

**UNIWERSYTET PAPIESKI JANA PAWŁA II  
W KRAKOWIE  
Wydział Teologiczny**

**DOROTA STOKŁOSA-BIENIARA**

**ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTWA KANONICZNEGO PRZEZ OSOBĘ  
DOTKNIĘTĄ SCHIZOFRENIĄ  
ANALIZA PROBLEMATYKI W ASPEKCIE MEDYCZNO-  
PSYCHOLOGICZNYM, TEOLOGICZNO-PRAWNYM I  
DUSZPASTERSKIM**

Rozprawa doktorska  
Dyscyplina: nauki teologiczne  
Promotor: ks. prof. dr hab. Tomasz Rozkrut

**Kraków 2024**

## **Opis bibliograficzny**

**Autor:** mgr lic Dorota Stokłosa – Bieniara

**Tytuł:** Zawieranie małżeństwa kanonicznego przez osobę dotkniętą schizofrenią. Analiza problematyki w aspekcie medyczno-psychologicznym, teologiczno-prawnym i duszpasterskim.

**Promotor:** ks. prof. dr hab. Tomasz Rozkrut

**Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Wydział Teologiczny**

**Kraków 2024**

**Liczba stron: 217**

## **Abstrakt**

Każdy człowiek pragnie spotkania z drugim człowiekiem, tym jedynym, wyjątkowym, z którym można iść wspólnie poprzez życie w imię miłości. Miłość jest człowiekowi dana a zarazem zadana do realizacji. Jednym z najtrudniejszych egzaminów w życiu człowieka jest egzamin z miłości. „Kochać pomimo” jest poniekąd wykładnią tegoż egzaminu. Wymienione elementy, które tworzą ważną podstawę duszpasterską dla prowadzonych badań, są dla nich również ważnym punktem wyjścia.

Małżeństwo z osobą dotkniętą schizofrenią jest przykładem takiegoż egzaminu, tym trudniejszego, gdyż egzaminatorem nie jest tylko osoba wybrana, ale przede wszystkim dzieci, oraz rodzina i otoczenie.

Człowiek dotknięty schizofrenią, tak samo jak każdy inny człowiek, posiada swoje prawa wynikające z faktu bycia osobą. Doświadcza także różnych trudności często wykraczających poza jego możliwości poznawcze, a w chwilach „rzutu” choroby ztraca własną tożsamość. Jednakże mimo tego, też pragnie kochać i być kochanym, ma swoje marzenia dotyczące własnej rodziny, które w okresach remisji próbuje realizować.

Niniejsza rozprawa podejmuje tematykę zawarcia małżeństwa przez osobę zdrową z osobą doświadczoną schizofrenią. Myślą przewodnią jest nauczanie Jana Pawła II o Miłości Miłosiernej wynikającej z bezinteresownego daru z siebie.

Przedstawiona w rozdziale pierwszym natura schizofrenii jest medyczną wykładnią tegoż schorzenia zawierającą jej rodzaje, objawy i leczenie. Uzupełnienie tejże wiedzy poprzez psychologiczne podejścia do schorzenia znajdujące się w rozdziale drugim, umożliwia

zrozumienie teologiczno-prawnego aspektu rozważanego zagadnienia. Zwieńczający rozprawę rozdział czwarty dotyka schizofrenii jako problemu duszpasterskiego, który jest nie lada wyzwaniem dla realizacji miłości wiążącej się z bezinteresownym darem samego siebie.

## **Słowa Kluczowe**

dar bezinteresowny, doświadczenie, małżeństwo, miłość, niemożność, osoba, prawo, schizofrenia

## **Abstrakt po angielsku**

Each person's desire is to meet the special, unique, dedicated person, with whom we can walk through life together in the name of Love.

Love is given to a human and at the same time is required to be realized. One of the most tough exams in a human's life is the test of love.

"To love despite" is, in a sense, an interpretation of this exam. The above-mentioned elements, which create an important pastoral basis for the research, are also an important starting point for them. A marriage with a person suffering from schizophrenia is an example of such examination, even more challenging, because the examiner is not only the chosen person, but primarily children, family and surrounded people. Affected by this disease person, just like any other person, has rights resulting from being a human. This person also experiences various difficulties that often go beyond his cognitive capabilities, and during the "relapse" of the disease he even loses his own identity. However, despite this, he also wants to love and be loved, he has his own visions about creating a family, which he tries to fulfill during periods of remission. This dissertation discusses the issue of marriage between a healthy person and a person who suffers schizophrenia disease.

The main idea is the teaching of John Paul II about Merciful Love resulting from the selfless gift of oneself.

The nature of schizophrenia presented in the first chapter is a medical interpretation of this disease, including its types, symptoms and treatment. Supplementing this knowledge with psychological approaches to the disease in the second chapter is the issue of consideration in terms of the theological and legal aspect. The fourth chapter concluding the dissertation

indicates schizophrenia as a pastoral problem, which is a real challenge for the realization of love associated with the selfless gift of oneself.

**Keywords:**

A selfless gift, experience, marriage, love, inability, person, law, schizophrenia

# Spis treści

Wykaz skrótów .....	7
Wstęp .....	8
<b>ROZDZIAŁ I</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>Natura schizofrenii</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.1. Kliniczny obraz schorzenia</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.2. Objawy schizofrenii</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.3. Rodzaje schizofrenii</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.4. Przyczyny biologiczne schizofrenii</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.5. Leczenie</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.5.1. Leki I generacji</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.5.2. Leki II generacji</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>1.6. Rokowanie</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>Podsumowanie</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>ROZDZIAŁ II</b> .....	<b>16</b>
<b>Schizofrenia w analizie psychologicznej</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. Psychopatologiczne podstawy schizofrenii w aspekcie wybranych nurtów psychologicznych</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2. Psychologiczna zdolność do rozeznania rzeczywistości</b> .....	<b>35</b>
<b>2.3. Terapie stosowane w zaburzeniu</b> .....	<b>43</b>
<b>2.3.1. Terapia rodzinna</b> .....	<b>44</b>
<b>2.3.2. Terapia poznawczo-behawioralna (Cognitive Behavioral Therapy – CBT)</b> .....	<b>47</b>
<b>2.3.3. Terapia indywidualna</b> .....	<b>52</b>
<b>2.3.4. Terapia na drodze duchowej</b> .....	<b>54</b>
<b>Podsumowanie</b> .....	<b>58</b>
<b>ROZDZIAŁ III</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>Teologiczno-prawny aspekt zagadnienia</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>3.1. Małżeństwo jako wspólnota jedności</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>3.2. Konsens małżeński</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>3.2.1. Osoba</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>3.2.2. Godność osoby</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>3.2.3. Wolność</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
<b>3.3. Uregulowania prawne dotyczące zdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa (prawo cywilne i kanoniczne)</b> .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>

3.3.1.    Polskie prawo cywilne .....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
3.3.2.    Prawo kanoniczne.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Podsumowanie .....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
<b>ROZDZIAŁ IV .....</b>	<b>59</b>
<b>Schizofrenia jako problem duszpasterski .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1.    Przygotowanie do zawarcia sakramentu małżeństwa .....</b>	<b>59</b>
4.1.1.    Znaczenie przygotowania do małżeństwa chrześcijańskiego .....	63
4.1.2.    Etapy lub momenty przygotowania .....	64
4.2.    Sytuacja jednego z nupturientów obciążonych chorobą.....	77
4.3.    Świadomość nupturientów w podejmowaniu decyzji o zawarciu sakramentu małżeństwa .....	86
4.3.1.    Życie w związku niesakramentalnym wiąże się z niemożnością korzystania z sakramentów .....	89
4.3.2.    Samotność osoby wynikająca z schizofrenii.....	92
4.3.3.    Cierpienie wywodzące się ze stygmatyzacji.....	93
4.3.4.    Miłość na wzór ogromnej miłości Boga do człowieka .....	96
4.3.5.    Znajomość choroby .....	97
4.4.    Rola biegłego .....	97
4.4.1.    Biegły w prawie cywilnym .....	99
4.4.2.    Biegły w prawie kanonicznym .....	103
Podsumowanie .....	107
<b>Zakończenie .....</b>	<b>108</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>113</b>
<b>Streszczenie .....</b>	<b>123</b>
<b>Summary .....</b>	<b>125</b>

## Wykaz skrótów

AAS – *Acta Apostolicae Sedis*

Art. – artykuł

DC – instrukcja *Dignitas connubii*

DCE – Benedykt XVI, encyklika *Deus caritas est* (2006)

DiM – Jan Paweł II, encyklika *Dives in misericordia* (1980)

DO – Dekret ogólny o przeprowadzeniu rozmów kanoniczno – duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego z dnia 18 listopada 2019 roku, obowiązujący od dnia 1 czerwca 2020 r.

Dz. – dziennik

Dz. cyt. – dzieło cytowane

EV – Jan Paweł II, encyklika *Evangelium vitae* (1995)

ETPC – Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności

FC – Jan Paweł II, adhortacja apostolska *Familiaris consortio* (1981)

HV – Paweł VI, encyklika *Humanae vitae* (1968)

Kan. – kanon

KDK – Sobór Watykański II, *Konstytucja pastoralna o Kościele w świecie współczesnym Gaudium et spes* (1965)

KEP – Konferencja Episkopatu Polski

KK – Sobór Watykański II, *Konstytucja dogmatyczna o Kościele Lumen gentium* (1964)

KKK – Katechizm Kościoła Katolickiego (1992)

K.p.c – kodeks postępowania cywilnego

KPK – Kodeks Prawa Kanonicznego (1983)

K.r.o – Kodeks rodzinno – opiekuńczy

LdR – Jan Paweł II, *List do rodzin Gratissimam sane* (1994)

n. – numer

OM – Obrzędy sakramentu małżeństwa dostosowane do zwyczajów diecezji polskich

por. – porównaj

RH – Jan Paweł II, *Encyklika Redemptor hominis* (1979)

s. - strona

U – ustawa

zob. - zobacz

## Wstęp

Decyzja o zawarciu małżeństwa jest jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu człowieka. Do tak ważnej decyzji trzeba się odpowiednio przygotować, by zrozumieć, jaka odpowiedzialność się za nią kryje. Nie ma gotowej receptury pozwalającej pojąć osobie, czym tak naprawdę jest małżeństwo. Nie ma gotowego przepisu, mimo różnych poradników stojących na uginających się pod ich ciężarem półkach, który pozwoliłby zbudować szczęśliwe i trwałe małżeństwo. A jednak człowiek decyduje się iść razem z drugą osobą poprzez życie, budować z nią swój własny świat, swoją rodzinę, właśnie poprzez instytucję małżeństwa. Stając przed Bogiem w obecności kapłana i zebranych najbliższych, żaden z tych dwojga, którzy za chwilę przyrzekną sobie miłość, wierność, uczciwość małżeńską i bycie razem aż do końca, nie wie, jakim wyzwaniem jest życie w małżeństwie.

Doświadczenie uczy nas, że każdy człowiek pragnie kochać i być kochanym. Nie jest ważne, czy zdrowy, czy chory, każdy chce doświadczyć potęgi miłości, bo ona: „cierpliwa jest, łaskawa jest, nie zazdrości, nie szuka pokłasku, nie unosi się pychą, nie szuka swego, nie unosi się gniewem, nie pamięta złego, współweseli się z prawdą, wszystko znosi, wszystkiemu wierzy, we wszystkim pokłada nadzieję, wszystko przetrzyma i nigdy nie ustaje”<sup>1</sup>. Ta prawdziwa miłość ma swoje źródło w bezinteresownej miłości Boga. Miłość Boga jest bowiem początkiem wszelakiego dobra, również ludzkiej miłości. Bóg w swojej nieograniczonej miłości do człowieka stworzył go, na swój obraz, na obraz Boży go stworzył: stworzył mężczyznę i niewiastę. Błogosławił im: „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną”<sup>2</sup>.

Bóg, stwarzając człowieka, nie nadawał mu żadnych kategorii, że ten jest bardziej kochany, czy ten jest bardziej zdolny, czy nadaje się lub nie (ze względu na swoje choroby) do małżeństwa. Stworzył ich jako mężczyznę i niewiastę bez żadnych kategorii, co zostało następująco zapisane: „Dlatego to mężczyzna opuszcza ojca swego i matkę swoją i łączy się ze swoją żoną tak ściśle, że stają się jednym ciałem”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> 1 Kor 13,4-8.

<sup>2</sup> Rdz 1,27-28.

<sup>3</sup> Rdz 2,24.

Teologia uczy nas, że początkiem i źródłem małżeństwa jest sam Bóg, zapewniający małżeństwu świętość i godność, podnoszący je do rangi sakramentu: „tak już nie są dwoje, lecz jedno ciało. Co więc Bóg złączył, człowiek niech nie rozdziela”<sup>4</sup>.

Nikt nie jest w stanie zrozumieć nieograniczonej miłości Boga do człowieka, miłości na wskroś oddanej, bezinteresownej, miłości Ojca do swoich dzieci; „Tak Bóg umiłował świat, że Syna swego jednorodzonego dał, aby każdy, kto w Niego wierzy, nie zginął, ale miał życie wieczne”<sup>5</sup>. Miłość ta jest początkiem i wzorem do pojęcia bezinteresownego daru z siebie dla drugiego człowieka, który to dar wyraża się także w małżeństwie, czyli mówiąc popularnie: kochać „pomimo”, a nie „dlatego, że”.

