

Józef K. Gierowski, Adam Szymusik

Psychiatryczne i psychologiczne problemy opiniowania w sprawach opiekuńczych w przypadkach zaburzeń psychicznych

Palestra 37/12(432), 81-87

1993

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.

KRYMINALISTYKA

i dyscypliny pokrewne

to trzeba wiedzieć

Józef K. Gierowski, Adam Szymusik

Psychiatryczne i psychologiczne problemy opiniowania w sprawach opiekuńczych w przypadkach zaburzeń psychicznych

Obowiązujące przepisy prawa rodzinnego i opiekuńczego stworzyły sytuację, w której niejednokrotnie zachodzi możliwość, a nawet konieczność korzystania z pomocy biegłego lekarza psychiatry czy psychologa. Najogólniej biorąc dotyczy to dwóch podstawowych grup przypadków. Pierwsze, związane są z instytucją małżeństwa, kiedy to wątpliwość sądu budzi stan psychiczny a raczej zdrowie jednego z małżonków. Problemem może tu być unieważnienie małżeństwa z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków w chwili zawierania związku bądź też wpływ manifestowanych przez niego zaburzeń na pożycie, a zwłaszcza na jego rozkład. Druga grupa przypadków związana jest z tym, co prawo cywilne określa jako „kompleks wzajemnie ze sobą sprzężonych praw i obowiązków rodziców w stosunku do oso-

by i majątku dziecka”, a więc z władzą rodzicielską (Winiarz 1977). Podkreślić przy tym należy, iż zagadnienia związane z opiniowaniem w sprawach opiekuńczych zostały w polskim piśmiennictwie opracowane dość szeroko, a wieloletnia praktyka ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych wykazuje, że przedmiotem badań psychologicznych i wydawanych ekspertyz mogą być nie tylko sprawy związane z wykonywaniem bądź ograniczeniem władzy rodzicielskiej, lecz również z przysposobieniem, zezwoleniem na małżeństwo, czy też wydawanie wszelkiego rodzaju rozstrzygnięć w sprawach dotyczących istotnych spraw dziecka. W powyższych przypadkach nie zachodzi najczęściej potrzeba przeprowadzania badania stanu psychicznego rodziców oraz innych uczestników postępowania w aspekcie ich zdrowia psychicznego.

Zdarzają się jednak przypadki wymagające takiego właśnie psychiatryczno-psychologicznego postępowania diagnostycznego. One właśnie i związane z nimi problemy kompetencyjne i diagnostyczne stanowić będą temat niniejszego opracowania.

Jest sprawą oczywistą, iż prawidłowy rozwój dziecka wymaga zapewnienia mu warunków umożliwiających realizację jego psychospołecznych potrzeb. Założenie to powoduje, iż wszelkie wnioski opiniodawcze w sprawach o przyznanie dziecka winny uwzględniać możliwość opiekunów w zakresie realizacji takich warunków. Domachowski (1985) słusznie podkreśla, iż zapewnienie odpowiednich warunków wiąże się z realizacją co najmniej czterech funkcji, jakie wobec dziecka pełnią lub mogą pełnić jego opiekunowie. Jest to, po pierwsze, funkcja biologiczna, po drugie funkcja związana z zaspokajaniem biologiczno-materialnych warunków życia dziecka, następnie funkcja dotycząca realizacji psychicznych potrzeb dziecka i wreszcie czwartą funkcją jest funkcja społeczna. Szczególne znaczenie dla właściwego rozwoju i kształtowania osobowości dziecka mają dwie ostatnie z wymienionych funkcji. W związku z tym opiniujący biegły powinien uwzględnić przede wszystkim psychospołeczne możliwości potencjalnych opiekunów, które umożliwiają im dostarczenie dziecku warunków do kształtowania zdolności do nawiązywania trwałych kontaktów emocjonalnych. Warunki te dotyczą zarówno możliwości częstego przebywania z dzieckiem, jak i umiejętności dostarczenia mu pozytywnych wzmocnień, gdy podejmuje próby nawiązania trwa-

łych kontaktów. Opiniując należy również uwzględnić fakt działania obiektywnych praw rozwoju psychicznego dziecka, jego rosnące możliwości emocjonalne, poznawcze czy społeczne.

