

# Przemysław Cynkier, Zdzisław Majchrzyk

---

## Rozbieżności w ocenie nieważności małżeństwa z powodu choroby psychicznej w orzecznictwie sądów kościelnych i cywilnych – analiza przypadku

---

Ius Matrimoniale 16 (22), 343-366

---

2011

Artykuł został 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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Przemysław Cynkier, Zdzisław Majchrzyk

**ROZBIEŻNOŚCI W OCENIE NIEWAŻNOŚCI  
MAŁŻEŃSTWA Z POWODU CHOROBY PSYCHICZNEJ  
W ORZECZNICTWIE SĄDÓW KOŚCIELNYCH  
I CYWILNYCH – ANALIZA PRZYPADKU**

**Wstęp**

Kodeks rodzinny i opiekuńczy nie zawiera definicji małżeństwa, jednak w sądownictwie powszechnym uznaje się, że „małżeństwo jest trwałą (ale nie nierozzerwalnym) i legalnym związkiem mężczyzny i kobiety, powstałym z ich woli, jako równoprawnych stron w celu wspólnego pożycia, realizacji dobra małżonków, dobra założonej rodziny i jej celów społecznych”. Związek małżeński jest prawnie sankcjonowany i uprzywilejowany (zapis w Konstytucji), a u jego podstaw leży monogamia, równouprawnienie i świeckość<sup>1</sup>.

Kanon nr 1055 kpk mówi, że „małżeńskie przymierze to wspólnota całego życia, jaką tworzą ze sobą mężczyzna i kobieta, skierowana ze swej natury do dobra małżonków oraz zrodzenia i wychowania potomstwa”<sup>2</sup>.

W polskim sądownictwie powszechnym sprawy małżeńskie są omawiane w kodeksie rodzinnym i opiekuńczy (art. 1-61) oraz kodeksie postępowania cywilnego. Zgodnie z art. 1 par. 1 k.r.o. małżeństwo zostaje zawarte, gdy mężczyzna i kobieta jednocześnie obecni, złożą przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego oświadczenia, że wstępują w związek małżeński. W art. 1 par. 2. k.r.o. przewidziane jest zawar-

<sup>1</sup> D. Hajdukiewicz, *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*, Warszawa 2008, s. 147.

<sup>2</sup> S. Kofakowski, *Ocena psychicznej zdolności do zawarcia małżeństwa. Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*, Kraków 1996, s. 262.

cie małżeństwa świeckiego z jednoczesnym zawarciem małżeństwa kanonicznego przed duchownym.

Według kanonu 1057 par. 1. małżeństwo stwarza zgoda stron między osobami prawnie do tego zdolnymi, wyrażona zgodnie z prawem, której nie może uzupełnić żadna ludzka władza. Według par. 2 zgoda małżeńska rozumiana jest jako akt woli, którym mężczyzna i kobieta w nieodwołalnym przymierzu wzajemnie się sobie oddają i przyjmują w celu stworzenia małżeństwa<sup>3</sup>.

W prawie kanonicznym nie występuje instytucja małżeństwa nieistniejącego, małżeństwo albo jest zawarte nieważnie, albo ważne i wówczas jest nierozzerwalne. Wszystkie elementy zawierania małżeństwa winny istnieć łącznie, co oznacza, że pominięcie choćby jednego z nich skutkuje nieważnością małżeństwa<sup>4</sup>.

Artykuły od 10 do 15 k.r.o. określają przyczyny niemożności zawarcia związku małżeńskiego. Wśród przesłanek uniemożliwiających zawarcie związku małżeńskiego wymienione jest ubezwłasnowolnienie całkowite (art. 11 k.r.o.), a więc dotyczące osoby, co do której uznano, iż na skutek choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem, zatem nie może świadomie realizować zadań wobec małżeństwa i rodziny. Natomiast w wypadku uchylenia ubezwłasnowolnienia nie można unieważnić małżeństwa<sup>5</sup>. Nie jest także wymagana pełna zdolność do czynności prawnych (możliwość ubezwłasnowolnienia częściowego)<sup>6</sup>.

Zgodnie z art. 12 par. 1 k.r.o. nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną, albo niedorozwojem umysłowym, jednak z zaznaczeniem, że jeżeli stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa. Zgodnie z par. 2. unieważnienia małżeństwa z ww. powodów może żądać każdy z małżonków, z zastrzeżeniem określonym w par. 3., iż nie można unieważnić małżeństwa z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków po ustaniu tej choroby. Autorzy zwracają uwagę na niejasne sformułowanie, dotyczące zdrowia przyszłego potomstwa, gdyż co prawda małżeństwo osoby chorej

---

<sup>3</sup> S. Kołakowski, *iw.*, s. 262.

<sup>4</sup> W. Góralski, *Studia nad małżeństwem i rodziną*, Warszawa 2007, s. 566-573.

<sup>5</sup> D. Hajdukiewicz, *iw.*, s. 148-149.

<sup>6</sup> S. Kołakowski, *iw.*, s. 260.

psychicznie, bądź upośledzonej nie musi zagrażać zdrowiu dziecka, ale może negatywnie wpływać na proces wychowawczy<sup>7</sup>.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy przewiduje możliwość konwalidacji małżeństwa, zawartego mimo istnienia przeszkody, a więc uznania go za ważne. W takiej sytuacji nie jest możliwe wniesienie powództwa o unieważnienie związku. Dotyczy to m.in. następujących sytuacji: 1) uchylenia ubezwłasnowolnienia całkowitego lub zmiany ubezwłasnowolnienia całkowitego na ubezwłasnowolnienie częściowe (art. 11 par. 3 k.r.o.) i 2) po ustaniu choroby psychicznej (art. 12 par. 3 k.r.o.).

Na gruncie polskiego prawa małżeństwo zawarte mimo przeszkód jest ważne i skuteczne tak długo, dopóki nie zapadnie prawomocny wyrok sądu unieważniający taki związek<sup>8</sup>.

Kodeks prawa kanonicznego wymienia wiele przeszkód, które jeśli zaistnieją w dniu zawierania małżeństwa, czynią je nieważnym, niektóre z nich są nazywane przeszkodami zrywającymi<sup>9</sup>. Przeszkoda wynikające z choroby psychicznej albo niedorozwoju umysłowego w prawie polskim, znajduje swój odpowiednik w sferze zgody małżeńskiej w prawie kanonicznym jako niezdolność konsensualna.

W obu systemach prawnych istnieje możliwość uchylecia zakazu zawarcia małżeństwa. W prawie kanonicznym służy temu instytucja dyspensy, a w prawie polskim instytucja zezwolenia sądowego. Zarówno w prawie kanonicznym, jak i w polskim istnieje możliwość uzyskania zgody na zawarcie małżeństwa przez osobę chorą psychicznie, dzieje się to odpowiednio na drodze dyspensy lub zezwolenie sądu cywilnego.

W systemie prawa kanonicznego, oprócz przeszkód małżeńskich, funkcjonuje ponadto instytucja zakazu małżeństwa, nieobecna w prawie polskim<sup>10</sup>.

Według art. 15 k.r.o. małżeństwo może zostać unieważnione gdy oświadczenie o wstąpieniu w związek małżeński lub oświadczenie przewidziane w art. 1 par. 2 (małżeństwo konkordatowe) zostało złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome wyrażenie woli. Unieważnienia związku może żądać małżonek, który złożył oświadczenie dotknięte

---

<sup>7</sup> D. Hajdukiewicz, jw., s. 149.; S. Kołakowski, jw., s. 259-266; J. Winiarz, *Prawo rodzinne*, Warszawa 1993, s. 260.

<sup>8</sup> D. Hajdukiewicz, jw., s. 143-152.

<sup>9</sup> S. Kołakowski, jw., s. 262; W. Góralski, jw., s. 602-603.

<sup>10</sup> W. Góralski, jw., s. 614-620.

wadą i to w okresie przed upływem sześciu miesięcy od ustania stanu wyłączającego świadome wyrażenie woli i przed upływem trzech lat od zawarcia małżeństwa.