Małżeństwo, które powstało z tchnienia Bożego, tak samo jak człowiek, jest jednym z najwspanialszych dzieł planu Bożego. Stąd też musimy ciągle pamiętać: prawo Boże ponad wszystko. Jak mówił święty Augustyn: „gdzie Bóg jest na pierwszym miejscu, tam wszystko jest na swoim miejscu”<sup>6</sup>.

Przypomniane prawdy pozwalają nam stwierdzić, że miłość jest wrodzonym i podstawowym powołaniem każdego człowieka. Stąd też Jan Paweł II w encyklice *Redemptor hominis* napisał: „Człowiek nie może żyć bez miłości. Człowiek pozostaje dla siebie istotą niezrozumiałą, jego życie jest pozbawione sensu, jeśli nie objawi się mu Miłość, jeśli nie spotka się z Miłością, jeśli jej nie dotknie i nie uczyni w jakiś sposób swoją, jeśli nie znajdzie w niej żywego uczestnictwa”<sup>7</sup>. Dlatego też zasadą i fundamentem wspólnoty małżeńskiej jest *communio personarum*<sup>8</sup>. Miłość wiąże się bowiem z darem całkowitym, który możliwy jest tylko w komunii osób. *Communio personarum* małżonków wyraża się – uwzględniając ich całą dysproporcję bytową – w podobieństwie do Boskiego „my”<sup>9</sup>. Owa komunia małżeńska jest przekroczeniem granicy samotności wyrażonej w drodze do ich jedności<sup>10</sup>.

Głębię małżeństwa ukazał w swych katechezach środowych Jan Paweł II<sup>11</sup>. Papieska teologia ciała w sakramencie małżeństwa nabiera szczególnego znaczenia. Łaska wpływająca

---

<sup>4</sup> Mt 19,6.

<sup>5</sup> J 3,16.

<sup>6</sup> <https://misyjne.pl/przerwa-artykul/20-najpiekniejszych-cytatow-ze-swietego-augustyna/>, widziano: 15.05.2023 r.

<sup>7</sup> RH 10.

<sup>8</sup> FC 18.

<sup>9</sup> LdR 7.

<sup>10</sup> Jan Paweł II, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, St. Dziwisz, J. Kowalczyk, T. Rakoczy, red., Watykan. 1986, s. 42.

<sup>11</sup> Katechezy środowe dotyczące tematyki małżeństwa wygłosił Jan Paweł II podczas audiencji ogólnych w okresie: 5 IX 1979 do 2 IV 1980; 11 XI do 9 II 1983; 23 V do 28 XI 1984. Ich tematyka zawiera się w tytułach i podtytułach danych katechez: *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, *Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*. Odnosząc się do terminu katechez środowych w niniejszym opracowaniu, głównie chodzi o refleksję

z sakramentu umożliwi narzeczonym wejście w wymiar bezinteresownego daru udzielonego z siebie samego drugiej osobie.

Sukcesywnie w Liście do rodzin Jan Paweł II wskazał małżeństwo jako podstawowe powołanie człowieka, realizujące się w relacji międzyosobowej „ja” i „ty”<sup>12</sup>, a ciała małżonków określa jako Przybytek Ducha Świętego<sup>13</sup>. Przez sakrament małżeństwa dwoje ludzi zostaje powołanych do życia wedle Ducha Świętego, odkrywając przy tym dar obdarowania<sup>14</sup>.

„Pójdź ze mną do nieba” – małżeństwo sakramentalne jest rzeczywistością, w której wszystkie jego elementy są wyposażone w zbawczą moc, są również wplecione w służbę Królestwu Bożemu. Dar Jezusa Chrystusa zapoczątkowany w sprawowaniu sakramentu towarzyszy małżonkom przez całe ich życie<sup>15</sup>. Dlatego Kościół, świadomy jak cennym dobrem ludzkości jest małżeństwo, w sposób szczególny zwraca się do ludzi młodych, którzy w swoich zamiarach mają wstąpić na jego drogę, aby ukazali całe piękno i wielkość powołania do małżeńskiej miłości<sup>16</sup>.

Małżeństwo jest „głęboką wspólnotą życia i miłości małżeńskiej, ustanowioną i wyposażoną w prawa przez Stwórcę, powstaje na mocy przymierza małżeńskiego, czyli nieodwołalnej zgody osobowej. W ten sposób przez akt ludzki, w którym małżonkowie przekazują i przyjmują siebie nawzajem, z woli Bożej powstaje trwała instytucja”<sup>17</sup>. Naturalnymi celami małżeństwa są dobro współmałżonków oraz zrodzenie i wychowanie dzieci<sup>18</sup>, a jego istotnymi przymiotami jedność i nierozzerwalność<sup>19</sup>. Małżeństwo stwarza zgodę, która jest aktem woli<sup>20</sup>. W akcie tym mężczyzna i kobieta w nieodwołalnym przymierzu wzajemnie się sobie oddają i przyjmują w celu stworzenia małżeństwa<sup>21</sup>. Jedność całej egzystencji jest konsekwencją wyrażonej zgody małżeńskiej. Jest ona również nieodłącznym i jednocześnie wewnętrznym elementem umowy między przyszłymi małżonkami, zatem wykluczone jest, aby jakakolwiek ludzka władza mogła ją uzupełnić<sup>22</sup>. Jako akt ludzki zgodę

---

zawartą w: *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich* przeplatana refleksjami dotyczącymi teologii ciała oraz sakramentalności małżeństwa. Zob. Jan Paweł II, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*.

<sup>12</sup> LdR 7.

<sup>13</sup> Jan Paweł II, dz. cyt., s. 395.

<sup>14</sup> Tamże.

<sup>15</sup> FC 56.

<sup>16</sup> Por. FC 1.

<sup>17</sup> KDK 48.

<sup>18</sup> Jan Paweł II, *Przemówienie do Trybunału Roty Rzymskiej z 1 lutego 2001 roku*, [https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan\\_pawel\\_ii/przemowienia/rota\\_rz\\_01022001.html](https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/rota_rz_01022001.html), widziano: 15.05.2023 r.

<sup>19</sup> KPK, kan. 1056.

<sup>20</sup> KPK, kan. 1057.

<sup>21</sup> KPK, kan. 1057, n. 1 i 2.

<sup>22</sup> KPK, kan. 1057, n. 1.

powinna być powzięta całkowicie dobrowolnie i świadomie<sup>23</sup>. Jednakże zdarzają się osoby, które w pojęciu prawa zarówno cywilnego, jak i kanonicznego nie są zdolne do wyrażenia takiego aktu. Do nich należą między innymi chorzy na schizofrenię.

Schizofrenia należy do zaburzeń, chorób psychicznych, które należy traktować jako zjawisko medyczne, czyli takie, które trzeba leczyć, co więcej – można je wyleczyć<sup>24</sup>. Jest chorobą, która wkrada się w życie najczęściej młodego człowieka, będąc przyczyną ogromnego cierpienia psychicznego<sup>25</sup>. Zniewolenie przez nią wyzwała w chorym jedno pragnienie – znaleźć wyjście z tego zniewolenia i powrócić do stanu sprzed tak trudnego doświadczenia<sup>26</sup>. Tym bardziej choroba ta uwłacza osobie nią doświadczonej, że zabiera mu rzeczywisty wgląd we własne jestestwo i otaczający go świat. Charakteryzuje się bowiem zakłóceniami myśli i postrzegania<sup>27</sup>.

W dawnych czasach objawy schizofrenii były traktowane jako opętanie, a życie ludzi na nią chorych pozbawione było godności i prawa do życia. Dopiero wiek XIX przyniósł opis symptomów schizofrenii, a prawdziwą rewolucję wprowadziła w życie społeczeństwa Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>28</sup>. Gwarantuje ona ochronę tegoż zdrowia, opierając się na założeniu, iż zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa<sup>29</sup>. Gwarancja praw w Ustawie dotyczy między innymi: „kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji<sup>30</sup>. Ponadto przyznaje prawo do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala: „oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”<sup>31</sup> i zapewnia wsparcie społeczne polegające na: podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia, organizowaniu w

---

<sup>23</sup> W. Góralski, *Matrimonium facit consensus. Z orzecznictwa Trybunału Roty Rzymskiej w sprawach o nieważność małżeństwa rozpoznanych z tytułów dotyczących zgody małżeńskiej (1991 – 2013)*, Płock 2014, s. 9.

<sup>24</sup> P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, Wrocław 2020, s. 159.

<sup>25</sup> J. Galarowicz, *Zrozumieć człowieka cierpiącego*, Kraków 2014, s. 143.

<sup>26</sup> J. Tomska, *Okiem pacjenta*, Medycyna Praktyczna, 2012, s. 7.

<sup>27</sup> P. Gałęcki, A. Szulc, *dz. cyt.*, s. 159.

<sup>28</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19941110535/U/D19940535Lj.pdf>, widziano 10.05.2023r.

<sup>29</sup> Tamże.

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. O ochronie zdrowia psychicznego, Art. 2 punkt 3.

<sup>31</sup> Tamże, Art. 3 punkt 4.

środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji, udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej<sup>32</sup>.

Ponadto bardzo istotnym aktem gwarantującym równe prawa osób chorych psychicznie zapewnia Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, której celem jest: „popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności”<sup>33</sup>, w tym także prawa do zawarcia małżeństwa: „Państwa strony uznają, że wszyscy ludzie są równi wobec prawa i są uprawnieni, bez jakiegokolwiek dyskryminacji, do jednakowej ochrony prawnej i jednakowych korzyści wynikających z prawa”<sup>34</sup>, oraz: „państwa strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do uznania ich za podmioty prawa [...] że osoby niepełnosprawne mają zdolność prawną na zasadzie równości z innymi osobami we wszystkich aspektach życia”<sup>35</sup>.

Mimo wielkiego kroku w rozwoju medycyny w specjalności psychiatrycznej, rozwoju psychologii oraz ustosunkowania prawa do chorych na schizofrenię, świadomość społeczeństwa nie uległa zbyt wielkim przemianom gdy idzie o jej zrozumienie. Wciąż zauważa się stygmatyzację chorych na schizofrenię, pogłębiając ich dyskryminację w wielu aspektach życia<sup>36</sup>.

Zawarcie związku małżeńskiego z osobą chorą na schizofrenię jest nadal ogromnym problemem. W obydwu systemach prawnych istnieją stosowne wytyczne ograniczające możliwości zawarcia małżeństwa w takim przypadku. W prawie cywilnym należą do nich względne zakazy małżeńskie<sup>37</sup>, a w prawie kanonicznym normy wywodzące się z wad zgody małżeńskiej<sup>38</sup>. Obydwa systemy prawne w pewien sposób poddają kategoryzacji osoby doświadczone chorobą psychiczną.

Niniejsza praca podejmuje trudną i kontrowersyjną tematykę zawarcia małżeństwa sakramentalnego z osobą dotkniętą schizofrenią. Celem jej jest wskazanie drogi jaką muszą pokonać osoby mające zamiar zawrzeć sakramentalne małżeństwo w sytuacji, gdy jeden z nich

---

<sup>32</sup> Tamże, Art. 8 punkt 2.

<sup>33</sup> Art. 1 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konwencja-onz-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>, widziano: 15.05.2023.

<sup>34</sup> Art. 6 Konwencji.

<sup>35</sup> Art. 12 Konwencji.

<sup>36</sup> M. Podgrodzka-Niell, M. Tyszkowska, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, [w:], „Psychiatria Polska” 2014, 48 (6), s. 1202.

<sup>37</sup> M. Domański, *Względne zakazy małżeńskie*, Warszawa 2013, s. 20.

<sup>38</sup> KPK, kan. 1095.

jest obciążony schizofrenią. Jak widać cel pracy jest bardzo konkretny i jest on związany z praktycznymi problemami spotykanymi w życiu codziennym, także i Kościoła.

Temat jest niewątpliwie nie tylko bardzo aktualny, ale jest on jednocześnie bardzo rozwojowy. Biorąc pod uwagę raporty, które nie tylko w kontekście izolacji wynikającej z pandemii COVID – 19 mającej ogromny wpływ na relacje społeczne, ale również ze zmieniającej się kondycji psychicznej młodego pokolenia, są początkiem zwrócenia uwagi na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży<sup>39</sup>, a co za tym idzie zachorowalności na choroby psychiczne w tym schizofrenię. Alarmujące dane z badań Rzecznika Praw Dziecka wskazują, że co siódme dziecko w Polsce jest niezadowolone ze swojego życia<sup>40</sup>. Do tego dochodzą statystyki mówiące o ilości zachorowań wśród młodzieży na choroby psychiczne, leczących się na stałe z powodu depresji, anoreksji etc.<sup>41</sup> Temat sakramentu małżeństwa zawsze jest tematem na czasie, a mając na uwadze nowe trendy życia w luźnych związkach<sup>42</sup>, powinien być poddawany szczególnej uwadze duszpasterzy, jak również i ciągłej refleksji naukowej.

Przedstawienie powyższego zagadnienia wymagało przebadania wielu tekstów, uporządkowania ich treści, zespolenia w jeden systematyczny wykład. Problem ma charakter interdyscyplinarny, dlatego należało uwzględnić opracowania o charakterze medycznym, psychologicznym, filozoficznym, prawnym, w obydwu systemach prawnych, teologii i etyki<sup>43</sup>.