Wszystkie powyższe uwagi mają charakter dość ogólny i stanowić winny podstawy postępowania diagnostycznego w sytuacjach, gdy rozstrzygane są problemy związane z wnioskiem o przyznanie dziecka. Dotyczy to również przypadków, gdy potencjalni opiekunowie manifestować będą zaburzenia psychiczne nawet na poziomie psychozy. Zadanie opiniujących psychiatrów i psychologów jest jednak w takiej sytuacji trudniejsze niż wtedy, gdy kandydaci na opiekunów nie manifestują poważniejszych zaburzeń psychicznych. Punkt ciężkości diagnozy zostaje przy tym niejako przesunięty na analizę osobowości, jej zaburzeń, czy nawet poszczególnych symptomów psychopatologicznych jednego z rodziców oraz wpływu analizowanych zmiennych na możliwość wykonywania wspomnianych wyżej funkcji. Opinie omawianego typu różnią się nieco od rutynowych ekspertyz wydawanych przez ośrodki rodzinno-diagnostyczne. Postępowanie badawcze koncentruje się tu na jednym z uczestników postępowania, najczęściej jednym z rodziców, którego stan psychiczny budzi wątpliwości sądu. Zauważyć tu można często występującą prawidłowość – wykorzystywanie przez przeciwnika procesowego wszelkich kontaktów badanego z psychiatryczną służbą zdrowia i przypisywanie im roli czynnika dyskryminującego do wykonywania władzy rodzicielskiej. Również orzekające sądy nie są czasami w stanie oprzeć się

takiemu uproszczonemu i mechanicznemu myśleniu, pozbawiając władzy rodzicielskiej rodziców, których zdrowie psychiczne wymagało, czy wymaga, opieki i postępowania psychiatryczno-psychologicznego. Takie postępowanie budzić musi wątpliwości, a nawet sprzeciw. Współczesna psychiatria protestować będzie zawsze przeciwko tworzeniu sztywnych zasad, iż przebyta psychoza jest czynnikiem dyskwalifikującym na zawsze do wykonywania władzy rodzicielskiej. Niezbędna jest szczegółowa i wnikliwa diagnoza psychiatryczno-psychologiczna, pozwalająca z jednej strony ustalić dokładnie rozpoznanie psychiatryczne i prognozę lekarską, z drugiej natomiast szczegółową analizę wpływu stwierdzanych zaburzeń na możliwości wypełniania tych wszystkich funkcji, które tworzą władzę rodzicielską. Wydaje się, iż w omawianej grupie przypadków niezbędna jest ścisła współpraca lekarza psychiatry z psychologiem klinicznym, który swoją wiedzą i metodami dopomóc może lekarzowi w postawieniu rzetelnej i trafnej diagnozy (podobnie jak we wszystkich przypadkach psychiatrycznych), przeprowadzić szczegółową psychologiczną analizę dyspozycji pacjenta do wykonywania omawianych funkcji opiekuńczych, czy też przeprowadzić, jeśli okaże się to konieczne, badanie samego dziecka, analizując charakter jego związków z badanym rodzicem również pod kątem wpływu manifestowanych zaburzeń psychopatologicznych na rozwój psychiczny dziecka. Sprawa komplikuje się wówczas, gdy oboje małżonkowie wykazują odchylenia w stanie zdrowia psychicznego, chociaż tylko u jednego z nich stwier-

