteria, were submitted by German psychologists in the 50s of the 20th century (Undeutsch, Trankell, Littmann⁽¹⁾). One of the most popular classifications, based on the above criteria, is that of Arntzen⁽¹⁾.

More and more often used are also the criteria of the history of testimony, its structure, linguistic characteris-

Coraz częściej stosuje się także kryteria dotyczące historii zeznania, jego konstrukcji, lingwistycznej charakterystyki sposobu zeznawania, funkcjonalnej analizy wypowiedzi⁽¹⁷⁾, odporności na czynniki destrukcyjne, a także odwołujące się do wskaźników motywacyjnych oraz opartych na komunikacji niewerbalnej⁽¹⁵⁾.

Niezależnie od sposobu porządkowania psychologicznych wskaźników wiarygodności zeznań można mówić o czterech zasadniczych grupach wskaźników prawdy i fałszu możliwych do zaobserwowania na czterech poziomach zeznań: zawartości tekstowej przekazu, werbalnego stylu prezentacji przekazu, towarzyszących przekazowi zachowań niewerbalnych oraz reakcji fizjologicznych osoby składającej zeznanie^(1-3,11).

W literaturze sądowej, psychiatrycznej, psychologicznej i kryminalistycznej brakuje informacji na temat specyfiki zeznań osób chorych psychicznie. Pomijanie tego tematu wynika przede wszystkim z trudności metodologicznych związanych ze stosowaniem przez biegłych różnych typologii i klasyfikacji wskaźników psychologicznej wiarygodności zeznań. Także ogromna ilość objawów i zaburzeń psychicznych utrudnia jakiegokolwiek porównania i uniemożliwia uogólnienia^(18,19).

Poniżej przedstawiono trzy przypadki chorych z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną, którzy składali zeznania w roli świadka, sprawcy i ofiary, w różnych zdarzeniach. Na tej podstawie starano się wykazać, że porównania i uogólnienia są możliwe, jednak należy podchodzić do nich z dużą ostrożnością, zawsze pamiętając o zasadzie indywidualizacji w postępowaniu diagnostycznym. Dokonano uogólnienia, bazując na dwóch kryteriach: ta sama jednostka nozologiczna – schizofrenia paranoidalna oraz ten sam zestaw wskaźników oszacowania wiarygodności zeznań.

W analizie trzech przedstawionych zeznań zastosowano te same kryteria oceny wiarygodności odnoszące się do treści i formy zeznań. Kryteria wybrano, biorąc pod uwagę przede wszystkim podejście poznawcze, akcentujące trafność i rzetelność wskaźników empirycznych wiarygodności psychologicznej^(1,3,4,8-10,13,14,17).

W ocenie zeznań stosowano trzy grupy wskaźników: kryteria odnoszące się do treści zeznań, kryteria opisujące zachowanie w trakcie składania zeznań oraz kryteria emocjonalno-motywacyjne wynikające z faktu składania zeznań. Wśród kryteriów odnoszących się do treści zeznania wyróżniono:

- Logikę wypowiedzi: logiczna – nielogiczna. Wypowiedzi ocenia się pod względem wewnętrznej zgodności logicznej między podawanymi faktami, informacjami, odczuciami świadka i zwraca szczególną uwagę na wykrywanie rozbieżności w zeznaniu. Jeżeli nie stwierdza się wewnętrznych rozbieżności, a całość jest spójna, to pierwsze kryterium należy uznać za spełnione i zeznania ocenić jako logiczne. Zeznania logiczne charakteryzują: wysoce prawdopodobny przebieg zdarzeń

tics of testifying, functional analysis of the statement⁽¹⁷⁾, resistance to destructive factors, and also those referring to motivational indicators and based on nonverbal communication⁽¹⁵⁾.

Irrespective of the way of arrangement of psychological indicators of testimonies credibility we can single out four basic groups of indicators of the truth and falsehood observable on four levels of testimonies: textual content of communication, verbal style of communication presentation style, nonverbal behaviours accompanying the communication, and physiological reactions of a testifying person^(1-3,11).

Forensic, psychiatric, psychological and criminological literature lacks information about the specificity of mentally ill people's testimonies. Omission of this subject results mostly from methodological difficulties connected with the use, by experts, of various typologies and classifications of the indicators of psychological credibility of testimonies. Besides, loads of mental symptoms and disorders hamper all comparisons and generalizations^(18,19).

Presented below are three cases of patients with diagnosed paranoid schizophrenia, who testified as witnesses, perpetrators and victims, in different incidents. In this way an attempt was made to indicate that comparisons and generalizations are possible, however they should be handled with great caution, always remembering about the principle of individualization in diagnostic procedures. Generalization was made, based on two criteria: the same nosological unit – paranoid schizophrenia, and the same set of indicators assessing the credibility of testimonies.

Analysis of the three presented testimonies uses the same criteria of assessment of credibility relating to the content and form of testimonies. The criteria were mainly selected basing on a cognitive approach which emphasizes the validity and reliability of empirical indicators of psychological credibility^(1,3,4,8-10,13,14,17).

Assessment of testimonies applies three groups of indicators: criteria related to the content of testimonies, criteria describing the behaviour during testifying, and emotional-motivational criteria resulting from the fact of testifying.

The criteria related to the content of testimonies comprise:

- Logic of the statement: logical – illogical. Statements are assessed in terms of their internal logical compliance between the quoted facts, information and witness' feelings, and special attention is paid to revealing discrepancies in the testimony. If no internal discrepancies are found and everything is coherent, then the first criterion should be considered as complete and testimonies should be considered logical. Logical testimonies are characterized by: a highly probable course of events described by the witness, logical sequence within the description of the perpetrator's activities, appropriate time proportions (sense of time), and concentration on facts. Considered as illogical should be testimonies of a witness who is unable to specify the sequence of her/his own

relacjonowanych przez świadka, logiczna kolejność w zakresie opisu czynności sprawcy, właściwe proporcje czasowe (poczucie czasu), koncentracja na faktach. Za wypowiedź nielogiczną należy uznać zeznania świadka, który nie potrafi podać kolejności czynności własnych i innych osób lub podaje nielogiczne informacje. Koncentruje się jedynie na emocjach, nie umie umieścić zdarzeń w czasie (pora roku, miesiąc, dzień, pora dnia, czas trwania zdarzenia, kolejność czynności w czasie)^(1,3,4,9,10,13,14).

- Strukturę wypowiedzi: ustrukturalizowana – nieustrukturalizowana, chaotyczna. Wypowiedź ustrukturalizowana charakteryzuje się opisem zdarzeń w kolejności, w jakiej były przedmiotem doświadczeń świadka. Narracja jest logiczna, bez wtrętów i nadmiaru nieistotnych informacji. Każda wypowiedź ma wyraźny początek, środek i zakończenie. Wypowiedź chaotyczna, nieustrukturalizowana oznacza bezładny, skokowy i urywany opis zdarzeń. Sytuacja taka ma miejsce, kiedy świadek stosuje spontaniczną narrację, podczas której dochodzi do zjawiska inkadencji, czyli nagłego przyływu wspomnień^(1,17).
- Świadkowie z problemami psychicznymi, szczególnie z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, mają skłonności do udzielania takich chaotycznych wypowiedzi. Ich zeznania charakteryzują rozkojarzenie, obecność luźnych ciągów wypowiedzi, bez elementów wiążących, np. zaimków, spójników, przysłówków, włączenie tematów spoza osi rozmowy, co prowadzi do tworzenia tekstu logicznie nieprawdziwego i rozproszenia wiązki tematycznej. Jednocześnie w najbardziej zaburzonych wypowiedziach pojawia się patologia na poziomie leksykalnym – tworzy się język prywatny, niezrozumiały dla innych (metonimie, neologizmy)⁽²⁰⁾, często z nadmiernie akcentowaną funkcją autoregulacyjną i ekspresyjną.
- Obecność detali: liczba detali wystarczająca – mała liczba detali. Detal to informacja szczegółowa dotycząca zachowania, przeżyć i atrybutów osób, przedmiotów lub zdarzeń. Liczba detali podana przez świadka jest ważnym kryterium odróżniającym zeznania prawdziwe od fałszywych. Ogólnie w zeznaniu fałszywym występuje mniej detali niż w prawdziwym. W zeznaniu fałszywym świadek często myli detale, zmienia ich opis, zasłania się niepamięcią. W zeznaniu prawdziwym detale są niezmiennie, niektóre bardzo wyraźnie zapamiętane i szczegółowo opisywane. Wyróżniamy detale istotne i nieistotne dla przebiegu zdarzenia, niezwykle i typowe, zrozumiałe dla świadka i niezrozumiałe^(1,3,4,9,10,13,14).
- Kontekstualność wypowiedzi: obecność kontekstu czasowego, społecznego i terytorialnego (przestrzennego) – trudności w ocenie kontekstu. Według tego kryterium ocenia się, czy opisywane przez świadka zdarzenia są ujęte w perspektywie czasowej, społecznej i przestrzennej – w wypowiedziach kontekstualnych świadek, opisując zdarzenia, potrafi powiązać je z zewnętrznymi