---

<sup>39</sup> Por. Wyniki z raportu „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży” z 19.04.2023 r, <http://www.gov.pl/web/edukacja> widziano: 25.05.2023.

<sup>40</sup> <https://brpd.gov.pl/2021/11/05/mlodzi-potrzebuj-pilnej-pomocy-psychologicznej-alarmujace-wyniki-badania-rzecznika-praw-dziecka/>, widziano 25.05.2023 r.

<sup>41</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Dane-NFZ-o-depresji-wsrod-dzieci-i-mlodziezy-alarmuja-Liczba-pacjentow-rosnie-lawinowo,235300,16.html>, widziano 25.05.2023 r.

<sup>42</sup> FC 81.

<sup>43</sup> Do najważniejszych publikacji wykorzystanych w rozprawie z dyscyplin naukowych podejmujących tematykę schizofrenii i małżeństwa należy zaliczyć:

Medycyna:

P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, Wrocław 2020;

A. Kępiński, *Schizofrenia*, Warszawa 1979;

E. Minkowski, *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris 2002;

Psychologia:

J. N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, Sopot 2018;

S., Moritz, T. S. Woodward, Rodriguez-Raecke R., *Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them*, „Psychological Medicine” 2006;

J. D. Stirling, J. S. E. Hellewell, *Psychopatologia kliniczna*, Gdańsk 2005;

Filozofia:

J. Galarowicz, *Zrozumieć człowieka cierpiącego*, Kraków 2014;

R. Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, Warszawa 2001;

Prawo cywilne:

M. Domański, *Względne zakazy małżeńskie*, Warszawa 2013;

E. S. Scott, *Sterilization of Mentally Retarded Persons: Reproductive Rights and Family Privacy*, „Duke Law Journal” 1986;

A. Scull, *Madness in civilization: a cultural history of insanity from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*, London 2015;

Kodeks rodzinno-opiekunczy;

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego;

Trzeba także było zapoznać się z dokumentami Kościoła omawiającymi to trudne, ale jakże ważne zagadnienie. Należy zauważyć, że większość opracowań dotyczących niezdolności do małżeństwa osoby chorej na schizofrenię, opiera się na analizie wyroków Trybunału Roty Rzymskiej. Niewiele jest opracowań odnoszących się do możliwości zawarcia małżeństwa z taką osobą, stąd też podjęta problematyka pragnie uzupełnić istniejącą lukę badawczą.

Materiałem badawczym jest tu więc zestaw tekstów uwzględniony w bibliografii. Materiały te w szczególny sposób nadają się do przebadania przy zastosowaniu metody porównawczej oraz analityczno-syntetycznej, przy czym ta ostatnia okazała się szczególnie pożyteczna. Wykorzystano również metodę obserwacji uczestniczącej, wywiadu pogłębionego oraz sondażu.

Badania zostały w niniejszym opracowaniu przedstawione w czterech rozdziałach. Pierwszy rozdział przedstawia schizofrenię w aspekcie medycznym. Począwszy od wprowadzenia w samo zagadnienie choroby, poprzez krótki jej rys historyczny ukazuje jej kliniczny obraz. Zaprezentowane zostają także rodzaje schizofrenii i jej przyczyny biologiczne. Szeroko opisane zostają środki farmakologiczne stosowane w leczeniu schorzenia i jego rokowanie.

W rozdziale drugim omówione zostanie psychologiczne podejście do choroby. Wprowadzając w świat ludzkiego poznania, opisane będą wszystkie procesy psychologiczne biorące w nim udział. Odniesienie do kolejno przedstawionych nurtów w psychologii wskazuje na psychologiczne przyczyny schizofrenii. W rozdziale tym zwrócono też uwagę na psychologiczną zdolność do rozeznania rzeczywistości analizując kluczowe objawy schizofrenii. Zaprezentowano wszystkie formy pomocy psychologicznej poprzez terapię.

---

Prawo kanoniczne:

- G. Dzierżon, *Niezdolność do zawarcia małżeństwa jako kategoria kanoniczna*, Warszawa 2002;  
W. Góralski, *Kościelne prawo małżeńskie*, Płock 1987;  
Kodeks Prawa Kanonicznego, komentarz, Kraków 2011;  
Viladrich P-J., *Konsens małżeński. Sposoby prawnej oceny i interpretacji w kanonicznych procesach o stwierdzenie nieważności małżeństwa (kanony 1095-1107 Kodeksu prawa kanonicznego)*, tłum. z języka hiszpańskiego S. Świaczny, Warszawa 2002;

Teologia:

- W. Granat, *Personalizm Chrześcijański teologia osoby ludzkiej*, Poznań 1982;  
Jan Paweł II : *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, Watykan 1986;

Etyka:

- W. Starnawski, *Bycie osobą podstawy moralności i wychowania*, Warszawa 2013;  
P. Singer, *Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1993.

Tematyka rozdziału trzeciego porusza istotne zagadnienie, jakim jest konsens małżeński. Zwraca uwagę na istotne przymioty i cechy małżeństwa w kontekście miłości oblubieńczej współmałżonków wywodzącej się z nieograniczonej miłości Boga do człowieka. Rozdział ten przedstawia uwarunkowania prawne dotyczące małżeństwa w obu systemach prawnych, ze szczególnym uwzględnieniem wytycznych dotyczących schizofrenii.

Zwieńczający rozprawę rozdział czwarty ukazuje, jak trudnym problemem duszpasterskim jest zawarcie małżeństwa z osobą chorą psychicznie. Opisuje wszystkie etapy przygotowania do małżeństwa. W oparciu o studium przypadków, przedstawia sytuację zarówno osoby chorej, jak i zdrowej, które podejmują decyzję o zawarciu sakramentalnego małżeństwa. Przedstawia rolę biegłego jako kluczową pomoc w duszpasterskich wątpliwościach, kiedy to ma być błogosławione małżeństwo z osobą dotkniętą schizofrenią.

## ROZDZIAŁ II

### Schizofrenia w analizie psychologicznej

W naukach medycznych przyczyn schizofrenii upatruje się w genetyce, zaburzeniach rozwojowych mózgu, jego funkcjonowania, wadliwości neuroprzebiegu dopaminy, serotoniny i glutaminianu. Psychologia próbuje wyjaśnić jej rozwój, poprzez różne istotne z jej punktu widzenia perspektywy. Zagłębia się w poznawczy, psychodynamiczny rozwój schorzenia wraz z teorią rodzinną dotyczącą „schizofrenogennej matki” (§1), dotyka osiowych objawów autyzmu oraz rozszczepienia funkcji psychicznych (§ 2). Leczenie farmakologiczne jest bardzo istotne w leczeniu schizofrenii. Stosowane wraz z psychologicznymi metodami daje nadzieję na coraz to lepsze rokowanie. Coraz bardziej zwraca się uwagę na skutek terapii stosowanych w leczeniu tego zaburzenia (§ 3).

#### 2.1. Psychopatologiczne podstawy schizofrenii w aspekcie wybranych nurtów psychologicznych

Nie jest tajemnicą stwierdzenie, że należycie zrozumiane czynności psychiczne, oraz ich zaburzenia, wymagają zapoznania się z psychologicznym ujęciem zasadniczych elementów życia psychicznego człowieka. Wiedza ta jest podstawą psychopatologii, która ma wiele do powiedzenia w zakresie zaburzenia zwanym schizofrenią. Dlatego też zgłębianie wiedzy na tematy psychologicznego podejścia do schorzenia należy zacząć od przedstawienia elementów psychologicznych tego tematu.

Do psychologicznych elementów życia psychicznego zalicza się następujące elementy takie jak:

**Myślenie** – proces poznawczy, w którym mózg człowieka wykorzystuje informacje pochodzące ze zmysłów, emocji oraz pamięci do tworzenia reprezentacji umysłowych. Do nich zalicza się pojęcia, obrazy, schematy, skrypty wraz z możliwością manipulowania nimi. Reprezentacje umysłowe są niejako fundamentem poznania, a myślenie odpowiada za organizowanie ich na różne sensowne sposoby. Efektem powyższych działań są wyższe procesy myślowe, które nazywa się rozumowaniem, ocenianiem, wyobrażaniem,

podejmowaniem decyzji, rozwiązywaniem problemów, a nawet myśleniem genialnym<sup>44</sup>. Myślenie to przede wszystkim czynności poznawcze, których celem jest zrozumienie danych płynących z doświadczenia na bazie refleksji. Jest to czynność związana z aktywnością psychiczną, a nawet uważana jest jako światło życia psychicznego człowieka. Rozróżnia się myślenie konkretno-obrazowe i słowno-pojęciowe. Zaburzenia w dziedzinie myślenia mają wpływ na rozpoznanie choroby psychicznej<sup>45</sup>.

**Świadomość** – aktywność mózgowa, za przyczyną której generowane są nasze reprezentacje umysłowe świata oraz myśli bieżące. Mózg zaś działa jednocześnie w obszarze wielopoziomowym, który jest zarówno nieświadomy jak i świadomy. Świadomość zazwyczaj jest w stanie zwanym „czuwaniem”, ale zdarzają się sytuacje, kiedy pojawiają się zmienione stany świadomości. Występują one, kiedy niektóre aspekty „normalnej” świadomości są zmienione wskutek oddziaływań umysłowych, behawioralnych albo chemicznych<sup>46</sup>. Świadomość ma spełniać trzy funkcje.

Pierwsza – ograniczanie. Ogranicza naszą uwagę, nie pozwalając na przeładowanie mózgu.

Druga – łączenie. W jego wyniku powstaje proces nazywany spostrzeganiem. Samo spostrzeganie określa się jako dodawanie wrażenia do znaczenia.

Trzecia – manipulacja, inaczej manipulowanie w myślach. To proces, dzięki któremu możemy myśleć, planować wręcz manipulować mentalnym naszym światem<sup>47</sup>.

Świadomość ma swoje poziomy działania. Odnosząc się do założeń Freuda, wyróżnić można kilka tych poziomów. Jego główne założenia dotyczą nieświadomości jako rezerwuaru pragnień, potrzeb oraz życzeń wraz z przeżyciami określanymi jako trauma. Rozważania na temat nieświadomego przetwarzania i jego wpływu na nasze świadome myśli zaowocowały koncepcją przetwarzania, które przebiega poza świadomością. Współcześni psycholodzy, zwłaszcza zajmujący się psychologią poznawczą, określają nieświadomość jako termin, w którym wszystkie nieświadome procesy zachodzące w umyśle są generowane przez mózg.

Nieświadomość słownikowa to nic innego jak brak wszelkiej świadomości, na przykład w czasie znieczulenia ogólnego. Różnicować należy ze śpiączką, gdyż często pojawiają się mylne pojęcia na temat śpiączki. Śpiączka to stan nieświadomy, trwający od kilku dni do najczęściej dwóch tygodni, w którym osoba nie wykazuje normalnego cyklu czuwania i

---

<sup>44</sup> P. Zimbardo, R. Johnson, V. McMann, *Psychologia. Kluczowe koncepcje, struktura i funkcje świadomości*, Warszawa 2011, s. 106.

<sup>45</sup> Urojenia – zaburzenia treści myślenia.

<sup>46</sup> P. Zimbardo, R. Johnson, V. McMann, dz. cyt. s. 196.

<sup>47</sup> Tamże, s. 203.

snu. Niezrozumiała różnica pojęć zrównuje w wielu przypadkach śpiączkę ze stanem wegetatywnym<sup>48</sup>.

Przedświadomość nazywana jest magazynem, w którym umysł przechowuje wszystkie informacje znajdujące się w tym momencie poza świadomością. Informacje, mimo iż znajdują się poza świadomością, są dla niej dostępne. Należy zauważyć, że przedświadomość odpowiada pamięci długotrwałej. Przedświadome przetwarzanie porównywane jest do przetwarzania równoległego i polega na wydobywaniu informacji z kilku miejsc równocześnie, lecz z pozbawieniem celowego myślenia<sup>49</sup>.

Reasumując, świadomość to zdawanie sobie przez podmiot sprawy z treści własnych procesów psychicznych.

**Uwaga** jest składową świadomości. To proces, który odpowiada za koncentrację świadomości na wybranym elemencie, albo na pewnej porcji informacji, która znajduje się w pamięci roboczej<sup>50</sup>. Stwarza ona warunki umysłowe warunkujące kierowanie myślami i działaniami człowieka.

Główne jej cechy to:

zakres – wyznacza liczbę przedmiotów, na których człowiek jest w stanie się skupić;  
napięcie – czyli siła, z jaką człowiek potrafi się skupić, czy też pewnego rodzaju stopień zaangażowania świadomości do obserwowania tego, co się dzieje;  
trwałość – czas, w którym osoba jest w stanie skupić się na jednym przedmiocie bez przerwy;  
podzielność – możliwość wykonywania równocześnie kilku czynności, i  
przerzutność – szybkość z jaką możemy obserwować jakiś przedmiot.

Jest również właściwością umożliwiającą wyróżnienie w świadomości elementu zwanego figurą na tle wszystkiego innego<sup>51</sup>.

**Pamięć** – to psychiczna właściwość człowieka, dzięki której zachowuje własną tożsamość oraz nabywa różnorodnych informacji, wiedzy, sprawności i umiejętności<sup>52</sup>. Krótko definiując, to zdolność do gromadzenia doświadczenia.

