

IUS MATRIMONIALE

Ze studiów nad kościelnym prawem małżeńskim

(pod redakcją ks. Wojciecha Góralskiego)

TOM IV

LUBLIN 1993

Nihil obstat
ks. dr Sławomir Nasiorowski
(cenzor)

Imprimatur
+ *dr Zygmunt Kamiński*
Biskup Płocki
PŁOCK, 18.11.1992 r.

Redaktor techniczny
Wiesław Kowalski

Skład: KRONOS s.c., Płock, ul.Padlewskiego 15, Tel. 625-158

Druk: OFFESTDRUK, Sierpc, ul.Traugutta 49, Tel. 75-55-19

ENCEFALOPATIA JAKO WARUNEK ORZEKANIA NIEWAŻNOŚCI ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO

1. Wprowadzenie

Promulgowany w 1983 roku przez papieża Jana Pawła II nowy Kodeks Prawa Kanonicznego, przyniósł wiele zmian i modyfikacji w zakresie prawa małżeńskiego. Szczególną uwagę zwrócono na fakt wyrażania zgody małżeńskiej jako aktu woli małżonków przez który oddają się sobie wzajemnie a jednocześnie przyjmują obowiązki wynikłe z małżeństwa. Uwzględniając najnowsze osiągnięcia medycyny i psychologii poszerzone zostały tytuły nieważności małżeństwa a niektóre dotychczasowe uległy modyfikacji. Kanony 1574 i 1680 nowego Kodeksu Prawa Kanonicznego stanowią podstawę prawną do powoływania biegłego lub biegłych w tym również psychologa przy orzekaniu o nieważności małżeństwa. Szczególnie dotyczy to oceny niezdolności do zawarcia małżeństwa, będącego przedmiotem dyspozycji kanonu 1095¹. W myśl tego kanonu niezdolni do zawarcia małżeństwa są ci, którzy:

1. są pozbawieni wystarczającego używania rozumu,
2. mają poważny brak rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych,
3. z przyczyn natury psychicznej są niezdolni do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Wspólną cechą wymienionych wyżej warunków powodujących nieważność małżeństwa są zaburzenia psychiczne i zaburzenia osobowości.

Opracowanie aktualne poświęcone jest wycinkowemu problemowi kiedy to przy zachowaniu zdolności oceniającej funkcji rozumu i istnieniu rozeznania co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich, w następstwie uszkodzenia mózgu występuje upośledzenie kierowania swoim postępowaniem. Sytuacja taka występować może u osób z encefalopatią.

Przez encefalopatię, rozumie się zaburzenia funkcji mózgu przebiegające zwykle z objawami psychicznymi. Przyczyny encefalopatii mogą być różne, pojawiają się one jako skutek urazów mózgu, procesów zapalnych, niedokrwiennych, toksycznych. Ponieważ zwykle nie dochodzi

do uszkodzenia całego mózgu stąd może powstać obraz sprawnego funkcjonowania osoby w jednych sferach przy głębokim zaburzeniu funkcji w innych. Zaburzenia encefalopatyczne odróżnia się od powstałych z przyczyn środowiskowych (socjopatii), w których nie stwierdza się cech uszkodzenia mózgu. Zarówno od strony rokowania jak i od strony diagnostyki problem jest trudny. Mózg posiada możliwości odtwarzania uszkodzonych funkcji drogą zmiany sposobu funkcjonowania, a także drogą powolnej regeneracji uszkodzonych funkcji. Muszą być jednak zachowane określone warunki (możliwość odpoczynku, mniejsze narażenie na bodźce zakłócające, życzliwość, właściwe odżywianie), w których to jest możliwe. Ważne są także cechy osobowości przedchorobowej². Ponadto proces rehabilitacji jest zwykle bardzo powolny i trudno jest określić jego możliwy zakres. Od strony diagnostyki problem rozpoznania encefalopatii jest trudny z powodu niedostępności i zawodności stosowanych metod diagnostycznych. Stąd też uważa się, że podstawowym dla rozpoznania jest zebranie szczegółowego wywiadu. Zwrócenie uwagi na dane, z których może wynikać pojawienie się zaburzeń zachowania po nawet błahym urazie głowy czy infekcji. Zaburzenia zachowania u encefalopatów mogą pojawić się w sytuacji przeciążenia³, a za taką można uznać małżeństwo z mniej tolerancyjną i nadmiernie wymagającą osobą. Niekiedy przyjmuje się współrelacje pomiędzy ciężkością urazu, ciężkością uszkodzenia mózgu i zaburzeń zachowania.

