

Ryszard Sztychmiller, Jarosław Ch. Fryc, Bożena Drelich

Stwardnienie rozsiane a zdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich

Ius Matrimoniale 2 (8), 9-38

1997

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. Ryszard Sztychmiller, Jarosław Chryzostom Fryc, Bożena Drelich

Stwardnienie rozsiane a zdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich

Wprowadzenie

Stały rozwój badań naukowych w dziedzinie biologii, socjologii, psychologii i psychiatrii umożliwia coraz dokładniejsze wnikanie w złożoną naturę człowieka. Współczesna psychiatria i psychologia uczyniła wielki postęp w tłumaczeniu psychicznych procesów w życiu człowieka, zarówno świadomych jak i nieświadomych. Kanonistyka i jurysprudencja nie prowadzą samodzielnie badań tego typu, lecz korzystają z wyników wymienionych nauk uwzględniając aspekt wpływu różnych stanów psychicznych na kanoniczne wyrażenie zgody małżeńskiej. Niemal wszystkie wyroki rotalne dotyczące „niezdolności do zawarcia małżeństwa” (kan. 1095), czerpią swoje wyjaśnienia z osiągnięć nowoczesnej psychiatrii i psychologii.

Dwie normy prawne zawarte w kan. 1095 mówią o obowiązkach małżeńskich: o „braku rozeznania oceniającego” dotyczącego tych obowiązków oraz o „niezdolności do przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich”. Również Jan Paweł II stwierdził w swoim przemówieniu do urzędników Roty Rzymskiej, w dniu 26 stycznia 1984 roku, że te normy „sformułowane w ogólny sposób, oczekują bliskiego określenia, przez biegłych Roty, którzy mają w tym swój wielki wkład w prawo i jurysprudencję”¹. Ważne znaczenie jurydyczne ma „owoc dojrzałych i głębokich studiów”, które muszą uwzględniać rzeczywisty i niezaprzeczalny rozwój biologii, psychologii, psychiatrii i socjologii. Nauki te mogą pomóc w kanonicznych refleksjach i studiach zmierzających do poszerzenia wiedzy o naturze człowieka oraz wyrażania zgody małżeńskiej.

¹ Jan Paweł II, *Allokucja do Roty Rzymskiej*, z dnia 26 stycznia 1984 r., w: *Originis* 13 (1983–1984), s. 584.

Zamierzeniem tego artykułu jest określenie możliwości zastosowania normy zawartej w kan. 1095 2°–3° do badania zdolności do małżeństwa osób cierpiących na chorobę stwardnienia rozsianego. Dość dużo ludzi choruje na tę chorobę i sądy biskupie proszone są czasem o orzeczenie czyjejs zdolności do zawarcia małżeństwa, lub pytane są o radę w podobnej sprawie, aby ustrzec się nieważności związku.

Nauka kanoniczna i jurysprudenca starają się przedstawić obraz wspomnianej choroby, która nie jest szczególnym rodzajem choroby psychicznej – co jest tutaj ważne – lecz może zawierać element psychologiczny mogący wpływać na zdolność osoby do zawarcia małżeństwa². Głębokie studium chorób psychicznych lub jakiegokolwiek innej choroby zakłada u sędziego kościelnego głęboką wnikliwość i określenie skutków tej choroby na zgodę małżeńską.

Treść kanonu 1095, 3° podnosi bardzo trudny aspekt dotyczący jego praktycznej aplikacji. Określa naturę przyczyny, z której wywodzi się „niezdolność do przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich”. Zastrzega się w niej, że ma to być przyczyna „natury psychicznej”. Czy oznacza to, że takie choroby (podobne do sclerosis multiplex), jak choroba Alzheimer’a, choroba Parkinsona, rozległy niedowład, itp., które ze swej natury są organiczne lub neurologiczne, nie mogą powodować nieważności małżeństwa? Choroby te zazwyczaj powodują określone skutki w psychice osoby chorej, a skutki te są prawdopodobnie przyczyną niezdolności do zawarcia małżeństwa lub nieważności zawieranych małżeństw. Dlatego ważne jest poznanie natury i rozwoju wspomnianych chorób neurologicznych.

W przemówieniu skierowanym do pracowników Roty Rzymskiej w 1987 r. papież Jan Paweł II złożył następujące oświadczenie dotyczące kanonu 1095: „rzeczywista niezdolność jest uznawana tylko w wypadku wystąpienia nieprawidłowości poważnej natury, którą da się zdefiniować, i która winna istotnie ograniczać zdolność partnera do rozumienia lub chcenia³. W tej wypowiedzi Papież podtrzymuje wymaganie poważnego zakłócenia, przypuszczalnie natury psychicznej, ponieważ sam prawodawca mówi o tym w kanonie 1095. Nie mówi, że tylko choroby psychiczne brane są pod uwagę

² Wyrok c. Lefebvre, z dnia 8 lipca 1967 r., *Sacrae Romanae Rotae Decisiones (SRRDec)*, 59 (1967), s. 569–570.

³ Jan Paweł II, *Allokucja do Roty Rzymskiej*, z dnia 5 lutego 1987 r., nr 7, *L'Osservatore Romano*, z dnia 6 lutego 1987 r., s. 5.

jako przyczyna natury psychicznej, ponieważ zdaje się sugerować, że przyczyna natury organicznej lub neurologicznej, ze względu na skutki, będzie także psychiczna, będąca źródłem nieważności wyrażonej w kanonie 1095. Jeżeli tak będziemy interpretować wspomniane oświadczenie papieskie, może się okazać, że nie będzie poważnych trudności w aplikacji założeń kanonu 1095 n. 3^o do przypadków osób cierpiących na choroby, o których wyżej mówiono. Sam prawodawca rozróżnia odrębność dwóch punktów kanonu 1095, 2^o–3^o w Kodeksie z 1983 roku, stąd jego oświadczenie nie może być rozumiane w duchu eliminowania tego rozróżnienia. Subiektywne i obiektywne aspekty prawnej niezdolności, uszczegółowione w kanonie 1095 muszą być związane z aktem wyrażenia zgody małżeńskiej. Dlatego też celem niniejszego artykułu jest rozstrzygnięcie: Czy choroba stwardnienia rozsianego powoduje taką niezdolność, która może czynić zgodę małżeńską nieważną, czy skutki tej choroby mają tylko względny wpływ na umowę małżeńską?

W pierwszej kolejności w artykule określone zostaną kliniczne aspekty choroby sclerosis multiplex, co uczynione będzie na bazie klinicznych prac naukowych przeprowadzonych przez naukowców psychologów i psychiatrów – specjalistów od tej choroby. Wyniki badań przyczynią się do sformułowania pewnych konkluzji klinicznych, które będą mogły mieć zastosowanie prawnicze. Następnie opisane zostaną przypadki stwierdzenia nieważności kilku małżeństw osób cierpiących na chorobę stwardnienia rozsianego. W ten sposób można będzie zobaczyć, jak założenia prawne kanonu 1095 są aktualnie aplikowane w konkretnych przypadkach. Pozwoli to wyprowadzić kilka praktycznych wniosków dotyczących rozwiązywania takich spraw.

1. Aspekty kliniczne choroby Sclerosis multiplex

1.1. Tło choroby

Choroba sclerosis multiplex (stwardnienie rozsiane) jest obecnie powszechnie zaliczana do chorób ośrodkowego układu nerwowego (rdzenia kręgowego i mózdzka) zaatakowanego przeważnie u młodych ludzi, we wczesnym okresie ich życia, często w łączności z okresem dojrzewania, podczas szczytowego okresu kształcenia się, początków kariery zawodowej, uzyskiwania dorobku materialnego, początków intymnych kontaktów mię-

dzysobowych lub początków planów osobistych i tworzenia rodziny⁴. Badania epidemiologiczne wykazują wieloczynnikowe pochodzenie choroby, w którym przeważają czynniki egzogenne. Ta postępująca choroba neurologiczna atakuje w przybliżeniu 50–60 osób na 100 000⁵. Oznacza to, że jest około dwóch milionów ludzi cierpiących na stwardnienie rozsiane na całym świecie⁶. Szacuje się, że rozpowszechnienie choroby w Kanadzie jest bliskie 200 osób na 100 000 ludzi, a to oznacza, że około 50 000 mężczyzn i kobiet w Kanadzie choruje na tę chorobę⁷. Inne dane ujawniają związek pomiędzy szerokością geograficzną a rozpowszechnieniem choroby. W miarę oddalania się od równika (klimat chłodniejszy) jest coraz więcej zachorowań⁸. Nadto choroba występuje częściej u kobiet⁹ oraz częściej atakuje

⁴ W. Cendrowski, *Stwardnienie rozsiane*, Warszawa 1993, s. 222; F.A. Davis i inni, *Emotional Aspects of MS*, Toronto 1986, s. 2.

⁵ S.M. Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis: A Critical Review*”, w: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8 (1986), s. 504; H.M. Baum, B.B. Rothschild, „*The Incidence of Prevalence with of Reported Multiple Sclerosis*”, w: *Annals of Neurology*, 10 (1981), s. 420–428.

⁶ J. Brown, „*One Man's Experience with Multiple Sclerosis*”, w: *Multiple Sclerosis: Psychological and Social Aspects*, pod red. A.F. Simons, London 1984, s. 27.

⁷ Multiple Sclerosis Society of Canada, *Multiple Sclerosis: Its Effects on You and Those You Love*, 1986, s. 1 i 5.

⁸ Do terenów wysokiego ryzyka zachorowalności należą takie kraje jak: kraje bałtyckie, północno-zachodnia część Rosji, rosyjski Daleki Wschód, prawie cała Europa wraz z Polską, północne Włochy, południowa Kanada, północna część USA, południowa Australia, Nowa Zelandia oraz Tasmania. Por. Cendrowski, dz. cyt., s. 15; „Choroba jest rzadka w bliskości równika, ale częstość jej występowania zwiększa się w miarę oddalania od równika. Najwyższą częstość obserwuje się w klimacie chłodnym i umiarkowanym”. „Wysuwano przypuszczenie, że nie tylko dieta, to znaczy jedzenie potraw przygotowanych na olejach, a nie na słoninie czy maśle, ale również religia może przyczyniać się do mniejszej częstotliwości stwardnienia rozsianego w południowej Europie. Katolicy są bardziej bierni, mogą być mniej napięci, mniej ambitni, mniej skłonni do podkreślania głównych cech osobowości niż ich północni sąsiedzi, którzy ciężiej pracują i wykazują więcej energii”. E. Forsythe, *Jak żyć ze stwardnieniem rozsianym?*, Warszawa 1986, s. 13; por. D.H. Silberberg, „*Multiple Sclerosis*”, w: *Scientific Approaches to Clinical Neurology*, pod red. E.S. Goldensohn, S.H. Appel, Philadelphia 1977, s. 299–324.