Pamięci zawdzięczamy przechowywanie, utrwalanie i odtwarzanie wszystkiego, co wiąże się właśnie z doświadczeniem emocjonalnym, motorycznym czy też intelektualnym. Można powiedzieć, że jest to pewien „magazyn” dawnych przeżyć, które w odpowiednim czasie mogą zostać uświadomione.

---

<sup>48</sup> Tamże.

<sup>49</sup> Tamże.

<sup>50</sup> Tamże, s. 196.

<sup>51</sup> Tamże.

<sup>52</sup> M. Przetacznikowa, G. Makiełło-Jarża, *Podstawy psychologii ogólnej*, Warszawa 1982, s. 88.

Pamięć może być mechaniczna, gdy na drodze powtarzania zapamiętujemy. Może być logiczna, uwarunkowana zrozumieniem, co daje możliwości zapamiętania większej ilości treści i lepszego ich przechowywania.

Pamięć dowolna jest wtedy, gdy wykonuje się pewne wysiłki, by coś zostało zapamiętane, lub mimowolna, czasami występująca wbrew naszej woli czy świadomego udziału.

Wyróżnia się też pamięć bezpośrednią, odroczoną, ruchową, słowną, obrazową, uczuciową. Każda z nich odpowiada za odtwarzanie i zapamiętywanie bodźców oddziałujących na dany narząd zmysłu<sup>53</sup>.

W pamięci również występują zaburzenia. Do nich zalicza się nadczynność – szybkie zapamiętywanie dużej ilości treści, niedoczynność objawiająca się zwolnieniem zapamiętywania pod wpływem silnych emocji, najczęściej rozpoznawana w nerwicach. Wymienia się też amnezję (niepamięć), paramnezję czyli *déjà vu*, zafałszowanie pamięci, halucynacje pamięciowe polegające na przeświadczeniu realności przeżyć, które powstały w wyobraźni osoby, złudzenia pamięciowe w sytuacji, gdy coś co nie miało miejsca uważane jest za widziane, słyszane, przeżyte<sup>54</sup>.

**Spostrzeganie** w prostym rozumieniu, jak już wcześniej zauważono, to proces dodawania wrażenia do znaczenia. Psychologia mówi o spostrzeganiu jako złożonym układzie procesów, dzięki którym człowiek tworzy subiektywny obraz rzeczywistości zwany spostrzeżeniem<sup>55</sup>. Tak więc spostrzeżenie odnosi się do obrazu zmysłowego. Pozwala ono orientować się w rzeczywistości. Zaburzenia związane z tym procesem dotyczą złudzeń, oraz halucynacji<sup>56</sup>.

**Wyobrażenia** – to wytworzone w umyśle człowieka obrazy składników rzeczywistości. Są one wzrokowe (znane wzrokowcom), słuchowe (znane słuchowcom), wytwórcze (dotyczą obrazów, zdarzeń, których człowiek wcześniej nie widział i nie przeżył) i odtwórcze (opierające się na doświadczeniu). Wyobraźnia człowieka może być mimowolna, czego przykładem są marzenia sennie, i dowolna, będąca w pełni pod kontrolą świadomości. Zaburzona objawia się natręctwami<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> Tamże.

<sup>54</sup> Tamże.

<sup>55</sup> A. Jagiełło, *Człowiek w procesie poznawania*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 116.

<sup>56</sup> Tamże, s. 120.

<sup>57</sup> Tamże, s. 124.

**Osobowość** – potocznie można porównać do osnowy ciągłości, która przebiega przez życie człowieka. Naukowo to właściwości psychologiczne człowieka odpowiadające za ciągłość jego zachowań w różnych sytuacjach i czasie<sup>58</sup>. Jeżeli znajdzie się przyczyna, z pomocą której osnowa osobowości zostanie przerwana, wtedy osobowość będzie zaburzona, tak jak na przykład w schizofrenii.

Osobowość odnosi się tylko do człowieka, jest nieporównywalna i niepowtarzalna, pozwala zrozumieć siebie i otaczający świat dzięki osobistym wzorcom emocji, motywów i spostrzeżeń. To dzięki niej człowiek jest tym kim jest. Wszystko to ma swój fundament w poziomie rozwoju, relacji i kulturze<sup>59</sup>.

Osobowość bywa też zaburzona. Jej zaburzeniom poświęcono nawet osobną grupę spośród innych zaburzeń psychicznych. Jest to o tyle ważne, że w diagnozowaniu przeplata się jako dosyć częsta przypadłość. Wymienia się trzy podstawowe wiązki zaburzeń osobowości:

- Wiązka A – w której zaburzenia charakteryzują się dziwacznością i ekscentrycznością. Zalicza się do nich osobowość schizotypową, która objawia się myślami ksobnymi, magicznym myśleniem, dziwacznym sposobem mówienia (manieryzm), podejrzliwością, ideami paranoicznymi, silnym niepokojem w sytuacjach społecznych.

Kolejną zaliczaną do tej wiązki jest osobowość schizoidalna objawiająca się brakiem pragnienia i przyjemności z kontaktów i bliskich relacji z innymi, niewielkim zainteresowaniem kontaktami seksualnymi, chłodem emocjonalnym.

Następną z tej wiązki jest osobowość paranoiczna, której dominantą są uporczywe bezpodstawne podejrzania, że się jest wykorzystywanym przez innych, podważanie lojalności i wiarygodności bliskich, podważanie wierności małżonka, chowanie uraz, dostrzeganie ataków na siebie<sup>60</sup>.

- Wiązka B – do której zalicza się osobowość borderline, której charakterystyczne cechy to zaburzenia tożsamości, niestabilne relacje z innymi, nadużywanie substancji psychoaktywnych, samookaleczanie, zachowania samobójcze, chroniczne poczucie pustki, nieadekwatny gniew wraz z trudnością jego kontroli<sup>61</sup>.

Osobowość antyspołeczna wiąże się z brakiem poszanowania i gwałceniem praw innych, które ujawniają się już w wieku adolescencji. Objawia się

---

<sup>58</sup> P. Zimbardo, R. Johnson, V. McMann, *Psychologia człowieka, Psychologia osobowości*, Warszawa 2010, s. 25.

<sup>59</sup> Tamże.

<sup>60</sup> H. Sęk, *Psychologia kliniczna*, t. 2, Warszawa 2010, s. 50.

<sup>61</sup> Tamże, s. 51.

notorycznym kłamstwem, oszukiwaniem dla zysku i przyjemności, agresją ze skłonnością do bójek oraz brakiem odpowiedzialności. W tej wiązce mieści się również osobowość narcystyczna, której wzorzec funkcjonowania opiera się na samouwielbieniu, poczuciu posiadania specjalnych praw, brakiem empatii, arogancją i wyniosłością<sup>62</sup>.

Osobowość histrioniczna jest kolejną w tej wiązce, która objawia się nadmierną emocjonalnością i poszukiwaniem uwagi poprzez zachowania związane z prowokacją w każdej sferze życiowej<sup>63</sup>.

- Wiązka C – w której mieści się osobowość unikająca, oparta na zahamowaniu społecznym, nieadekwatności odczuć i nadwrażliwości na negatywną ocenę<sup>64</sup>.

Osobowość zależna znajdująca zaszeregowanie w tej wiązce, wiąże się z nadmierną potrzebą opieki ze strony innych, lękami separacyjnymi, niepohamowaną uległością<sup>65</sup>.

Do tej wiązki zakwalifikowano także osobowość obsesyjno-kompulsywną. Jej objawy wiążą się z zaabsorbowaniem, porządkowaniem, kontrolą umysłową i interpersonalną, kosztem otwartości, elastyczności i skuteczności<sup>66</sup>.

Poznanie zaburzeń osobowości jest bardzo istotnym elementem zrozumienia niezdolności do podjęcia ważnych życiowych decyzji i obowiązków związanych chociażby z małżeństwem.

**Uczucia** nazywane są stanami podmiotowymi zjawisk psychologicznych, których doznaje człowiek w świadomości w stosunku do kogoś lub czegoś. Mają ogromny wpływ na życie człowieka. Ich istotą jest zajęcie stanowiska wobec ludzi, przedmiotów, zjawisk, czyli wszystkich aktualnie działających bodźców, przyszłych lub przeszłych wydarzeń oraz wszystkich elementów otaczającego świata, a także wobec własnego działania i samego siebie. Bez uczuć nie byłoby możliwe odzwierciedlenie otaczającego świata i orientacji w otaczającej rzeczywistości<sup>67</sup>. Używa się zamiennie dwóch terminów: uczucia i emocje.

O uczuciach mówi się wtedy, gdy dotykają one bardzo osobistych doświadczeń dotyczących uczuć. Gdy jako bardziej uogólnione staną się przedmiotem badań naukowych,

---

<sup>62</sup> Tamże.

<sup>63</sup> Tamże.

<sup>64</sup> Tamże, s. 52.

<sup>65</sup> Tamże.

<sup>66</sup> Tamże.

<sup>67</sup> A. Jagiełło, *Życie uczuciowe człowieka*, [w:] *Psychologia...*, s. 83.

mówi się o emocjach. Zakłada się przy tym rozróżnieniu, że badania nad emocjami pozostają w zgodzie z ludzkim doświadczeniem dotyczącym uczuć<sup>68</sup>.

Uczucia i emocje oznaczają dwa przeciwległe bieguny tego samego kontinuum, które można nakreślić w następujący sposób. Najpierw występują bardzo proste emocje (gniew), potem bardziej złożone wynikające z wcześniejszego doświadczenia, a na końcu zwieńczeniem są bardzo złożone uczucia charakterystyczne tylko dla osoby np. miłość. Emocje i uczucia różnią pewne cechy.

Emocje są zwykle krótkotrwałe, zależne od pewnych sytuacji i zwykle występują pojedynczo. Określane jako reakcja na coś. Impulsywność dominuje w nich nad refleksyjnością. Są wrodzone i nie wymagają uczenia się<sup>69</sup>.

Uczucia są bardzo specyficznymi przeżyciami ludzkimi. Od emocji różnicuje je trwałość, niejednorodność treściowa, brak bezpośredniej zależności wobec aktualnej sytuacji. Impulsywność ich jest podporządkowana refleksyjności. Mają społeczny charakter. Nie są wrodzone, lecz nabywane w trakcie doświadczeń związanych z życiem społecznym. By prosto je rozróżnić, można emocje odnosić do stanów emocjonalnych związanych z zaspokojeniem potrzeb biologicznych, zaś uczucia w znaczeniu stanów emocji wyższych, właściwych tylko osobie ludzkiej związanych z potrzebami społecznymi wynikającymi ze stosunków międzyludzkich<sup>70</sup>.

Uczucia i emocje mogą być pozytywne i negatywne, silne i słabe, głębokie i płytkie. Mogą być podzielone ze względu na treść – związane z przyrodą, normami moralnymi, religią, pięknem, intelektem i społecznością. Bardziej istotny dla tej problematyki jest podział związany z natężeniem i czasem trwania procesów emocjonalnych.

Wyróżnić tutaj należy:

- Nastroje, które charakteryzują się małym natężeniem, za długim czasem trwania. Niekiedy nie sposób podać przyczyny ich powstawania. Mają jednak znaczący wpływ na życie codzienne człowieka, to od nich zależy, jak człowiek zachowuje się przez cały dzień. Ich skala jest bardzo różnorodna – od niezadowolenia i smutku, aż do nieumotywowanego stanu radości<sup>71</sup>.
- Wzruszenia cechujące się nagłym początkiem, krótkim czasem trwania i zróżnicowanym nasileniem. Są silniejsze niż nastroje. Ich wystąpienie może wiązać

---

<sup>68</sup> G. Mietzel, *Wprowadzenie do psychologii*, Sopot 2013, s. 417.

<sup>69</sup> Tamże.

<sup>70</sup> Tamże.

<sup>71</sup> Tamże, s. 418.

się z obniżoną zdolnością logicznego myślenia. Podczas występowania wznuszeń występują objawy wegetatywne odczuwane jako przyspieszona akcja serca, zabarwienie skóry czy uczucie „guli” w gardle<sup>72</sup>.

- Namiętności odnoszą się do uczuć bardzo silnych i długotrwałych. Podporządkowują one sobie inne zainteresowania oraz wysiłki człowieka. Kogo dotkną, ten nie jest w stanie zrozumieć szkodliwości ich oddziaływania. Mogą być przyczyną zbrodni lub przestępstw. Mają złe i dobre strony. Wśród tych złych jest degradacja człowieka, a wśród dobrych, psychiczny rozwój, np. artyści, którzy namiętnie angażują się w swoją twórczość czy też poświęcenie, jednakże strona zła jest zdecydowanie większą<sup>73</sup>.
- Afekty jako ostatnie z wymienionych są stanami o skrajnie silnym natężeniu, nagłym początku oraz bardzo gwałtownym przebiegu. Czas ich trwania jest krótki, a po ich ustąpieniu charakterystyczne jest znużenie. Nie można jednoznacznie określić, dlaczego powstają. Najprawdopodobniej są wynikiem wrażeń czy wyobrażeń, które budzą zachwyty lub odrazę. Niemniej jednak załamują one równowagę psychiczną i fizjologiczną, są przyczyną zakłóceń w spostrzeganiu i umiejętności logicznego myślenia. Odpowiadają za chwilową utratę zdolności przewidywania skutków własnego działania. Ich istotną cechą jest to, że człowiek w afekcie traci panowanie nad sobą i dokonuje czynów, których nie popełniłby w innym np. spokojnym stanie. Jako stan patologiczny występują w chwili reakcji na bodziec sytuacyjny, charakteryzując się zawężeniem pola świadomości i zaburzeniami o cechach stanu pomrocznego<sup>74</sup>. Na zewnątrz mogą wyrażać się w czynach agresywnych, osłupieniu i skamienieniu.