2. Opis przypadków encefalopatii wraz z oceną psychologa.

Badany nr. 1 wobec dużej wielkości został z trudem urodzony przez matkę. W okresie dzieciństwa wykazywał: lęki, koszmarne sny, moczenie nocne. Nauka w szkole szła mu opornie, szczególne trudności występowały w przedmiotach ścisłych. Nauczyciele informowali go, że jest głębszy od innych. W okresie szkoły podstawowej doświadczył ponadto licznych dramatycznych przeżyć, były to: śmierć ojca i dwu braci (jeden z nich popełnił samobójstwo), choroba matki. Zaniedbywał się w nauce, repetował pierwszą klasę licealną, następnie zmienił szkołę. Po ukończeniu technikum podjął pracę zawodową. W wieku 25 lat poznał swoją przyszłą żonę. Znajomość przedmałżeńska trwała 3-4 miesiące, nie pamięta daty ślubu. Decyzję małżeństwa podjął pod naciskiem matki i brata, którzy wobec trudnej sytuacji rodzinnej oczekiwali jego usamodzielnienia się. Po zawarciu małżeństwa pojawiły się konflikty prowokowane przez żonę, zarzucała mu iż jest pijakiem, lekkoduchem, karciarzem. Badany przyznaje, że grywał w karty, nadużywał alkoholu, ale czynił to dlatego, że żona jego okazała się jego zdaniem osobą nieodpowiedzialną, pracowała w nieodpowiednim środowisku, preferowała męskie towarzystwo. Powodem rozpadu małżeństwa było odejście żony do innego mężczyzny. Aktualnie badany żyje w związku cywilnym

z inną kobietą, pożycie małżeńskie ocenia jako w miarę zgodne.

W opisanym przypadku należy przyjąć wczesnodziecięcą encefalopatię, będącą prawdopodobnie skutkiem urazu okołoporodowego. Uważa się, że w przypadkach takich może nastąpić spontaniczna rehabilitacja, zasadniczą rolę spełnia przy tym środowisko, sposób odżywiania. Rydzyński⁴ stwierdza, że z czasem encefalopatyczne dzieci nadmiernie ruchliwe powolnieją. Spowolniałe ruchowo ożywają, ustępuje lękliwość, dzieci bierne zaczynają głębiej przeżywać sytuacje emocjonalne. Po 20 roku życia osoby z lżejszymi postaciami encefalopatii mało się różnią od osób zdrowych, choć obciążenia emocjonalne mogą odsłaniać encefalopatyczną osobowość. Natomiast osoby z aspołecznym typem encefalopatii zwykle nie tylko nie ulegają korekcji, ale stopień ich zaburzeń nasila się⁵. W niektórych przypadkach u encefalopatów wczesnodziecięcych nawet mimo korzystnych warunków środowiskowych może pozostać: labilność emocjonalna, impulsywność działania, męczliwość, konkretyzacja w myśleniu, niepokój psychoruchowy, niski próg tolerancji na frustrację, trudności przystosowawcze do warunków pracy, nauki i współżycia społecznego. U osób takich w warunkach stałego przeciążenia psychicznego może dochodzić do ostrych objawów dekompenacji pod postacią epizodów drażliwości, wybuchowości, ataków wściekłości z zawężeniem pola świadomości występujących w sytuacjach trudnych. Może również dochodzić do ostrych objawów dekompensacyjnych wywołanych korozyjnym - stałym choć pozornie nieznacznym oddziaływaniem na osobowość czynników niekorzystnych⁶. W opisanym przypadku liczne urazy dziecięce nie stworzyły warunków, w których mogłoby dojść do spontanicznej rehabilitacji co w konsekwencji ujawniło się nietrwałością związku małżeńskiego

W kolejnym, poniżej opisanym przypadku daje się wyraźnie wskazać lokalizację uszkodzenia mózgu w obrębie płatów czołowych.