⁹ We wszystkich strefach geograficznych oraz we wszystkich rasach stwierdza się częstszą występowalność tej choroby u kobiet niż u mężczyzn. Może to być uwarunkowane mniej stabilną immunoregulacją lub wpływem estrogenów na rozwój nadwrażliwości komórkowej, która jest przyczyną uszkodzenia mieliny. Określa się ją jako „chorobę rasy białej”, przede wszystkim Europejczyków i ich potomków. Kolejnym czynnikiem ekonomiczno-społecznym występowania choroby jest fakt, że

podczas trzeciej i czwartej dekady ludzkiego życia (między 20 a 40 rokiem życia)¹⁰. Atak choroby jest rzadko spotykany przed osiągnięciem wieku piętnastu lat, a zmniejsza się możliwość choroby po osiągnięciu 45 lat¹¹. Sclerosis multiplex jest także nazywana chorobą autoagresywną, co oznacza, że ustrój sam niszczy własne tkanki¹².

Chorobę tę określa się mianem sclerosis multiplex (stwardnienie rozsiane), gdyż ogniska demielinizacyjne często są rozległe, rozproszone i atakują wiele obszarów centralnego układu nerwowego. Zmiany neuropatologiczne polegają na degeneracji otoczki mielinowej wokół powierzchni przesyłania impulsu we włóknach nerwowych kończących się dyskretnymi uszkodzeniami mającymi obraz zdemielinowanych płytek¹³. Kiedy płytki powiększają się i zblźniają, przybierają formę splotu (ogniska), a impuls nerwowy napotyka w tych miejscach większe trudności w przekazywaniu informacji; ostatecznie nie przewodzący, stwardniały splot może kompletnie zablokować przekazywanie impulsów do i od centrum mózgu. Zmiany patologiczne spowodowane rozpadem mieliny mogą być ostre, łagodne lub chroniczne¹⁴.

rozpowszechniona jest bardziej w krajach uprzemysłowionych, bez analfabetyzmu, w krajach bogatych i zurbanizowanych. Por. Cendrowski, dz. cyt., s. 17–19.

¹⁰ N. Grella, *Leczenie naturalne*, Czeladź 1991, s. 107; G.F. Sroka, *Poradnik ziołowy*, Warszawa 1988, s. 171. W. Cendrowski poszerza okres ujawnienia się choroby i określa go w granicach między 10 a 57 rokiem życia. Z badań przeprowadzonych wskazuje na najwyższą zapadalność w Anglii oraz w Polsce pomiędzy 20 a 29 rokiem życia, a średni wiek zachorowalności w Polsce wynosi 30 lat. Por. tenże, s. 17.

¹¹ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 504.

¹² Forsythe, dz. cyt., s. 20. „Najnowsze badania naukowe nad SM wydają się wskazywać, że chorobę tę wywołuje wirus o powolnym działaniu, wywołujący następnie reakcje immunologiczne typu autoagresji”. M.J. Świątek, *Stwardnienie rozsiane. Poradnik dla chorych i ich rodzin*, Warszawa 1989, s. 2.

¹³ W miejscu rozpadu mieliny powstają tzw. ogniska, które są zbitą bliźną glejową. Mielina jest substancją organiczną zbudowaną z tłuszczów (cholesterol, fosfolipidy, sfingolipidy) i substancji białkowych. Por. M.J. Świątek, *Stwardnienie rozsiane. Poradnik dla chorych i ich rodzin*. Warszawa 1989 s. 9.

¹⁴ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 506–509; Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 5.

1.2. Ogólny obraz kliniczny

Trudno podać opis typowego stwardnienia rozsianego, gdyż choroba cechuje się ogromną różnorodnością objawów¹⁵. Rzut może być wyraźny, z najczęstszymi objawami obejmującymi ogólną słabość, zapalenie nerwu wzrokowego i chwilowe wzrokowe osłabienie¹⁶, drętwienie w obu rękach, zmęczenie, zaburzenia czucia powierzchniowego (zatrącenie czucia w palcach), trudności w pisaniu, mrowienie i kłucie w nogach, zaburzenia czynności zwieraczy¹⁷, okres zwiększonego wydzielania moczu (wzrost częstotliwości wydalania moczu), zniesienie odruchów brzusznych, słabość w obu nogach, chwiejność i trudności w chodzeniu, a także zaburzenia seksualne (omówione w dalszej części). W niektórych przypadkach, już pierwszy rzut choroby może objawić się poważnymi objawami, takimi jak zawroty głowy, zaburzenia pęcherza i jelit oraz poważne osłabienie wzroku¹⁸. Wczesnym objawem może być osłabienie lub zaburzenie czucia w jednej lub kilku kończynach, zwykle w nogach. Chory może odczuwać osłabienie jako uczucie ciężkości nogi lub nóg i może zauważyć utrudnienie w posługiwaniu się ręką lub w odrywaniu stopy od ziemi. Trudności w posługiwaniu się ręką powodują, że ruchy stają się niezdarne. Zaburzenia czucia mogą mieć postać mrowienia, zdrętwienia, uczucia ciasnego pasa opasującego tułów lub chłodu.

¹⁵ Objawy te dzielone są na dwie kategorie: subiektywne, czyli takie które odczuwa chory, np. drętwienie ręki lub osłabienie nogi, oraz obiektywne – stwierdzone przez lekarza w czasie badania. Por. Forsythe, dz. cyt., s. 12; Występuje także okres utajenia choroby, czyli tzw. latencji, który utrudnia jej rozpoznanie oraz dotarcie do epidemiologicznego początku choroby. Zob. Cendrowski, dz. cyt., s. 23.

¹⁶ Pierwszy objaw może dotyczyć wzroku, chory zaczyna źle widzieć, kontury obrazów stają się niewyraźne. Zaburzenia wzroku mogą dotyczyć jednego oka lub obu, może im towarzyszyć ból w gałce ocznej. Objawy te zależą od uszkodzenia nerwu wzrokowego i jeżeli chory jest w tym okresie badany oftalmoskopem umożliwiającym obejrzenie dna oka, to można dostrzec zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego na dnie. Por. Forsythe, dz. cyt., s. 16.

¹⁷ Cendrowski, dz. cyt., s. 10.

¹⁸ Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 7 oraz Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 504 i A. Burnfield, „*Multiple Sclerosis: A Doctor's Personal Experience*”, w: *British Medical Journal* 1977, t. 1 (styczeń–czerwiec), s. 435–436 także A. Burnfield, P. Burnfield, „*Common Psychological Problems in Multiple Sclerosis*”, w: *British Medical Journal* 1978, t. 1 (styczeń–czerwiec), s. 1193–1194.

W pewnym okresie przebiegu choroby występują często objawy ze strony pęcherza moczowego. Mogą one być nieznaczne i mało typowe, jak przymus oddawania moczu natychmiast po odczuciu parcia. Zaburzenia pęcherzowe mogą być także cięższe, powodując nawet trudności w utrzymaniu moczu.

Objawy występujące w jakiś czas po pierwszym epizodzie choroby mogą być takie same jak początkowo albo – co zdarza się częściej – są to nowe objawy dodane do poprzednich. Mogą one dotyczyć niepewności chodu, drżenia jednej lub obu rąk, zaburzeń czucia w kończynach lub tułowi, często występują kurcze mięśni lub drganie mięśni w kończynie objętej objawami¹⁹. Trzeba pamiętać, że wszystkie te objawy nie pojawiają się u wszystkich pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane w tym samym czasie.

Badania wykazują, iż proces rozpadu mieliny dokonuje się najprędzej w mózgu i pniu rdzeniowym, chociaż zaatakowany przez tę chorobę zewnętrznie funkcjonuje bez żadnych objawów lub znaków zagrożenia. U niektórych osób może nawet nie być żadnych oznak choroby w ciągu ich całego życia²⁰. Stwardnienie rozsiane charakteryzuje się jedno- lub wielobjawowością, typowym lub nietypowym początkiem, stanem podoстрыm, powolnym rzadziej ostrym albo wyjątkowo napadowym²¹. Ujawnia się nie jednakowo u różnych osób cierpiących na tę chorobę, ponieważ choroba może atakować różne części centralnego układu nerwowego, a w konsekwencji, objawy choroby mogą być różnorodne. Dla przykładu, jeżeli zaatakowany zostaje rdzeń kręgowy, pacjent może cierpieć na brak siły, wiotkość mięśni, brak koordynacji ruchu²², paraliż kręgosłupa, rąk i nóg lub utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi. Zaatakowanie mózdzka może oddziaływać u pacjenta na zmysł równowagi, spowodować chwiejny chód i drgawki²³. Bełkotanie, podwójne lub zamazane widzenie, „rozbieganie oczu” i zawroty głowy są objawami wynikającymi z zaatakowania tą chorobą mózgu. Rozpad mieliny w aksonach innych części mózgu może spowodować euforię, depresję lub inne zmiany stanu emocjonalnego²⁴.

¹⁹ Forsythe, dz. cyt., s. 16–18.

²⁰ Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 7.

²¹ Cendrowski, dz. cyt., s. 118–120.

²² Objawy te łączą się w tzw. zespół zmęczenia. Por. tamże, s. 120–125.

²³ Por. tamże.

²⁴ Wśród objawów stwardnienia rozsianego wymienia się także depresję, manie, psychozy urojeniowe, zespół psychoorganiczny lub reaktywny. Por. tamże s. 130.

Tylko w rzadkich przypadkach choroba stwardnienia rozсіяnego przyjmuje formę coraz to poważniejszych grup objawów osięgających szczyt w ogólnej niewydolności lub zgonie²⁵.

Tempo rozwoju, ostrość i rozległość rzutów choroby jest różnorodna wśród pacjentów. Wielu chorych doświadcza powtarzających się nieustannie rzutów choroby i częściowego powrotu do zdrowia. Nawroty, rozpoznawane po pogorszeniu, następują po znacznie dłuższych okresach reminiscencji, kiedy wydaje się, że postęp choroby został zatrzymany lub pacjent samorzutnie i bez jakiegokolwiek korzystania z leczenia powrócił częściowo do zdrowia. Takie okresy bez objawów mogą trwać miesiącami, a nawet latami²⁶.