Uczucia w życiu człowieka pełnią ogromną rolę. Ich formy ekspresji wyrażane są w określonym wyrazie twarzy, postawie całego ciała oraz w sposobie zachowania. Są silnikiem umożliwiającym człowiekowi komunikację interpersonalną i intrapersonalną<sup>75</sup>.

**Jaźń** w sposób skrócony można powiedzieć, że jest to świadomość własnego istnienia. W zależności od przedstawiciela określana jest jako: centrum osobowości, archetyp scalający różne systemy, zapewniający poczucie stabilności, równowagi i jedności (K. G. Jung) lub

---

<sup>72</sup> Tamże.

<sup>73</sup> A. Jagiełło, dz. cyt., s. 92.

<sup>74</sup> Stan pomroczny jest chwilowym zaburzeniem świadomości, funkcji poznawczych oraz uwagi. Jego cechy charakterystyczne to: silne splatanie, czasowa i przestrzenna dezorientacja, amnezja, zmniejszenie czucia, mimowolne lub impulsywne ruchy.

<sup>75</sup> A. Jagiełło, dz. cyt., s. 93.

określana jest jako twórczy self, w którym znajduje się eliksir życia, pierwsza przyczyna wszystkiego, co ludzkie (A.Adler)<sup>76</sup>.

Niezależnie od kierunku psychologii można powiedzieć, że jest to oś, wokół której organizuje się struktura psychiczna człowieka. Jej głównym zadaniem jest odpowiedzialność za przepływ informacji z części świadomej do nieświadomej i odwrotnie.

Za cel uważa się urzeczywistnienie własne w procesie celowościowym oraz wytworzenie na drodze rozwoju jednostki własnego „ja” (ego). Właśnie to „ja” staje się podstawą dla wszystkich faktów i dyspozycji psychicznych. Nadaje sens życiu, pomaga stworzyć środki i cel do jego osiągnięcia. Osoba ma być panem własnego losu, a nie jego ofiarą<sup>77</sup>.

Działanie ludzkie – pod każdym względem wola nadaje człowiekowi specyficzny charakter jego zachowań, jak również najpełniej w czynie wyraża się istota ludzka. Za czyn uważa się przejaw rozumnego i dobrowolnego działania, który dąży do osiągnięcia zamierzonego celu.

Podstawowymi cechami ludzkiego działania są:

- świadomość – człowiek działający jest świadomy celu, który pragnie osiągnąć;
- wolność – podejmuje działania, kiedy chce i może powstrzymać się od działania, kiedy nie chce z jakiegoś uznanego przez siebie wcześniej powodu. Zwrócić należy tu uwagę na wolność woli, która oznacza brak przymusu wewnętrznego i zewnętrznego w cieniu człowieka. Do cech woli człowieka zalicza się samodzielność aktów woli, panowanie nad sobą, zdecydowanie w podejmowaniu postanowień, wytrwałość i energię do realizacji celów. Wolność działania przejawia się w możliwości realizacji własnych wybranych celów, wyznaczeniu linii własnego zachowania i odrzuceniu niezgodnych z nią decyzji. Przejawia się ona także w tym, że osoba zachowuje zdolność przerywania działania w momencie, gdy stwierdzi, iż nie jest ono zgodne z jego oczekiwaniami, lub gdy zmieniają się warunki realizacji<sup>78</sup>.
- Odpowiedzialność – jeżeli człowiek działa bez żadnego przymusu, to musi przyjąć odpowiedzialność za skutki swojego działania. Działanie podjęte dobrowolnie, a wykonane ze złym skutkiem, jest przyczyną przeżywania poczucia winy.

---

<sup>76</sup> M. Cholewa, *Podstawy psychologii*, Kraków 2012, s. 64-68.

<sup>77</sup> Tamże.

<sup>78</sup> A. Jagiełło, dz. cyt., s. 151.

- społeczny charakter działania człowieka – polega na umiejętności podjęcia współpracy z innymi w imię wspólnego dobra<sup>79</sup>.

Motywacje, krótko mówiąc, są procesem wewnętrznym lub pośredniczącym stanem organizmu pobudzającym lub dającym napęd do działania<sup>80</sup>. Poniekąd są energią zachowania. Inaczej mówiąc motywacje są ogólnym określeniem wszystkich procesów, które zostają zaangażowane w inicjowanie, ukierunkowanie i utrzymanie psychicznych oraz fizycznych aktywności<sup>81</sup>. Przybierają one różne formy, lecz mimo tego obejmują one wszystkie procesy umysłowe pobudzające i pozwalające na dokonanie wyboru. Tak jak zauważono wcześniej, są motorem ukierunkującym ludzkie zachowanie.

Rodzaje motywacji:

- popęd – biologicznie wzbudzona motywacja;
- motyw – mechanizm wewnętrzny, który wywołuje stan pobudzenia, prowadzący do dokonania wyboru oraz ukierunkowania zachowania;
- motywacja wewnętrzna – określa pragnienie zaangażowania się w działanie dla niego samego, a nie na jego skutki;
- motywacja zewnętrzna – jak można zauważyć, jest pragnieniem zaangażowania się w działanie w celu osiągnięcia zewnętrznego skutku, np. nagrody;
- motywacja świadoma – taka, której jesteśmy świadomi;
- motywacja nieświadoma – odnosi się do motywacji, która nie pojawia się w świadomości<sup>82</sup>.

Mówiąc o motywacjach, nie sposób nie zauważyć, że są one ściśle powiązane z emocjami. Emocjonalne stany mają poniekąd własności motywacyjne, a energetyczne aspekty dyspozycji motywacyjnych nadają im często dość silny emocjonalny koloryt. Zauważyć również należy, że fizjologiczne mechanizmy stwierdzone w motywacji bywają także uwikłane w emocje<sup>83</sup>.

W związku ze złożonością zagadnienia, jakim jest schizofrenia, należy w tym miejscu zwrócić uwagę na teorię motywacji. Są one ważnym elementem w zrozumieniu dalszych podjętych problemów w jej zrozumieniu. Tak więc można wyróżnić kilka teorii motywacji.

Pierwsza z nich to teoria instynktów. Współcześnie uważana za przestarzały pogląd, jednakże należy o niej pamiętać ze względu na określenie zachowania zdeterminowanego

---

<sup>79</sup> Tamże.

<sup>80</sup> A. S. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2005, s. 404.

<sup>81</sup> P. Zimbardo, R. Johnson, V. McCann, *Motywacja i uczenie się, Psychologia kluczowe koncepcje*, PZWN, Warszawa 2011, s. 60.

<sup>82</sup> Tamże, s. 62-63.

<sup>83</sup> A. S. Reber, dz. cyt., s. 405.

czynnikami wrodzonymi<sup>84</sup>. Wprawdzie nie dostrzega ona wyników uczenia się, lecz mimo to jest ważną teorią. Coraz częściej w tej teorii zastępuje się słowo „instynkt” koncepcją sztywnych utrwalonych schematów zachowania. Zachowania rozumianego jako uwarunkowanego genetycznie<sup>85</sup>.

Druga teoria to teoria popędów. W niej to biologiczna potrzeba wyzwala popęd, czyli stan napięcia, który determinuje zachowanie jego zaspokojenia. W wyniku osiągnięcia stanu pożądanego wszystko wraca do równowagi określanej jako homeostaza. W tej teorii zwraca się również uwagę na potrzebę, jako biologiczny brak równowagi, który będąc niezaspokojony zagraża przeżyciu<sup>86</sup>.

Trzecia teoria poznawcza zaznacza, że wiele motywów jest skutkiem percepcji i uczenia się, a nie biologii. Zwraca uwagę na umiejscowienie kontroli jako indywidualne przekonanie na temat tego, czy owa kontrola jest uwarunkowana zewnątrz czy też może wewnątrz<sup>87</sup>.

Czwarta teoria psychodynamiczna zakłada, że motywacja jest wynikiem nieświadomych pragnień, które w trakcie dojrzewania osoby przechodzą zmiany rozwojowe<sup>88</sup>.

Kolejna teoria zwana jest humanistyczną. Wychodzi od hierarchii potrzeb Masłowa<sup>89</sup>, które to potrzeby z niższych szczebli dominują motywację tak długo, dopóki nie zostaną zaspokojone<sup>90</sup>.

Bez wątplenia o wpływie motywacji na ludzkie zachowanie można powiedzieć bardzo wiele, jednakże dla tej rozprawy zaznaczenie teorii związanych z nią wydaje się być kluczowym w zrozumieniu dalszych podejść do schizofrenii. Analizując składowe psychologicznego rozumienia schizofrenii należy przejść do dalszych rozważań na jej temat.

Odwołanie do psychologii **psychodynamicznej** wiąże się z ujęciem stwierdzającym, że energia pochodząca z nieświadomości jest podstawą naszej motywacji. To podejście kładzie nacisk na zrozumienie występujących zaburzeń psychicznych uwarunkowanych nieświadomymi potrzebami, pragnieniami, wspomnieniami i konfliktami. Najbardziej znanym reprezentantem tego podejścia był Sigmund Freud (przytaczany już wcześniej), którego jednym z ważniejszych stwierdzeń określanych jako psychodynamiczne jest właśnie to, które mówi o

---

<sup>84</sup> Tamże, s. 63.

<sup>85</sup> Tamże.

<sup>86</sup> Tamże, s. 65.

<sup>87</sup> Tamże, s. 66.

<sup>88</sup> Tamże, s. 67.

<sup>89</sup> Teoria Masłowa zakłada, że potrzeby pojawiają się w pewnym porządku. Tak więc najbardziej podstawowymi potrzebami są potrzeby biologiczne, potem bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku, samorealizacji i na najwyższym poziomie samotranscendencji.

<sup>90</sup> P.G. Zimbardo, dz. cyt., s 69.

fundamentalnym znaczeniu psychiki, zwłaszcza nieświadomości, jako rezerwuaru sił napędowych osobowości<sup>91</sup>.

Jego nauczanie opierało się na podziale psychiki na trzy części:

- Id – nieświadomy rezerwuar energii, potrzeb i pragnień. Motywacja wypływająca z ID jest chęcią do unikania przykrości, a przeżywania przyjemności. Leży poza strefą świadomości.
- Superego – strażnik moralności i wartości. Składowe tego systemu to „superego” idealne, w którym znajdują się ideały, oraz „sumienie” jako nagradzające lub karzące za zachowanie.
- Ego – świadomy zarządca osobowości. Ego działa w oparciu o wartości i system moralny. Od niego zależy siła osobowości, siła woli i motywacja. Pozostaje w relacji z id czerpiąc z niego swoją siłę<sup>92</sup>.

Celem Freuda w rozwijaniu metody leczenia zaburzeń psychicznych było wyjaśnienie „całej osoby”, każdego aspektu psychiki i zachowania za pomocą jednej wielkiej teorii. Odnosił się do procesów nieświadomych, które dominują w osobowości człowieka i powodują zaburzenia psychiczne. Freud był twórcą medycznej techniki zaburzeń psychicznych zwanej psychoanalizą. Kładzie ona nacisk na tak zwane freudowskie pomyłki, inaczej mówiąc przejęzyczenia, oraz czynności pomyłkowe, sny, oraz swobodne skojarzenia gromadzące wskazówki co do nieświadomych konfliktów, które, jak domniemuje się, podlegają świadomej cenzurze<sup>93</sup>.

Freud uważał pojawienie się objawów schizofrenii jako wynik wewnętrznych konfliktów. Pragnienia czy inne impulsy odczuwane przez człowieka nie zostają zaakceptowane przez niego. Dlatego w wyniku mechanizmu zwanego projekcją<sup>94</sup> osoba doświadczona tym zaburzeniem przenosi całkiem nieświadomie pragnienia czy impulsy na inną osobę, zachowując się tak, jakby one pochodziły od niej. Z tego wynika przekonanie osoby chorej o prześladowaniu jej przez inne osoby<sup>95</sup>. Niestety, nie poparł tej tezy w pełni naukowo.

Zygmunt Freud wraz z Melanią Klein w swoim dorobku zawierają także pewne odkrycia dotyczące psychozy. Odnoszą się one do aparatu psychicznego jako tworu, który powołany jest

---

<sup>91</sup> Tamże.

<sup>92</sup> Tamże.

<sup>93</sup> P. Zimbardo, R. Johnson, V. McMann, dz. cyt., s. 65.

<sup>94</sup> Projekcja – mechanizm obronny, którego przyczyną jest brak akceptacji siebie wynikający z niezadowolenia ze sposobu postępowania, wad lub błędów. Człowiek, używając tego mechanizmu, broni się przed superego, które jest głównym oskarżycielem, obciążając negatywnymi cechami inne osoby. Obrona polega na ataku innych osób za problemy tkwiące w jednostce.

<sup>95</sup> J. D. Stirling, J. s. E. Hellewell, dz. cyt., s. 58.

do działania poprzez wymagania zasady rzeczywistości. Dotyczą części aparatu psychicznego, który związany jest ze świadomością wrażeń zmysłowych. Zwracają również uwagę na popędy życia i śmierci, a w szczególności na ważność konfliktu między nimi<sup>96</sup>. Ten konflikt jest bardzo ważnym odkryciem w kontekście poznania natury psychozy.