dzono psychozę. Samo rozpoznanie psychiatryczne nie mówi jeszcze wiele o możliwościach emocjonalnych badanego, jego umiejętności adaptacji, współżycia z ludźmi itp. W jednym przypadku rozpoznanie schizofrenii może oznaczać daleko idący defekt z zespołem urojeniowym, autyzmem, dziwacznością i zmanierowaniem. Niewątpliwie w większości takich przypadków osoba chora nie jest zdolna do wykonywania opieki nad dzieckiem. Zdarza się bowiem, że dziecko jest wciągane w system urojeniowy i izolowane od otoczenia. Czasem nie uczęszcza ono do szkoły, jest głodzone, niekiedy samo zaczyna zdradzać objawy psychozy indukowanej. Kiedy indziej jednak – a tak jest o wiele częściej – schizofrenik ujawnia prawidłowe reakcje emocjonalne, wykazuje właściwy stosunek do dziecka, dba o jego potrzeby. Objawy chorobowe występują tylko resztkowo lub też pojawiają się okresowo. W tym czasie dzieckiem zajmuje się zwykle ktoś z rodziny. Jeszcze bardziej sytuacja komplikuje się w przypadku rozpoznania choroby afektywnej. W olbrzymiej większości osoby te wychowują dzieci właściwie, potrafią zadbać o ich potrzeby i prawidłowy rozwój. W okresach jednak głębokiej depresji może dojść skutek choroby do krańcowego zaniedbania dziecka, a nawet do prób zabójstwa w przypadku tak zwanego samobójstwa rozszerzonego. Zdarza się jednak, że osoba chora mimo tych niebezpieczeństw jest lepszym opiekunem niż małżonek formalnie zdrowy, ale wykazujący zaburzenia osobowości, alkoholizm lub uzależnienie. W każdym więc przypadku należy rozważyć sprawę indywidualnie,

nie kierując się jedynie rozpoznaniem psychiatrycznym. W tej dziedzinie współpraca psychiatry i psychologa jest nie tylko potrzebna, ale niezbędna, gdyż każdy z nich dysponuje nieco innym zakresem wiedzy i ujmuje problem z innej perspektywy. Sformalizowanie opinii może skrzywdzić nie tylko rodziców, ale przede wszystkim dzieci, w których interesie opinia jest wydawana. Pamiętać należy, iż pomimo tego, że w opiniach omawianego typu punktem odniesienia jest zawsze dobro dziecka, a nie dobro jego opiekunów, ekspertyzy takie nie zawierają zazwyczaj szczególnych sugestii co do tego, komu przydzielić dziecko, lecz koncentrują się raczej na jednym z uczestników postępowania, analizując jego stan zdrowia psychicznego i jego wpływ na możliwość tych wszystkich działań i czynności, które związane są nierozzerwalnie z opieką nad dzieckiem. Powyższe ograniczenie wynika już najczęściej ze sformułowań sądu zawartych w postanowieniu o powołaniu biegłego.

Tak było również w przypadku A.B., kiedy to sąd polecił, aby biegli (psychiatra i psycholog) wydali opinię co do aktualnego stanu jej zdrowia i odpowiedzieli przy tym na pytanie, czy jest ona zdolna do wykonywania władzy rodzicielskiej, czy też z uwagi na stan zdrowia i rodzaj choroby istnieją przeciwwskazania do samodzielnego wychowywania i opiekowania się dzieckiem. Jak wynikało ze zgromadzonej dokumentacji lekarskiej u A.B. doszło dwukrotnie do głębokich, jednoznacznie psychotycznych zaburzeń psychicznych. Wiosną 1980 roku wystąpił u niej zespół urojeniowy, halucynacje, była znacznie pobudzona psychoruchowo,

wielomówna o chaotycznych wypowiedziach, ponadto znajdowała się w nieadekwatnie podwyższonym nastroju, była wesołkowata, dziwaczna w zachowaniu. Kilkumiesięczne leczenie doprowadziło do ustąpienia objawów psychotycznych, po dalszych miesiącach doszło do całkowitej remisji, stan psychiczny powrócił do normy sprzed 1980 roku. Opiniowana z powrotem podjęła pracę zawodową, zamieszkała znowu poza domem. Nawiązała znajomość z przyszłym mężem, a zająście w ciążę przyspieszyło obopólną decyzję narzeczonych o ślubie. W tym okresie stan psychiczny A.B. nie budził jakichkolwiek zastrzeżeń, otoczenie postrzegało ją jako osobę zdrową psychicznie, w tym także narzeczony i jego rodzina. Dopiero w 1984 roku, wkrótce po urodzeniu dziecka ponownie wystąpiły ostre objawy psychotyczne. Tym razem pacjentka znajdowała się w obniżonym nastroju, była przyhamowana, spowolniała psychoruchowo i apatyczna, przejawiała lęk, dziwacznie zachowywała się, była nieadekwatna, a przede wszystkim przeżywała urojenia prześladowcze i ksobne. Znowu konieczna była hospitalizacja psychiatryczna, która po kilku tygodniach doprowadziła do ustąpienia objawów psychotycznych. Doszło do zdecydowanej poprawy utrzymującej się do chwili badania. Za aprobatą lekarza PZP badana zaprzestała ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego.