1.3 – Osłabienie poznawania

Badania prowadzone poprzez stulecia potwierdzają fakt, że stwardnienie rozсіяne może dotkliwie zakłócać funkcje umysłowe u osób cierpiących na tę chorobę²⁷. W roku 1874 J.M. Charcot sformułował następujący opis psychiatrycznych skutków stwardnienia rozсіяnego z obserwacji swoich pacjentów cierpiących na tę chorobę:

„Większość pacjentów (...) ukazuje pewną fazę choroby poprzez prawdziwie wyrazisty wygląd twarzy. Spojrzenie jego jest niewyraźne i niepewne; wargi zwieszone i w połowie otwarte; rysy nie wyrażają ekspresji, czasem nawet pojawia się otępienie. Ten panujący wyraz fizjonomii jest niemal zawsze połączony z korespondującym z nim stanem psychicznym, który zasługuje na zwrócenie uwagi. W tym miejscu należy podkreślić osłabienie pamięci; myśli są formułowane wolno; zdolności intelektualne i emocjonalne są całkowicie u nich przytępione. Pojawia się zawsze dominujące uczucie braku zainteresowania w referowaniu wszystkich spraw. Nie rzadko można zobaczyć pacjenta wybuchającego głupim śmiechem, lub przeciwnie, rozplwającego się bez przyczyny we łzach. Nie jest też rzadka w tym stanie depresja psychiczna; obserwuje się

²⁵ Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 7.

²⁶ Tamże, s. 6; Multiple Sclerosis Society of Canada, *Multiple Sclerosis*, s. 1; Por. Grella, dz. cyt., s. 107.

²⁷ A.H. Canter, „*Direct and Indirect Measures of Psychological Deficit in Multiple Sclerosis*”, w: *Journal of General Psychology*, 44 (1951), s. 3–50.

powstawanie psychicznych rozstrojów, które przyjmują jedną z klasycznych form obłędu”²⁸.

Obserwacje prowadzone przez Charcot’a dają do zrozumienia, że całą osobowość, na którą składają się fizyczne, intelektualne (poznawcze) i emocjonalne władze przynajmniej u niektórych osób ze stwardnieniem rozsianym mogą być istotnie zaatakowane przez tę chorobę. Większość ostatnich badań wydaje się potwierdzać wnioski Charcot’a pod względem osłabienia poznawczego i emocjonalnego chorych. Na przykład, L.M. Vowel i G.R. Grate, podają następujące wnioski:

„Bardzo istotny procent pacjentów ze stwardnieniem rozsianym wykazuje oznaki degeneracji intelektualnej i behawioralnej. Z drugiej strony, niektórzy pacjenci nie mają objawów zmian psychicznych, chociaż występują u nich oznaki depresji i niepokoju, są przynajmniej poznawczo bardziej odpowiedzialni za efekty swojego indywidualnego programu rehabilitacji”²⁹.

W wielu ostatnich badaniach, jak stwierdza S. Rao, część pacjentów może wykazywać małe, poznawcze nieprawidłowości, podczas gdy inni mogą okazywać łagodne lub ostrzejsze zaburzenia. Twierdzi on, że:

„Z opublikowanych do tej pory badań możemy wywnioskować, że większość osób ze stwardnieniem rozsianym (prawdopodobnie więcej niż 50%) nie wykazuje zaburzeń poznawczych. W przybliżeniu około 40% wykazuje nieznaczne oznaki zaburzeń poznawczych i mniej niż 10% wykazuje łagodne, przechodzące w ostre zaburzenia poznawcze”³⁰.

Ten wniosek przypomina, że chociaż choroba może atakować dotkliwiej niż inne, generalizowanie objawów stwardnienia rozsianego, zarówno poznawczych jak i emocjonalnych funkcji nie jest właściwe, gdyż choroba ma różne objawy u każdego z pacjentów.

I. Grant wyodrębnia dwie duże grupy zaburzeń psychicznych spowodowanych zmianami wywołanymi przez stwardnienie rozsiane. Do pierwszej grupy, zalicza zmiany psychiczne wywołane procesem demielinizacyjnym *per se*, czyli depresję endogenną, euforię, chwiejność afektywną, manię reaktywną, psychozy urojeniowo-omanowe, splątanie, otępienie, zespół Korsakowa

²⁸ J.M. Charcot, *Lectures on the Disease of the Nervous System, Delivered at La Salpêtrière*, London 1877, s. 194–195.

²⁹ L.M. Vowels, G.R. Grates, „*Neuropsychological Findings*”, w: *Multiple Sclerosis: Psychological and Social Aspects*, s. 88.

³⁰ S.M. Rao, „*MS and Cognitive Functions: An Overview*”, w: *MS Quarterly Report*, January 1985, s. 6.

i charakteropatrię. Do drugiej zaś włączył zmiany psychiatryczne spowodowane reakcjami adaptacyjnymi: depresje reaktywne, reakcje nerwicowe, zespoły hipochondryczne, reakcje psychotyczne łącznie ze stanami majaczeniowymi³¹.

Przedmiotem większości prowadzonych w ostatnich latach badań, dotyczących czynności poznawczych, są pamięć i abstrakcyjne wnioskowanie. Rezultaty tych poszukiwań wydają się wskazywać, że stwardnienie rozsiane częściej atakuje te czynności poznawcze, w których zawierają się pamięć i myślenie koncepcyjne³². Zmiany intelektualne utrzymują się lub wolno i stopniowo narastają, rzadziej zaś wyrażają się szybko rozwijającym się otępieniem. Zmiany te występują u około 40 do 60 % chorych, a przejawiają się trudnościami w uczeniu się, cechują się obniżeniem bezpośredniej pamięci słownej, a z czasem wystąpić mogą trudności w abstrahowaniu i w myśleniu koncepcyjnym³³.

Zaburzenia pamięci brane są pod uwagę jako jedno z większych istotnych osłabień czynności poznawczych u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym³⁴. To uszkodzenie może spowodować utratę pamięci od minimalnej aż do poważnej³⁵. Uszkodzenie to polega zasadniczo na braku planowania w krótkim i w dłuższym okresie pamięci. Inaczej mówiąc, większość pacjentów ze stwardnieniem ma trudności z przypomnieniem sobie informacji, które posiadają w pamięci, kiedy najbardziej jej potrzebują³⁶. Ten problem wydaje się być poważnym, dla tych pacjentów, u których choroba ta jest chroniczna. Badania dowodzą, że u około 40% pacjentów z chronicznym procesem choroby utrata pamięci występuje jako klinicznie zauważalny problem³⁷. Ci

³¹Cendrowski, dz. cyt., s. 130.

³² SurrIDGE, „*An Investigation*”, s. 759.

³³ Wśród ponad połowy badanych osób chorych na stwardnienie rozsiane stwierdzono zaburzenia uwagi, a u 20% zaburzenia pamięci, trudności w rozwiązywaniu problemów oraz zaburzenia wzrokowo-przestrzenne. Zmiany te charakteryzują się także zwężeniem lub brakiem zainteresowania otoczeniem i własną osobą, bezzadnością, przytępieniem uczuć wyższych, niekiedy przymusowym płaczem lub śmiechem. Por. Cendrowski, dz. cyt., s. 131.

³⁴ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 518; SurrIDGE, „*An Investigation*”, s. 759 i S.M. Rao i inni, „*Memory Disturbance in Chronic-Progressive Multiple Sclerosis*”, w: *Archives of Neurology*, 41 (1984), s. 625–631.

³⁵ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 517; SurrIDGE, „*An Investigation*”, s. 759.

³⁶ Rao, „*MS and Cognitive Functions*”, s. 7; tenże, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 517–518.

³⁷ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 516.

sami pacjenci z ostrą utratą pamięci doświadczają także zmian patologicznych³⁸. W ten sposób, istotną dolegliwością podczas procesu uczenia u pacjentów z chronicznym stanem pogorszenia intelektualnego jest prawdopodobnie trudność skoordynowania czynności myślenia (umysłu), normalnie zawierającego się w większym kompleksie form myślenia twórczego.

Myślenie twórcze jest zdolnością do rozwiązywania złożonych i abstrakcyjnych problemów, które wymagają planowania, osądzania, dłuższej koncentracji i zaangażowania zdolności. Zdolności do pozytywnych lub negatywnych sprzężeń zwrotnych, dla modyfikowania zachowania lub planów działania, zawierają się w zdolnościach poznawczych³⁹.

Badania nad zdolnościami poznawczymi, a szczególnie nad myśleniem konstruktywnym, u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym dostarczają dowodów na osłabienie (uszkodzenie) konstruktywnego osądzania i planowania oraz organizowania. Wyniki testów sugerują, iż pacjenci z chronicznym stanem progresji tej choroby mają trudności w formułowaniu myśli, przedstawianiu kierunków i odpowiadaniu na środowiskowe sprzężenia zwrotne⁴⁰. Inaczej mówiąc, abstrakcja i zdolność tworzenia myśli, które są fundamentalne dla krytycznego osądu u pacjentów ze stwardnieniem w stanie chronicznej progresji są wadliwe.

Stosując te wnioski do konkretnych przypadków nie można pominąć faktu, że wyniki badań nie mogą być aplikowane do wszystkich pacjentów ze stwardnieniem rozsianym jednakowo. Są tu poważne różnice w interpretacji rozległości ciężkości utraty pamięci i braku myślenia konstruktywnego⁴¹. Wydaje się jednak prawdą, iż pacjenci z chroniczną progresją ogólnie

³⁸ Tamże, s. 517.

³⁹ Rao, „*MS and Cognitive Functions*”, s. 7.

⁴⁰ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 522. „Model uszkodzenia poznania zawiera w sobie ostatecznie trzy składniki: (1) poważny defekt w bezpośrednim dynamicznym działaniu poznawczym, takim jak zdolność organizowania, planowania, problem rozwiązań w różnych nieznanach sytuacjach; (2) zahamowanie utraty pamięci i procesy uczenia; oraz (3) zachowania automatyczne, i dobrze praktykowane ustne zdolności” (Vowels, Grates, „*Neuropsychological Findings*”, s. 85). Zobacz także D.T. Stuss, D.F. Benson, „*Neurological Studies of the Frontal Lobes*”, w: *Psychological Bulletin*, 95 (1984), s. 2–28. Test hipotez i ich wykonanie w zręczności poznawczej jest podobny do pacjentów z prefrontalnymi zmianami patologicznymi.

⁴¹ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 516, 522 oraz Vowels, „*Neuropsychological Findings*”, s. 83 i R.K. Heaton i inni, „*Neuropsychological Findings in Relapsing–Remitting and Chronic–Progressive Multiple Sclerosis*”, w: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (1985), s. 109.

odczuwają znaczne ograniczenie poznawania w porównaniu do pacjentów, u których powraca osłabienie i u których widać tylko minimalne zaburzenia poznawcze.