Badany, urodzony w 1948 roku, w dzieciństwie nie sprawiał większych kłopotów wychowawczych. W 16 roku życia przebył ciężki uraz głowy, od którego to jego zachowanie uległo zasadniczej zmianie. Przestał się uczyć, uciekał ze szkoły, zaczął pić alkohol, miał konflikty z prawem. W 23 roku życia zawarł związek małżeński. Decyzję małżeństwa podjął wspólnie z żoną i za zgodą obu rodzin. Narzeczona zdecydowała się na małżeństwo pomimo, że wiedziała o skłonnościach badanego do nadużywania alkoholu oraz jego pobycie w więzieniu. Ich pożycie od początku nie układało się pomyślnie. W około 6 miesięcy po ślubie mąż zaczął nadużywać alkohol, był podejrzliwy, wybuchowy, agresywny wobec otoczenia. Znęcał się nad żoną bijąc ją dotkliwie, powiedział jej, że zamówił specjalny nóż w zakładzie pracy, którym ją zabije. Często wygrażał jej nożem kuchennym, wielokrotnie proponował by popełniła samobójstwo, stale posądzał o zdrady. Sam nie przychodził

na noc do domu. Niekiedy, demonstracyjnie w obecności innych, podcinając sobie "żyły", w innym przypadku wstrzykiwał ślinę pod skórę by uzyskać zwolnienie lekarskie z pracy. Posiadał na ciele liczne tatuaże, w tym napis w języku angielskim na czole, który zakrywał przylepcem. Nastrój jego był beztroski, był zadowolony z siebie. W rok po zawarciu związku małżeństwa narodziła się córka, którą zajmowała się wyłącznie powódka. Od tego czasu był wielokrotnie więziony za przestępstwa kryminalne (kradzieże, pobicie - łączące się z nadużywaniem alkoholu).

Dominującym zaburzeniem u badanego jest upośledzenie kontaktów z innymi, utrudnione przekazywanie uczuć i emocji, wyrazem czego były liczne tatuaże na skórze, w tym i napis na czole. Kolejnym wyraźnym deficytem jest utrata sterującej funkcji mowy⁷. Badany nie potrafił realizować postulatów właściwego zachowania, pomimo odpowiednich informacji uzyskiwanych także pod postacią kar więzienia. Innymi przejawami zaburzonego zachowania było demonstracyjne dokonywanie samookaleczeń. Przy uszkodzeniu płatów czołowych może wystąpić obniżenie czucia bólu⁸, podwyższony i zmienny nastrój, nie liczenie się z konsekwencjami swych czynów. Gwałtowność działań wskazuje na uszkodzenie obszrów podstawno - czołowych^{9,10} przy czym mściwy, dysforyczny nastrój, konsekwentne zagrożenie żonie śmiercią może wskazywać na dodatkowe uszkodzenie mózgu w okolicy skroniowej.

W kolejnym przypadku decydującymi dla nieprawidłowego funkcjonowania małżeństwa okazały się głębokie zaburzenia pamięci świeżej współistniejące z nadmierną aktywnością seksualną.