and other people's activities or gives illogical information. She/he only focusses on emotions and cannot place events in time (season, month, day, time of the day, duration of incident, sequence of activity in time)^(1,3,4,9,10,13,14).

- Structure of the statement: structured – nonstructured, chaotic. A structured statement is characterized by a description of incidents in the sequence in which they were experienced by the witness. The narration is logical, without any interjections and excessive insignificant information. Each statement has a distinct beginning, middle and ending. A chaotic, non-structured statement is a muddled, irregular and intermittent description of events. Such a situation occurs when the witness uses a spontaneous narration during which a sudden surge of recollections occurs^(1,17).
- Witnesses with mental problems, especially with diagnosed paranoid schizophrenia, have an inclination to utter such chaotic statements. Their testimonies are characterized by dissociation, loose sequences of statements, without any connecting elements, e.g. pronouns, conjunctions, adverbs, inclusion of subjects from beyond the plot of the conversation, which leads to creation of a logically untrue text and distraction of the theme. At the same time in most disturbed statements a pathology on the lexical level occurs – a private language is created which is incomprehensible to other people (metonyms, neologisms)⁽²⁰⁾, often with excessively emphasized self-regulatory and expressive functions.
- The presence of details: sufficient number of details – low number of details. A detail is detailed information about the behaviour, experiences and attributes of people, objects or incidents. The number of details presented by the witness is an important criterion differentiating true from false testimonies. Generally, a false testimony contains fewer details than the true one. In a false testimony the witness often confuses details, changes their description, uses oblivion as an excuse. In a true testimony the details are invariable, some of them are clearly remembered and described thoroughly. We can distinguish significant and insignificant details for the course of the incident, extraordinary and typical details, or such which are comprehensible or incomprehensible to the witness^(1,3,4,9,10,13,14).
- Contextualisation of the statement: presence of the time-related, social and territorial (spatial) context – difficulties in assessment of the context. According to this criterion, we can assess whether the incidents described by the witness are presented in time-related, social and spatial perspective – in contextual statements the witness when describing the incidents can connect them with external circumstances (when and where it was, who has seen it, who has heard something etc.) – and in what way they were settled in the witness' whole life^(1,3,4,9,10,14). An indicator of difficulties in remembering the context is oblivion as an excuse.

okolicznościami (gdzie i kiedy zdarzenie miało miejsce, jak długo to trwało, kto je widział, kto coś słyszał itp.) – oraz w jaki sposób zostały osadzone w całości życia świadka^(1,3,4,9,10,14). Wskaźnikiem trudności w zapamiętaniu kontekstu jest powoływanie się na niepamięć.

- Umiejętność opisu interakcji: pełny opis interakcji – brak opisu interakcji. Kryterium to jest spełnione, gdy świadek dokładnie przytacza przebieg interakcji między uczestnikami zdarzenia. Świadek w opisie tego, co się działo, musi podać co najmniej trzy elementy interakcyjne według schematu akcja – reakcja – akcja. Podanie dwóch elementów na zasadzie akcja – reakcja jest niewystarczające. W zeznaniach niewiarygodnych należy oczekiwać częstszego występowania interakcji dwuelementowych lub skoncentrowanych jedynie na opisie zachowania jednej ze stron^(10,13,14).
- Zdolność odtwarzania dialogów, wypowiedzi uczestników zdarzenia: świadek potrafi odtworzyć treść rozmów – świadek nie odtwarza treści rozmów. Wskaźnik ten pokazuje, czy świadek jest w stanie przytoczyć dialogi *expressis verbis* – cytuje siebie i inne osoby. Przykładem mogą być bardzo dokładnie odtwarzane rozmowy. Niemniej przydatność omawianego kryterium jest ograniczona – pod tym względem zdecydowanie lepiej wypadają osoby towarzyskie, rozmowne, o dużych możliwościach i zdolnościach werbalnych. Świadkowie o niskich kompetencjach językowych po prostu nie potrafią werbalnie wyrazić przebiegu rozmów, w których uczestniczyli lub które słyszeli^(1,3,4,9).
- Umiejętność opisu własnych stanów psychicznych w chwili zdarzenia: opis własnych stanów psychicznych – brak opisu stanów psychicznych. Jeżeli w zeznaniach pojawia się opis stanów psychicznych, to w istotny sposób wzrasta wiarygodność świadka.
- Umiejętność opisu stanów psychicznych innych uczestników zdarzenia. Świadek wnioskuje o stanie emocjonalnym sprawcy lub ofiary na podstawie zachowania i stanu fizjologicznego. Kryterium to wymaga ustalenia, czy świadek rzeczywiście obserwował zewnętrzne oznaki stanów emocjonalnych sprawcy/ofiary lub słyszał wypowiedzi sprawcy/ofiary i innych uczestników zdarzenia, czy jedynie domyśla się lub wyjaśnia w ten sposób zachowanie innych (szuka motywów zachowania sprawcy). Nie jest to kryterium najważniejsze dla oceny wiarygodności zeznań^(10,13,14).
- Stosowanie korekt: korekty spontaniczne – brak korekt spontanicznych (wersja jedyna, jednoznaczna). Bardziej wiarygodny jest świadek, który w trakcie zeznań sam, bez pytania, koryguje i zmienia relację – przyczyną są silne emocje, jakich doświadcza, składając zeznania i powracając pamięcią do przykrych przeżyć. Napięcie emocjonalne powoduje, że świadkowie nie przypominają sobie zdarzeń i faktów linearnie, lecz fragmentarycznie. Podają najpierw najważniejsze elementy, a dopiero w drugiej kolejności uzupełniają szczegóły. Korektę zeznania

- Ability to describe interaction: a complete description of interaction – lack of a description of interaction. This criterion is met when the witness describes in detail the course of interaction between the participants of the incident. In the description of what happened the witness has to list at least three interactive elements according to the scheme: action – reaction – action. Quoting two elements: action – reaction is insufficient. In incredible testimonies we can expect a more prevalent occurrence of two-element interactions or those focussed only on the description of the behaviour of one of the parties^(10,13,14).
- The ability to recreate dialogues, statements of participants of the incident: the witness can recreate the content of conversations – the witness does not recreate the content of conversations. This indicator shows whether or not the witness is capable to quote the dialogues *expressis verbis* – she/he quotes himself and other people. This may be exemplified by very precisely recreated conversations. However, the usefulness of this criterion is limited in this respect – sociable, talkative people exhibiting great verbal possibilities and capabilities come out much better. Witnesses exhibiting low linguistic competences simply cannot verbally express the course of conversations in which they participated or which they heard^(1,3,4,9).
- Ability to describe one's own mental conditions at the moment the incident happened: a description of one's own mental conditions – lack of a description of mental conditions. If the description of mental conditions appears in testimonies, the witness' credibility increases significantly.
- Ability to describe mental conditions of other participants of the incident. The witness determines the emotional condition of a perpetrator or victim according to the behaviour and physiological condition. This criterion requires establishing if the witness really observed external signs of the perpetrator/victim's emotional condition or heard the statements of the perpetrator/victim and other participants of the incident, or only guesses or explains in this way other people's behaviour (he seeks the perpetrator's behaviour motives). This is not the most important criterion for assessment of the credibility of testimonies^(10,13,14).
- Use of corrections: spontaneous corrections – lack of spontaneous corrections (the only, unambiguous version). More credible is the witness who himself, without asking, corrects and changes her/his account during the testimony – the reasons are strong emotions which she/he experiences, submitting the testimony and recollecting awkward experiences. Because of their emotional tension, witnesses do not recall the incidents and facts linearly but fragmentarily. They first list the most important elements and later supplement details. Correction of testimony is accounted for by a difficulty in simultaneous activation of perception and recalling processes.

usprawiedliwia trudność jednoczesnego aktywowania procesów spostrzegania i przypominania. Za spontaniczne uznaje się korekty dobrowolne, nienaprowadzane^(1,3,4,9).