W czasie badania psychiatryczno-psychologicznego pacjentka pozostawała w dobrym kontakcie, w tym przede wszystkim emocjonalnym, była w pełni adekwatna i nie przejawiała jakichkolwiek objawów psychotycz-

nych. Bardzo realnie i krytycznie oceniła swoją aktualną sytuację życiową, adekwatnie przeżywając obecne kłopoty, utarczki z mężem i jego rodziną. Podczas dwukrotnej hospitalizacji rozpoznano u A.B. schizofrenię urojenową. Przez pewien czas stawiano to rozpoznanie również w Poradni Zdrowia Psychicznego. Później ustalono jednak, iż u A.B. występuje inna postać schizofrenii, tzw. psychoza schizoafektywna. Nie ulega wątpliwości, iż ostre zaburzenia psychotyczne, które występowały w 1980 i 1984 roku, w swym obrazie psychopatologicznym miały wiele cech schizofrenicznych. W tym czasie pacjentka była nieadekwatna i wręcz dziwaczna w zachowaniu, znajdowała się w silnym, dezintegrującym lęku, przeżywała urojenia i omamy. Obok tych objawów, wśród których dominowały tzw. objawy rozczepienne, przejawiała również zaburzenia afektywne, za pierwszym zachorowaniem znajdowała się w podwyższonym nastroju i napędzie, za drugim była depresyjna, przyhamowana i apatyczna. Opisany obraz psychopatologiczny jest typowy dla ostrych zaburzeń psychotycznych w przebiegu psychozy schizofektywnej, tzw. psychozy mieszanej, gdzie równocześnie ujawniają się objawy rozczepienia (schizofrenicznego) oraz efektywne. Z doświadczenia klinicznego wiadomo, iż jest to najbardziej korzystnie przebiegająca postać z grupy psychoz schizofrenicznych. O korzystnym przebiegu choroby przekonywała również jej dotychczasowa dynamika. U badanej dochodziło jedynie do kilkumiesięcznych okresów ostrych, jednoznacznie psychotycznych zaburzeń. Poza tym utrzymywała się zadowolają-

ca remisja. Pacjentka nie ujawniała bowiem w okresie badania jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, a przede wszystkim nie doszło u niej do żadnych oznak psychodegradacji (tzw. defektu). Miała ona w pełni zintegrowaną osobowość, pozostawała w poprawnych relacjach emocjonalnych z otoczeniem, była mocno związana uczuciowo z rodziną, a także z innymi znaczącymi osobami, realnie i adekwatnie oceniała swoją sytuację życiową. Nie budziło zastrzeżeń jej funkcjonowanie psychiczne, pracowała zawodowo, była cenionym pracownikiem, umiejętnie współżyła z koleżankami z hotelu, w którym mieszkała, utrzymywała kontakty z rodziną. Była w pełni przystosowana społecznie, również jej przystosowanie psychiczne nie budziło zastrzeżeń. Ujawniała bardzo silne potrzeby macierzyńskie, była mocno związana uczuciowo z dzieckiem, dlatego bardzo przeżywała trudności, do których dochodziło na drodze jej kontaktów z synem. Z klinicznego punktu widzenia było bardzo ważne, iż właśnie w okresie przedłużającego się postępowania sądowego, szykany ze strony byłego męża i jego rodziny, utrudnienia w kontaktach z własnym dzieckiem nie doprowadziły u pacjentki do dekompensacji psychicznej, do ewentualnego kolejnego nawrotu psychozy. Dowodzi to trwałości uzyskanej poprawy, potwierdza występującą u niej umiejętność radzenia sobie w trudnych, frustracyjnych sytuacjach, przekonuje o pełnej integracji osobowości i sprzyja wypowiedaniu się na temat korzystnego rokowania.

Odpowiadając na konkretne pytania sądu biegli psychiatra i psycholog stwierdzili u badanej zadowolający stan

psychiczny nie stanowiący przeciw-
wskazań do zajmowania się własnym
dzieckiem i do wykonywania władzy
rodzicielskiej. Biegli uzasadnili dodat-
kowo swoje przekonanie faktem, iż
badana realnie oceniała swą sytuację
życiową, jej uczucia macierzyńskie, jak
i motywacja do zajmowania się włas-
nym dzieckiem, były w pełni autentycz-
ne. Zamierzała ona tak ułożyć swoje
życie, by zapewnić synowi jak najlepszą
opiekę z własnej strony, a także ze
strony najbliższej rodziny.