Według prawa powszechnego w zasadzie nie można zawrzeć małżeństwa z osobą chorą psychicznie albo upośledzoną umysłowo, ale jeżeli doszło do zawarcia takiego związku, to może pojawić się wątpliwość, czy w związku z tym nie występował u takiej osoby „stan wyłączający świadome wyrażenie woli”. Zarówno art. 12 k.r.o., jak i art. 15 k.r.o. bierze pod uwagę inną sytuację, niż określająca wadę oświadczenia woli (art. 82 kc), czyli brak świadomości i swobody decyzji. Jako przyczynę unieważnienia małżeństwa wskazuje się jedynie na stan wyłączający świadome wyrażenie woli, pomijając stan wyłączający swobodę powzięcia tej decyzji. Istnienie zezwolenia na zawarcie małżeństwa, określonego w art. 12 par. 1 k.r.o. wyklucza żądanie unieważnienia małżeństwa z powodu choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego, ale nie wyklucza w oparciu o art. 15 par. 1 k.r.o. i wówczas należałoby wywieść, iż małżeństwo zostało zawarte w stanie wyłączający świadome wyrażenie woli w chwili składania oświadczenia o wstąpieniu w związek małżeński. Według D. Hajdukiewicz (2008) odnosi się w zasadzie to działania alkoholu, narkotyków, bądź środków farmakologicznych<sup>11</sup>.

Jeżeli kanoniczny związek małżeński został zawarty zgodnie z istotnymi wymogami prawa kanonicznego, czyli przesłankami ważnego zawarcia tego związku (wolność od przeszkód małżeńskich, prawidłowa zgoda małżeńska, zachowanie formy zawarcia małżeństwa), to żadna władza ludzka nie jest w stanie go rozwiązać<sup>12</sup>.

Prawo kanoniczne, określając wymienione przesłanki ważnego zawarcia małżeństwa uzależnia od ich spełnienia w chwili zawierania małżeństwa ważność tego związku, przyjmuje tym samym możliwość nieważnego zawarcia związku.

O niezdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa, a pośrednio psychicznej traktuje kanon 1095. Niezdolne do zawarcia małżeństwa są osoby: 1) pozbawione wystarczającego używania rozumu, 2) mające poważny brak rozeznania oceniającego co do istoty praw i obowiązków małżeńskich, wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych i 3) które z przyczyn natury psychicznej nie są zdolne do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Kanon ten nie wymienia wprost

---

<sup>11</sup> D. Hajdukiewicz, jw., s. 151.

<sup>12</sup> W. Góralski, jw., s. 565.

ani choroby psychicznej, ani upośledzenia umysłowego. Każdy z punktów stanowi o samodzielnej przyczynie niezdolności do zawarcia małżeństwa<sup>13</sup>.

Punkt 1. kanon 1095 odnosi się do wszystkich zaburzeń psychicznych, które odsuwają osobę do spełniania aktów ludzkich, gdyż osoba taka jest pozbawiona tzw. poczytalności moralnej<sup>14</sup>. Do stanów takich zalicza się choroby umysłowe i psychiczne, niedorozwój umysłowy, aktualne stany utraty świadomości, upicie alkoholowe i inne.

Do stosunkowo najczęstszych schorzeń tego rodzaju należy zaliczyć schizofrenię<sup>15</sup>.

Punkt 2. kanonu 1095 odnosi się w zasadzie do oceny możliwości wyrażenia zgody małżeńskiej, która rozumiana jest jako przyczyna sprawcza małżeństwa. Od nupturienta wymaga się, aby jego zgoda nie była obciążona żadnymi ułomnościami. Musi być w pełni zorientowany i w pełni krytycznie akceptować wszystkie atrybuty małżeństwa<sup>16</sup>. Wśród czynników obniżających zdolność rozumienia oceniającego najczęściej wymieniane są choroby psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i narkotyków<sup>17</sup>. Chodzi zatem o sytuacje, w których dana osoba posiada zdolność poznawczą, co do małżeństwa, ale nie ma rozeznania co do wartości i powagi istotnych praw i obowiązków, które przy zawieraniu małżeństwa są przekazywane i przyjmowane. Pozbawiona jest zdolności krytycznej oceny, która dokonuje się poprzez osądzanie i rozumowanie.

Rozeznania oceniającego może zabraknąć, gdy zachodzi jedna z trzech następujących możliwości : 1) brak wystarczającego poznania intelektualnego, co do przedmiotu zgody małżeńskiej; 2) brak krytycznego poznania; 3) brak wewnętrznej wolności. Jeśli się zatem stwierdzi, że w momencie zawierania małżeństwa integralność osobowa i międzyosobowa nupturienta była poważnie zakłócona, oznacza to, że był on wówczas niezdolny do właściwego uchwycenia samej natu-

---

<sup>13</sup> S. Kołakowski, jw., s. 263; W. Góralski, jw., s. 576; J. Gręźlikowski, *Przed nami małżeństwo*, Włocławek 2002, s. 123-134.

<sup>14</sup> S. Kołakowski, jw., s. 263.

<sup>15</sup> J. Gręźlikowski, *Przed nami małżeństwo*, Włocławek 2002, s. 126; R. Sobański, *Wyrok Sądu Metropolitalnego w Katowicach z 20.11.1997 r. w tytułu braku konsensu spowodowanego chorobą psychiczną*, Warszawa 1999, 4 (10), s. 249-255.

<sup>16</sup> S. Kołakowski, jw., s. 263-264; W. Góralski, jw., s. 574-575.

<sup>17</sup> R. Ziomek, J. Z. Piłasiewicz, *Problem psychicznej niezdolności kontrahenta w kanonicznym prawie małżeńskim*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9, supl. 1 (9), s. 171-174.

ry wspólnego życia. Do biegłych należy wskazanie, kiedy w psychice doszło do zachwiania harmonii, uniemożliwiającego właściwe rozeznanie oceniające. Można to być spowodowane psychozami (ograniczenie wolności wewnętrznej), niestałością płynącą ze stanu choroby, czy używaniem leków psychotropowych<sup>18</sup>.

Punkt 3. kanonu 1095 mówi wprost o psychicznej niezdolności do prowadzenia życia małżeńskiego. Nupturient w chwili zawierania małżeństwa musi być zdolny psychicznie do podjęcia wszystkich, bez wyjątku, obowiązków (atrybutów) małżeńskich. Zaburzenie psychiczne musi być trwałe, inaczej niż w przypadku niezdolności do zawarcia zgody małżeńskiej, gdzie wystarczy nawet stan przemijający<sup>19</sup>. W wypadku tego kanonu chodzi o różne anomalnie psychiczne, uniemożliwiające nawiązanie relacji międzypersonalnych we wspólnocie, jaką jest małżeństwo<sup>20</sup>. Wymienia się następujące przyczyny natury psychicznej, które powodują nieważność zawarcia małżeństwa: zaburzenia osobowości, alkoholizm, narkomania, różne anomalie seksualne, niedojrzałość osobowości, niedojrzałość emocjonalna, skrajny egoizm, histeria, niezdolność do relacji międzypersonalnych, nasiloną awersją do drugiej płci. J. Gręźlikowski<sup>21</sup> zwraca uwagę, że orzecznictwo sądowe nie może pozostawać poza orbitą najnowszych i sprawdzalnych tez dyscyplin wiedzy, które są pomocne w rozstrzyganiu o niezdolności psychicznej do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Niezdolnymi do zawarcia małżeństwa są osoby, które z przyczyn natury psychicznej nie mogą podjąć istotnych obowiązków małżeńskich, ponieważ nie są w stanie ich wypełniać w sposób stały<sup>22</sup>.

Punkt 2. i 3. kanonu 1095 kpk sprowadza się do dwóch możliwości: 1) opiniowany z powodu zaburzeń psychicznych jest niezdolny do zawarcia zgody małżeńskiej (najczęściej także podjęcia pożycia małżeńskiego), 2) opiniowany mimo zaburzeń psychicznych jest zdolny do zawarcia zgody małżeńskiej, ale okazuje się niezdolny do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Np. stan psychiczny w remissji endogennej choroby psychicznej może nie pozbawiać nupturienta,

<sup>18</sup> J. Gręźlikowski, *iw.*, s. 130.

<sup>19</sup> S. Kołakowski, *iw.*, s. 264-265; R. Ziomek, J. Z. Piłsiewicz, *iw.*, s. 171-174.

<sup>20</sup> R. Sobański, Wyrok Sądu Metropolitalnego w Katowicach z 29.12.2005 z tytułu niezdolności – z racji psychicznych – powoda do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich, *Ius Matrimoniale*, 2006, 11 (17), s. 179-184.