- Na zeznanie nieprawdziwe może wskazywać relacja bez poprawek, wtrętów, korekt i uzupełnień – świadek przedstawia ją tak, jakby streszczał opowiadanie. Dodatkową cechą takich zeznań jest znaczna podatność świadka na sugestię.

Druga grupa wskaźników stosowanych w analizie przedstawionych w studiach przypadku zeznań opiera się na kryteriach motywacyjnych i obserwacyjnych. Do kryteriów motywacyjnych należy podchodzić z rezerwą, ponieważ nie dotyczą bezpośrednio przebiegu zdarzenia, ale motywacji świadka do składania zeznań, lub wynikają z pojawienia się innych przyczyn, które zmuszają daną osobę do relacjonowania zdarzeń. Niemniej są one dodatkowym źródłem informacji wskazującym na wiarygodność zeznania.

Ponieważ w spornych i kontrowersyjnych sprawach kryteria motywacyjne mogą zadecydować o opinii biegłego, należy traktować je z dużą ostrożnością^(1,3,4,9).

W różnych klasyfikacjach wskaźników psychologicznej wiarygodności do kryteriów motywacyjnych zalicza się stwierdzenie braku pamięci lub brak tego typu stwierdzeń^(1,3,4,9). Powoływanie się przez świadka na niepamięć jest zjawiskiem naturalnym. Musi być to jednak zachowanie całkowicie spontaniczne i w żaden sposób niesugerowane przez drugą osobę. Odrębnym zagadnieniem jest powoływanie się na niepamięć świadka odpowiadającego na pytania sądu czy biegłych. Ogólnie jednak powoływanie się na niepamięć, szczególnie spontaniczne, jest charakterystyczne dla szczerych zeznań i dobrej motywacji do podawania prawdy. Z kolei zbyt częste powoływanie się na niepamięć może sugerować nieszczerść i niewiarygodność psychologiczną świadka, zwłaszcza gdy inne jego cechy (poziom rozwoju procesów poznawczych, poziom inteligencji, dojrzałość emocjonalna, społeczna i moralna) wskazują, że jest zdolny do postrzegania, zapamiętywania i relacjonowania postrzeżeń.

Wśród kryteriów obserwacyjnych, którymi posługiwano się w ocenie analizowanych poniżej zeznań, wyróżniono obecność reakcji fizjologicznych lub ich brak. Także to kryterium należy stosować z ostrożnością, ponieważ z jednej strony silne reakcje fizjologiczne mogą wynikać z lęku przed przesłuchaniem, z drugiej w wielu zaburzeniach psychicznych chorzy reagują nieadekwatnie do sytuacji, w której się znajdują, a ich reakcje fizjologiczne są często rezultatem wewnętrznych, a nie zewnętrznych okoliczności. Podobnie jest z drugim kryterium obserwacyjnym, opisującym reakcje emocjonalne świadka jako adekwatne lub nieadekwatne do wypowiedzanych treści. Autentycznym zeznaniom i odtwarzaniu własnych przeżyć zazwyczaj towarzyszą adekwatne do zdarzenia emocje, jednak w chorobach psychicznych obraz ten może być całkowicie

Considered as spontaneous are voluntary, not manipulated corrections^(1,3,4,9).

- An untrue testimony may be indicated by an account without corrections, interjections, and additions – the witness presents it as if she/he summarized a tale. An additional characteristic of such testimonies is the witness' considerable susceptibility to suggestions.

Another group of indicators used in the analysis of the testimonies presented in case studies is based on motivational and observational criteria. Motivational criteria should be treated with caution, because they do not refer directly to the course of the incident, but to the witness' motivation to testify, or result from the occurrence of other causes which force a given person to relate the events. Nevertheless, they are an additional source of information, pointing to credibility of testimonies.

Motivational criteria may influence experts' opinions in contentious and controversial matters, therefore they should be handled with caution^(1,3,4,9).

In various classifications of indicators of psychological credibility, the motivational criteria include assertion of the lack of memory or lack of such assertions^(1,3,4,9). Excusing oneself by oblivion is a natural phenomenon. But it has to be a completely spontaneous behaviour, in no way influenced by another person. Another issue is resorting to oblivion of a witness answering the court's or experts' questions. However, in general, excusing oneself by oblivion, especially spontaneous, is characteristic for sincere testimonies and good motivation for telling the truth. On the other hand, too frequent resorting to oblivion may suggest the witness' insincerity and psychological incredibility, especially when her/his other traits (developmental level of cognitive processes, intelligence level, emotional, social and moral maturity) indicate that she/he is capable to perceive, memorize and relate observations.

Of observational criteria which were used in assessment of the testimonies analysed below, the presence or lack of physiological reactions were distinguished. This criterion should also be used with caution, because on the one hand strong physiological reactions may result from the fear of interrogation, on the other hand in many mental disorders the patients react inadequately to the situation in which they found themselves, their physiological reactions often resulting from internal and not external circumstances. A similar observation refers to the other observational criterion, describing the witness' emotional reactions as adequate or inadequate to uttered contents. Genuine testimonies and recreation of one's own experiences are often accompanied by emotions adequate to the incident, however in mental diseases this image may be completely incoherent. The witness tells about facts, while her/his physiological reactions, emotions and behaviours inadequate to the uttered contents reflect mental conditions, e.g. verbal pressures, flights of ideas, hallucinations, aggravations^(1,3,4,7-10).

niespójny. Świadek opowiada o faktach, a jego reakcje fizjologiczne, emocje i towarzyszące narracji zachowania są nieadekwatne do wypowiedzianych treści, odzwierciedlają stany psychiczne, np. naciski słowne, gonitwę myśli, halucynacje, agrawacje^(1,3,4,7-10).

OSOBA CHORA PSYCHICZNIE JAKO ŚWIADEK

PRZYPADEK 1.

Mężczyzna, lat 49, o wykształceniu średnim.

Celem diagnostycznym jest ustalenie:

- stanu psychicznego i stanu rozwoju umysłowego pokrzywdzonego;
- zdolności do postrzegania, zapamiętywania i odtwarzania spostrzeżeń oraz relacjonowania zdarzeń przez pokrzywdzonego;
- czy pokrzywdzonego charakteryzuje tendencja do kłamstwa, konfabulacji i agrawacji.

Choć świadek J.J. w dniu składania zeznań orientował się co do własnej osoby, miejsca i czasu, zachowywał się w sposób niedostosowany do sytuacji. Był pobudzony, rozkojarzony, drażliwy, nadmiernie skoncentrowany na sobie; stwierdzono brak syntonii w relacjach interpersonalnych – mężczyzna nie słuchał pytań, nie chciał współpracować, wymuszał wysłuchiwanie narracji, które aktualnie chciał i potrafił wypowiedzieć, jednak bez większego związku z treścią postępowania i treścią zadawanych mu pytań.