Psychiczne upośledzenie objawia się utratą pamięci, niemożnością rozumowego wnioskowania i podejmowania decyzji, jak i brakiem zdolności do zawierania i podtrzymywania relacji międzyosobowych. Głównym upośledzeniem jest tu uszkodzenie neurologiczne, które ma swoją bezpośrednią przyczynę w sferze fizycznej⁴², a jego skutki objawiają się także w sferze psychicznej.

1.4. Zaburzenia emocjonalne (afektywne)

Współczesna psychologia potwierdza fakt, że istnieją relacje niemożliwe do oddzielenia między składnikami poznawczymi i emocjonalnymi ludzkiej psychiki. J. Piaget mówi, że rozum i uczucia są „niepołączalne i tworzą dwa komplementarne aspekty ludzkiego zachowania się”⁴³. Inaczej mówiąc, nasze zdolności poznawcze i emocjonalne stale wewnętrznie działają i wpływają na nasze zachowanie. To wzajemne oddziaływanie jest poświadczane przez zaburzenia emocjonalne⁴⁴. Taka sama sytuacja spostrzegana jest u osób ze stwardnieniem rozsianym.

Szkodliwa przemiana osobowości została udokumentowana przez Charcot'a już we wczesnych opisach choroby *sclerosis multiplex*. Charakteryzuje on swojego pacjenta ze stwardnieniem jako osobę o „otępiałyach uczuciach”, jako „wybuchającą bez powodu głupim śmiechem” lub „obojętności człowieka głupiego”. Te patologiczne cechy mogą być endogenne i jako takie odpowiadają uszkodzeniu mózgu, reakcji lub uświadamiają oddziaływanie na fizyczne oraz neurologiczne skutki tej choroby⁴⁵.

⁴² T. Bilikiewicz, *Stwardnienie wielogniskowe*, w: *Psychologia kliniczna*, pod red. T. Bilikiewicza, t.II, Warszawa 1989, s. 77.

⁴³ J. Piaget, *Six Psychological Studies*, New York 1968, s. 15, 33–34; L.C. Kolb, *Modern Clinical Psychiatry*, Philadelphia 1977, s. 25.

⁴⁴ Kolb, *Modern Clinical Psychiatry*, s. 134–156.

⁴⁵ A. Simmons, „Problems of Providing Support for People with Multiple Sclerosis and Their Families”, w: *Multiple Sclerosis: Psychological and Social Aspects*, s. 13. Autor mówi tutaj o „patologicznym i widocznym uszkodzeniu powierzchni mózgu takich jak płat czołowy, czy inne części systemu, które uszkodzone przez tę chorobę, często dają wynik w postaci ciężkiej depresji lub rzadziej występującej manii”.

Obecna wiedza o aspektach struktury i funkcjonowania ludzkiego mózgu sugeruje, że głęboka wewnętrzna struktura półkul mózgowych nie tylko odgrywa rolę przy zapamiętywaniu czy myśleniu konstruktywnym, ale także w kontrolowaniu naszego emocjonalnego (afektywnego) doświadczenia. Dlatego niektórzy naukowcy stawiają hipotezę, iż charakter osoby może ulec indywidualnej przemianie, jako bezpośredni rezultat choroby w tych częściach mózgu⁴⁶. Może to doprowadzić do wiarygodnego wytłumaczenia zaburzeń endogenetycznych osobowości (emocjonalności) u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Choroba sclerosis multiplex nieuchronnie powoduje faktyczne straty w czynnościach fizjologicznych pacjentów, zniekształcenie fizycznego wyglądu i ograniczenia w poruszaniu się. Charakteropatia chorych ma kilka typów swoich objawów. pierwszy typ objawia się u chorych wesołkowatością, są dowcipkujący, bez dystansu wobec otoczenia, często infantylni lub niedojrzali uczuciowo; W drugim chorzy są napięci, drażliwi, niekiedy z nadmierną motywacją, czasami agresywni, niezadowoleni, pieniaczy, sfrustrowani, egocentryczni; w trzecim są oteźpiali, ordynarni, niechlujni, często konfliktowi; w czwartym typie chorzy są bierni, apatyczni, zobojeźtniali na cierpienie i własny los lub w ostatnim typie – lękliwi, niekiedy z natręctwem lub innymi fobiami oraz są hipochondryczni⁴⁷. Świadomość tych istotnych zmian jest prawdopodobnie uszkodzeniem własnego samo-obrazu i samo-oceny co powoduje początek zaburzeń emocjonalnych. Badania pacjentów ze stwardnieniem dowiodły wyraźne pomniejszenie samo-akceptacji, jako przyczynę powodującą większe osłabienie w tej chorobie⁴⁸. Wyniki ostatnich badań łączą razem czynniki poznawcze i afektywne. Kilku badaczy zaobserwowało specyficzne zmiany w emocjach jako towarzyszące uszkodzeniu czynności poznawczych w stwardnieniu rozsianym. W ogólności, są to poważne zmiany w życiu uczuciowym i afektywnym pacjenta: niepokój, euforia, apatia, brak zainteresowania, labilność emocjonalna, łatwość irytacji, złość, depresja, itp., są wspólne dla tych, którzy doświadczają rozległych zaburzeń czynności neuronów. W niektórych przypadkach, zaburzenie osobowości może obejmować wybuch emocji (agresywność lub przemoc), patologiczny śmiech lub płacz, zerwanie

⁴⁶ Rao, „*MS and Cognitive Functions*”, s. 7.

⁴⁷ Cendrowski, dz. cyt., s. 130.

⁴⁸ R.R. Matson, N.A. Books, „*Adjusting to Multiple Sclerosis: An Exploratory Study*” w: *Social Science and Medicine*, 11 (1977), s. 245.

z towarzyskimi kontaktami, rozwój podejrzliwości lub paranoidalne myśli; a w niektórych nawet chorobę maniakalno–depresyjną, psychozę schizofreniczną, epilepsję, histerię, złudzenie przestępstwa, myśli samobójcze, depresję i ostrą mowę skandowaną⁴⁹.

Euforia, która jest zmiennym stanem świadomości – charakteryzuje się przesadą odczucia bycia w dobrym zdrowiu, nieprawdziwie do stanu faktycznego – była przez długi czas uważana za podstawowy symptom stwardnienia rozsianego w połączeniu z oczopląsem, drżeniem zamiarowym i skandowaną mową w triadzie Charcot'a⁵⁰. Inaczej mówiąc wyrazem niezdolności chorego do zdania sobie sprawy z istoty choroby. Z drugiej strony, depresja ujawnia wyraźnie emocjonalne oddziaływanie choroby. W większości przypadków, depresja wydaje się być reakcją na uświadomienie sobie choroby, w większości we wczesnym stanie, ale u niektórych może mieć podłoże endogenne, to znaczy, bezpośrednio związane z uszkodzeniami komórek mózgowych. Depresja endogenna charakteryzuje się wegetatywnymi symptomami, uczuciem przestępstwa, myślami suicydalnymi i przeważającymi codziennymi zmianami nastrojów. Nadto, są widoczne pewne maniakalno–depresyjne symptomy, które mogą sugerować wynik zmian chorobowych w komórkach mózgowych⁵¹. To rozróżnienie między symptomami fizjologicznymi a endogennymi ma ogromne znaczenie dla poczynań terapeutycznych.

Często, ciężkość symptomów psychiatrycznych ma wpływ i wiąże się ze stanem regresji lub rzutu choroby. W trakcie regresji, pacjenci ze stwardnieniem nie mają symptomów ciężkich zaburzeń afektywnych. Podczas gdy zdumiewający wzrost dotkliwości i rozległości zaburzeń emocjonalnych uwidacznia się w okresie pogorszenia. Innymi słowy, zaburzenia emocjonal-

⁴⁹ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 524–525; D. Surridge, „*An Investigation*”, s. 759–760 i M.R. Trimble, I. Grant, „*Psychiatric Aspects of Multiple Sclerosis*”, w: *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*, pod red., D.E. Benson, D. Blumer, t. 2, New York 1982, s. 279–299.

⁵⁰ Triadę tę określa się także jako eutonia (chorobliwe poczucie zdrowia i złudnego szczęścia), euforia i chwiejność afektywna. Por. Cendrowski, dz. cyt., s.10 i 130 oraz A. Whitlock, „*Emotional Disorders in Multiple Sclerosis*”, w: *Multiple Sclerosis: Psychological and Social Aspects*, s. 72–76; R.M. Baretz, G.R. Stephenson, „*Emotional Responses to Multiple Sclerosis*”, w: *Psychosomatics*, 22 (1981), s. 117–127; Forsythe, dz. cyt., s. 18.

⁵¹ Por. Whitlock, „*Emotional Disorders*”, s. 73, 76; F.A. Whitlock, M.M. Siskind, „*Depression as a Major Symptom of Multiple Sclerosis*”, w: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 43 (1980), s. 861–865.

ne towarzyszą progresji lub rzutowi w chorobie⁵². Nawet, gdy objawy psychiatryczne są widoczne podczas rzutu i szczególnie w stanie chronicznej progresji, nie jest odkryciem zauważenie tych samych objawów w trakcie wczesnego stadium tej choroby, jeżeli struktury mózgu są poważnie uszkodzone. Każdy przypadek musi być oceniany w swoich indywidualnych czynnikach wpływających na chorobę i jej skutki.

1.5. Zaburzenia seksualne

Seksualność człowieka nie jest zwykłą seksualnością genitalną. Jest raczej składową poszczególnych aspektów ludzkiej osobowości. Zawiera w sobie własny obraz, miłość własną, samoocena jako aktywność lub jej brak, zmysłowość, relacje międzyludzkie z obiema płciami, samoakceptację lub nadzieję na realizację zadań społecznych, itp.⁵³. Wydaje się, że seksualność człowieka jest zatem wyrażeniem całej ludzkiej osobowości i nie może być oddzielana od reszty czyjegoś życia. Ściśle rzecz biorąc, przyczyną tego jest fakt, że pożycie seksualne może stanowić źródło głębokich osobistych spełnień oraz interpersonalnych więzi⁵⁴.