<sup>21</sup> J. Gręźlikowski, *iw.*, s. 133.

<sup>22</sup> M. Żurowski, Niezdolność do podjęcia obowiązków małżeńskich z przyczyn psychicznych, *Prawo Kanoniczne*, 1986, 29, nr 3-4, s. 153-162.

ani zdolności wystarczającego używania rozumu, ani zdolności do zawarcia zgody małżeńskiej, ale może go pozbawić zdolności do życia w małżeństwie<sup>23</sup>.

Kryteria niezdolności do podjęcia obowiązków małżeńskich zawierają się w tzw. przymiotach kwalifikowanej niezdolności, czyli, ciężkości, uprzedniości, trwałości i absolutności. Ciężkość niezdolności oznacza, że rozmiar patologii powinien powodować niezdolność do podjęcia i wypełniania istotnego obowiązku małżeńskiego. Uprzedniość oznacza, że zaburzenie powinno występować przed słubem (istnieje pogląd, że wystarczy jego występowanie w chwili wyrażenia zgody małżeńskiej). Trwałość – dla oceny ważności małżeństwa decydujące znaczenie ma występowanie lub nie omawianej niezdolności w momencie wyrażania zgody małżeńskiej. Absolutność oznacza niemożność wypełniania obowiązków małżeńskich w stosunku do innego partnera<sup>24</sup>.

W orzecznictwie największe znaczenie mają psychozy endogenne. Chodzi tu przede wszystkim o schizofrenię i psychozę maniakalno-depresyjną, które w istotnym stopniu zmieniają procesy intelektualno-poznawcze, emocjonalne i decyzyjne<sup>25</sup>.

Schizofrenia jest grupą chorób o zróżnicowanym obrazie i przebiegu klinicznym. Przesłanką jednoczącą tę różnorodność kliniczną w jedno pojęcie stały się pewne podobieństwa albo symptomatologiczne (dezintegracja psychiczna), albo rokownicze (długotrwałość przebiegu i ryzyko dezadaptacji), albo jedno i drugie. Na charakterystyczny obraz schizofrenicznej dezintegracji psychicznej składają się objawy, takie jak : deficyt (np. alogia, abulia, apatia), dezorganizacja czynności psychicznych (tzn. różne dysfunkcje i niedostosowanie czynności poznawczych i uczuciowo-motywacyjnych) oraz zniekształcenie oceny rzeczywistości (np. urojenia i omamy). Można je zatem uznać za niesprawności scalania środowiska wewnętrznego (poczucie „ja”) i niesprawności wymiany informacji i energii (dysfunkcjonalne wzory porozumiewania się i funkcjonowania – autyzm)<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> S. Kołakowski, *iw.*, s. 264-265.

<sup>24</sup> Z. Majchrzyk, *Osobowościowe i psychiczne przesłanki niezdolności do małżeństwa w świetle nowych uregulowań kodeksu prawa kanonicznego z 1983 r.*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9, supl. 1 (9), s. 143-169.

<sup>25</sup> R. Ziomek, J. Z. Piłsiewicz, *iw.*, s. 171-174; M. Żurowski, *iw.*, s. 153-162.

<sup>26</sup> A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria*, Wrocław 2002, s. 213-214.



Schizofrenia bywa traktowana zarówno jako odrębna jednostka nozologiczna, jak też jako tzw. „spektrum” zaburzeń schizofrenicznych<sup>27</sup>. Począwszy od XIX w. starano się definiować schizofrenię, a także ustalić ewentualne czynniki etiologiczne, co jednak do chwili obecnej nie dało jednoznacznych rozstrzygnięć. Nadal istnieją zaledwie hipotezy, starające się wyjaśnić złożony charakter tej psychozy. Cały czas prowadzone są badania ukierunkowane na określenie tzw. granic schizofrenii (pogranicze afektywne, urojeniowe, reaktywne, somatogenne, spektrum) oraz podłoża jej występowania. Wyodrębnia się pięć podstawowych grup przebiegu schizofrenii : postać ciągła, postać epizodyczna z postępującym deficytem, postać epizodyczna z utrwalonym deficytem, pełna remisja, postać epizodyczna remitująca. Najkorzystniejszy przebieg (jeden epizod, wyleczenie lub pełna remisja) występował u 10% chorych, a najmniej korzystny (z szybko narastającym stanem głębokich i utrwalonych zaburzeń oraz nieprzystosowaniem) obserwowano u 3-6% chorych. Ocenia się, że leczenie farmakologiczne okazuje się w pełni skuteczne u około 40% pacjentów i z każdym nawrotem choroby należy spodziewać się wzrostu nieskuteczności tego leczenia<sup>28</sup>.

Z badań przeprowadzonych w ośrodku lubelskim w 2005r. wynikało, że wśród osób chorych na schizofrenię obserwowano stopniowe zmniejszanie się chęci do zakładania rodziny i posiadania potomstwa podczas kolejnych hospitalizacji psychiatrycznych. Obawy przed dziedziczeniem przez potomstwo choroby były ocenione jako znaczne i narastały w miarę trwania choroby. Pacjenci nie mieli świadomości istnienia aktów prawnych, regulujących zawieranie przez nich małżeństw. Według pacjentów psychoza mogła być przyczyną rozpadu małżeństwa, jednakże czynniki niezwiązane z chorobą były większym zagrożeniem dla trwałości związku<sup>29</sup>.

Istnieje pogląd, że w ocenach sądowo-psychiatrycznych niezdolności do wypełniania obowiązków małżeńskich chorych na schizofrenię decydujące znaczenie ma stopień dezintegracji psychicznej i stopień upośledzenia funkcjonowania społecznego. Objawy deficytowe (nega-

---

<sup>27</sup> L. Cierpiałowska, Psychopatologia. Wykłady z psychologii 15, Warszawa 2009, s. 272.

<sup>28</sup> A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, jw., s. 274-275.

<sup>29</sup> A. Perzyński, J. Chmiel Perzyńska, Plany małżeńskie pacjentów ze schizofrenią paranoidalną – doniesienia wstępne. Badania nad schizofrenią. Lublin, 2005, VI, 6, s. 266-272.

tywne) uniemożliwiają właściwą komunikację w życiu małżeńskim, nawiązanie prawidłowych relacji międzyosobowych i więzi uczuciowej, co powoduje, że niemożliwa jest realizacja dobra małżonków, jako istotnego elementu zgody małżeńskiej<sup>30</sup>.

### Opis przypadku

Jacek K. urodził się w 1970 r., uzyskał zawodowe wykształcenie, odbył służbę wojskową i podjął pracę jako sprzedawca. Magda B. urodziła się w 1975 r., ukończyła studia i była zatrudniona jako nauczycielka. Poznali się w 1999 r. podczas spotkań grupy jednego z ruchów religijnych. Początkowo widywali się raz w tygodniu, a następnie codziennie, spędzając razem po kilka godzin. Magda B. oceniała nowopoznanego mężczyznę jako opanowanego, cierpliwego i religijnego, ale „może czasem dziwnie zamyślonego”, który „nie był skory do okazania czułości”. Jacek K. ocenił przyszłą żonę jako osobę, która akceptowała go i był przekonany, że dobrze się przy nim czuła.

Po półrocznej znajomości, w obecności obu rodzin i za ich akceptacją, odbyły się zaręczyny. W 2001 r. zawarli małżeństwo konkordatowe w kościele parafialnym w C. Oboje twierdzili, że decyzja o małżeństwie była wynikiem ich miłości i pragnienia bycia ze sobą. Początkowo wynajmowali mieszkanie, a po dwóch latach przeprowadzili się do własnego. Magda B. tak opisywała ten okres: „codzienne życie napawało radością, czyniliśmy starania o poczęcie dziecka, marzyliśmy o nim”. W 2003 r. urodziła się ich córka.