Opiniowany w trakcie składania zeznań tracił główny wątek, nie potrafił dokończyć rozpoczętych relacji zdarzeń, przedstawiał zdarzenia i fakty fragmentarycznie, jako pojedyncze epizody nielączące się w logiczną całość, często bez związku z głównym celem postępowania. Używał wielu ogólnikowych stwierdzeń oraz licznych i rozbudowanych dygresji i wtrętów, niemających związku ze zdarzeniami będącymi przedmiotem przesłuchania. Treścią owych wtrętów były subiektywne refleksje opiniowanego, często pozbawione sensu i logiki. Widoczne były sztywność w zakresie procesów poznawczych i intelektualnych, ciągi słowne, brak elastyczności w myśleniu.

Opiniowany powoływał się na różne zgromadzone materiały, notatki własne czy – jak podawał – matki. Usiłował korzystać z telefonu komórkowego. Często używał zwrotów: *Czy mógłbym zajrzeć i pewne wątki rozwinąć? Ja tutaj mam jeszcze jedną kartkę* [usiłował odczytywać jej treść, pomimo tłumaczeń, że materiały te zostaną skserowane i dołączone do protokołu], *mniejsza o to, słuchajcie, jest poważna sprawa, trochę będzie nielogicznie, ja te zeznania miałem napisać, to może trochę później powiem, źle mówię* [do siebie], *cholera, czy to ładnie tak mówić w prokuraturze? To, co powiem, będzie zawierało 10% merytorycznych treści, ja nie mam urojeń, ja sobie nic nie wmawiam, to jest znana ubecka sztuczka, sam siebie podejrzewałem, ale się wkręcam.* Większość cytowanych wypowiedzi nie miała związku ani

A MENTALLY ILL PERSON AS A WITNESS

CASE 1

A man aged 49, secondary education.

The diagnostic purpose is establishment of:

- the affected person's mental condition and mental development;
- the affected person's capability to perceive, memorize and recreate observations and relate incidents;
- whether or not the affected person is characterized by a tendency to lie, confabulate and aggravate.

Although witness J.J. on the day of testifying was knowledgeable about his own person, venue and time, he behaved in a way not adapted to the situation. He was agitated, dissociated, irritable, too much concentrated on himself; a lack of syntony in interpersonal relations was found: the man did not listen to questions, he did not want to cooperate, he enforced listening to narrations which he wanted to and could utter, however without a significant connection with the content of the proceedings and content of questions he was asked.

The evaluated man during his testimony was losing the plot, could not complete the started descriptions of incidents, presented incidents and facts fragmentarily as single episodes not connected into a logical whole, often without any connection with the main purpose of the proceedings. He used many vague assertions and numerous complex digressions and interpolations which were not related to the incidents which were subject of the interrogation. The contents of those interpolations were the evaluated man's subjective reflections, often devoid of any sense or logic. Visible were: rigidity within cognitive and intellectual processes, verbal trains and lack of elasticity in thinking.

The evaluated man referred to various collected materials and his own or, as he said, his mother's notes. He tried to use his mobile. He often used such expressions as: *Can I have a look and develop some plots? I have one more piece of paper here* [he tried to read it, despite explanations that these materials would be photocopied and attached to the protocol], *never mind, listen, it is important, I shall speak a bit illogically, I was going to write these testimonies, well, perhaps I shall tell about it a bit later, I meant to say something different* [to himself], *damn it, is it OK to say so at the Public Prosecutions Office? What I am going to say will contain 10% of factual content, I don't have delusions, I don't make myself believe anything, it is a well-known secret police's trick, I suspected myself, I'm winding myself up.* Most of the quoted statements were not connected with the issue presented by the evaluated person or with questions or suggestions of the people participating in the interrogation. What is important, he used rich vocabulary with specialist medical, legal and psychological terms.

z aktualnie przedstawianą przez opiniowanego sprawą, ani z pytaniami czy sugestiami osób uczestniczących w przesłuchaniu. Co istotne, opiniowany posługiwał się bogatym językiem, używał specjalistycznych określeń medycznych, prawnych, psychologicznych.

Na podstawie aktualnie obowiązujących w psychologii kryteriów oceny zeznań należy stwierdzić, że wypowiedzi świadka J.J. charakteryzują:

W zakresie treści składanych zeznań:

- Zeznania nielogiczne. Przebieg zdarzeń relacjonowanych przez pokrzywdzonego jest mało prawdopodobny. Właściwie jego zeznania są zlepkiem nieistotnych epizodów, przedstawionych w sposób chaotyczny – nie zawierają istotnych faktów, przeważają subiektywne refleksje i dygresje opiniowanego.
- Charakter wypowiedzi chaotyczny, niestrukturalizowany. Żaden z wątków będących przedmiotem postępowania nie został przedstawiony zgodnie z zasadą: sytuacja początkowa – rozwinięcie – sytuacja końcowa.
- Brak istotnych detali. W zeznaniach opiniowanego brakuje istotnych detali lub pojawiają się detale nieistotne (*coś zaschniętego na ustach mamy, jakby resztki jedzenia, olimpijczyk z 1986 roku, ogrzewanie w domu, zachrypnięty głos mamy, brat przywiózł rosół*). Brak istotnych detali jest charakterystyczny dla zeznań fałszywych lub konfabulacji.
- Brak kontekstu czasowego i społecznego omawianych zdarzeń. Opiniowany opierał zarzuty jedynie na swoich podejrzeniach i skojarzeniach (jak sam przyznał w trakcie składania zeznań). Nie wymieniał świadków, nie pamiętał czasu zdarzenia (nie podawał żadnych dat), miał problemy z ustaleniem miejsca zdarzenia (zdarzeń).
- Brak opisu interakcji. W zeznaniach żadne z relacjonowanych zdarzeń nie zostało przedstawione zgodnie z zasadą akcja – reakcja – akcja. Większość wątków to treści zawierające dwa elementy (*zobaczyłem, że mama ma coś na ustach, i startem to, zauważyłem, że mama nawet usiadła na łóżku i była bardziej kontaktowa, wykonałem telefonny, bo szpital ma superwłaściwości, następnie udałem się do miasta, wróciłem do szpitala około popołudnia*).
- Brak korekt spontanicznych.

W zakresie motywacji składania zeznań:

- Nieświadomość motywów, dla których opiniowany składał zeznania. Podawał: *Składam te zeznania nie po to, aby brata pogrążyć, ale aby wyjaśnić, brat i stryj usiłują mnie zdyskredytować, ja wspominałem o swoich planach życiowych dotyczących majątku, wyjawilem im, że będę chciał pozbyć się współwłasności mojej części działki, ja nie chcę brata obciążać, byłem wrabiany, aby zrobić mi urojenia*.
- Niepewność podawanych treści. Mówi np.: *Po co było to mówić, na pewno źle wyjdzie. Czy mogę zajrzeć [chodzi o notatniki, które opiniowany przyniósł na przesłuchanie] i pewne rzeczy rozwinąć? Miałem do tego się przygotować, gdybym powiedział, to może później powiem, skojarzyłem, że coś się dzieje, coś dla mnie niezrozumiałego, i coś jest na rzeczy i robią ze mnie wariata*.

According to the presently mandatory, in psychology, criteria of assessment of testimonies we should conclude that the statements of witness J.J. are characterized by:

Within the content of submitted testimonies:

- Illogical testimonies. The course of events related by the affected man is little probable. Actually, his testimonies are a blend of insignificant episodes presented in a chaotic way; they do not contain any significant facts, prevailing are the evaluated man's subjective reflections and digressions.
- The statements are chaotic, non-structured. None of the plots which are subjects of the proceedings was presented according to the principle: initial situation – development – final situation.
- Lack of significant details. The evaluated man's testimonies lack important details or contain insignificant details (*we have something caked on the mouth, as if some remnants of food, an Olympian from 1986, heating in the house, mum's hoarse voice, my brother has brought broth*). The lack of important details is characteristic of false testimonies or confabulations.
- The lack of time-related and social context of the incidents concerned. The evaluated man based his accusations only on his suspicions and associations (as he himself admitted during the testimonies). He did not list any witnesses, did not remember when the incident occurred (he did not mention any dates), he had problems with establishing the place where the incident(s) took place.
- Lack of the description of interaction. In the testimonies, none of the related incidents was presented according to the principle: action – reaction – action. Most of the plots are contents containing two elements (*I saw something on my mother's mouth, and I wiped it off, I saw my mum sat down on the bed and was more sociable, I made some calls, because the hospital has superb properties, then I went into town and came back to the hospital around the afternoon*).
- Lack of spontaneous corrections.