Badany urodzony w 1959 roku, wykształcenie średnie, urzędnik. W dzieciństwie pomimo konfliktów z nadużywającym alkohol ojcem rozwijał się prawidłowo, był serdeczny, syntoniczny, łatwo nawiązywał kontakty, osiągał dobre wyniki w nauce. W 22 roku życia uległ wypadkowi w następstwie którego stracił przytomność. Po wypadku stał się pobudliwy, nerwowy, nie pamiętał wielu rzeczy z przeszłości, miał trudności z zapamiętaniem nowych zdarzeń, w jednym nozdrzu utracił węch. Po upływie roku zawarł małżeństwo, daty ślubu nie pamięta. Konflikty z jego żoną zaistniały od początku małżeństwa. Nie pamięta przedmiotu sporów, uważał że żona była nadmiernie uzależniona od swoich rodziców materialnie i psychicznie. Nie chciała z nim współżyć fizycznie, nie potrafiła go docenić ani zrozumieć, nie wywiązywała się z podstawowych obowiązków małżeńskich. Zaprzecza temu, by zdradzał żonę. Przyznaje, że niekiedy późno wracał do domu ponieważ uciekał do swoich kolegów w następstwie małżeńskich nieporozumień. Przyznaje, iż małżeństwo które zawarł znacznie pogłębiło jego drażliwość, wybuchowość i obniżyło odporność psychiczną. Z powodu narastających konfliktów wielokrotnie podejmował decyzję odejścia od żony, ostatecznie

został przez nią wyrzucony. Nie potrafi odtworzyć historii kojarzenia się małżeństwa ani też jego rozpadu. Jest napięty, męczliwy, zgubiony w czasie, gubi się przy przejściu z jednego tematu do innego, zapytany o temat poprzedniej rozmowy nie potrafi go sobie przypomnieć. W odtworzeniu kluczowym dla małżeństwa danych posługuje się notatkami. Po odejściu od żony miał kolejne dwa wypadki. W drugim z nich przeżył uraz głowy i złamanie kręgosłupa. Należy pamiętać jednak, że zaburzenia pamięci, drażliwość, wybuchowość pojawiły się już w następstwie pierwszego urazu, a więc przed zawarciem małżeństwa.

W badaniu psychologicznym jawi się jako osoba perfekcjonistyczna, przyznaje się do najdrobniejszych wad, pesymistyczny w ocenie własnych możliwości. Posiada przeciętny poziom inteligencji ogólnej, wykazuje znaczny stopień obniżenia zdolności zapamiętywania, w kilka minut po zmianie tematu nie jest w stanie powiedzieć o czym uprzednio rozmawiał, gubi się w szczegółach, wyjaśnia że musi wszystko zapisywać aby móc pracować. Ma obniżoną zdolność do analizy i syntezy. Ujawnia mnogie dolegliwości: duszność, bóle głowy, uderzenia krwi do głowy, rozszadania w klatce piersiowej. Posiada trudności w koncentracji uwagi, planowaniu, przewidywaniu, jest spięty, nerwowy, odczuwa natłok myśli, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Ma obniżoną odporność na sytuacje trudne. W kontaktach z ludźmi jest wrażliwy, wybuchowy, konfliktowy, pomimo że stara się kontrolować swe zachowanie. Z rozmowy przeprowadzonej z żoną badanego, wynika że był drażliwy, wybuchowy, niekonsekwentny, drobiazgowy, odbywał długotrwałe i częste stosunki seksualne, które wywoływały u niej negatywne uczucia.

W oparciu o przedstawione dane można rozpoznać u badanego cechy głębokiego uszkodzenia mózgu ujawniające się pod postacią: Zaburzenia pamięci świeżej, współwystępujących z nadmierną aktywnością seksualną, zaburzenia planowania, przewidywania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Pomimo deklarowanej przez badanego chęci przystosowania się do życia w małżeństwie nie był w stanie sprostać stawianym wymaganiom. Bezpośrednio po awanturze rodzinnej nie wiedział co było przedmiotem sporu. Żona nie była go w stanie zrozumieć, dopomóc łagodzić sytuację, w krótkim czasie po zawarciu małżeństwa doszło do zwiększenia stopnia zaburzeń w zachowaniu i w konsekwencji do jego rozpadu.