Magda B. w marcu 2006 r. złożyła do Sądu Okręgowego w C. pozew o unieważnienie małżeństwa z powodu choroby psychicznej męża. W kilka dni później przedstawiła pozew w Sądzie Biskupim w F., wnosząc o stwierdzenie nieważności małżeństwa z tytułu niezdolności natury psychicznej do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich po stronie mężczyzny. W uzasadnieniach obu pozwów podała, że w chwili zawierania związku małżeńskiego nie wiedziała, że jej przyszły mąż jest dotknięty schizofrenią paranoidalną, gdyż ani mąż, ani nikt z jego rodziny nie uprzedził jej o tym. Początkowo mąż „skutecznie ukrywał objawy choroby, a jego stan zdrowia nie wydawał się podejrzany”. W sierpniu 2003 r. z uwagi na nie przyjmowanie leków stan zdrowia

---

<sup>30</sup> A. Drogowski, Niezdolność psychiczna do podjęcia i wypełnienia istotnych obowiązków małżeńskich jako przyczyna nieważności małżeńska kościelnego, Gniezno 2006, s. 60-61.

męża uległ pogorszeniu. Jego zachowania stawały się coraz bardziej niezrozumiałe, dziwaczne i męczące dla niej i dziecka. Mąż wypowiadał zaskakujące dla niej sentencje religijne, opisywał nadprzyrodzone zjawiska i był pochłonięty sprawami pozaziemskimi. Mówił jej, że widział i słyszał o rzeczach, które nie istniały w realnym świecie. Uważał, że był w stanie kontaktować się ze zmarłymi i wierzył w istnienie swojego sobowtóra. Wykazywał nadmierne i – jej zdaniem – niepotrzebne zaangażowanie w sprawy religijne. Zaniedbywał życie rodzinne, nie interesował się dzieckiem, był pochłonięty swoimi przemyśleniami, a kiedy prosiła go o pomoc, stawał się drażliwy i niespokojny. Martwiło ją to, że ich dziecko zaczynało naśladować zachowania męża. Pojawiły się problemy natury intymnej – mąż nie podejmował aktywności seksualnej, traktując ją jako grzech, bądź był nadpobudliwy seksualnie. Po rozmowie z nim dowiedziała się, że od 1996r. choruje na schizofrenię. Udała wtedy się do psychiatry, uzyskując potwierdzenie tej informacji. Przez ponad dwa lata nakłaniała męża do leczenia i dwa razy dziennie podawała mu leki, jednak nie zauważyła poprawy jego stanu zdrowia. Jej zdaniem choroba męża doprowadziła do całkowitego i pełnego rozkładu pożycia małżeńskiego, a strach o życie, zdrowie i stan psychiczny dziecka spowodował, iż wspólnie podjęli decyzję o rozstaniu w dniu 7.01.2006r., kiedy to mąż przeprowadził się do swojej rodziny. Po ich rozstaniu mąż codziennie odwiedzał córkę. Pisała, że „schizofrenia jest chorobą, której się nie da się ani wyleczyć, ani powstrzymać, pogłębia się z roku na rok”. Do obu sądów Magda B. do pozwów dołączyła kompletną dokumentację medyczną z leczenia męża w dwóch poradniach psychiatrycznych w C.

### **Postępowanie cywilne**

Podczas rozprawy sądowej w dniu 4.09.2006r. Magda B. podtrzymała swoje stanowisko, a Jacek K. potwierdził, iż choruje na schizofrenię, ale w czasie ślubu znajdował się w stanie remisji – „normalnie funkcjonowałem”, ponieważ przyjmował leki.

Zgodnie z postanowieniem Sądu, w dniu 29.01.2007r. Jacek K. został poddany ambulatoryjnemu badaniu sądowo-psychiatrycznemu.

W trakcie badania podał, że w 1996r. pojawiły się u niego pierwsze symptomy choroby (załamanie, próba samobójcza, izolacja społeczna, nierealne plany). Poza tym utrzymywał, że był w stanie odczytywać i słyszeć myśli innych osób, wpływać swoimi myślami na ich zacho-

wanie, przepowiadać zjawiska pogodowe, kontrolować różne sytuację i osoby, znajdujące się w znacznej odległości od niego. Widział sylwetki zmarłych. Czuł się powołany przez Boga do spełnienia specjalnej misji, gdyż – jak twierdził – potrafił w szczególny sposób odczytywać treść Biblii, uzyskując odpowiedzi na dręczące go pytania. Od czasu, niepotwierdzonej przez lekarzy, śmierci klinicznej był w stanie przewidywać katastrofy, dysponował darem telekinezy, telepatii i bilokacji. Podane przez niego informacje w znacznej mierze znalazły odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej z leczenia w PZP w C, z której wynikało, że zmiana w jego stanie psychicznym nastąpiła jesienią 1996 r. Podczas wizyty w grudniu tego samego roku Jacek K. relacjonował halucynacje słuchowe słowne i miał uczucie, że walczą w nim siły dobra i zła. W styczniu 1997 r. czuł się znacznie lepiej, pojawiło się jednak uczucie braku energii, albo napływającej energii. Podczas kolejnych wizyt notowano, że czuł się dobrze, choć był mniej aktywny; negował objawy wytwórcze psychotyczne. We wrześniu 1999 r. Jacek K. powrócił do leczenia i stwierdzono u niego wówczas (jednorazowo) urojenia oddziaływania, odsłonięcia oraz omamy słuchowe. Po miesiącu stwierdzono „znaczną poprawę” – przyjmował systematycznie leki. Po kilku kolejnych miesiącach zauważono, że dysymulował objawy wytwórcze. W styczniu 2000 r. był w dobrej kondycji psychicznej i wrócił do pracy. W marcu 2000 r., przez kilka dni nie brał leków – wypowiadał wtedy urojenia odsłonięcia, ksobne i relacjonował omamy słuchowe. W miesiąc później jego stan psychiczny określono jako stacjonarny. Do sierpnia 2003 r. nie opisywano u niego objawów psychotycznych. Wtedy zgłosiła się żona, informując, iż pacjent nie przyjmuje regularnie leków. W okresie: marzec 2004 r. – styczeń 2006 r. – zdaniem leczącego go psychiatry – Jacek K. znajdował się w stacjonarnym stanie psychicznym. W dniu 30.01.2006 r. do Poradni zgłosiła się żona i podała, że u męża powróciły urojenia o treści religijnej. W historii choroby z drugiej Poradni Psychiatrycznej zapisano, że Jacek K. chorował na schizofrenię od 1997 r. W kolejnych latach jego stan psychiczny opisywano jako remisję. We wrześniu 2003 r. stwierdzono nawrót choroby – obecność „urojeń wobec żony” i dysymulację objawów psychotycznych. Pomiedzy styczniem 2004 r., a styczniem 2006 r. Jacek K. przyjmował leki i prezentował wyrównany stan psychiczny.

W ocenie biegłego psychiatry, podczas badania ambulatoryjnego Jacek K. zachowywał się dziwaczne, przejawiał ambiwalencje emo-

cjonalną, intelektualną i dążeńiową. Był jednostajny afektywnie, z poczuciem derealizacji i depersonalizacji. Przejawiał autyzm i dereizm. Wykazywał zaburzenia formalne myślenia w postaci rozkojarzenia jego toku i zaburzenia treści myślenia (urojenia oddziaływania, odsłonięcia myśli, nasyłania myśli, wielkościowe, posłannicze, myślenie rezonerskie, symboliczne, paralogiczne), część jego wypowiedzi była niedorzeczna. Relacjonował pseudohalucynacje słuchowe, omamy słuchowe i doznania wzrokowe. Jego aktywność złożona była zdeorganizowana.

Biegły rozpoznał u badanego przewlekłą chorobę psychiczną w postaci schizofrenii paranoidalnej. Odpowiadając na pytania Sądu, stwierdził, że pomiędzy marcem 2000 r., a sierpniem 2003 r. u Jacka K. utrzymywała się remisja objawów psychotycznych, a w dniu zawarcia związku małżeńskiego Jacek K. także znajdował się w stanie remisji. Stwierdził ponadto, że aktualny (styczeń 2007 r.) stan psychiczny badanego mógł zagrażać małżeństwu i zdrowiu potomstwa i był wskazaniem do leczenia psychiatrycznego.

W okresie: marzec-kwiecień 2007 r. Jacek K. przebywał w oddziale psychiatrycznym, do którego dostał się z powodu zaostrzenia schizofrenii. Na skutek leczenia uzyskano częściowe wycofanie się objawów wytwórczych, jednak pacjent nie uzyskał wglądu w doznania psychotyczne.

W czasie rozprawy sądowej w dniu 3.12.2007 r. biegły psychiatra podtrzymał wnioski swojej opinii, Magda B. zajęła dotychczasowe stanowisko, a Jacek K. podał, że w tym czasie prowadził leczenie psychiatryczne, czuł się dobrze i wyraził zgodę na unieważnienie małżeństwa.