Within the motivation for testifying:

- Unawareness of the motives for which the evaluated man testified. He said: *I am testifying not because I want to plunge my brother into sorrow, but to explain, my brother and paternal uncle try to discredit me, I have mentioned my plans about the property, I revealed to them that I wanted to get rid of the co-ownership of my part of the land, I don't want to encumber my brother, I was woven into it to make me have delusions*.
- Uncertainty of the given contents; e.g. he says: *This shouldn't have been said, it won't be good. Can I have a look [the notes which he brought to the interrogation] and develop some items? I was to get ready for that, if I had said, so maybe I will tell about it later, I guessed that something was going on, something I couldn't understand, and something is up, they are making a fool of me*.

- W trakcie składania zeznań opiniowany nie potrafił odróżnić, które treści są rezultatem jego własnych spostrzeżeń, a które subiektywnych przeżyć, często o charakterze urojeniowym.

Obserwacja zachowania opiniowanego w trakcie składania zeznań, analiza treści jego wypowiedzi, obserwacja reakcji emocjonalnych towarzyszących wypowiedzianym treściom oraz relacjom z osobami uczestniczącymi w przesłuchaniu (prokurator, psycholog) sugerują, że mężczyzna cierpi na utrwalone zaburzenia urojeniowe (F.22 według ICD-10), w dawnej nomenklaturze określane jako *paranoja*. Urojenia to zaburzenia treści myślenia polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, subiektywnych interpretacjach rzeczywistości, odpornych na wszelką argumentację i podtrzymywanych mimo obecności dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość.

Opiniowany, prawdopodobnie od wielu lat, doświadcza trwałych urojeń prześladowczych (*Babcia go trula, ponieważ podawała mu herbatę, skojarzył, że to, co mama miała na ustach, to mogło mieć związek z truciem mamy, rodzina przyprowadziła do domu psychiatrę, skojarzyłem, że stan zdrowia mamy się pogarsza, nie kojarzyłem wtedy trucicia, zauważyłem u mamy objawy zatrucia różnymi substancjami: tubalny głos, oparzenia, o czym poinformowałem dzielnicowego*).

Opiniowany w trakcie składania zeznań dzielił się swoimi urojeniami. Przedstawił wiele fałszywych i niepodlegających korekcy (niepodważalnych) przekonań dotyczących osoby matki, własnej osoby i otoczenia. Przekonania mężczyzny nie mają odbicia w rzeczywistości i, jak wynika z treści zeznań, prawdopodobnie nie są podzielane przez jego rodzinę. Opiniowany nie jest świadomy swojej choroby.

Próby polemiki z opiniowanym wykazały, że urojenia są jego niepodważalnymi przekonaniami. Opiniowanemu brakuje krytycyzmu. Diagnostykę problemów psychicznych świadka utrudnia brak ostrej granicy między sądem urojeniowym a neurojeniowym.

W przypadku J.J. treść urojeń nie odpowiada poziomowi jego wiedzy. Opiniowany jest osobą inteligentną, o znacznej wiedzy, którą wykorzystuje do dość skutecznego zaprzeczania chorobie, ale też preparowania treści urojonych – w efekcie świadek nie jest traktowany przez otoczenie jako osoba chora, ale jako dziwak. Osoby takie latami funkcjonują w społeczeństwie bez skutecznej pomocy i leczenia.

Z rozmowy z J.J. wynika, że rodzina podejmowała mniej lub bardziej udane próby jego leczenia. Jednak wrodzony spryt, wspomniana inteligencja oraz same urojenia wystrzegają czujność opiniowanego i powodują niską skuteczność tego typu działań. Aktualnie świadek wymaga natychmiastowej konsultacji psychiatrycznej i leczenia.

Konkluzja:

- Opiniowany jest osobą chorą psychicznie, niezdolną do obiektywnego spostrzegania, przechowywania i odtwarzania spostrzeżeń.

- While testifying, the evaluated man could not distinguish which contents resulted from his own observations and which resulted from his subjective experiences, often of paranoid type.

Observation of the evaluated man's behaviour during testifying, analysis of the contents of his statements, observation of emotional reactions accompanying the uttered contents and relations with the people participating in the interrogation (prosecutor, psychologist) suggest that the man suffered from delusional disorders (F.22 according to ICD-10) in former nosology determined as *paranoia*. Delusions are disorders of the content of thinking consisting in false convictions, erroneous opinions, subjective interpretations of reality, resistant to any arguments and sustained despite the presence of evidence indicating their untruthfulness.

The evaluated man, probably for many years now, has experienced permanent persecutory delusions (*His granny was poisoning him, because she used to give him tea, he thought that what his mother had on her mouth could be associated with poisoning, his family called a psychiatrist, I saw my mum's health was getting worse, I didn't associate this with poisoning, then I noticed in my mum the symptoms of intoxication with various substances: stentorian voice, burns, as I have told the community policeman*).

While testifying, the evaluated man shared his delusions. He presented many false and uncorrectable (indisputable) convictions about his mother, himself and other people. This man's convictions are not reflected in real life and, as shown by the content of the testimonies, his family does not share his views. He is not aware of his illness.

Attempted polemic with the evaluated man indicated that delusions were his unquestionable convictions. He did not exhibit criticism. The witness' mental problems diagnosis is hampered by the lack of a clear boundary between delusional and non-delusional judgments.

In the case of J.J., the content of delusions does not conform with the level of his knowledge. He is intelligent and has considerable knowledge which he uses for quite effective negation of his illness but also for fabrication of delusive contents: therefore, the witness is not treated as an ill person but as a weirdo. Such people often live in the community for ages without any efficient help or treatment.

When we talked to J.J. it appeared that his family made some more or less successful attempts to treat him. But his innate cunning and intelligence as well as delusions sharpen his vigilance and cause low efficiency of such activities. Presently, the witness requires an immediate psychiatric consultation and treatment.

Summing up:

- The evaluated person is mentally ill, unable to objectively observe, store and recreate observations.
- The content of testimonies shows delusions, tendencies to confabulation and aggravation.
- In view of the above, the informative value of testimonies is negligible.

- W treści składanych zeznań widoczne są urojenia, tendencje do konfabulacji i agrawacji.
- Z uwagi na powyższe wartość informacyjna złożonych zeznań jest znikoma.

PRZYPADEK 2.

Kobieta, lat 56, o wykształceniu średnim.

Celem diagnostycznym opinii psychologicznej jest określenie na podstawie przesłuchania:

- zdolności do postrzegania, przechowywania i odtwarzania spostrzeżeń przez pokrzywdzoną;
- czy zdolność ta jest zaburzona, a jeśli tak – przez jakie czynniki i w jakiej sferze;
- czy zeznania opiniowanej spełniają psychologiczne kryteria wiarygodności.

Świadek – pokrzywdzona w trakcie przesłuchania prezentowała zachowanie dostosowane. Opiniowana była zorientowana co do miejsca, czasu, celu spotkania oraz co do własnej osoby. W trakcie przesłuchania starała się panować nad sobą, mimo nerwowych reakcji na niektóre pytania i widocznej impulsywności w zachowaniu. Starała się odpowiadać na każde zadawane pytanie. Poziom zrozumienia pytań oraz zdolność do wypowiedzania się opiniowanej można ocenić jako dość dobre.

Kobieta twierdziła, że od 1995 roku leczy się psychiatrycznie. Z analizy dokumentacji, wypowiedzi oraz obserwacji zachowania i treści wypowiedzi wynikało, że leczy się z powodu schizofrenii paranoidalnej (F20.0 według ICD-10) o przebiegu remitującym. Sama opiniowana nie podawała rozpoznania, prawdopodobnie dlatego, że nie ma świadomości i nie akceptuje własnej choroby. Opiniowana wymieniała leki psychotropowe, ale nie znała ich działania, przyznała, że zażywa je nieregularnie, korzysta z pomocy lekarzy psychiatrów, ale nie każdemu mówi, że *poliția podlăcăza ją do urzădzenia*. Prawdopodobnie czyni tak, ponieważ nie każdemu potrafi zaufać. Stan psychiczny opiniowanej w dniu przesłuchania częściowo był wynikiem nieregularnego przyjmowania leków. Opiniowana pokazała receptę na leki psychotropowe, których z bliżej nieustalonych powodów nie wykupiła.