Kolejnym bardzo istotnym *novum* dotyczącym tego zjawiska jest pozycja schizoidalno-paranoidalna, która stanowi pierwotną i bardzo prymitywną organizację aparatu psychicznego. Jej znaczenie jest o tyle istotne, że mechanizmy tejże pozycji pozwalają na strukturalizację doświadczenia i opanowanie pierwotnego chaosu panującego w psychice mającej trudność badania rzeczywistości. Bazując przy tym na kategoryzacji dobry-zły, oraz w relacji ego-obiekt. Przewaga doświadczeń złych nad dobrymi, niezależnie czy z zewnątrz, czy wewnątrz, daje impuls do pojawienia się patologicznych zjawisk<sup>97</sup>.

Kolejne odkrycie dotyczy psychotycznej osobowości. Jest to o tyle istotne, że określa schizofrenika jako takiego pacjenta, u którego w sposób szczególny uwidacznia się przewaga psychotycznej osobowości<sup>98</sup>. Samą osobowość psychotyczną określa jako pewien stan, który jest przyczyną szeregu możliwych do zaobserwowania symptomów<sup>99</sup>.

Temat schizofrenii podjęli również inni „psychodynamicy”. K. G. Jung wraz z H. S. Sullivan wypracowali teorię mówiącą o zależności występowania zaburzenia od stresu. Stres psychologiczny wywołuje mechanizm zwany regresją<sup>100</sup>. W wyniku stresu, gdy zawiodą mechanizmy obronne, osoba nie radzi sobie z problemami, skutkuje to pojawieniem się schizofrenicznych objawów. Teoria ta wynika z faktów mówiących o zależności występowania załamania schizofrenicznego po przeżytych poważnych stresach. Nie zyskała ona wielu zwolenników, a nawet byli tacy, którzy twierdzili, że te wydarzenia nie mają ze sobą nic wspólnego<sup>101</sup>.

Temat wpływu stresu na wystąpienie schizofrenii jest nadal tematem otwartym. Dzisiejsze czasy przynoszą trochę inne spojrzenie na tę chorobę. Stwierdza się, że stresory mają silniejsze oddziaływanie na ludzi dotkniętych tym zaburzeniem, oraz ich wpływu na prawdopodobieństwo nawrotów. Model psychopatologiczny podatność-stres wydaje się być

---

<sup>96</sup> J. Groth, *Natura psychozy według Wilfreda R. Biona*, [w:] *Współczesna Psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*, red. L. Cierpiałowska, J. Gościniak, Poznań 2008, s. 63.

<sup>97</sup> Tamże, s. 67.

<sup>98</sup> Tamże, s. 64.

<sup>99</sup> Tamże.

<sup>100</sup> Mechanizm obronny człowieka, w którym osoba będąca w trudnej sytuacji cofa się lub przyjmuje postawę z wcześniejszego etapu rozwoju. Charakterystyczne są zachowania występujące u dzieci – tupanie nogami, rzucanie się na podłogę, krzyki, mowa dziecięca. W formach zachowania regresyjnego wyróżnia się między innymi ucieczkę w chorobę, objawy somatyczne, negatywizm, rezygnację, nostalgię, ucieczkę w bezradność albo wyładowanie gniewu i złości.

<sup>101</sup> J. Strling i inni, dz. cyt., s. 59.

zasadnym w tych stwierdzeniach. Człowiek nieobarczony podatnością na to schorzenie nie zachoruje na schizofrenię nawet w sytuacjach wielu przeciwności życiowych. Osoba cechująca się podatnością na przeciwności życia może zareagować psychozą<sup>102</sup>. Nie bez znaczenia pozostaje biologiczny fundament stający za tą teorią. Odnosi się on do zwiększonej ilości wydzielania kortyzolu w czasie stresu, który może odpowiadać za nasilenie symptomów poprzez zwiększenie aktywności dopaminy<sup>103</sup>.

Jako do zadań psychiatrii należy jak najdokładniejsze opisanie objawów schizofrenicznych i dopasowanie ich do rodzajów schizofrenii, tak psychoanalitycy zajmują się głównie nieświadomymi procesami psychicznymi. Główną rolę odgrywa tu rozszczepienie, gdyż *schizofrenia* z greckiego oznacza właśnie rozszczepioną duszę. W schizofrenii procesy rozszczepienia mają bardziej natężony wydzźwięk oraz inny charakter<sup>104</sup>. O rozszczepieniu w schizofrenii więcej w następnym podpunkcie.

Istotnym spojrzeniem na schizofrenię jest zrozumienie trudności, z jakimi borykają się chorzy nią dotknięci. Do tych trudności niewątpliwie zaliczają się te związane z procesami **poznawczymi**, w skład których między innymi zaliczyć trzeba uwagę, pamięć oraz rozwiązywanie problemów. Wydają się one być kluczowymi w ujęciu poznawczym tego zaburzenia<sup>105</sup>. Istotne również są czynności poznawcze, takie jak: spostrzeganie, wyobraźnia, pamięć, język, selekcja i przetwarzanie informacji, oraz myślenie<sup>106</sup>. Zakłócenia w ich obrębie wynikają z dysmetrii poznawczej związanej z zaburzeniami koordynacji pomiędzy myśleniem i działaniem. Zaburzone funkcje poznawcze nie pozwalają człowiekowi uczyć się nowych rzeczy, korzystać z doświadczeń wcześniej przeżytych, adekwatnie reagować na różnego rodzaju bodźce a nawet planować i realizować swoje plany. Niestety, nie pozwalają także na zrozumienie relacji międzyludzkich, czy też pojęcie przyczyny intencji i skutku działania, nie mówiąc już o ograniczeniach jakich są przyczyną, np. w przestrzeganiu zobowiązań czy umów (w tak bardzo istotnych chwilach jak zawieranie małżeństwa).

Wgłębiając się bardziej w poznawczą teorię schizofrenii, należy zrozumieć, czym są funkcje poznawcze. Definiowane są one jako te czynności psychiczne, które pozwalają

---

<sup>102</sup> M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, dz. cyt., s. 448.

<sup>103</sup> Tamże.

<sup>104</sup> P. Kutter, *Współczesna psychoanaliza psychologia procesów nieświadomych*, Gdańsk 2000, s. 124.

<sup>105</sup> A. Beck, N. Rector, N. Stolar, P. Grant, *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Kraków 2010, s. 13.

<sup>106</sup> M. Węgrzecka, *Zarys psychologii*, Kraków 2000, s. 70.

człowiekowi uzyskiwać orientację w otoczeniu, podejmować właściwie decyzje, realizować plany i działać. Pomagają analizować sytuacje, zdobywać informację i formułować wnioski<sup>107</sup>.

Funkcjonowanie poznawcze jest również definiowane jako zdolność przetwarzania myśli, a funkcje poznawcze jako obszary związane z myśleniem. Do obszarów tych zalicza się wcześniej już wymienioną pamięć, zdolność uczenia się nowych informacji, komunikację, mowę oraz czytanie ze zrozumieniem. W schizofrenii jako na fundamentalne problemy wskazuje się pamięć operacyjną, uwagę, czujność, prędkość przetwarzanych informacji, pamięć i uczenie się słowne, szybkość psychomotoryczną. Bardzo istotnym jest brak selektywności i trwałości uwagi, zaburzenia pamięci epizodycznej i operacyjnej oraz trudności związane z planowaniem czy podtrzymaniem działania<sup>108</sup>.

W ujęciu poznawczym zwraca się uwagę na procesy prowadzące do zniekształceń poznawczych, takich jak tendencja do przypisywania sobie zasług za dobro i win za zło. Chodzi tu o procesy eksternalizacji i personalizacji związanych z deficytem „teorii umysłu”. Powiązane deficyty mają odbicie w problemach dotyczących empatii. Jako przykład można podać niezdolność do postawienia się w sytuacji innego człowieka czy też zrozumienia jego punktu widzenia<sup>109</sup>. Osoby doświadczone tym schorzeniem, chroniąc poczucie własnej wartości, obwiniają za to, co się nie udaje, inne osoby, a nie siebie, albo zamiast skłonności do depresji czy lęku mogą przejawiać skłonność do urojeń czy omamów, również w celu ratunku dla poczucia własnej wartości. Urojenia mogą być wielkościowe, co chroni chorego przed przekonaniem, że nie jest nic wart, jest do niczego, czy też nie jest godzien miłości<sup>110</sup>. Dlatego w podejściu poznawczym dość szczegółowo omawia się objawy pozytywne: urojenia, omamy, oraz objawy negatywne i zaburzenia myślenia. Ich zrozumienie zdaje się być niejako podstawą terapii poznawczej.

W teorii poznawczej urojenia są przekonaniem powodującymi ogromne cierpienie i prowadzącymi do dysfunkcji behawioralnych. Należy zatem rozróżnić same urojenia od przekonań<sup>111</sup>. Dlatego też ważnym jest poznawczy model urojeń, odnoszący się do urojeń paranoidalnych, wielkościowych i oddziaływania. W myśl tego stwierdzić należy, że główną rolę w myśleniu urojeniowym odgrywają procesy przetwarzania informacji, które zostają wypaczone. Egocentryzm i odnoszenie wszystkiego do siebie skutkuje złudnym wrażeniem

---

<sup>107</sup>Zob. A. Mosiołek, *Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego, Praca pogładowa*, [w:] „Psychiatria”, t. 12, nr 3, s. 128-136.

<sup>108</sup> Zob. Jędrzejczyk, *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii-wybrane aspekty*, [w:] „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, t. 33, z. 2 (2020), s. 272-283.

<sup>109</sup> D. Kingdon, D. Turkington, *Terapia poznawcza schizofrenii*, Kraków 2017, s. 25.

<sup>110</sup> Tamże.

<sup>111</sup> A. Beck, N. Rector, N. Stolar, P. Grant, dz. cyt., s. 20.

bycia w centrum uwagi i obiektu zainteresowania istot nie tylko ziemskich, lecz też tych pozaziemskich. Do tego na każdym poziomie urojeniowego przetwarzania informacji funkcje poznawcze są tak zaburzone, że prowadzą do błędów. Kumulacja błędów tworzy całkowicie nierealistyczną ocenę doświadczeń, działając na niekorzyść chorego<sup>112</sup>.

Omamy w ujęciu poznawczym definiuje się jako doświadczenia percepcyjne zachodzące mimo braku bodźców z zewnątrz, dotyczących wszystkich zmysłów. Również dla tych objawów opracowano model poznawczy, którego składowe to:

\*prekursory

- predyspozycje do tworzenia obrazów słuchowych,
- hiperaktywne akty poznawcze i przekonania,
- perceptualizacja,

\*wstępna fiksacja

- brak zahamowań,
- tendencja do poszukiwania przyczyn zewnętrznych,
- osłabione testowanie rzeczywistości,
- nadmierna pewność co do własnych opinii,
- pochopne wyciąganie wniosków,

\*utrzymywanie się

- przekonania urojeniowe o istnieniu zewnętrznej siły sprawczej,
- przekonania dotyczące głosów,
- oczekiwanie na ich pojawienie się,
- osobisty związek z głosami,
- zachowania podtrzymujące poczucie bezpieczeństwa,
- zewnętrzne czynniki wywołujące stres,
- tendencje rozumowania,
- przejście od gorących aktów poznawczych do słyszenia głosów<sup>113</sup>.

Kolejnymi w rozważaniu teorii poznawczej są objawy negatywne. Chory dotknięty tymi objawami czuje się jakoby był „oddzielony murem” od innych ludzi. Uczucie to odnosi się do izolacji społecznej. W zależności od tego, w jakim natężeniu owa izolacja jest postrzegana, może być przyczyną narażenia na samobójstwo. Niemożność utrzymania pracy, utrzymania rodziny, niezależności finansowej jest przyczyną negatywnych relacji z innymi członkami

---

<sup>112</sup> Tamże, s. 57.

<sup>113</sup> Tamże, s. 95.

rodziny i przyjaciółmi. Postrzeganie siebie jako nieradzącego sobie w codziennym życiu przedstawiane jest w kategoriach absolutnych, zmniejszając poczucie bycia akceptowanym<sup>114</sup>. Do tego dochodzi uczucie braku kontroli nad pamięcią i mową. Zaburzenia myślenia i zaburzenia procesów poznawczych kryją się za alogią i wycofaniem społecznym<sup>115</sup>.

U osób chorych na schizofrenię zaburzenia myślenia dotyczą części problemów językowych powodując poważne trudności w komunikacji. Odbieganie od tematu rozmowy, neologizmy to niektóre z przykładów pozytywnych zaburzeń myślenia. Negatywne objawiają się blokadą myśli, ubóstwem mowy i ubóstwem treści. Wynikiem zaburzeń procesów poznawczych są ograniczone zasoby poznawcze. Dlatego określone myśli z tytułu ”pomyśl, że jestem głupi” wyczerpują te zasoby, utrudniając jeszcze bardziej komunikację<sup>116</sup>.

Osoba dotknięta schizofrenią w kontaktach interpersonalnych często milczy, nie widząc sensu mówienia do kogoś, kto go nie tylko nie zrozumie, ale także – w jego odczuciu – jest negatywnie nastawiona<sup>117</sup>. Jej język jest zbyt osobisty, by mógł służyć komunikowaniu się z innymi<sup>118</sup>.