Sąd postanowił dopuścić dowód z opinii drugiego biegłego psychiatry. Podczas badania w dniu 6.02.2008 r. Jacek K. zachowywał się spokojnie i był w logicznym kontakcie. Był jednak nieufny, nieco dziwaczny, wielkościowy i dereistyczny. W chwili badania nie ujawniał jednak objawów wytwórczych. Zdaniem biegłego był mało krytyczny w podejściu do choroby i własnego funkcjonowania. Biegły potwierdził diagnozę schizofrenii. Zauważył, że od marca 2000 r. do sierpnia 2003 r. Jacek K. znajdował się w pełnej remisji objawów choroby psychicznej, a w czasie zawierania związku małżeńskiego był pod systematyczną opieką psychiatryczną. „Tym samym należy stwierdzić, że w dacie zawarcia związku małżeńskiego stan psychiczny pozwanego nie był przeszkodą do zawarcia związku małżeńskiego”. „Choroba

psychiczna istniejąca w dacie zawierania przez niego związku małżeńskiego nie zagrażała małżeństwu oraz zdrowiu potomstwa w rozumieniu art. 12 krio”.

Podczas rozprawy sądowej w dniu 6.03.2009 r. ten biegły podtrzymał swoje stanowisko, a Magda B. podała, że mąż regularnie odwiedzał córkę i dobrowolnie płacił na jej utrzymanie. Twierdziła, że jego stan uległ poprawie, ale niepełnej. Jacek K. podał, że kontynuuje leczenie i czuje się bardzo dobrze (pracował w zakładzie pracy chronionej). W 2003 r. „zachowywałem się nielogicznie”. Zgadzał się na unieważnienie małżeństwa.

W dniu 20.03.2009 r. Sąd Okręgowy w C. oddalił powództwo Magdy B. W uzasadnieniu podał m.in., że w myśl art. 12 par. 1 k.r.o nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną, albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie jest całkowicie ubezwłasnowolniona, sąd może zezwolić jej na zawarcie małżeństwa, tak więc – zdaniem Sądu – nie każda choroba psychiczna stanowi bezwzględną przeszkodę w zawarciu małżeństwa, Sąd może bowiem w określonych przypadkach zezwolić na jego zawarcie. Sąd nie kwestionował istnienia choroby u Jacka K., także w dacie zawarcia związku małżeńskiego, jednak pozostawał on w remisji objawów chorobowych (od marca 2000 r. aż do sierpnia 2003 r.) W tym okresie funkcjonował prawidłowo, wypełniał swoje obowiązki zawodowe, a później również małżeńskie. Sąd powołał się na ocenę pierwszego biegłego, że „stan remisji choroby był na tyle dobry, że psychika (badanego) nie odbiegała od psychiki przeciętnego człowieka”. Również drugi biegły stan Jacka K. w tym czasie określił jako pełną remisję objawów chorobowych.

W ocenie Sądu samo istnienie choroby psychicznej u Jacka K. w dacie zawarcia związku małżeńskiego, bez względu na stan jej rozwoju, nie stanowiło przesłanki do unieważnienia małżeństwa na podstawie art. 12 par. 1 k.r.o, gdyż ostatecznie zdanie tego paragrafu mówi, że mimo choroby psychicznej sąd może zezwolić na zawarcie małżeństwa osobie dotkniętej taką chorobą, jeżeli stan jej zdrowia lub umysłu nie zagraża małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa ..., a zatem „kwestia ta musi być również przedmiotem rozpoznania w sprawie o unieważnienie małżeństwa w kontekście drugiego zdania art. 12 par. 1 k.r.o.” – czy istniały przesłanki do udzielenia zezwolenia na zawarcie małżeństwa?

Sąd zważył, iż stan rozwoju choroby psychicznej Jacka K. w dacie zawierania związku małżeńskiego i w okresie poprzedzającym ten akt prawny nie zagrażał ani małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa. Obaj biegli psychiatry stan psychiczny pozwanego w tamtym okresie ocenili jako dobry (pełna remisja), nie odbiegający od stanu psychicznego przeciętnego człowieka. Zdaniem sądu o „normalnym” funkcjonowaniu Jacka K. w życiu codziennym świadczyło choćby to, że powódka ani w okresie narzeczeństwa, ani w okresie pierwszych lat małżeństwa – dopóki pozwany nie odstawił leków – nie zauważyła u niego żadnych niepokojących objawów, wskazujących na stan chorobowy. Zatem poprzez swoją chorobę nie stanowił zagrożenia ani dla siebie, ani dla żony, czy potomstwa. „Przekazanie” choroby dziecku należało traktować w ramach prawdopodobieństwa, a nie pewności. W ocenie Sądu w sierpniu 2003 r. zachowanie Jacka K. stanowiło jednak zagrożenie dla dziecka, ale w chwili wydawania postanowienia (marzec 2009 r.) Jacek K. funkcjonował znacznie lepiej, ponieważ kontynuował leczenie. Miał stały kontakt z dzieckiem i nic nie wskazywało, aby jego obecność była zagrożeniem dla córki i aby miał niekorzystny wpływ na jej sferę intelektu i życia uczuciowego.

W tej sytuacji Sąd uznał, że małżeństwo stron zostało ważnie zawarte, gdyż stan zdrowia pozwanego, dotkniętego chorobą psychiczną, w chwili zawierania małżeństwa nie zagrażał małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa, a zarazem istniały podstawy do udzielenia zezwolenia na jego zawarcie.

W dniu 8.05.2009 r. Magda B. złożyła do Sądu Apelacyjnego w K. apelację od wyroku Sądu Okręgowego w C., wskazując, iż w dacie zawarcia małżeństwa choroba przybrała postać jedynie tzw. remisji. Jej zdaniem analiza zagrożenia małżeństwa nie powinna opierać się wyłącznie na ocenie tego zagrożenia w dacie zawierania związku.

„W sytuacji, kiedy późniejszy okres małżeństwa pokazuje, iż prognozy nie były właściwe, a zagrożenie ujawniło się w sposób rzeczywisty, twierdzenie o jego nieistnieniu w dacie zawarcia związku małżeńskiego nie może się ostać”.

W dniu 29.07.2009 r. Sąd Apelacyjny w K. oddalił tę apelację i uznał, iż Sąd pierwszej instancji poczynił w sprawie prawidłowe ustalenia. Zdaniem sądu należało podzielić pogląd o dopuszczalności kolejnego badania w sprawie o unieważnienie małżeństwa istnienia okoliczności, o których mowa w art. 12 par 1 zd. 2 krio. Poza tym „przejściowe problemy, które wystąpiły podczas nawrotu choroby nie

mogą, w ocenie Sądu Apelacyjnego, stanowić podstawy do unieważnienia małżeństwa”.

### Postępowanie kanoniczne

W dniu 8.05.2006r. oboje małżonkowie nie wyrazili zgody na pogodzenie i wznowienie wspólnoty. Jacek K. uważał, że może mieć negatywny wpływ na żonę i córkę, a małżeństwo uznawał za nieważne z tytułu psychicznej niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Magda B. nadal dostrzegała objawy choroby psychicznej u męża i jego patologiczne zachowania. Dekretem z dnia 12.05.2006 r. nastąpiło ustalenie przedmiotu sporu w formie wątpliwości „czy małżeństwo stron należy uznać za nieważne z tytułu : niezdolność natury psychicznej do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich po stronie mężczyzny, k. 1095 n. 3 kpk.

W październiku 2006 r., przed Sądem, małżonkowie opisali ich przedślubną znajomość oraz małżeństwo. Jacek K. zrelacjonował swoje psychotyczne przeżycia i podał: „Wydawało mi się, że sprostam wszystkim obowiązkom. Wydawało mi się, że małżeństwo będzie udane. Nie byłem w pełni wolny i świadomy”. Magda B. opisała niepokojące dla niej zachowania męża i wiązała je z przerwana terapią psychiatryczną.

Sąd powołał dwóch świadków: matkę i brata Magdy B., którzy stwierdzili, iż do sierpnia 2003 r. małżeństwo ich krewnej było szczęśliwe. Wówczas zauważyli, że Jacek K. zbyt wiele uwagi poświęcał sprawom religijnym i wygłaszał dziwaczne treści na ten temat.