Świadek podała, ile razy była w szpitalu psychiatrycznym. Przyznała, że miała myśli samobójcze, ostatnio tydzień przed przesłuchaniem – myślała o próbie samobójczej, *jak polițianci bardzo mnie zdenerwowali w zeszłym tygodniu*. Twierdziła, że często płacze, że się boi. Opiniowana na lewej ręce, od wewnątrz, miała napisane słowo: *radio*. Na pytanie, dlaczego je napisała, odpowiedziała: *Zapisałam sobie, aby nie zapomnieć powiedzieć, że polițianci podlăcăzają mnie przez radio, że jestem chora, jak słucham radia*.

W trakcie przesłuchania opiniowana twierdziła: *Poliția podlăcăza mnie do urzădzenia, teraz jestem pewna, że slyszę to, co oni mówią, jestem pewna na 100 procent, nie dają mi spać w nocy, slyszę, jak mówią, co mnie boli, nawet na ulicy mnie wyzywają, podpowiadają mi, co mam kupić, raz w roku 2008 mnie molestowali urzădzeniem, czasami do nich głośno*

CASE 2

A woman aged 56, secondary education.

The diagnostic purpose of psychological opinion is to determine according to the interrogation:

- ability to perceive, store and recreate observations by the affected person;
- whether this ability is disturbed: if it is, by which factors and in which sphere;
- whether her testimonies meet the psychological criteria of credibility.

The witness – the affected woman during the interrogation presented adjusted behaviours. She was knowledgeable about the venue, time, purpose of the meeting and herself. During the interrogation she tried to control herself, despite nervous responses to some questions and visible impulsiveness in behaviour. She tried to answer each question. Her level of understanding the questions and ability to express her opinions may be evaluated as quite good.

The woman said that from 1995 she had been treated psychiatrically. Analysis of documentation, her statements, and observation of her behaviour, showed that she was treated for paranoid schizophrenia (F20.0 according to ICD-10) of remitting course. She did not mention the diagnosis, probably because she is not aware and does not accept her disease. She listed psychotropic medicines but did not know their effects; she said she took them irregularly and consulted psychiatrists but did not inform all of them that the *police connects her to the apparatus*. Probably she behaves like that because she cannot trust everybody. Her mental condition on the interrogation day partly resulted from irregularly taken medicines. She showed a prescription for psychotropic medicines which she did not buy for unknown reasons.

The witness informed how many times she was in a psychiatric hospital. She admitted she had suicidal thoughts, recently a week before the interrogation she had thought about a suicidal attempt – *when the policemen terribly got on my nerves last week*. She said she often cried and she was scared. On her left hand, from the inside, she had the word *radio* written. When asked why she had written it, she answered: *I wrote it in order not to forget to say that the policemen were connecting me through the radio, that I am ill when I am listening to the radio*.

During the interrogation she said: *The police connect me to the apparatus, now I am sure that I hear what they are saying, I am hundred percent sure, they don't let me sleep at night, I hear as they say what aches me, even on the street they call me, tell me what I should buy, once in 2008 they were harassing me with the apparatus, sometimes I speak to them aloud, call them gestapo men, once I heard them saying: I shall cure her, she is ill, when she's listening to the radio, they call me a nun, not all policemen call me names*.

She said that during the interrogation she was not connected, at that moment she could not hear anything and was not scared. She denied hearing voices or having other delusions. Yet she admitted that earlier she had an impression that some-

mówię, wyzywam ich od gestapowców, raz słyszałam, jak mówili: ja ją wyleczę, ona jest chora, jak radia słucha, wyzywają mnie od zakonnicy, nie wszyscy policjanci mnie wyzywają. Zdaniem pokrzywdzonej w trakcie przesłuchania nie była podłączona, w tamtej chwili nic nie słyszała i nie bała się. Zaprzeczała, jakoby słyszała głosy czy miała inne urojenia. Przyznała jednak, że wcześniej odnosiła wrażenie, że ktoś za nią idzie. Stwierdziła: *Jak się dobrze czuję, to słyszę wyraźnie, co mówią*. Przyznała, że nigdy ich nie widziała. Opiniowana doznaje głosów omamowych. Chodzi o głosy omamowe komentujące na bieżąco jej zachowanie (*mówią, co mnie boli*). Przeżywa także urojenia oddziaływania, ma wrażenie, że jest podłączona. W jej psychice występują urojenia i omamy prześladowcze, skierowane do otoczenia (policjanci), słyszy głosy zagrażające. Opiniowana doznaje wrażenia odbierania myśli, ma poczucie oddziaływania na jej zachowania, narządy wewnętrzne. Doświadcza lęków dezintegracyjnych. Obserwacja reakcji emocjonalnych, ujawnianych przez opiniowaną w trakcie wysłuchania, wskazywała na ich spłylenie. Opiniowana wyznała, że w dniu przesłuchania i wcześniej przyjmowała leki psychotropowe. Dodała jednak, że zażywa je nieregularnie – może to niekorzystnie wpływać na spostrzegawczość, powodować zakłócenia funkcjonowania uwagi i pamięci krótko- i długotrwałej. W efekcie wartość informacyjna jej wypowiedzi jest niewielka. Także fakt, iż kobieta nie ma świadomości choroby, jest przekonana, że jej doznania są prawdziwe, obniża wartość informacyjną relacji. Te same czynniki ograniczają także jej wiarygodność psychologiczną.

W odniesieniu do zdolności postrzegania, przechowywania i odtwarzania spostrzeżeń należy stwierdzić, że efektywność tych procesów jest zaburzona z powodu aktualnego stanu psychicznego świadka. Opiniowana doświadcza doznań omamowych, natręctw, obsesji, lęków. W trakcie przesłuchania widoczne były przerwy lub wstawki w toku jej myślenia, prowadzące do rozkojarzenia i niedostosowania wypowiedzi do treści zadawanych pytań.

W ocenie procesów intelektualnych należy podkreślić, że wyjściowo możliwości intelektualne opiniowanej były dobre. Aktualnie procesy poznawcze (spostreganie, uwaga, pamięć) oraz intelektualne (myślenie konkretne i abstrakcyjno-logiczne) są zaburzone z powodu zmian w stanie psychicznym kobiety, zmian o charakterze przewlekłym. W rezultacie opiniowana relacjonowała wersję, w którą wierzyła, sztywno trzymała się nieistotnych faktów, silnie koncentrowała na sobie. Wypowiedzi złożone przez opiniowaną charakteryzowały: pozbawiona emocji narracja, bez związku z treścią wypowiedzi, relacjonowanie doświadczanych omamów, brak logiki i struktury w opisie zdarzeń.

W świetle analizowanych w niniejszym opracowaniu psychologicznych kryteriów wiarygodności zeznania tego świadka są:

W zakresie treści:

- nielogiczne;
- nieustrukturyzowane;
- pozbawione istotnych detali;

one was following her. She said: *When I am well, I clearly hear what they are saying*. She admitted she had never seen them. She hears hallucinative voices, that is the voices commenting her ongoing behaviour (*they say what aches me*). She also has delusions of some effects, she has an impression that she is connected. In her mind she has persecutory delusions and hallucinations directed outwards (police-men); she hears threatening voices. She has an impression that she receives thoughts and has a sense of someone affecting her behaviour and her internal organs. She experiences disintegrative anxiety. Observation of her emotional reactions during the interrogation showed their flattening. She admitted that on the interrogation day and earlier she took psychotropic medicines, but she added that she took them irregularly – this may adversely affect her perceptiveness and cause disturbances in her attention and short- and long-term memory. Consequently, the informative value of her statements is slight only. Also the fact that the woman is unaware of her disease and is convinced that her experiences are true, decreases the informative value of her account. The same factors confine also her psychological credibility. As regards the witness' capability to perceive, store and recreate observations, we should conclude that the efficacy of these processes is disturbed because of her current mental condition. She experiences hallucinations, obsession, compulsion and anxieties. The interrogation revealed some gaps or interpolations in her train of thoughts, which led to dissociation and maladjustment of statements to the content of the questions asked.