Innym, bardzo istotnym podejściem do schizofrenii, zajęła się teoria rodzinna. Dominującym w niej terminem jest pojęcie „schizofrenogenicznej matki”. A. Kępiński mówił wręcz o schizofrenogenicznej rodzinie, w której jest zaburzona struktura i atmosfera, a człowiek w niej rozwijający się doświadcza dużej wrogości między rodzicami. „Schizofrenogeniczna matka” cechuje się niewłaściwym stosunkiem do dziecka, brakiem uczuć macierzyńskich, które są maskowane przez przesadną troskę. Wynika to z utajonej wrogości do dziecka. Niepewność co do roli matki odbija się w braku możliwości okazywania swoich uczuć wobec dziecka. Określana wręcz jako „zimna” w swoich uczuciach, despotka uwielbiana manipulować, rządzić i dominować<sup>119</sup>. Doświadczająca frustracji nie pozwala na tzw. „przecięcie pępowiny”, panując nad każdym krokiem swojego dziecka, wiążąc go jak pająk w sieci, ogranicza jego swobodę. Potrafi rzutować swoje marzenia i uczucia nawet erotyczne na dziecko, najczęściej syna. Dziecko, które nie doświadczyło uczuć matki, wykazuje się zaburzonym albo całkowitym brakiem zaufania do innych ludzi, co w rezultacie może prowadzić do schizofrenii. W rodzinie schizofrenogenicznej ojciec zdominowany przez despotyczną żonę-matkę pozostaje na boku, nie jest partnerem, z którym ona się liczy, wręcz jest lekceważony i zepchnięty na margines życia

---

<sup>114</sup> Tamże, s. 130.

<sup>115</sup> Tamże, s. 126.

<sup>116</sup> Tamże, s. 23.

<sup>117</sup> A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Warszawa 1987, s. 147.

<sup>118</sup> Tamże.

<sup>119</sup> A. Kępiński, *Schizofrenia...*, s. 138.

w takiej rodzinie. Dostyc często właśnie on zakłóca cały ład w rodzinie, popadając na przykład w alkoholizm<sup>120</sup>.

Ciekawą teorią wysnutą przez Batesona i jego współpracowników na temat przyczyn schizofrenii jest tak zwane „podwójne wiązanie”. Jest to stan, w którym pojawiają się dwa niezgodne ze sobą komunikaty. Może pojawić się nawet kilka komunikatów, niemożliwych do pogodzenia. Chodzi o takie komunikaty, które w efekcie są ze sobą sprzeczne. Osoba je odbierająca (też dziecko), nie mogąc ich pogodzić, pozostaje w sytuacji nie mającej wyjścia<sup>121</sup>. Zawsze wywoła niezadowolenie u siebie i innych powstałe z braku niemożności ich pogodzenia. Osoba doświadczająca dysonansu poznawczego doświadcza również „rozdarcia” między możliwością wyboru. Można za przykład podać osobę, która żyje w rodzinie uznawanej za bardzo religijną wyznającą niepodważalne wartości, a trudniącą się procederem np. aborcji w podziemiu aborcyjnym. Uznając życie ludzkie za święte od poczęcia i jednocześnie trudniąc się jego zabijaniem, wskazuje dwie sprzeczne sytuacje niemożliwe do przyjęcia.

Koncepcja podwójnego wiązania zwana również „pułapką wiązania” (double-bind-methode), odnosi się także do sytuacji, w której osoba wpada w potrzask zasypywana sprzecznymi informacjami ze strony bliskich. Nie potrafi ona wtedy rozróżnić prawdy od fałszu, rzeczywistości od złudzenia. Pozostawia znamienne skutki, zwłaszcza w psychice dziecka czy dorastającego młodzieńca. Sytuacje takie można zrozumieć, kiedy na przykład wyobrazimy sobie, że: ktoś zamiast litery A pisze Y, lub mówi, że czujemy się wspaniale, gdy my jesteśmy bardzo zmęczeni, albo gdy jest wobec nas brutalny, zapewniając jednocześnie o swojej miłości<sup>122</sup>.

Pułapką jest to, że osoba sama już nie wie, czy to ona niewłaściwie widzi świat, czy też ta druga osoba po prostu kłamie. Jeżeli druga osoba jest postacią znaczącą, trudno jest pogodzić się z faktem, że mówi nieprawdę. Więc jeżeli założymy brak kłamstwa u osoby znaczącej, to wywnioskujemy stan, w którym to my w fałszywy sposób oceniamy rzeczywistość. Biorąc pod uwagę częstotliwość takich nieporozumień, a osoba znacząca posiada jakąś władzę uzależniającą nas od siebie, to będzie tylko kwestią czasu zaakceptowanie przez nas fałszywego obrazu rzeczywistości. Tak można zrozumieć ten problem, używając własnej wyobraźni.

Podobny skutek wywołują tzw. informacje mistyfikujące. Informacje te są tak zredagowane, że nie oddają tego, co naprawdę dzieje się w rzeczywistości. Istotą mistyfikacji

---

<sup>120</sup> Tamże.

<sup>121</sup> J. D. Stirling, J. s. E. Hellewell, dz. cyt., s. 60.

<sup>122</sup> P. Kutter, dz. cyt., s. 127.

jest nienazywanie po imieniu rzeczy, a odbiorca nie wie, o co chodzi<sup>123</sup>. Do mistyfikacji należy zaliczyć sytuację, w której osoba znaczącą wie wszystko lepiej<sup>124</sup>.

Jeszcze inna z teorii odnosi się do anomalii w związkach rodziców rzutujących w późniejszym czasie na rozwój zaburzenia. W tym podejściu rozróżniono termin *nierównowagi* i termin *rozłamu*. Nierównowaga występuje wtedy, gdy w związku małżeńskim jeden z małżonków dominuje, a drugi pozostaje podległy. Rozłam odnosi się do związku, który jest nacechowany dystansem emocjonalnym<sup>125</sup>.

Obserwując rodziny osób dotkniętych schizofrenią, można zauważyć, że nieświadome procesy zachodzące w osobowości schizofrenika zachodzą również wśród osób mu najbliższych. Zwraca się uwagę na nieprawidłowe formy odczuwania, myślenia oraz działania, które w momencie skierowania na zależne od rodziców dziecko, w swoim skutku mogą doprowadzić do wtórnych zaburzeń, a nawet obłądu<sup>126</sup>.

Koncepcja Lainga wysunęła wniosek, dzięki któremu schizofrenię określono jako zdrową relację na zaburzone środowisko. Zaburzone relacje rodzinne godzą w „ja” osoby zależnej, a rozwój schizofrenii u jednego z członków pomaga w unormowaniu napięć panujących w rodzinie. Reasumując, osoba dotknięta schizofrenią pełni rolę kozła ofiarnego w dysfunkcyjnej rodzinie<sup>127</sup>.

Ilu badaczy, tyle hipotez broniących słuszności swoich stwierdzeń. Jeszcze jedną z ciekawszych, też próbujących rozwikłać przyczyny schizofrenii jest ta, która odnosi się do interakcji rodzinnych. Upatruje się w niej nie może samych przyczyn, co sposobu wpływu interakcji rodzinnych na przebieg samego zaburzenia. Szczególnie pod uwagę wzięto zapadalność chorego na kolejne epizody. Sprawa dotyczy tzw. wyrażanych emocji – terminu stosowanego do opisanego negatywnych uczuć wyrażanych wobec chorego na schizofrenię członka rodziny. Częściej następują nawroty u osób, które mieszkają w domach o nasilonym poziomie wyrażania emocji. Spojrzenie to zaowocowało powstaniem terapii rodzinnej wykorzystywanej w celu ograniczenia skutków schorzenia<sup>128</sup>.

Ostatnimi czasy rozważa się podejście poznawczo-neuropsychologiczne. Wiąże się ono z pytaniami o korelację objawów schizofrenii z anomaliami konkretnych funkcji psychicznych.

---

<sup>123</sup> Tamże.

<sup>124</sup> Zobacz film *Family Life* w reżyserii Kenneth Loach, w którym przedstawione jest życie młodej dziewczyny. Dorastająca dziewczyna pod wpływem sprzecznych informacji, oraz odrzucenia rodziców, nie w pełni przez nich świadomego, coraz mniej ufa sobie, skutkiem czego jest doświadczenie przez nią obłądu.

<sup>125</sup> J. D. Stirling, J. S. E. Hellewell, dz. cyt., s. 60.

<sup>126</sup> P. Kutter, dz. cyt., s. 126.

<sup>127</sup> J. D. Stirling, J. S. E. Hellewell, dz. cyt., s. 60.

<sup>128</sup> Tamże, s. 61.

Konkretnie mowa o świadomości i pamięci. Teoria dotycząca objawów bierności mówi o tym, że pojawiają się one, ponieważ chory nie obserwuje wystarczająco swoich myśli i działań. Jest to powód do nieuznawania własnych myśli za swoje, lecz przypisywane są one światu zewnętrznemu. W ten sposób powstają na przykład urojenia kontroli i halucynacje słuchowe<sup>129</sup>.

Podsumowując stwierdzić należy, że można doszukać się wielu przyczyn schizofrenii i mogą one wynikać z wielu czynników. W rozdziale pierwszym przedstawiono czynniki mające podłoże medyczne. Są też czynniki, które mają podłoże psychologiczne lub środowiskowe. Na użytek tej pracy, biorąc pod uwagę doświadczenie i towarzyszenie osobom obciążonym tym zaburzeniem, autor pracy skłania się do przyjęcia teorii schizofrenogennej rodziny z schizofrenogenną matką, podwójnego wiązania oraz teorii rodzinnej.

## 2.2. Psychologiczna zdolność do rozeznania rzeczywistości

Antoni Kępiński za dwa kluczowe objawy schizofrenii przyjmuje **rozszerzenie** funkcji psychicznych oraz **autyzm**. W obydwu tych objawach upatruje zaburzenie, które polega na nieprawidłowej wymianie informacji ustroju z otoczeniem. Aby móc zrozumieć cały obszar związany z tym zaburzeniem trzeba poznać istotę procesu życiowego człowieka. Według Kępińskiego istotą procesu życiowego jest nie to, co dzieje się wewnątrz ani na zewnątrz żywego układu, ale to, co zachodzi między nim a środowiskiem<sup>130</sup>.

Chcąc zrozumieć fenomen zaburzenia, trzeba zrozumieć tzw. świat schizofreniczny. Samo zrozumienie człowieka cierpiącego z powodu schizofrenii nie dotyczy tylko płaszczyzny intelektualnej, ale także innych płaszczyzn, w tym uczuciowej.

Świat schizofreniczny można podzielić na trzy obszary. Pierwszy obszar mieści się w ontologii, czyli istocie bytu (*Ónta* = rzeczywistość, byt realny). Drugi obszar eschatologiczny, obejmuje sprawy ostateczne (*eschatos* = ostateczny) i w schizofrenii wysuwa się na plan pierwszy. Trzeci charyzmatyczny, (*charisma* = łaska), to obszar który dotyczy sensu życia<sup>131</sup>.

W świecie szarego człowieka nie ma zbyt wiele miejsca na zastanawianie się w obszarze ontologii. Pytania dotyczące istoty bytu, koncepcji człowieka czy wszechświata nie są pytaniami dnia codziennego. Z reguły wszystko, co się tyczy tej tematyki, przyjmowane jest na zasadzie wiary w to, co inni wypracowali w tej materii. Ontologia schizofreniczna cechuje się głębokim zetknięciem ze światem. Główną jej cechą jest magia. W tym świecie każdym

---

<sup>129</sup> Tamże.

<sup>130</sup> A. Kępiński, *Schizofrenia...*, s. 130.

<sup>131</sup> Tamże.

postępowaniem kierują nadprzyrodzone siły. To, co jest materią, zmienia się w ducha, nierzadko jest odnoszone do sił boskich lub szatańskich i pozostaje areną do walki obydwu sił. Nie występuje niezależność, a człowiek doświadczony tym schorzeniem jest w samym centrum. Jak za skinieniem magicznej różdżki może swoim działaniem zmienić chociażby kierunek lotu ptaków. Porusza się w świecie fantazji, gdzie nie ma świata rzeczywistego<sup>132</sup>.

Obszar eschatologiczny wiąże się ze zmianą chorego i otaczającego go świata. Apokaliptyczny obraz końca świata jest coraz bardziej realny. W poczuciu zbliżającej się katastrofy, bezsilność i czarne myśli dominują w codziennym życiu, lub też zbliżająca się katastrofa traktowana jest jako rekompensata za różne niepowodzenia. Apokaliptyczna wizja katastrofy walki diabła z aniołem, sądu ostatecznego w schizofrenii nabiera niewyobrażalnych rozmiarów<sup>133</sup>.

W całej scenerii apokalipsy osoba chora jest samym centrum. To ona utożsamia się z Bogiem albo Szatanem, jest nieśmiertelna i może kierować całym światem. Chory sam, ratując cały świat przed zagładą, oddaje siebie w heroicznej ofierze. Doznaje objawień związanych z misją, której ma się podjąć w celu ratowania ludzkości. Misja ta jest sensem jego życia, a heroiczne poświęcenie siebie przez męczeństwo jest łaską, w której toczy się jego życie<sup>134</sup>.