Podstawowymi reakcjami podniecenia w stosunku seksualnym są: erekcja, śluz pochwoy i wytrysk. Erekcja jest pierwszym znakiem seksualnego podniecenia u mężczyzn. U kobiet zaś, analogiczną zmianą jest śluz pochwoy. Te reakcje są odruchowe i mogą zdarzyć się zarówno niezależnie (z powodów zewnętrznego pobudzenia), jak i pod wpływem psychoseksualnym (np. poprzez wyobrażenia erotyczne) lub zazwyczaj jako połączenie obu czynników. W rzeczywistości trudno jest mężczyźnie utrzymywać erekcję powstałą z przyczyn psychoseksualnych bez jakiejś zewnętrznej stymulacji. I odwrotnie, trudno jest dokonać tego tylko poprzez stymulację narządów rodnych bez odpowiedniego zaangażowania psychologicznego. Erekcja z tej przyczyny częściej znika, co być może spowodowane rozstrojem, lękiem lub obawą przed niemożnością pożycia, co możemy zaliczyć do „psychoseksualnych” (w przeciwieństwie do fizjologicznych) zaburzeń erekcji⁵⁵.

⁵² N.P. Dalos i inni, „*Disease Activity and Emotional State in Multiple Sclerosis*”, w: *Annals of Neurology*, 13 (1983), s. 573–577.

⁵³ M. Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, Toronto 1982, s. III.

⁵⁴ Tamże, s. 3.

⁵⁵ Por. tamże, s. 9–12 oraz R.C. Geiger, „*Neurophysiology of Sexual Response*”, w: *Sexuality and Disability*, 2 (1979), s. 257–266.

Wytrysk, składa się z dwóch odrębnych faz: wypuszczenia i wytrysku. Wypuszczenie występuje dokładnie przed wydalaniem nasienia i wyzwała rytmiczne skurcze mięśni w nasieniowodzie, jądrach oraz w gruczole prostaty. Funkcje te są sterowane przez sympatyczny system nerwowy, a w szczególności przez nerwy wychodzące z rdzenia kręgowego. Skurcze są przyczyną przemieszczenia się nasienia do przewodu cewki moczowej. Wytrysk wyzwała skurcze mięśni miednicy, aby wydalić nasienie poprzez cewkę. Skurcze te sterowane są przez nerwy, które wychodzą z obszaru krzyżowego rdzenia kręgowego. Uszkodzenie włókien nerwów sympatycznych, które warunkują skurcze, może prowadzić do zaniku zdolności wytrysku, wskutek czego nasienie powraca do jąder, zamiast być wydalonym na zewnątrz⁵⁶.

Orgazm jest reakcją mózgową, a nie mięśni miednicy. Impulsy z narządów genitalnych, które są przynoszone do systemu zakończeń w mózgu, powodują tam świadomość doznań i uczuć wyzwalających napięcie. Wydaje się, że orgazm nie jest zależny wprost od doznań z narządów płciowych, ponieważ jest też możliwy także wtedy, gdy połączenia nerwowe pomiędzy mózgiem i narządami genitalnymi zostały przerwane w uszkodzonym rdzeniu kręgowym⁵⁷.

Należy zaznaczyć, że podniecenie seksualne wyzwała funkcje obu systemów nerwowych: somatycznego i autonomicznego. Uszkodzenia neuronów spowodowane rozpadem osłonki mielinowej wyzwalają lub zmieniają w ich przewodnictwo, a utworzenie się blizny na splocie może być przyczyną nakładania się różnych aspektów podniecenia seksualnego w zależności od stopnia oraz umiejscowienia tej zmiany chorobowej⁵⁸.

Rozległe uszkodzenia centralnego układu nerwowego w stwardnieniu rozsianym jest bezpośrednim wynikiem fizjologicznego podniecenia seksualnego, ponieważ takie skutki mogą być obecne także we wczesnym stanie procesu choroby, kiedy występuje nawet najmniejsze osłabienie innych funkcji⁵⁹. To odkrycie wskazuje, że nieprawidłowości seksualne mogą

⁵⁶ F.M. Barrett, „*Sexual Implications of Multiple Sclerosis*”, w: *Multiple Sclerosis: Psychological and Social Aspects*, s. 57–58; zobacz także M. Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, s. 15–16.

⁵⁷ F.M. Barrett, „*Sexual Implications*”, s.58; zobacz także Geiger, „*Neurophysiology*”, s. 257, 266.

⁵⁸ M. Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, s. 13.

⁵⁹ Por. tamże, s. 6.

ujawniać się u pacjentów ze stwardnieniem, nawet jeżeli poznawcze oraz afektywne zmiany są minimalne.

Mężczyźni ze stwardnieniem rozsianym są zaniepokojeni objawami swojej choroby gdyż doznają oni trudności w erekcji lub jej utrzymaniu podczas pożycia seksualnego⁶⁰. Niektórzy mogą być zdolni do rozpoczęcia współżycia, ale w późniejszej fazie erekcja zanika lub mają uczucie przedwczesnego, zniesionego lub spóźnionego wytrysku. U innych może zdarzyć się brak wytrysku. Jeszcze inni mogą spotkać się z osłabioną siłą wytrysku, co może spowodować u nich odczucie braku dopełnionego współżycia seksualnego. Ponadto, skurcze mięśni i odrętwiałość części genitalnej może stać na przeszkodzie w zwyczajnych doznaniach podczas podniecenia seksualnego. Stopień i czas trwania tych nieprawidłowości seksualnych jest różny w zależności od człowieka, a u tej samej osoby zależy od okresu jej życia⁶¹.

Podobne zmiany reakcji seksualnych dotyczą także kobiet ze stwardnieniem rozsianym. Mogą one odczuwać brak śluzu w pochwie, dotkliwy ból podczas stosunku, ciężką biegunkę, która często może powodować pozycie nieprzyjemnym lub niemożliwym, waginizm (jako drugorzędny efekt) oraz trudności w dojściu do orgazmu⁶². W większości przypadków te zmiany są rezultatem neuropatologicznych skutków choroby stwardnienia rozsianego, a nie skutków „psychologicznych” takich, jak: lęk, zmęczenie lub obawa przed niemożnością pożycia⁶³. Nie oznacza to jednak, że w niektórych nieprawidłowościach czynniki psychologiczne nie mogą odgrywać dominującej roli.

⁶⁰ C.J. Vas, „*Sexual Impotence and Some Autonomic Disturbances in Men with Multiple Sclerosis*”, w: *Acta Neurologica Scandinavica*, 45 (1969), s. 166–182. Podczas tych badań stwierdzono, że 40% pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w wieku pomiędzy 18–50 rokiem życia zaobserwowało niemożność do osiągnięcia erekcji lub jej utrzymania podczas stosunku seksualnego, która byłaby wystarczająco długa dla pełnego aktu. Por. Cendrowski, dz. cyt., s. 144.

⁶¹ F.M. Barrett, „*Sexual Implications*”, s. 54; zobacz także B.H. Smith, „*Multiple Sclerosis and Sexual Dysfunction*”, w: *Medical Aspects of Human Sexuality*, 10 (1976), s. 103–104; Por. Cendrowski, dz. cyt., s. 144.

⁶² Cendrowski, dz. cyt., s. 144; F.M. Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, s. 7 oraz P.O. Lundberg, „*Sexual Dysfunction in Patients with Multiple Sclerosis*”, w: *Sexuality and Disability*, 1 (1978), s. 218–222. Studium te stwierdza, że 36% kobiet ze stwardnieniem rozsianym ma trudności ze śluzem w pochwie, a 12% zauważa zmiany w doznaniach seksualnych tak, że czasami doznania czynione na lechtacze lub w pochwie są wysoce nieprzyjemne.

⁶³ Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, s. 7–8; tenże, „*Sexual Implications*”, s. 54–55.

Orgazm jest integralną częścią pożycia seksualnego. Badania kobiet, które mają uszkodzony rdzeń kręgowy sugerują, że nawet ostre uszkodzenie neurologiczne, czy też brak doznań genitalnych nie stoi na przeszkodzie w doznaniu orgazmu. Innymi słowy, uszkodzony rdzeń może zmienić doznania seksualne, ale nie może znieść doznań szczytowania, ani też nie może pozbawić zdolności do dawania i otrzymywania doznań pożycia⁶⁴. To samo wydaje się być potwierdzone w przypadku chorych na *sclerosis multiplex*.

Zmiany w doznaniach seksualnych mogą być skutkami neurologicznymi stwardnienia rozsianego; pacjenci mogą doznawać zmęczenia, mogą przejawiać trudności w rozmawianiu o sprawach dotyczących pożycia seksualnego, mogą mieć lęk o reakcje ich partnera lub mogą bać się innych zmian sytuacyjnych. Wielu chorych dąży do wyizolowania siebie oraz przedwcześnie zaprzestaje życia seksualnego lub troski o nie, uznając w sobie stan nieuleczalnego niezadowolenia. Trudności te mogą być pokonane poprzez mądrą konsultację. Jeżeli tego się nie uczyni, ukryte problemy mogą rozwinąć się w groźne nieprawidłowości w relacjach międzyludzkich⁶⁵. Poza tym podjęta dobrowolnie izolacja seksualna może nie tylko eliminować fizyczne doznania seksualne, ale także osłabiać zaufanie oraz poczucie własnej godności⁶⁶. Z drugiej strony, nie-zaatakowany chorobą małżonek, którego libido nie uległo zmianie, i który jest fizycznie zdolny do niezmięnionej aktywności seksualnej, może czuć się bardziej strapionym niż osoba ze stwardnieniem rozsianym⁶⁷. W wyniku tej patologicznej sytuacji międzyludzkiej, może zostać zerwana jedność małżeństwa.

1.6. Rozpoznanie i leczenie

Odróżnienie choroby stwardnienia rozsianego od kilku innych chorób, takich jak: histeria lub zaburzenia mowy ujawniające się objawami i symptomami fizycznymi, podczas wczesnych stadiów choroby jest bardzo trudne. Zazwyczaj diagnoza jest stawiana na podstawie symptomów klinicz-

⁶⁴ S. Bregman, „*Sexual Adjustment of Spinal Cord Injured Women*”, w: *Sexuality and Disability*, 1 (1978), s. 85–92.

⁶⁵ F.M. Barrett, „*Sexual Implications*”, s. 64.

⁶⁶ M. Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, s. 17–18.

⁶⁷ Simons, „*Problems of Providing Support*”, s. 11.

nych, które trudno jest przedstawić w skrótovej formie. Kilka psychologicznych oraz neurologicznych testów jest przydatnych do postawienia takiej diagnozy. Elektroencefalogram (EEG), tomografia komputerowa (TK) i bardziej nowoczesna metoda obrazu rezonansu magnetycznego (MRJ) dostarczają dodatkowych potwierdzeń obecności choroby stwardnienia rozsianego. Ostrość choroby jest klasyfikowana według rozpoznania jako łagodna, średnia lub ciężka, podczas gdy z oględzin można określić tylko jej obecność jako „pewną”, „prawdopodobną” lub „możliwą”⁶⁸.