In assessment of her intellectual processes we should emphasize that initially her intellectual capabilities were good. Presently, the cognitive processes (perception, attention, memory) and intellectual processes (concrete and abstract-logical thinking) are disturbed because of changes in the woman's mental condition, chronic changes.

Consequently, she accounted a version in which she believed, and rigidly stuck to insignificant facts, strongly focussing on herself. Her statements were characterized by: narration devoid of emotions or connection with the content of the statements, describing the experienced hallucinations, lack of logic and structure in the description of incidents.

In the light of the psychological criteria of credibility analysed in this study, this witness' testimonies are:

Within the content:

- illogical;
- non-structured;
- lacking important details;
- lacking a time-related and social context;
- lacking spontaneous corrections.

Within the motivation for testifying they are characterized by:

- unrealistic motives;
- lack of insight into the motives for testifying;
- while testifying, the witness could not distinguish which contents resulted from her own observations and which from her subjective experiences, often of delusive type.

- pozbawione kontekstu czasowego i społecznego;
- pozbawione korekt spontanicznych.

W zakresie motywacji składania zeznań charakteryzują je:

- nierealistyczne motywy;
- brak wglądu w motywy składania zeznań;
- w trakcie składania zeznań opiniowana nie potrafiła odróżnić, które treści są rezultatem jej własnych spostrzeżeń, a które subiektywnych przeżyć, często o charakterze urojeniowym.

PRZYPADEK 3.

Mężczyzna, lat 46, o wykształceniu podstawowym.

Celem diagnostycznym jest ustalenie:

- stanu psychicznego i stanu rozwoju umysłowego pokrzywdzonego;
- zdolności postrzegania faktów i odtwarzania poczynionych spostrzeżeń;
- ewentualnych skłonności do konfabulacji.

Świadek – pokrzywdzony był zorientowany co do własnej osoby, miejsca i czasu. Zachowywał się w sposób dostosowany do sytuacji. Był uważny, zainteresowany kierowany do niego pytaniami, rozmowny, umiejętnie formułował wypowiedzi. Nie ujawniał emocji. Racjonalnie uzasadniał swoją relację, w tym także motywację do składania zeznań. Zaprezentował się jako osoba bardzo inteligentna, spostrzegawcza, z przejawami dyskretnego autyzmu w kontakcie.

Opiniowany w trakcie składania zeznań był skoncentrowany na referowaniu swoich przeżyć w związku ze zdarzeniem z czerwca 2009 roku. Potrafił podać istotne detale dotyczące miejsca, czasu i przebiegu zajścia z udziałem dwóch sprawców. Zdarzenie dotyczące pobicia przedstawił całościowo, logicznie, w sposób ustrukturuowany. Zaczął od momentu powrotu do domu około godziny 23:00, zakończył opisem telefonicznego zgłoszenia pobicia na policję. Dokładnie opisał zajście. Potrafił zrelacjonować zachowanie sprawców i własne. Odtwarzał dialogi. Opisał wygląd obu sprawców. Nie zasłaniał się niepamięcią. Wręcz stwierdził, że nie może przestać myśleć o tym, co go spotkało. Przyznał, że boi się wchodzić do klatki w budynku, w którym mieszka. Podał, że w dniu zdarzenia nie przyjmował żadnych leków psychotropowych, a obecnie bierze lek o nazwie Zolafren (lek stosowany w leczeniu schizofrenii). Nie spożywał tego dnia alkoholu. W ogóle rzadko pije alkohol. Wypala paczkę papierosów w trzy dni. Ma świadomość swojej choroby. Podawał, że leczy się z powodu schizofrenii od 1985 roku. Był pięciokrotnie w szpitalu psychiatrycznym. Podjął próbę samobójczą w 1989 lub 1990 roku.

Przyznał, że miewa goniwę myśli i napady lękowe. Potrafi tygodniami nie wychodzić z domu. W aktach sprawy znajdujemy rozpoznanie choroby, na którą cierpi opiniowany: schizofrenia paranoidalna (F20.0 według ICD-10 – karta 38 *verte*).

W trakcie rozmowy o chorobie świadek starał się bagatelizować objawy, tuszował problemy, zaprzeczył urojeniom

CASE 3

A man aged 46, elementary education.

The diagnostic purpose was the establishment of:

- the affected man's mental condition and mental development;
- capabilities to perceive facts and recreate observations;
- possible inclinations to confabulation.

The witness, i.e. the affected man, was knowledgeable about himself, venue and time. He behaved in a way adjusted to the situation. He was attentive, interested in the questions he was asked, talkative, and he skillfully formulated his statements. He did not show any emotions and reasonably substantiated his account, including the motivation to testify. He presented himself as a very intelligent and observant person, with signs of a discreet autism in contacts. While testifying, he was focussed on describing his experiences connected with the incident of June 2009. He was able to list important details about the place, time and course of the incident with two perpetrators participating. He presented the incident of beating comprehensively, logically, in a structured way. He started with the moment of his return home around 11 p.m. and finished with the description of calling the police to report the beating. He described the incident thoroughly. He was able to give a precise account of the perpetrators' and his own behaviour, recreated dialogues, and described the appearance of both perpetrators. He did not pretend that he did not remember it. On the contrary: he said he couldn't stop thinking about the incident. He admitted that he was afraid to enter the staircase in the building where he lived. According to his account, on the day of the incident he did not take any psychotropic medicines, and now he takes Zolafren (a medicine used for schizophrenia). He did not drink alcohol on that day. Actually, he seldom drinks alcohol. He smokes a packet of cigarettes within three days.

He is aware that he is ill. He said he had been treated for schizophrenia since 1985. He was five times in a psychiatric hospital. In 1989 or 1990 he made a suicide attempt.

He admitted to occasionally have a flight of ideas and anxiety seizures. Sometimes he does not leave home for weeks on end. His act file contains the diagnosis of his illness: paranoid schizophrenia (F20.0 according to ICD-10 – charter 38 *verte*).

While talking about his illness the witness tried to belittle the symptoms, glossed over the problems and denied having delusions or auditory hallucinations. Generally, however, his insight into the disease may be determined as partial. He only admitted that he was often passive, switched off, did not leave his home, easily got fussy, and was easily thrown off balance. He said that he had bouts of anger and aggression, but he associated them with provocative behaviour of other people rather than with the symptoms of his own emotional problems. He is aware that because

i temu, że doznaje omamów słuchowych. Ogólnie jednak jego wgląd w chorobę można określić jako częściowy. Przyznał jedynie, że często jest bierny, wyłącza się, nie wychodzi z domu, łatwo się denerwuje, łatwo go wytrącić z równowagi. Podał, że ma ataki złości i agresji, jednak wiąże je bardziej z prowokacyjnym zachowaniem innych niż z objawami własnych problemów emocjonalnych. Jest świadomy tego, że przez swoją chorobę nie mógł utrzymać stałej pracy, także w trakcie pobytu za granicą.

Obserwacja zachowania opiniowanego w chwili składania zeznań wskazywała na słabe nasilenie przeżyć psychotycznych, jednak świadek przyznał, że ma natok i goniwę myśli. Po zakończeniu przesłuchania objawy napięcia emocjonalnego i pobudzenia nasiliły się.