Z powodu przeżyć chorobowych nie był w stanie wypełniać obowiązków małżeńskich i ojcowskich (podali na to liczne przykłady). Teściowa Jacka K. dodała, iż jeszcze przed ślubem uważała, że z jej przysłym zięciem „jest coś nie tak”, „nie zachowywał się normalnie” i „obawiała się tego małżeństwa”. Równocześnie utrzymywała, że „w chwili zawierania małżeństwa leczyl się psychiatrycznie, nie było tego widać ... potem to zaniedbał i choroba się ujawniła”.

Magda B. w toku postępowania sądowego przedstawiła pierwszą opinię sądowo-psychiatryczną, sporządzoną dla sądu cywilnego oraz kartę informacyjną z hospitalizacji psychiatrycznej jej męża wiosną 2007 r.

W dniu 16.11.2007 r. obrońca Węzła Małżeńskiego w uwagach przedwyrokowych ustalił stan prawny – kanon 1095 n. 3 kpk. Odnotował również, iż Sąd nie powołał biegłego sądowego, pozwany przyznał się



do schizofrenii paranoidalnej (leczył się już przed zawarciem małżeństwa) oraz, że powódka zeznała, iż zawierając małżeństwo nie wiedziała o chorobie pozwanego – „nie wyszłabym za mąż, gdybym wiedziała”. Zdaniem obrońcy o chorobie pozwanego, czasie i stanie psychicznym wypowiadali się świadkowie i biegli w opinii sądowo-psychiatryczna. W konkluzji uznał: „niezdolność do podjęcia i wypełniania istotnych obowiązków małżeńskich z przyczyn natury psychicznej po stronie mężczyzny moim zdaniem została udowodniona”. Załączył prośbę do Sądu Biskupiego, aby orzekł małżeństwo jako nieważne.

W dniu 14.09.2009 r. Sąd Biskupi I Instancji uznał wyrokiem za udowodniony „tytuł nieważności małżeństwa stron: niezdolność natury psychicznej do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich po stronie mężczyzny, k. 1095 n 3 kpk”.

W uzasadnieniu podał, że zgoda małżeńska jako akt psychiki ludzkiej, może być niewystarczająca poprzez brak jej przedmiotu, tzn. że osoba ludzka nie jest w stanie oddać się jako mąż / żona i przyjąć jako taką drugiej osoby, a spowodowane jest to przyczynami natury psychicznej. „Akt wymiany zgody małżeńskiej zakłada odpowiednią dojrzałość intelektualno-wolitywną”. Niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich wynikająca z przyczyn natury psychicznej odnosi się do niemożliwości ze strony nupturienta do dysponowania sobą, jako przedmiotem tej zgody.

Sąd ustalił, że pozwany, na kilka lat przed ślubem leczył się psychiatrycznie i nie powiedział o tym powódce w obawie, że nie wyjdzie za niego za mąż. Nie był w stanie wypełniać obowiązków małżeńskich, pomimo dobrych chęci. Miał swój świat, w którym się zamykał. W związku z tym pożycie małżeńskie nie układało się dobrze. Kiedy powiedział o tym fakcie w czasie spowiedzi przedślubnej, ksiądz odwodził go od ślubu. Zdaniem Sądu, pozwany był świadomy swojej choroby i tego, że jest ona niebezpieczna dla powódki i dziecka. „Miewał urojenia i manie prześladowcze”. Również świadkowie potwierdzali ujawnienie się choroby u pozwanego. „Opinia biegłego nie pozostawia najmniejszych złudzeń” – została zdiagnozowana schizofrenia paranoidalna.

Dekretem z dnia 1.09.2010 r. Trybunał Metropolitalny w G. podobnie przedstawił stan sprawy i stan prawny. W ocenie Trybunału pozwany w momencie zawierania małżeństwa wykazywał oznaki zaburzenia psychicznego – schizofrenii. Jego niezdolność uniemożliwiła mu nawiązanie więzi emocjonalnej i wspólnoty życia. Na podstawie opinii

biegłego ustalono silny stopień niezdolności po stronie pozwanego. Z zeznań świadków wynikało, że nie podjął obowiązków małżeńskich, a wspólnota małżeńska w sensie emocjonalnym praktycznie nie istniała. W efekcie Trybunał zatwierdził wyrok Sądu Biskupiego I Instancji. Małżeństwo uznał za nieważne i prawnie nie obowiązujące.

W klauzuli zawarł, że Jacek K. nie może zawrzeć sakramentalnego małżeńskiego bez zgody Ordynariusza miejsca, który przed wydaniem zasięgnie opinii biegłego.

### Omówienie

Analizując opisany przypadek należy zwrócić uwagę na odrębności proceduralne, które wynikają z odmiennych unormowań prawnych, obowiązujących w sądach biskupich i cywilnych, które jednak pozostają raczej w sferze zainteresowań prawników, niż psychiatrów, czy psychologów. Oba systemy przypisują trwałości małżeństwa szczególną wartość, którą prawo zobligowane jest chronić i wspomagać. Co prawda w prawodawstwie cywilnym zaznacza się, że związek małżeński nie jest nierozzerwalny, ale sytuację, w której miałyby nastąpić unieważnienie małżeństwa uznaje się za wyjątkową. W kościele katolickim małżeństwo zostało podniesione do rangi sakramentu i jako takie nie może zostać rozwiązane żadną ludzką władzą.

Zarówno prawodawstwo kościelne, jak i cywilne kieruje się nieco odmiennymi kryteriami w ocenach ważności, bądź nieważności zawartego związku, ale oba, jednomyślnie wychodzą z kategorycznego założenia, że jeśli jednak następuje taka sytuacja, w której są one zobligowane do rozstrzygnięcia tej kwestii, konieczne jest niezwykle wnikliwe i drobiazgowo zbadanie stanu faktycznego. Przykładem takiego podejścia jest zaprezentowany przypadek.

Sąd cywilny, rozpatrując sprawę unieważnienia małżeństwa jako podstawę swoich rozważań przyjął wykładnię art. 12 par. 1 k.r.o., zwracając szczególną uwagę na drugie zdanie, mówiące o tym, że mimo choroby psychicznej sąd może zezwolić na zawarcie małżeństwa osobie dotkniętej taką chorobą, jeżeli stan jej zdrowia lub umysłu nie zagraża małżeństwu, ani zdrowiu przyszłego potomstwa. Tak na poziomie pierwszej instancji, jak i podczas apelacji Sąd zwracał uwagę, na ocenę zdolności nupturienta w dacie zawarcia małżeństwa do podjęcia decyzji prawnej w tym zakresie. Pomiął w swoich rozważaniach kwestie moralne, które wiązały się z prawdopodobnym

zatajeniem przez Jacka K. faktu istnienia u niego we wcześniejszym okresie zaburzeń o obrazie psychozy. Dążył natomiast to ustalenia, czy stan psychiczny Jacka K. w okresie zawarcia związku mógł zagrazać temu małżeństwu, a więc w rzeczywistości, czy istniały wówczas takie przesłanki psychiatryczne, które mogły prognozować zagrożenie dla związku i ewentualnego potomstwa. Za podstawę unieważnienia związku mógłby przyjąć jedynie stan faktyczny, potwierdzający taką tezę. Przedmiotem badania sądu cywilnego było zatem nie tyle samo stwierdzenie istnienia choroby psychicznej, co określenie jej nasilenia w dacie zawarcia małżeństwa, a wtórnie również ocena, jaki ewentualny wpływ na pożycie małżeńskie i wychowanie dzieci mogłaby mieć ta choroba. System cywilny zakłada bowiem, że bywają stany chorobowe, które mimo swojego istnienia, nie stanowią przeszkody do zawarcia związku. W takich sytuacjach nupturient winien jednak uzyskać zgodę na zawarcie małżeństwa.