Według obecnych danych, nie jest możliwe naukowe sprecyzowanie przyczyny stwardnienia rozsianego na podstawie ukrytych mechanizmów progresji tej choroby⁶⁹. Co więcej, przebieg kliniczny choroby jest rzutowy, a przez to niemożliwy do przewidzenia⁷⁰. Wskutek tego, teorie etiologiczne oraz warianty leczenia nie przynoszą na ogół poprawy⁷¹. Bezpośrednie leczenie uszkodzenia mózgowego w stwardnieniu rozsianym nie jest możliwe; możliwe natomiast jest leczenie wyłącznie objawów tej choroby. Nieprawidłowości w erekcji są leczone przez wszczepienie protezy (silikonowe prącie) w ciała jamiste po obu stronach penisa lub protezę mechaniczną⁷²; przy zapaleniu nerwu wzrokowego podawane są zastrzyki Kortykotropiny. Aby przynieść ulgę w różnych objawach psycho-fizjologicznych podaje się różne lekarstwa psychoaktywne; dla zaradzenia i kontroli nad skurczami mięśniów oraz nad biegunką stosuje się diazepam (np. Diazepan); jako immunosupresyjne leczenie objawów klinicznych rzutu podaje się Kortykosteroidy (np. ACTH – adrenokortykotropowy hormon) przy labilności emocjonalnej i zaburzeniach snu stosuje się trójpierścienisty środek przeciwdepresyjny (np. Amitryptylium); a fizykoterapia stosowana jest przy niedowładzie, zaniku mięśni oraz braku koordynacji ruchowej⁷³. Wszystkie te

⁶⁸ Cendrowski, dz. cyt., s. 189; Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 505, 511.

⁶⁹ I. Hausmanowa-Petrusewicz, *Stwardnienie rozsiane lub wieloogniskowe*, w: *Vademecum lekarza ogólnego*, pod red. W. Brhla, R. Brzozowskiego, Warszawa 1983, s. 636–638; Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 15; Grella, dz. cyt., s. 107.

⁷⁰ Davis i inni, *Emotional Aspects*, s. 3 oraz Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 6–7.

⁷¹ D. Goetzinger, *Treatments for MS Range from Scientific to Speculative*, 1984, s. 3–4 oraz Bardossi, *Multiple Sclerosis*, s. 10–25.

⁷² M. Barrett, *Sexuality and Multiple Sclerosis*, s. 21; F.M. Barrett, „*Sexual Implications*”, s. 66.

⁷³ Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 531; Goetzinger, *Treatments for MS*, s. 1–3.

sposoby leczenia pomagają chorym ze stwardnieniem rozsianym opanowywać tylko objawy, ale z czasem uboczne skutki leków są tak samo niszczycielskie, jak wszystkie pozostałe objawy choroby. Na przykład, leki psychoaktywne mają negatywny wpływ na wydalenie i wytrysk u mężczyzn oraz wytwarzanie śluzu w pochwie i przekrwawienie łechtaczki u kobiet. Badania wykazują, że niektóre ze skutków leków wpływają także na poznawcze i afektywne funkcje człowieka⁷⁴. Wyniki badań wskazują także, iż stwardnienie rozsiane wywiera ujemny wpływ na zawarcie małżeństwa przez chorych mężczyzn, a także miało destabilizujący wpływ na trwałość związków małżeńskich chorych kobiet⁷⁵.

1.7. Wnioski kliniczne przydatne dla prawników

Niektóre podstawowe wyniki istotne dla tych badań mogą odbiegać od dotychczasowej naszej wiedzy o naturze, rozwoju i skutkach choroby stwardnienia.

Po pierwsze, stwardnienie rozsiane jest zasadniczo chorobą neurologiczną, która trwale daje początek zaburzeniom fizjologicznym i umysłowym u osób przez nią zaatakowanych. Nie można kategorycznie stwierdzić, że wszystkie symptomy tej choroby będą ujawniały się u każdego pacjenta i w tym samym stopniu ciężkości, stąd każdy przypadek powinien być traktowany oddzielnie.

Po drugie, można jasno zobaczyć podczas tej choroby jak psychiczne i fizyczne (organiczne) aspekty osobowości są nierozdzielnie ze sobą związane. Organiczne wyniszczenie komórek mózgowych wywołuje fizjologiczne i psychiczne uszkodzenia u osoby chorej. Uszkodzenie psychiczne zawiera w sobie utratę pamięci, myślenia konstruktywnego i podejmowania decyzji równie jak zdolność utrwalania i zawiązywania międzyludzkich

⁷⁴ F.M. Barrett, „*Sexual Implications*”, s. 66–67; Rao, „*Neuropsychology of Multiple Sclerosis*”, s. 532.

⁷⁵ Cendrowski podaje, że w grupie 292 pacjentów badanych 60% chorych mężczyzn było żonatych, 32% było kawalerami, 6% rozwiódło się, a 2% owdowiało. U kobiet 76% było zamężnych, 4% pannami, 18% rozwiódło się a 2% owdowiało. Aż 98% małżeństw zawiązało się przed klinicznym początkiem stwardnienia rozsianego. Zob. tenże, s. 222–223. O. Loras pisze, że małżeństwo z osobą chorą na stwardnienie rozsiane stanowi „negatywny ośrodek”, który staje się niekończącym się źródłem zawodu, goryczy, frustracji i rozpacz; tenże, *La Vie Med*, Paris 1964, s. 45 i 93.

relacji. Dlatego, chociaż ostateczna podstawa uszkodzeń jest neurologiczna, bezpośrednią przyczyną tych niezdolności jest natury psychicznej.

Po trzecie, we wczesnym stadium choroby, dopóki nie postępuje ona szybko i rozlegle, co jest rzadko spotykane, zdolności poznawcze pacjentów nie są poważnie uszkodzone. Dlatego też nie można powiedzieć, że zdolność osób do krytycznego myślenia jest poważnie uszkodzona w większości przypadków. Występuje to dopiero w wyniku uszkodzenia mózgu, i konsekwentnie dopiero wtedy osobowość ulega przemianie. W każdym przypadku taki fakt musi być zbadany i potwierdzony przez biegłych.

Po czwarte, psychiatrzy dowodzą, że sclerosis multiplex łączy się czasami z „syndromem organicznym osobowości”⁷⁶. Zasadniczą cechą tego syndromu jest zmiana osobowości charakteryzująca się labilnością emocjonalną, zachwianiem kontroli impulsywności oraz towarzyskiego osądu, itd. W niektórych przypadkach może się to łączyć z depresją maniacką lub psychozą. Zmiany w osobowości mogą być tak poważne, że osoba będzie niezdolna do jasnego myślenia, zakładania i podtrzymywania międzyosobowych relacji. Osoba może nawet stać się groźna dla przychylnych sobie osób, które są w jej życiu; szczególnie współmałżonka i dzieci.

Po piąte, poważne skutki fizjologiczne mogą pomóc sformułować relację prawną do zaburzeń zdolności seksualnych, które są częstym przypadkiem w stwardnieniu rozsianym. U mężczyzn zaburzenia te mogą przejawiać się jako zaburzenia erekcji i ejakulacji, a u kobiet mogą powodować brak śluzu w pochwie, co jest warunkiem penetracji (przyjęcia) przez męski organ, lub waginizm. U obojga może powodować także brak orgazmu. Zaburzenia seksualne nie zawsze muszą być zauważalne przez chorych podczas wczesnego stadium choroby, lecz w większości przypadków są widoczne już w zarodku, a ujawniają się szczególnie w momencie rozległego i ostrego rzutu. W niektórych przypadkach stopień ciężkości uszkodzeń może być dyskretny, ale prowadzący do impotencji. Natura progresywna tej choroby może doprowadzić do ekstremalnych skutków u pacjenta ze stwardnieniem rozsianym polegających na niezdolności do czynności seksualnych.

Po szóste, ponieważ etiologia tej choroby jest nieznaną, metody leczenia nie dają pewności definitywnego wyleczenia. Generalnie uważana jest za chorobę nieuleczalną. Co więcej, diagnoza tej choroby jest trudna i zwykle

⁷⁶ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington 1980, s. 118–119.

robiona wtedy, kiedy neurologiczne uszkodzenia są już rozległe. Dlatego też osoby chore mogą być w różnych stadiach progresji i rozległości tej choroby.

Stawianie diagnozy stwardnienia rozsianego nie może dokonywać się automatycznie. Nie musi ujawniać się uszkodzenia wszystkich zasadniczych zdolności osoby. Choroba może trwać latami zanim poważnie i wieloob-
jawowo zaatakuje osobowość chorego.

2. Sclerosis Multiplex i zgoda małżeńska

Przeгляд ostatnich wyroków rotalnych wydaje się wskazywać, że Rota Rzymska nie zajmowała się żadnym przypadkiem małżeństwa, w którym specjalną przyczyną byłaby choroba sclerosis multiplex. Jak już zostało wspomniane we wstępie, choroba ta nie jest szczególnym rodzajem choroby psychicznej. Może ona mieć jednak pewien wpływ na zgodę, co jest istotne w stosowaniu zasad procesowych przy poszczególnych przypadkach.

Przypadki małżeństw przedłożone do rozpatrzenia przez Rotę lub inne trybunały lokalne zawierają opisy podobnych chorób neurologicznych, z tymi samymi objawami psychologicznymi, które mogą występować przy stwardnieniu rozsianym. Na przykład z chorób neurologicznych ogólny niedowład ma rzeczywiste podobieństwa, w tym co dotyczy jego skutków psychologicznych, do sclerosis multiplex. Dlatego też, te same założenia jurydyczne mogą być aplikowane w obu przypadkach. W następnej części będą analizowane dwa wyroki dotyczące sclerosis multiplex, w celu wyodrębnienia wspólnych obiektywnych czynników z psychiatrycznych i psychologicznych dziedzin oraz zasad procesowych prawa kanonicznego. W tych przypadkach miały zastosowanie procesowe kryteria "braku rozeznania oceniającego" i „niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich” na podstawie kanonu 1095, 2° i 3°.