W oparciu o aktualnie obowiązujące w psychologii kryteria oceny zeznań należy wskazać, że wypowiedzi pokrzywdzonego charakteryzują:

W zakresie treści składanych zeznań:

- Zeznania logiczne.
- Ustrukturyzowany charakter wypowiedzi. Opiniowany przedstawił zdarzenie dotyczące pobicia zgodnie z zasadą: sytuacja początkowa (wchodzi do budynku) – rozwinięcie (przebieg pobicia) – sytuacja końcowa (matka wygląda przez okno, on wraca do domu, zawiadomienie policji).
- Obecność istotnych detali. W zeznaniach opiniowanego zawarty jest opis miejsca zdarzenia, usytuowania i wyglądu sprawców.
- Zeznania kontekstualne. Opiniowany podawał miejsce i czas zdarzenia, opisał jego uczestników.
- Zeznania zawierają opis interakcji pomiędzy uczestnikami zdarzenia, np.: *W tym czasie Jan S. wstał z ławki. Obaj mnie okładali, celowali w głowę. Ja się zasłaniałem rękoma. Potem udało mi się odskoczyć w stronę jezdni. Szedłem tyłem, a ten Stasio szedł za mną.*
- W trakcie składania zeznań pojawiają się spontaniczne korekty.

W zakresie motywacji składania zeznań:

- Opiniowany jest świadomy motywów, dla których składał zeznania. Podał, że boi się wychodzić z domu. Uważał, że to niesprawiedliwe, że dwie osoby były go jednocześnie, stwierdził: *Tak się nie postępuje: dwóch na jednego.*
- Nie można jednak wykluczyć, że opiniowany przedstawiał tzw. wersję utrwaloną, pozbawioną wątpliwości, braków. Jest charakterystyczne, że świadek, pomimo wzburzenia i podenerwowania, tak dobrze zapamiętał przebieg zdarzenia. Opiniowany miał gotową odpowiedź na każde zadawane mu pytanie. Nie zasłaniał się niepamięcią. Wyraźnie minimalizował swoją rolę w całym zdarzeniu.

Konkluzja:

- Opiniowany jest osobą chorą psychicznie. Charakter jego choroby ogranicza zdolność do obiektywnego przedstawiania faktów. W rezultacie świadek potrafi zachowywać się instrumentalnie, dyssymulować lub konfabulować.

of his illness he could not maintain a regular job, also when he stayed abroad. Observation of his behaviour during testifying showed only slight psychotic experiences, however the witness admitted that he experienced a pressure and flight of thoughts. After the interrogation the symptoms of emotional tension and agitation ceased.

According to currently mandatory, in psychology, criteria of assessment of testimonies, the affected person's statements are characterized by:

Within the content of the submitted testimonies:

- Logical testimonies.
- Structured nature of statements. The evaluated man presented the incident of beating according to the principle: initial situation (he enters the building) – development (course of beating) – final situation (his mother looks out of the window, he returns home, the police is notified).
- Presence of important details. His testimonies contain a description of the place and situation of the incident and the perpetrators' appearance.
- Contextual testimonies. The subject mentioned the place and time of the incident and described its participants.
- The testimonies contain the description of the interaction between the participants of the incident, e.g.: *Then Jan S. rose from the bench. They both battered me, aiming at my head. I covered myself with my hands. Then I managed to jump away towards the roadway. I went backwards, and Stasio followed me.*
- Spontaneous corrections appear during testifying.

Within the motivation for testifying:

- The evaluated man is aware of the motives for which he testified. He said that he was afraid to leave home. He felt that it was unfair that two men were beating him at the same time. He said: *It isn't fair: two battering just one...*
- Yet, we could assume that he presented the so called fixed version, without any doubts or faults. Surprisingly, despite his agitation and irritation, the witness remembered the course of the incident quite well. He had a ready answer to each question asked. He did not pretend that he did not remember the incident and clearly minimized his role in it.

Summing up:

- The witness is mentally ill. The nature of his illness confines his ability to objective presentation of facts. In result, he can behave instrumentally, dissimulate and confabulate.

CONCLUSIONS

The presented analysis of psychological criteria of credibility of testimonies presented by mentally ill people shows a considerable differentiation both within a random version and while answering the questions. The differences refer to the criteria related to the content and motivation for testifying. Much more credible are those patients which systematically undergo treatment and are aware of their illness.

WNIOSKI

Zaprezentowana analiza psychologicznych kryteriów wiarygodności zeznań osób chorych psychicznie wykazuje znaczne zróżnicowanie zarówno w zakresie wersji swobodnej, jak i w trakcie odpowiadania na pytania. Zróżnicowania dotyczą kryteriów odnoszących się do treści i motywacji składania zeznań. Zdecydowanie bardziej wiarygodni są pacjenci, którzy systematycznie się leczą i są świadomi swojej choroby.

PIŚMIENNICTWO

BIBLIOGRAPHY:

1. Arntzen F.: Psychologia zeznań świadków. PWN, Warszawa 1989.
2. Draheim M.: Za i przeciw instytucji eksperta w dziedzinie szacowania wiarygodności zeznań świadków. *Przegląd Psychologiczny* 1993; 36: 127-133.
3. Gruza E.: Ocena wiarygodności zeznań świadków w procesie karnym. *Problematyka kryminalistyczna*. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2003.
4. Hołyst B.: Psychologiczne i społeczne determinanty zeznań świadków. PWN, Warszawa 1989.
5. Klasik A.: Zaburzenia pamięci krótkotrwałej w zespole paranoidealnym na podstawie badań metodą free recall. *Badania nad Schizofrenią* 2002/2003; 4: 305-318.
6. Maciejki M.: Psychologiczna analiza sposobów przesłuchania świadków i reguł oceny ich zeznań w praktyce sędziowskiej a stopień przypisywanej im wiarygodności. Uniwersytet Śląski, Katowice 2009.
7. Kołakowska W., Lach B.: Psychologiczne determinanty zeznań świadków i osób składających wyjaśnienia. *Szczytno* 1999.
8. Majchrzyk Z.: Opiniodawstwo psychologiczne zdolności uczestniczenia w procesie sądowym. *Badania nad Schizofrenią* 2006; 7: 74-86.
9. Memon A., Vrij A., Bull R.: Prawo i psychologia. Wiarygodność zeznań i materiału dowodowego. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
10. Stanik J.M.: Wybrane problemy psychologii zeznań świadków. W: Lubelski M.J., Stanik J.M., Tyszkiewicz L. (red.): *Wybrane zagadnienia psychologii dla prawników*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1986.
11. Marten Z.: Psychologiczna i dowodowa wartość zeznań dotyczących wspomnień z dzieciństwa. W: Stanik J.M., Majchrzyk Z. (red.): *Psychologiczne i psychiatryczne opiniodawstwo sądowe w ramach nowych uregulowań prawnych*. Anima, Katowice 2001.
12. Pionkowski I.: *Zarys ogólnej psychopatologii zeznań*. Palestra, Warszawa 1965.
13. Skowroński D.: Jak oceniać wiarygodność zeznania dziecka – ofiary przemocy seksualnej. *Niebieska Linia* 2000; nr 5: 15-18.
14. Staręga S.: Dziecko świadkiem w sprawach karnych dotyczących przemocy domowej. *Niebieska Linia* 2001; nr 5: 26-27.
15. Vrij A., Akehurst L.: Komunikacja werbalna a wiarygodność: ocenianie prawdziwości zeznań. W: Memon A., Vrij A., Bull R.: *Prawo i psychologia. Wiarygodność zeznań i materiału dowodowego*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
16. Draheim M.: Jak psychologowie oceniają wiarygodność zeznań świadków? *Czas. Psychol.* 1995; 1: 57-62.
17. Marten Z.: Strukturalna i funkcjonalna analiza treści zeznań. *Problemy Kryminalistyki* 1984; nr 165.
18. Łoza B.: Trafność rozpoznań psychotycznych w diagnostyce sądowo-psychiatrycznej. *Badania nad Schizofrenią* 1999/2000; 2: 185-190.
19. Welcz H., Masiak M., Pyter T. i wsp.: Opiniowanie sądowo-psychiatryczno-psychologiczne osób z zaburzeniami schizofrenicznymi i spektrum schizofrenii. *Badania nad Schizofrenią* 2006; 7: 87-98.
20. Czernikiewicz A., Łoza B.: Zaburzenia spójności wypowiedzi u osób przewlekle chorych na schizofrenię. *Badania nad Schizofrenią* 1993; 67-71.