W opisanym przypadku Jacek K. nie tylko nie poinformował o swojej chorobie narzeczonej, ale również nie występował do sądu o udzielenie mu stosownej zgody. Taki stan – zdaniem sądu cywilnego – nie stanowi sam w sobie podstawy do unieważnienia już istniejącego małżeństwa. Sąd zadał sobie pytanie, czy gdyby Jacek K. bezpośrednio przez zawarciem małżeństwa wystąpił o takie pozwolenie, zostałyby mu ono udzielone. Opierając się na całym zgromadzonym materiale ustalił, iż odpowiedź ta byłaby twierdzącą i dopiero wtórnie wywodził, iż w dacie zawarcia związku jego stan psychiczny nie stanowił zagrożenia dla małżeństwa, gdyż opierając się na opiniach biegłych, ustalił, że Jacek K. znajdował się wówczas w stanie remisji objawów choroby psychicznej, a jego psychika nie odbiegała istotnie od psychiki zdrowego człowieka. Zbieżnie z tym stanowiskiem sąd ocenił stopień zagrożenia ze strony pozwanego dla przyszłego potomstwa – w kategoriach prawdopodobieństwa, a nie pewności. Stanowisko sądu cywilnego w tym względzie znajduje potwierdzenie w aktualnie obowiązującym stanie wiedzy na temat dziedziczności, czy w ogóle przekazywania chorób psychicznych potomstwu<sup>31</sup>.

Sąd cywilny dążył do stworzenia retrospektywnego obrazu osoby pozwanego w dacie zawarcia związku. Jedynie okresowe pogorszenie stanu psychicznego pozwanego nie mogło stanowić decydującej

---

<sup>31</sup> L. Cierpiałowska, jw., s. 285-287; A. Perzyński, J. Chmiel Perzyńska, jw., s. 266-272; A. Popielarska, M. Popielarska, (red.) *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa 2000, s. 250-252.

przesłanki w sprawie o unieważnienie związku małżeńskiego, zwłaszcza, że w toku postępowania cywilnego nastąpiła wyraźna poprawa jego stanu zdrowia, która m.in. przejawiała się uzyskaniem przez niego zdolności do regularnych kontaktów z córką, utrzymania z nią emocjonalnego związku, a także poprawnych relacji z żoną.

Nieco inaczej do sprawy podszedł Sąd Biskupi, który zawiązując tezę o sporze procesowym oparł się na regulacjach kan. 1095 n. 3., a zatem punktem wyjścia rozważań tego Sądu była przede wszystkim ocena psychicznej zdolności pozwanego do podjęcia i wypełniania obowiązków małżeńskich. Należy wnosić, iż w zakresie sformułowania „podjęcia i wypełniania” mieściła się także zdolność Jacka K. do przyjęcia na siebie obowiązków małżeńskich w dacie zawarcia małżeństwa, choć można czuć niedosyt, że Sąd nie zajął się bardziej szczegółowo oceną głębokości zaburzeń psychicznych u pozwanego w tym czasie. Równocześnie Sąd kategorycznie przyjął, że w związku z tym pożycie małżeńskie nie układało się dobrze i pozwany nie był zdolny do nawiązania więzi emocjonalnej i wspólnoty życia z drugą osobą. Wydaje się, że Sąd Kościelny skoncentrował się na ocenie zdolności do pełnienia roli małżonka przez Jacka K. „tu i teraz”, podczas gdy Sąd Cywilny skupił się na ocenie tej zdolności w dacie zawarcia małżeństwa, marginalizując stan aktualny.

Powyższa analiza wskazuje, że oba sądy przyjęły jako szczególnie ważne inne punkty czasowe podczas postępowań procesowych, przypisując im kluczowe znaczenie dla ostatecznych rozstrzygnięć. Inaczej również odnoszą się do kwestii możliwości przekazania ułomności psychicznych potomstwu.

W postępowaniu cywilnym wywołano dwie opinie sądowo-psychiatryczne, które zostały każdorazowo uzupełnione przez biegłych podczas rozpraw sądowych. Sąd Biskupi nie dopuścił takiego dowodu, opierając się na opinii przedstawionej przed Sądem Cywilnym i uznał ją za wystarczającą, pełną, dającą jasny obraz zaburzeń psychicznych nupturienta, a także zgodną (choć zapewne nie było to działanie zamierzone przez biegłego) z antropologią chrześcijańską.

Pozostawiając kwestie czysto prawne, naszym zdaniem równie interesująca jest analiza przebiegu zaburzeń psychicznych u Jacka K. Korelując informacje od niego, jego żony i świadków z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej z dwóch niezależnych poradni psychiatrycznych (prowadził w nich równoległe leczenie) można za-

uważyć, iż pierwszy epizod psychotyczny ustąpił na skutek leczenia już po około 3-4 miesiącach.

Objawy chorobowe powróciły do Jacka K. we wrześniu 1999 r., kiedy to poznał swoją przyszłą żonę. Zapewne zachęciło go to do podjęcia leczenia psychiatrycznego, którym już po miesiącu uzyskano znaczną poprawę jego stanu. Po około pół roku nawróciły objawy choroby (w tym czasie miały miejsce zaręczyny). Tak jak wcześniej, poprawa stanu zdrowia przyszła bardzo szybko. W późniejszym okresie miał miejsce ślub, przez kolejne lata małżonkowie prowadzili spokojne i ustabilizowane życie (oboje pracowali, mieli mieszkanie, wspólne cele i marzenia o dziecku). Dopiero po narodzeniu córki, w sierpniu 2003 r. u Jacka K. wystąpiły wyraźne dla otoczenia objawy choroby psychicznej.

Fakt narodzin dziecka uznaje się za czynnik niezwykle obciążającym psychicznie dla pozostałych członków rodziny, przed którymi pojawiają się nowe zadania, obowiązki, szereg wątpliwości natury emocjonalnej, niepewności i rozterek, a także dochodzi wtedy do deorganizacji struktury rodzinnej i nie zawsze proces ten przebiega płynnie i bezkonfliktowo, także u osób zdrowych psychicznie<sup>32</sup>. W takich okolicznościach doszło u Jacka K. do pierwszej w małżeństwie dekompensacji psychotycznej, pogłębionej zapewne nieporozumieniami z żoną, której zaufanie wówczas utracił.

Magda B. twierdziła, że poczynszy od 2003 r. starała się nadzorować leczenie męża, co jednak – jej zdaniem – nie poprawiło jego stanu zdrowia. Równocześnie z dokumentacji medycznej wiadomo, że pomiędzy marcem 2004 r., a styczniem 2006 r. stan psychiczny Jacka K. był regularnie oceniany przez dwóch niezależnych psychiatrów, którzy nie stwierdzali u niego objawów wytwórczych, a jego stan zdrowia określali jako wyrównany. W takiej sytuacji nie można wykluczyć, iż w tło motywacyjne Magdy B., składającej pozwy do sądów, wpisywały się nie tylko zaburzenia psychiczne jej męża, ale także jej wewnętrzne cechy osobowościowe, zwłaszcza, że w okresie kiedy Jacek K. znajdował się w zadowalającym stanie zdrowia, ona uważała, że schizofrenia to choroba nieuleczalna, a „u męża dochodziło do pogłębienia się zaburzeń”, co przecież nie miało miejsca. Prawdopodobnie Magda B. nie była w stanie pogodzić się z samym faktem zaistnienia choroby psychicznej u Jacka K.; być może ich związek nie odpowiadał

---

<sup>32</sup> B. Barbaro, Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, Kraków 1999, s. 16.

jej wyobrażeniom o małżeństwie oraz rolach, jakie poszczególni małżonkowie powinni w nim spełniać.

Do kolejnego pogorszenia stanu psychicznego Jacka K. doszło w styczniu 2006 r., kiedy to został odseparowany do rodziny, a jego kontakty z córką ograniczyły się do tzw. „widzeń” (strony zamieszkały osobno w dniu 7.01.2006 r.). Kolejne miesiące (bez motywacji do leczenia) doprowadziły do rozwinięcia się pełnoobjawowego zespołu paranoidalnego, który Jacek K. zaprezentował w czasie ambulatoryjnego badania w styczniu 2007 r. Biegły ocenił, że stan psychiczny pozwanego był wskazaniem do leczenia psychiatrycznego i badany po dwóch miesiącach odbył hospitalizację psychiatryczną, która częściowo usunęła objawy choroby. Z upływem czasu Jacek K. częściowo zaadoptował się do trudnej dla niego sytuacji, gdyż w grudniu 2007 r. wyraził przed Sądem Cywilnym zgodę na unieważnienie małżeństwa, w czasie badania w lutym 2008 r. nie ujawniał ewidentnych objawów wytwórczych, a w marcu 2009 r. kontynuował leczenie, był zatrudniony, regularnie odwiedzał córkę i dobrowolniełożył na jej utrzymanie.