Miller i inni¹¹ zwracają uwagę na występowanie epizodów nadmiernego pobudzenia seksualnego u ludzi po uszkodzeniu obszarów śródkowych okolic czołowo-podstawnych, współwystępują często u nich zaburzenia pamięci. Inne funkcje intelektualne mogą być zachowane. Chory może działać sprawnie przy zachowanym jednolitym toku myślowym, zbaczanie z tematu lub jego zmienianie powoduje automatyczne

zapomnienie uprzednich treści. Jediną możliwością względnie sprawnego działania, realizowaną zresztą przez omawianego badanego, jest prowadzenie drobiazgowo określonego trybu życia tak, by go nic nie mogło zaskoczyć. Ponadto stosował skutecznie zapisywanie informacji, co zabezpieczało go przed zagubieniem się. Znacznie trudniej jest ustosunkować się do zgłaszanych przez niego licznych dolegliwości somatycznych. Interpretacja tych zaburzeń może iść w dwu kierunkach. Można je rozpatrywać jako wyraz mechanizmu kompensacyjnego "nie pracuję wydajnie nie dlatego, że jest to niemożliwe wobec znacznego upośledzenia pamięci, lecz dlatego bo uderza mi krew do głowy, trzęsą się ręce itp.". Możliwym jest również inne wyjaśnienie: ¹² lokalizacyjnie wyżej wzmiankowana okolica uszkodzenia mieści się w pobliżu obszarów podwzgórzowo - przysadkowych, decydujących o podstawowych funkcjach hormonalnych. Można więc oczekiwać zaburzeń hormonalnych, które mogą dawać podobny obraz. Rozstrzygnięcie tej hipotezy wymaga zastosowania specjalnych technik laboratoryjnych do oznaczenia poziomu hormonów.

3. Podsumowanie

W analizowanych trzech przypadkach stwierdza się cechy wadliwie funkcjonujących osobowości, w następstwie uszkodzenia centralnego układu nerwowego. W pierwszym przypadku należy rozważać uraz mózgu związany z okresem porodu, w dwóch kolejnych zmiany w zachowaniu się osób powstały na skutek odniesionego urazu mózgu w późniejszym okresie życia (ale przed zawarciem małżeństwa). Stopień zaburzenia w funkcjonowaniu osobowości w przedstawionych przypadkach jest różny, ale wspólnymi cechami zachowania się tych osób jest: niezdolność do tworzenia pozytywnych i trwałych związków z innymi ludźmi, autodestruktywny sposób życia, skłonność do zachowań nieprzemysłanych, agresywnych, nietrwałość obietnic, słabość woli. Osoby te nie były zdolne do przyjęcia i wypełnienia obowiązków małżeńskich pomimo chęci trwania w związku małżeńskim i składanych obietnic dotyczących zmiany swojego dotychczasowego zachowania.

Przy zachowaniach encefalopatycznych z okresu wczesnego dzieciństwa może niekiedy wystąpić zjawisko kompensacji funkcji mózgu w kierunku powstania osobowości funkcjonującej w miarę prawidłowo. Kompensacja takak jest jednak możliwa w sytuacji korzystnego środowiska wychowawczego, a także akceptacji i zrozumieniu pewnych trudności adaptacyjnych u takich osób. Może występować również zjawisko odwrotne, w którym osoba z niewielkim defektem mózgu będzie podlegała niekorzystnym, patogennym oddziaływaniom środowiska wychowawczego i społecznego, w następstwie których pogłębia się cechy zachowania nieprawidłowego, nastąpi większa dekompensacja osobowości.

W pierwszym z przedstawionych przypadków mamy sytuację, w której rozwój osobowości uwikłany był w problemy rodzinne, osoba nie spotkała się również ze zrozumieniem ze strony otoczenia (szkoły), także małżeństwo nie stanowiło dla niej oparcia, a tym samym możliwości dobrego funkcjonowania i przystosowania. W dwóch kolejnych przypadkach odniesiony uraz mózgu spowodował zaburzenia w zachowaniu, choć funkcjonowanie tych osób przed okresem urazu było prawidłowe. Kompensacja zaburzonych funkcji zachowania była trudniejsza z uwagi na wielkość urazu, jak również późniejszy okres jego wystąpienia.