Wyrok *coram* McGuckin (Sydney, Australia) z dnia 5 stycznia 1981 r., zajmuje się wpływem stwardnienia rozsianego na zgodę małżeńską⁷⁷. Pozwana, która wyszła za mąż w wieku 18 lat, była podejrzana w owym czasie o dolegliwości pochodzące ze stwardnienia rozsianego, nawet jeżeli nie było definitywnej diagnozy potwierdzającej chorobę. Szybko pogarszający

⁷⁷ Trybunał Sydney (Australia), *coram* McGuckin, z dnia 5 stycznia 1981 r., Prot. No. 1030/79 (niepublikowany), s. 1–5, za A. Mendona, „*The effects of Multiple Sclerosis on Matrimonial Consent*”, w: *Studia canonica*, 21(1987) s. 441.

się stan jej zdrowia potwierdził rozpoznanie już po upływie sześciu miesięcy od ślubu. Gwałtowny rzut choroby doprowadził do nieodwracalnych zmian umysłowych, a w konsekwencji do kilkakrotnego hospitalizowania. Małżeństwo zakończyło się rozwodem w 1977 r., a mąż pozwanej wniósł skargę powodową do Trybunału w Sydney o orzeczenie nieważności ich małżeństwa z powodu „niezdolności do przekazywania i przyjmowania istotnych obowiązków małżeńskich” u pozwanej.

Część wyroku *in iure* jest bardzo krótka i zawiera zasadę prawną związaną z przedmiotem sprawy, dotyczącą „prawa do wspólnoty całego życia”. Sędzia stwierdza:

„Jeżeli chodzi o prawo do pożycia, wspólnota całego życia jest podstawą małżeństwa i musi być także możliwa do realizacji nieustannie oraz bez żadnych ograniczeń. Gdyby w momencie zawierania małżeństwa jeden z małżonków był w takim stanie, że byłby od urodzenia niezdolny do realizowania wspólnoty życia na stałe, aż do śmierci, zawiera małżeństwo nieważnie. Nie można powiedzieć tego o organicznych chorobach umysłowych istniejących w czasie zawierania małżeństwa i sprawiających małżeństwo nieważnym z przyczyn dotyczących wspólnoty całego życia. Jeżeli ujawnia się to przed lub w chwili zawierania małżeństwa, całkowicie przekreśla przedmiot związku. Jeżeli choroba istnieje tylko w zarodku, ale naturalnie musi rozwinąć się do stanu, w którym sprawia niemożność prowadzenia wspólnoty całego życia w dłuższym czasie, podczas okresu małżeństwa trwającego naturalnie od chwili ślubu do śmierci, dotyczy przedmiotu kanonicznej zgody małżeńskiej oraz sprawia jej nieważność”⁷⁸.

Orzeczenie wydane w powyższym wyroku przez sędziego z Sydney zostało całkowicie potwierdzone w wyroku wydanym w Montrealu *coram* Lesage⁷⁹, dotyczącym zdolności do zawarcia małżeństwa osoby chorej na całkowity niedowład. Ponieważ uwidoczniły się podobieństwa pomiędzy naturą i skutkami choroby całkowitego niedowładu oraz stwardnienia rozsianego, sąd rozwiązania prawne zastosowane w pierwszym przypadku można było bezwzględnie zastosować do powyższej sprawy. Nawet jeżeli oba wyroki nie dają wyjaśnienia koncepcji „wspólnoty całego życia”, może ona być definiowana jako związek (wspólnota) małżonków na głębokim pozio-

⁷⁸ Por. tamże.

⁷⁹ Zob. Trybunał apelacyjny w Montrealu, *coram* Lesage, z dnia 27 maja 1971 r., w: *Sententiae* 1971, s. 305–313.

mie osobistym życia wspólnego, czyniący ich jednością nie tylko fizycznie, ale także w ich umyśle oraz sercu.

Dowody omawianej sprawy były jasne i potwierdzały skargę powodową, według której pozwana cierpiała na stwardnienie rozsiane już uprzednio, przed zawarciem małżeństwa. Analizując opinie neurologów, można zauważyć, że pozwana opisała typowe symptomy tej choroby, które zauważyła u siebie już przed zawarciem związku. Dopiero podczas trwania już zawartego małżeństwa choroba stwardnienia rozsianego przeszła w stadium bardzo postępujące i objawiła się nowymi rzutami oraz pogarszającym się stopniowo stanem zdrowia. Okazało się, że pozwana wiedziała przed ślubem, iż symptomy zauważane u siebie wskazują na dolegliwości pochodzące ze stwardnienia rozsianego, ale ignorując naturę tej choroby w tamtym momencie, wraz z narzeczonym uważali, że wszystko w krótkim czasie wróci do normy. Ich marzenia jednak nie spełniły się. Jej stan pogorszył się do takiego stopnia, że ich relacje oraz pożycie stało się prawie niemożliwe. Sędzia napisał w wyjaśnieniu:

„Z dowodów wynika, iż obecność stwardnienia rozsianego jest stwierdzona jeszcze przed zawarciem małżeństwa. Stan choroby pogarszał się gwałtownie od czasu zawarcia związku. Oznacza to, że choroba, istniejąca już w momencie jej małżeństwa, ciężko i poważnie wpłynęła na wspólnotę całego życia oraz możliwość jakiegokolwiek stabilizacji, czy dalszego podtrzymywania takiej wspólnoty. Wynika stąd, że pozwana nie była zdolna do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich”⁸⁰.

Ani wyrok *coram* Lesage, ani *coram* McGuckin nie traktuje o kwestii „braku rozeznania oceniającego” (kan. 1095, 2^o) czy też o przyczynach „natury psychicznej” niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095, 3^o). W obu sprawach „brak rozeznania oceniającego” nie był kwestią sporną, ponieważ trybunał sędziowski prawdopodobnie uważał, że osoby pozwane w sprawach nie były zdolne do wyrażenia odpowiedzialnie woli zawarcia małżeństwa w chwili ślubu. Choroba przeszła w stan ciężki dopiero po zawarciu małżeństwa. Z drugiej strony, oba wyroki zostały wydane przed promulgacją nowego Kodeksu. Tylko w Kodeksie Jana Pawła II możemy znaleźć normę dotyczącą niezdolności do podjęcia

⁸⁰ Tamże.

obowiązków małżeńskich z przyczyn natury psychicznej⁸¹. Dlatego, jeżeli nawet nie jest bezpośrednio stwierdzone we wcześniejszych wyrokach, to zdaje się nasuwać przypuszczenie, że dotyczą „psychicznej natury”, ponieważ mówią o „organicznych schorzeniach umysłowych” będących podstawą niezdolności do podjęcia podstawowych obowiązków małżeńskich (kan. 1095, 3°).

W kanonie 1095, 2°–3° czytamy:

Niezdolni do zawarcia małżeństwa są ci, którzy: (...) 2° mają poważny brak rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych; 3° z przyczyn natury psychicznej nie są zdolni podjąć istotnych obowiązków małżeńskich.

Te dwa punkty kanonu 1095 stanowią dwie niezależne przyczyny nieważności małżeństwa. W niektórych przypadkach, niezdolność do wyrażenia zgody może wpływać tak z braku rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich, jak i z niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Pomimo tego, będąc świadomi niezdolności jednej ze stron, narzeczeni decydujący się na zawarcie związku, postępują nieroztropnie i irracjonalnie⁸². W takich przypadkach małżeństwo jest nieważne z dwóch przyczyn. W niektórych sprawach nie można zastosować powyższych wniosków, na przykład gdy nupturient jest nieświadom niezdolności drugiej strony, z którą zawiera małżeństwo. W takim przypadku możemy mówić tylko o niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich⁸³. Praktyką sądów kościelnych rozpatrujących sprawy małżeńskie jest jednak, aby wysuwać w sprawie obie powyższe przyczyny niezdolności do małżeństwa niezależnie od siebie.

Sprawę *coram* Kinlin (Tronto, Canada), wyrok z dnia 30 października 1986 r.⁸⁴, rozpatrywano biorąc pod uwagę dwie możliwe przyczyny nieważ-

⁸¹ Poprzez orzecznictwo Roty Rzymskiej ustalono jako możliwe przyczyny incapacitatis wszystkie choroby organiczne (w sferze psychiatrycznej i psychologicznej) naruszające zdolność podmiotu do podjęcia obowiązków małżeńskich w ogóle, czy w szczególności do nawiązania relacji międzyosobowych lub wspólnoty życia. W. Góralski, *Kanoniczna zgoda małżeńska*, Gdańsk 1991, 67.

⁸² Wyrok *coram* Pinto, z dnia 20 kwietnia 1979 r., *Monitor Ecclesiasticus (ME)*, 104 (1979), s. 384–385.

⁸³ Tamże, s. 385; wyrok *coram* Pinto, z dnia 18 lipca 1982 r., „*Monitor Ecclesiasticus*” 108 (1983), s. 458–463.

⁸⁴ Trybunał Toronto, *coram* Kinlin, z dnia 30 października 1986 r., Prot. No. K1714/85 (*niepublikowany*), cyt. za Mendonca s. 444. Wyrok ten potwierdził Narodowy Trybunał Apelacyjny Kanady w dniu 13 stycznia 1987 r.

ności małżeństwa, tzn.: z powodu „braku rozeznania oceniającego” oraz „niezdolności do przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich”. W wyroku uznano nieważność małżeństwa z przyczyny „niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków”, a nie uznano z racji „braku rozeznania oceniającego”. Pozwany w sprawie był osobą cierpiącą na chorobę stwardnienia rozsianego.

Małżeństwo zostało zawarte 17 lipca 1965 r. Około trzy tygodnie przed ślubem u pozwanego rozpoznano i potwierdzono chorobę stwardnienia rozsianego. Oboje myśleli, że będą mogli poradzić sobie z problemem choroby ponieważ są młodzi i bardzo w sobie zakochani. Powódka zaszła w ciążę półtora roku po zawarciu małżeństwa. W międzyczasie stan choroby pozwanego stał się szybko postępującym i doprowadził do paraliżu obejmującego część ciała poniżej pasa. W następstwie tego stanu pozwany stał się impotentem. Zaczęły się ujawniać zmiany w jego osobowości. Stał się wojujący, niepomamowany, wściekły, ekstremalnie egocentryczny i paranoi-dalny. Widoczne symptomy ciężkiego stanu choroby potwierdzało także jego zachowanie. Życie małżeńskie stało się niemożliwe. Rok po separacji i rozwodzie, powódka wniosła skargę powodową do Trybunału w Toronto, prosząc o stwierdzenie nieważności jej małżeństwa z przyczyny „braku rozeznania oceniającego” oraz „niezdolności do przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich”.