Rodzinę przyjęło się traktować jako dynamiczny, ciągle rozwijający się układ, w którym istnieją potencjalne możliwości jego przetrwania. Zdaniem B. de Barbaro należy ją traktować jako pętlę sprzężenia zwrotnego. Zachowanie każdej z osób wchodzących w interakcję, oddziałuje na zachowanie partnera interakcji, a równocześnie jest modyfikowane przez reakcje tego partnera<sup>33</sup>. Zatem wpływ otoczenia społecznego na przebieg schizofrenii wydaje się oczywisty. Niekorzystnym czynnikiem rokowniczym dla jej przebiegu okazał się m.in. niski poziom kontaktów społecznych, określane mianem izolacji społecznej<sup>34</sup>.

W literaturze medycznej wielokrotnie podnoszono znaczenie otoczenia dla utrzymania dobrej remisji objawów choroby. Jako kluczowe wymienia się: akceptację okazywaną choremu przez jego bliskich, wspieranie go w leczeniu i codziennych funkcjach, mobilizowanie do aktywności i prowadzenia tzw. normalnego życia, korygowanie jego niewłaściwych zachowań<sup>35</sup>. Dla dobrej współpracy i poprawy

---

<sup>33</sup> B. Barbaro, *juw.*, s. 14-15.

<sup>34</sup> H. Marmułowska-Michałowska, A. Kochański, H. Dubaś-Ślemp, M. Wierczak-Jarząbek, M. Hadała, W. Gernand, *Poziom funkcjonowania i wsparcia społecznego, a współpraca w leczeniu u chorych na zaburzenia schizoaafektywne. Badania nad schizofrenią*, Lublin, 2005, VI, 6. s. 207-216.

<sup>35</sup> L. Cierpiałowska, *juw.*, s. 297-304; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, Wrocław 1995, s. 62.

skuteczności leczenia ma znaczenie, aby sieć społeczna oparcia była uformowana w sposób właściwy<sup>36</sup>, co jednak widocznie nie nastąpiło w opisaney sytuacji.

Kierunek dalszych eksploracji naukowych, w tym poszukiwań niezbędnej wiedzy w obrębie nauk medycznych wyznaczają słowa Ojca Świętego, który w dniu 29. stycznia 2009r. w swoim wystąpieniu do Trybunału Apostolskiego Roty Rzymskiej wskazał, że podstawą do właściwego wyводу na temat zdolności do powzięcia konsensu małżeńskiego, szczególnie gdy chodzi o zdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095, n. 3 kpk), są cztery istotne różniczenia pojęciowe pomiędzy: 1) dojrzałością psychiczną i dojrzałością kanoniczną; 2) niezdolnością i trudnością (w odniesieniu do realizowania istotnych obowiązków małżeńskich); 3) normalnością w rozumieniu prawa kanonicznego i normalnością w rozumieniu klinicznym; 4) zdolnością minimalną i zdolnością umożliwiającą prowadzenie życia idealnie harmonijnego. Zaznaczył, iż w ocenie niezdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa Sądy nie mogą stosować kryteriów przyjmowanych w naukach psychologicznych i psychiatrycznych, kryteria te bowiem różnią się od kryteriów kanonicznych, a niezdolność jest możliwa jedynie wówczas, gdy występuje (w momencie zawierania małżeństwa) poważna forma anomalii, która – niezależnie od sposobu jej bliższego określenia – istotnie narusza zdolność poznania i / lub chcenia kontrahenta. Nie stanowi natomiast owej niezdolności jakakolwiek trudność w tym zakresie<sup>37</sup>.

### Piśmiennictwo

- Barbaro B. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wyd. UJ. Kraków 1999. s. 9-16.  
Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. Psychiatria. Urban i Partner. Wrocław. 2002. s. 213-277.

---

<sup>36</sup> H. I. Kaplan, B. J. Sadock, jw., s. 74-75; A. Wojciechowska, K. Walczak, A. Ciechnicki, Zależności między właściwościami sieci społecznej, a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata od pierwszej hospitalizacji, *Psychiatria Polska*, 2001, 1, s. 21.-32.

<sup>37</sup> W. Góralski, O właściwe rozumienie niezdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa. Papiież Benedykt XVI do Roty Rzymskiej w dniu 29. stycznia 2009r., *Ius Matrimoniale*, 2010, 15 (21), s. 123.

- Cierpiałowska L. Psychopatologia. Wykłady z psychologii 15. Wyd. Naukowe Scholar. Warszawa. 2009. s. 272-283.
- Drogowski M. Niezdolność psychiczna do podjęcia i wypełnienia istotnych obowiązków małżeńskich jako przyczyna nieważności małżeńska kościelne. „Scriptor”. Gniezno 2006. s. 60-61.
- Góralski W. Studia nad małżeństwem i rodziną. Wyd. UKSW. Warszawa 2007. s. 557-640.
- Góralski W. O właściwe rozumienie niezdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa. Papiież Benedykt XVI do Roty Rzymskiej w dniu 29. stycznia 2009r. *Ius Matrimoniale*. 2010. 15 (21), s. 117-124.
- Gręźlikowski J. Przed nami małżeństwo. Wyd. Duszpasterstwa Rolników. Włocławek 2002. s. 123-134.
- Hajdukiewicz D. Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2008. s. 143-152.
- Kaplan H. I., Sadock B. J. Psychiatria kliniczna. Urban i Partner. Wrocław. 1995. s. 62-76.
- Kołąkowski S. Ocena psychicznej zdolności do zawarcia małżeństwa. Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. *Collegium Medicum UJ, Kraków* 1996. s. 259-266.
- Majchrzyk Z. Osobowościowe i psychiczne przesłanki niezdolności do małżeństwa w świetle nowych uregulowań kodeksu prawa kanonicznego z 1983r. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9, supl. 1 (9), s. 143-169.
- Marmułowska-Michałowska H., Kochański A., Dubaś-Ślęmp H., Wierczak-Jarząbek M., Hadała M., Gernand W. Poziom funkcjonowania i wsparcia społecznego, a współpraca w leczeniu u chorych na zaburzenia schizofektywne. *Badania nad schizofrenią*. Lublin, 2005, VI, 6. s. 207-216.
- Perzyński A., Chmiel Perzyńska J. Plany małżeńskie pacjentów ze schizofrenią paranoidalną – doniesienia wstępne. *Badania nad schizofrenią*. Lublin, 2005, VI, 6. 266-272.
- Popielarska A., Popielarska M. (red.) *Psychiatria wieku rozwojowego*. PZWL. Warszawa 2000. s. 250-252.
- Sobański R. Wyrok Sądu Metropolitalnego w Katowicach z 20.11.1997r. w tytułu braku konsensu spowodowanego chorobą psychiczną. *Ius Matrimoniale*. 1999. 4 (10) s. 249-255.



- Sobański R. Wyrok Sądu Metropolitarnego w Katowicach z 29.12.2005 z tytułu niezdolności – z racji psychicznych – powoda do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. *Ius Matrimoniale*. 2006. 11 (17) s. 179-184.
- Winiarz J. *Prawo rodzinne*. Wyd. PWN. Warszawa 1993. s. 557-641.
- Wojciechowska A., Walczak K., Ciechnicki A. Zależności między właściwościami sieci społecznej, a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatria Polska*. 2001. 1, s. 21.-32.
- Ziomek R., Piłsiewicz J. Z. Problem psychicznej niezdolności kontrahenta w kanonicznym prawie małżeńskim. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9, supl. 1 (9), 171-174.
- Żurowski M. Niezdolność do podjęcia obowiązków małżeńskich z przyczyn psychicznych. *Prawo Kanoniczne*. 1986. 29, nr 3-4, s. 153-162.

### **Riassunto**

Il caso descritto riguarda due processi, svoltisi contemporaneamente in due tribunali – civile ed ecclesiastico – sull'annullamento di un matrimonio con una persona affetta da schizofrenia. Sulla base di questo esempio, vengono descritte le differenze procedurali, che derivano da diverse normative di legge vigenti nei tribunali vescovili e civili su tale materia, nonché le norme per la nomina dei periti psichiatri, e le differenti aspettative che ciascuno dei tribunali pone davanti a sé. Viene presentata la proposta di utilizzo, da parte dei periti e delle corti, del modello della cosiddetta rete sociale, che consente di effettuare un'analisi più completa e approfondita delle relazioni familiari, soprattutto nelle situazioni in cui uno dei coniugi è malato di mente.