Powyższa opinia nie zastępowała
opinii ośrodka rodzinno-diagnostycz-
nego, była raczej komplementarna wo-
bec niej, uzupełniając zawarte tam
informacje i sugestie psychopatologi-
cznym opisem pacjentki oraz analizą
wpływu stwierdzanych zaburzeń psy-
chicznych na dyspozycje opiekuńcze
badanej. Przedstawiona opinia jest
również przykładem właściwej współ-
pracy pomiędzy biegłymi – psychiatrą
i psychologiem. W ekspertyzach oma-
wianego typu mogą się również znaj-
dować pewne sugestie terapeutyczne,
proponując konkretne leczenie, czy
psychoterapię z bardziej szczegółowym
postępowaniem psychologiczno-ko-
rekcyjnym włącznie. Raz jeszcze pod-
kreślić należy, iż opiniowanie psychia-
tryczno-psychologiczne w sprawach
opiekuńczych różni się istotnie od
wszelkich innych opinii sądowo-psy-
chologicznych i psychiatrycznych,
a zwłaszcza od tych, których przed-
miotem jest badanie stanu psychicz-
nego sprawcy czynu zabronionego,
a więc poczytalności. W przypadku
poczytalności istotna jest analiza sta-
nu psychicznego probanta jedynie
w chwili popełniania przez niego za-

bronionego czynu, a więc niejako diag-
noza retrospektywna. Prognozę roz-
patruje się tu przede wszystkim bada-
jąc stopień niebezpieczeństwa dla po-
rządku prawnego, jakie może stwarzać
sprawca. W sprawach opiekuńczych
prognoza zdaje się mieć decydujące
znaczenie. Wynikać musi ona oczywi-
ście z rzetelnej i trafnie przeprowadzo-
nej diagnozy, która pozwoli na przewi-
dywanie, na ile trwałe są te psycho-
logiczne mechanizmy czy też zaburze-
nia psychopatologiczne, które dys-
kwalifikują czy też predysponują do
wykonywania władzy rodzicielskiej.

Są sytuacje, w których szczególnie
trudno jest biegłemu psychologowi czy
też psychiatrze wydać opinię o moż-
liwości wykonywania przez pacjenta
władzy rodzicielskiej. Dotyczy to przy-
padków, gdy badany był uprzednio czy
też jest nadal pacjentem jednego z bieg-
łych. Może się zdarzyć, iż dobro pacjen-
ta wymagać może rozszerzenia jego
kontaktów społecznych, podejmowa-
nia odrzuconych uprzednio ról, zwięk-
szenia ogólnej aktywności.

Z terapeutycznego punktu widzenia
może wydawać się korzystne dalsze
zajmowanie się dziećmi, niezależnie od
stanu psychicznego pacjenta i trudno-
ści, jakie może mu to sprawiać. Wzglę-
dy terapeutyczne i dobro pacjenta może
tu pozostawać w sprzeczności czy koli-
zji z dobrem małoletniego dziecka, któ-
re z mocy ustawy musi być naczelną
zasadą opiniowania w sprawach opie-
kuńczych. Wydaje się, iż rola terapeuty
i biegłego są w sprawach tego typu nie
do pogodzenia. Należy więc raczej uni-
kać podejmowania się roli biegłego
wobec swoich pacjentów, zaangażowa-
nie emocjonalnie w proces terapeutycz-

ny może bowiem uniemożliwić bieg- | art. 382 k.p.c. uznaje za podstawową
łemu całkowitą bezstronność, którą | właściwość i zasadę działania biegłego.

Literatura:

1. Domachowski W.: *Psychologia a prawo: punkty wyjścia i ich konsekwencje dla problemów orzecznictwa*. Referat wygłoszony na Konferencji pt. *Diagnoza psychologiczna w sprawach rozpoznawanych przez sądy rodzinne*, Kraków 1985.
2. Winiarz J.: *Prawo rodzinne*, wyd. 2, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977.