Badania psychologiczne osób z uszkodzeniem mózgu są trudne, przeprowadzane przy pomocy testów osobowościowych: MMPI-WISKAD i 16 czynnikowego kwestionariusza Cattella. Oddają one jedynie sposób funkcjonowania człowieka i są mniej przydatne w diagnozie uszkodzenia mózgu. Dokładniejsze dane można uzyskać stosując test inteligencji Wechslera Belevue lub WAIS, testy pamięci (test 15 słów Reya, pamięci Choynowskiego). Bardziej specjalistycznymi, ale męczącymi dla badanego i trudnymi w stosowaniu są: Test Sortowania Kart Wisconsin (Wisconsin Card Sortig Test), Test Kraepelina, Figura Reya, Klocki Corsi^{9,13}. Dla kompletu proponuje się niekiedy badanie neurologiczne (w którym jednak często nie stwierdza się zmian). Duże znaczenie diagnostyczne ma EEG, badanie komputerowe mózgu czy wyrafinowane lecz całkowicie niedostępne obecnie metody oparte na zasadzie pozytronowej emisyjnej tomografii lub nuklearnym rezonansie magnetycznym¹⁴.

ENCEFALOPATIA COME LA CONDIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI NULLITÀ DEL MATRIMONIO

Sommario

Il ruolo dei periti nei processi di nullità del matrimonio, specialmente instruiti dal titolo indicato nel can. 1095, esige le indagini psicologiche delle persone con le perturbazioni con l'encefalopatia.

Nel loro studio gli autori presentano e commentano i tre casi dei vizi di personalità causati dalla lesione del sistema nervoso centrale.

Przypisy

¹ W. Góralski, Zadania psychologa w sprawach o nieważność małżeństwa w świetle wymogów nowego prawa małżeńskiego, Prawo Kanoniczne 1986, vol. 29, n. 3-4, s. 163-172.

² Ch. J. Long, Gouvier W.D., Cole J.C., A model of recovery for the total rehabilitation of individuals with head trauma, Journal of Rehabilitation, 1984, Jan/Feb/March s. 39-45.

³ B. Ruszczyńska, Znaczenie psychologiczne oceny późnych następstw pourazowego uszkodzenia mózgu w praktyce sądowo-lekarskiej, Psychiatria Polska

1978, vol. 12, n. 5/6, s. 603-605.

⁴ Z. Rydzyński, Możliwość korekcji wad psychicznych encefalopatów, *Zdrowie Psychiczne*, 1970, vol. 11, n. 1/2, s. 140-147.

⁵ Z. Rydzyński, Kształtowanie się osobowości dziecięcych i młodocianych encefalopatów, *Zdrowie Psychiczne* 1970, vol. 11 n. 1/2, s. 15-21.

⁶ A. Madej, Trudności adaptacyjne encefalopatów w środowisku wojskowym, *Zdrowie Psychiczne* 1970, vol. 11, n. 1/2, s. 107-112.

⁷ A. R. Łuria, *Podstawy neuropsychologii PZWL* Warszawa 1976, s. 227.

⁸ P. Gutterman, Shenkin H.A., Saline frontal lobotomy in the treatment of intractable pain, *JAMA* 1967, vol. 199, s. 123-125.

⁹ B. Milner, Petrides M., Behavioral effects of frontal-lobe lesions in man, *Trends in Neuroscience* 1984, vol. 7, n. 11, s. 403-407.

¹⁰ J. Szumska, Organizacja funkcjonalna i patologia pól czołowych, *Acta Physiol. Pol.* 1975, vol. 26, n. 5, suplement 11, s. 143-169.

¹¹ B. Miller, Cummings J. L., McIntyre H., Ebers G., Grode M., Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury, *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1986 vol. 49, s. 867-873.

¹² H. S. Levin, Grossman R. G., Behavioral sequelae of closed head injury, *Archives of Neurology* 1978, vol. 35, s. 720-727.

¹³ B. Kolb, Whishaw J. Q., Performane of schizophrenic patient on test.