Sąd wydał wyrok negatywny w części dotyczącej „braku rozeznania oceniającego”, ponieważ według opinii biegłych powołanych w tej sprawie, choroba nie wpłynęła poważnie na zdolności poznawcze i uczuciowe strony w czasie zawierania małżeństwa. Nawet jeżeli pozwany był pewny co do obecności stwardnienia rozsianego, ponieważ niemożliwą do przewidzenia była natura choroby, nie mógł być pewien jej wpływu na życie małżeńskie. Sąd uznał, że nie było wystarczającego powodu do nabrania całkowitej pewności moralnej w ich umysłach odnoszącej się do „braku rozeznania oceniającego”. W wyroku czytamy:

„... Faktem jest, że pozwany cierpiał na stwardnienie rozsiane przed ślubem. Nawet jeśli medyczne (fizyczne) symptomy pojawiły się dopiero podczas trwania małżeństwa, psychiczne objawy zaczęły ujawniać się krótko przed ślubem. Wskazywały one na radykalne zmiany w osobowości pozwanego, które szkodliwie wpłynęły na jego małżeńskie relacje. Stał się niezdolnym do aktów seksualnych, a także niezdolnym do wypełnienia obowiązków dotyczących dobra żony i dzieci. I to nie dlatego, że nie chciał, ale dlatego, że nie mógł tego uczynić. Zatem w ocenie jego

skrajnej niezdolności, szanując prawo odwiecznej natury do wypełnienia obowiązków i praw wynikających z dobra małżonków (*bonum coniugis*) i dzieci (*bonum prolis*), był on niezdolnym, aby ważnie wyrazić zgodę na małżeństwo⁸⁵.

Wyrok ten wskazuje, iż osoba cierpiąca na stwardnienie rozsiane może mieć brak „rozeznania oceniającego” (kan. 1095,2°) jeżeli proces chorobowy poważnie upośledzi jej poznawcze i afektywne zdolności lub jeżeli uczyni ona nierozumne decyzje po poinformowaniu jej o stanie i ciężkich konsekwencjach tej choroby. Osoba w takim stanie choroby może być także niezdolna do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095,3°), o ile skutki choroby spowodują u niej niezdolność wypełniania istotnych praw i obowiązków wpływających z „*consortium totius vitae*”. Warunkiem jest tu jednak, uprzedniość choroby, czyli pojawienie się jej już w czasie okresu narzeczeństwa oraz jej trwałość, tzn. musi być poważna i praktycznie nieuleczalna⁸⁶. Krócej wymagania te można określić w postaci dwu: choroba winna powodować niezdolność pewną czyli rzeczywistą⁸⁷.

3. Wnioski

Wyniki badań klinicznych stwierdzają, iż *sclerosis multiplex* jest chorobą neurologiczną centralnego układu nerwowego. Dotyka ona bezpośrednio komórki nerwowe i może sprawiać poważne psychiczne i fizjologiczne zaburzenia u niektórych pacjentów. Głównymi psychicznymi skutkami tej choroby są zaburzenia poznawcze i emocjonalne. Zaburzenia poznawcze – objawiają się zanikiem (utrata) pamięci i poważnymi trudnościami z konstruktywnym myśleniem. Te zaburzenia mogą pozbawić osobę chorą zdolności rozumowania, myślenia i podejmowania wyboru. Jednakże badania wykazują, iż tylko mała część (mniej niż 10%) chorych na *sclerosis multiplex* ma takie poznawcze zaburzenia.

Poważne emocjonalne zaburzenia dowodzą istotnej zmiany w osobowości, lecz ujawniają się u relatywnie małej liczby chorych. Zmiana w osobowości uniezalnia osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane w pewnym zakresie

⁸⁵ *Coram* Kinlin, z dnia 30 października 1986 r., art. cyt., s. 15.

⁸⁶ Właściwości niezdolności (ciężkość, uprzedniość, trwałość i absolutność) do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich; por. Góralski, dz. cyt., 70–82.

⁸⁷ R. Sztymchmiller, *Istotne obowiązki małżeńskie*. Warszawa 1997 s. 465–472.

ich wewnętrznego i międzyosobowego współżycia. W relacjach małżeńskich osoba taka może okazać się niezdolna do podjęcia podstawowych obowiązków małżeńskich, tj. związków międzyosobowych (dobra małżonków i dobra dzieci).

Trzeba uważnego badania w każdym indywidualnym przypadku, by z moralną pewnością stwierdzić, że niezdolność danej osoby była już w momencie ślubu. Pamiętać też należy, iż ciężkość zaburzeń w tej chorobie zależy od pogorszenia się i stopnia postępowania chronicznej choroby. Poznawcze i emocjonalne zaburzenia ujawniają się w stopniu od umiarkowanego do poważnego. W czasie wyrażania zgody małżeńskiej, nie można domniemywać „braku rozeznania oceniającego”, albo „niezdolności do podjęcia podstawowych obowiązków małżeńskich”. Jeśli tak było, trzeba to udowodnić.

Skutki fizjologiczne, które mają ważne konsekwencje prawne, objawiają się m.in. zaburzeniami seksualnymi: zaburzeniem erekcji i ejakulacji u mężczyzn oraz brakiem śluzu w pochwie i waginizmem u kobiety. O ile objawy te są obecne podczas wymiany zgody, sąd kościelny, może doszukać się tutaj impotencji funkcjonalnej. Natomiast jeżeli, zaburzenia te stają się widoczne po zawarciu małżeństwa, jedynym rozwiązaniem wydaje się być tutaj, zbadanie możliwości korzystania z trwałego prawa do pożycia seksualnego. Przyjęcie tej podstawy każe nam szukać przyczyny niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich w przyczynie natury psychicznej (kan. 1095, 3°). Jeżeli zasadnicza przyczyna jest wyłącznie neurologiczna, wydaje się, że kan. 1095, 3° nie powinien być stosowany, m.in. w sytuacji, gdy impotencja funkcjonalna wyłania się dopiero po pomyślnych próbach współżycia w małżeństwie. Czynniki psychologiczne, takie jak strach przed niedomaganiem lub odrzuceniem, lęk, brak pożądania seksualnego, brak samooceny i samoakceptacji itp., mogą także być przyczyną niezdolności seksualnej. Jeżeli taka hipoteza zostanie wzięta pod uwagę, sąd powinien mieć moralną pewność, że czynniki psychologiczne rzeczywiście były przyczyną niezdolności. Objawy fizjologiczne muszą być rzeczywiste, poważne i praktycznie nieuleczalne w momencie ślubu.

Fakt, iż ktoś ma diagnozę choroby sclerosis multiplex nie przesądza definitywnie podstawy do prawego orzeczenia sądu, że taka osoba jest niezdolna do zawarcia małżeństwa. Choroba atakuje każdego różnie, stąd taka różnorodność objawów. Dlatego też nie można u wszystkich chorych stwierdzić braku rozeznania oceniającego, czy braku zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich z przyczyn natury psychicznej. Każdy

przypadek jest jedyny w swoim rodzaju i musi być dokładnie zbadany, by otrzymać obiektywną ekspertyzę oraz moralną pewność co do ważności lub nieważności zawartego małżeństwa.

Niezdolność przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich z samego prawa naturalnego nie zezwala na zawieranie małżeństwa i daje możliwość sądowego stwierdzenia nieważności małżeństwa. Jeśli ktoś nie może zobowiązać się do wypełnienia przedmiotu zgody małżeńskiej, jego zgoda nie może mieć mocy prawnej⁸⁸. Należy też pamiętać, że niezdolności tu omawianej nie można identyfikować z nieuporządkowaniami wynikającymi z samej nerwicy, psychopatii lub z braku rozeznania oceniającego⁸⁹.

Reasumując powyższe analizy należy stwierdzić, że zależnie od stadium choroby, chorzy na *sclerosis multiplex* mogą być zdolni lub niezdolni do zawarcia małżeństwa. W wielu przypadkach, zwłaszcza gdy choroba jeszcze się nie ujawniła lub nie była zaawansowana, są oni zdolni do podjęcia obowiązków małżeńskich, a więc i do ważnego zawarcia małżeństwa. Przy poważniejszym zaawansowaniu choroby, mogą być niezdolni do zawarcia małżeństwa. Nieznane są przypadki rozpatrywania przez Rotę spraw z tytułu incapacitas spowodowanego przez stwardnienie rozsiane. Były natomiast takie sprawy w sądach kościelnych w Australii i w Kanadzie, były także wyroki pozytywne⁹⁰.

Summary

The results of clinical research indicates that multiple sclerosis is a neurological disease of the central nervous system. As a disease which directly affects brain cells, it may cause severe psychological and physiological dysfunctions in some of its victims. The principal psychological effects consist of cognitive and affective disturbances. Among cognitive deficits are memory loss and severe difficulty in conceptual reasoning. These deficits are

⁸⁸ M. Fąka, Niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich jako tytuł nieważności małżeństwa. „Prawo Kanoniczne” 25:1982 nr 1–2 s. 247.

⁸⁹ W. Góralski, Niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095, n. 3 kpk i kan. 818, n. 3 kkKości. Wsch.). W: Przymierze małżeńskie. Pod red. W. Góralskiego i R. Szychmilera. Lublin 1993 s. 31–48.

⁹⁰ A. Mendonca. The Effect of Multiple Sclerosis on Matrimonial Consent. „Studia Canonica” 21:1987 s. 439–448.

likely to deprive the person affected by the disease of the ability to understand, reason, and elicit deliberate choice. Severe emotional disturbance indicative of a substantial change in personality. Such a change in personality may incapacitate multiple sclerosis victims in several aspects of their intrapsychic and interpersonal life. In marital relationship, a person may be rendered incapable of fulfilling the essential obligations of marriage. The physiological effects which have important juridic consequences are in the area of sexual dysfunctions. If these effects are present at the time of exchanging consent, a marriage court may have to look for possible functional impotence. If the dysfunction becomes evident after the marriage, the only approach seems to be to investigate the possibility of incapacity to assume the perpetuity of the right to sexual intercourse. If this approach is adopted, the basis for this incapacity is to be found in c. 1095, 3°, which requires that the cause of incapacity to assume the essential obligations of marriage be „psychic” in nature.

The fact that someone has been diagnosed as having multiple sclerosis does not constitute definitive basis for the juridic conclusion that such a person is inept for or incapable of contracting marriage. The disease affects each person differently and, hence, interpatient variability with regard to physiological effects is inevitable. Therefore, all patients cannot be regarded as lacking in discretion of judgement and/or in their capacity to assume the essential obligations of marriage. Each case is unique and, therefore, each case must be investigated under an appropriate *caput* or *capita nullitatis* according to its particular circumstances.