Znamiennym znakiem osób dotkniętych schizofrenią jest filozofowanie, które jest jego własną filozofią. Świat stworzony przez niego samego, wraz z przedstawianą swoją filozofią, jest wart wszelakich cierpień i poświęceń, wraz z oddaniem życia.

Sfera uczuć również pozostaje zaburzona. Na początku wiąże się z ich tłumieniem. Potem uczucia są realizowane w marzeniach, niezależnie czy to na jawie, czy we śnie. Prawdziwe są tylko uczucia bardzo silne, inne są fałszywe i są one okazywane w wyniku przymusu wobec otoczenia. Nabierają na sile w czasie wybuchu psychozy. Ich dynamika przekracza zwykłą ludzką miarę<sup>135</sup>.

Osoby doświadczone schizofrenią nazywane są niekiedy „niebieskimi ptakami”, które to nie troszczą się o sprawy dnia codziennego, bujają w niebieskich obłokach marzeń. Jeżeli już podejmują się pracy, to traktują ją jako swoje powołanie lub misję do spełnienia, albo jako pole do spełnienia swoich marzeń i nietuzinkowych pomysłów.

W schizofrenii naskórek psychiczny nie grubieje, wynika to z ograniczenia kontaktów z otoczeniem oraz ogromnej wrażliwości. Nie zawsze udaje się osobie dotkniętej tym

---

<sup>132</sup> Tamże, s. 133.

<sup>133</sup> Tamże, s. 134.

<sup>134</sup> Tamże, s. 137.

<sup>135</sup> Tamże, s. 145.

zaburzeniem wyrazić to, co przeżywa, chociaż zdarzają się również osoby, które świetnie sobie radzą. Mimo sukcesów zauważa się pewien powiew lekkości w stosunku do spraw życiowych.

W świecie schizofrenii wyraźnie dąży się do prawdy, dlatego tak często w przedchorobowej historii życia pojawia się walka z zakłamaniami, tak bardzo obecnym w codziennym życiu. Wybuch psychozy pozwala wyjawić swoją postawę wobec zakłamania, pozwala on wyrzucić spiętrzone uczucia, marzenia i myśli. Jest on wybuchem bez świadomego udziału chorego<sup>136</sup>.

Według Kępińskiego stała świadomość rozbieżności między koncepcją siebie, swojej roli w życiu i otoczeniu a stanem faktycznym jest jednym z objawów rozszczepienia. Brak zadowolenia z własnego działania w otaczającym świecie zewnętrznym jest w efekcie przeniesieniem tegoż działania do świata wewnętrznego. W wyniku presji rzeczywistości, świat wewnętrzny staje się szary i maleje, dopiero wybuch psychozy uznać można za wyzwolenie z tej części własnego świata, która została w sposób brutalny usunięta ze świadomości poprzez rzeczywistość. Można powiedzieć, że wszystko to, co było dotychczas ukryte, zepchnięte ze świadomości, wyrzucone zostaje do świata zewnętrznego. Walka z naporem rzeczywistości nie potrzebuje kłamstwa, gdyż sama rzeczywistość przeistacza się według prawdy wewnętrznej chorego. Pojawia się zjawisko dysymulacji, które jest możliwe tylko wtedy, gdy obok rzeczywistości własnego świata przyjmuje się rzeczywistość zewnętrzną<sup>137</sup>.

Rozszczepienie dotyka również sfery seksualnej, zwłaszcza w zakresie obrazu własnego ciała. Narządy rodne stają się odrębną całością, która jest przyczyną rozkoszy, cierpienia i niepokoju. Rządzą się one swoimi prawami, koncentrując na sobie całą uwagę i uczucia. Są zarazem nienawidzone i wielbione. U kobiet dominuje potrzeba kochania i bycia kochaną. Tak więc rozszczepienie w życiu seksualnym jest słabiej zaznaczone. Niemniej jednak zwraca się uwagę na pewne objawy związane ze sferą seksualności. Są nimi: idealizacja, demonizacja, ambiwalencja, autoerotyzm, automatyzacja, magia oraz zaburzenia identyfikacji<sup>138</sup>.

Wracając do wcześniej przytoczonych teorii psychoanalitycznych, a zwłaszcza procesów nieświadomych, w tym kontekście proces rozszczepienia ujmowany jest w sile swojego natężenia i charakterze. Nie zostają wyodrębnione tutaj obszary procesów rozszczepienia ani nie zostaje wydzielona między nimi granica, lecz przenikają się one wzajemnie. By w pełni to zrozumieć, należy uświadomić sobie, że w psychice każdego schizofrenika obrazy nie są ostro oddzielone, ale istnieją obok siebie. Swoją aktywnością

---

<sup>136</sup> Tamże, s. 163.

<sup>137</sup> Tamże, s. 170.

<sup>138</sup> Tamże, s. 147.

wnikają w strefę świadomości. Obok obrazów terażniejszych występują obrazy z przeszłości. Jeszcze bardziej wnikając, zaznaczyć trzeba, że w tej schizofrenicznej psychice mają swoje miejsce sprzeczne obrazy innych ludzi<sup>139</sup>. Obrazy ludzi, którzy chorego rozczarowali, kochali, stygmatyzowali, uwielbiali itd., nakładają się na siebie, czyniąc ogromne spustoszenie.

Doświadczenie schizofrenii wiąże się z doświadczeniem stanu pomieszenia, dezorientacji i konfuzji. Świat zewnętrzny nie jest tuż spostrzegany zgodnie z rzeczywistością; świat wewnętrzny staje się światem zewnętrznym świata wewnętrznego. Proces rozszczepienia można uznać jako rozpaczliwą próbą ochrony dobrych obrazów przed złymi, destrukcyjnymi obszarami<sup>140</sup>.

Również odpowiadający pozycji schizoidalnej, (wcześniej przytoczanej) mechanizm rozszczepienia pojmowany jest jako struktura endopsychiczna ułatwiająca rozwiązanie konfliktu „nie do rozwiązania”. Rozszczepienie pomaga wycofać się i jednocześnie zachować pewną relację. Psychoza poprzedzana atakami paniki dotyczącymi zarówno więzi, jak i jej braku, pojawia się wtedy, gdy rozwój osobowości zostanie zafiksowany w relacji self-obiekt. Inaczej mówiąc zostaje zaburzone poszukiwanie własnej tożsamości i własnego ja. Efektem są urojenia będące przejawem braku odróżnienia świata zewnętrznego od wewnętrznego oraz odróżnienia ja od innych<sup>141</sup>.

Postrzeganie psychozy jako ataku na „ego” w pewien sposób uzależnione jest od osobowości psychotycznej i niepsychotycznej. Osoba dotknięta schizofrenią jest w danym momencie tą, u której przewagę bierze psychotyczna część osobowości. Dla lepszego zrozumienia tego mechanizmu należy zrozumieć, czym jest osobowość psychotyczna.

To osobowość, która po pierwsze jest rozszczepieniem dobrych i złych reprezentacji self-obiekt, po drugie jest identyfikacją projekcyjną skierowaną przeciw świadomości. Osobowość psychotyczna niszczy aparat świadomości<sup>142</sup>. Rozważając dalej, zwrócić uwagę należy na nienawiść osoby psychotycznej do rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej. Sięga ona aż do tej części „ego”, która odpowiada za kontakt z rzeczywistością. Zabijając to, co znieawidzone, spostrzeganie w tej części „ego” dochodzi do nieadekwatnego odbioru rzeczywistości. Uwalniając się od znieawidzonej rzeczywistości, osoba będąca w psychozie balansuje na granicy stanu, który nie jest ani życiem, ani śmiercią<sup>143</sup>.

---

<sup>139</sup> P. Kutter, dz. cyt., s. 125.

<sup>140</sup> Tamże.

<sup>141</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2012, s. 294.

<sup>142</sup> Tamże.

<sup>143</sup> Tamże.

W zrozumieniu rozszczepienia schizofrenicznego przydatnym wydaje się być wątek indywidualizacji i tożsamości. Utrata poczucia własnego ja – utrata osobowości, daje poczucie bycia martwym przedmiotem. Odczucie takie nazywa się tranzytywizm i wiązane jest ze złamaniem granicy między psychiczną rzeczywistością chorego a rzeczywistością zewnętrzną. Tranzytywizm jest niczym innym jak rzutowaniem swoich właściwości psychicznych albo fizycznych na inne osoby lub rzeczy w taki sposób, że nabierają one właściwości chorego, np. ktoś zabrał mu myśli, jakąś część ciała, czy mówi jego głosem. Odczucie chorego może być także odwrotne. Inne osoby lub rzeczy wnikają w niego samego, rządzą nim, a on sam całkowicie lub częściowo przestaje być sobą<sup>144</sup>.

Tranzytywizm jest odpowiedzialny za rozerwanie struktury ja, co oznacza, że człowiek doświadczony schizofrenią nie wie, kim jest i jaki jest<sup>145</sup>.

Poczucie tożsamości zależy od ja. Utrata aktu woli sprawdzającego ja staje się przyczyną utraty własnego „ja” i zarazem utraty bycia sobą. „Ja” chorego na schizofrenię jest innym „ja”. Zanika tożsamość samego chorego – staje się kimś innym. Brak zdolności integracyjnych pozwalających tworzyć całość w tym zaburzeniu zostaje osłabiona. Dochodzi do rozbicia całości (rozszczenia „ja”) – już nie ma jednego „ja”, ale jest ich kilka. Rozbicie to widać w mimice. Na twarzy osoby dotkniętej schizofrenią w rozszczepieniu „ja” zauważa się pewnego rodzaju rozkojarzenie. Malują się na niej jednocześnie sprzeczne uczucia, często określa się taką mimikę schizofreniczną, a wskutek autyzmu (opisanego poniżej) mimika schizofrenika często nie jest dostosowana do sytuacji zewnętrznej.

W parze z **rozszczeniem** jako kluczowy objaw występuje **autyzm**.

Samo pojęcie autyzmu ze *Słownika psychologii* przedstawione jest jako: „orientacja, która nie wykracza poza daną osobę” oraz „stan, w którym wewnętrzne rozumienie świata rządzi myślami, pragnieniami i uczuciami danej osoby”<sup>146</sup>.

Definicja ta pozwala stwierdzić pewną patologię rozumianą tutaj jako sprzeczność stanu wewnętrznego z rzeczywistością. Sprzeczność ta polega na postrzeganiu otaczających rzeczy w kategoriach fantazji, pragnień, snów różnych niż są w rzeczywistości. Cechą autyzmu jest także brak zrozumienia oraz intencji innych osób. Należy też pamiętać, że został ukuty przez Bleulera na określenie schizofrenii<sup>147</sup>.

---

<sup>144</sup> K. Drat-Ruszczak, *Psychologia schizofrenii*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, PWN, Warszawa 2010, s. 89.

<sup>145</sup> Tamże.

<sup>146</sup> A. S. Reber, E. S. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2005, s. 76.

<sup>147</sup> Por. rozdział I.

Antoni Kępiński podkreśla, że autyzm w schizofrenii jest przeciwstawieniem się metabolizmowi informacyjnemu. Osoba doświadczona schizofrenią zamyka się w sobie, wycofuje się z kontaktów z otoczeniem, stroni od ludzi, żyje we własnym świecie<sup>148</sup>. Takie wycofanie prowadzi do osłabienia lub wręcz zaniku wymiany informacyjnej z otoczeniem.

Autyzm towarzyszy chorym jeszcze na długo przed wystąpieniem samej psychozy<sup>149</sup>. Już od wczesnych lat młodzieńczych zauważa się wyobcowanie, niezrozumienie, inność i lęk skierowany w kierunku otaczającego środowiska. Można stwierdzić, że manifestowana jest postawa „od” otoczenia, przy czym często zdarza się, że we wczesnym dzieciństwie osoba taka postrzegana jest jako dobre, wręcz idealne dziecko. Nie zauważa się jednak lęku, braku kontaktów, inności czy nawet samotności. Narasta napięcie, nasila się wrażliwość i poprzez krążenie w błędnym kole następuje zamknięcie się w sobie<sup>150</sup>. Newralgicznym momentem staje się wybuch psychozy, prawo metabolizmu informacyjnego wygrywa z autyzmem. Powstaje fikcja. Skoro nie da się żyć w świecie prawdziwym, trzeba się przenieść w świat urojeń.

Można stwierdzić, że postawa autystyczna pojawia się wcześniej niż samo rozpoznanie schizofrenii. Czy można ją jednak uznać za jej zwiastun?

Kępiński zwraca uwagę na tę postawę, a zwłaszcza na manifestujące ją objawy: zmniejszony stopień aktywności i zmniejszone poczucie rzeczywistości. Zwraca uwagę na aktywność, która jest wymuszona, stąd mowa o dobrym dziecku, idealnym uczniu, jako niewpływającej na poczucie rzeczywistości, tylko jako aktywności wykonywanej z automatu<sup>151</sup>.

Świat człowieka to świat społeczny. Schizofrenia cechuje się zaburzeniem spojrzenia na ten świat, deformując go. Zmienia się także obraz własnego ciała. Wszystko to daje otwartą drogę do powstawania omamów i urojeń, zwłaszcza urojeń hipochondrycznych. Wycofanie z życia społecznego powoduje coraz większe i mocniejsze przeżywanie samego siebie. Sam obraz siebie jest jednocześnie jasny i ciemny, raz jest się wielką wspaniałą osobą, drugi raz jest się nędzarzem bez żadnej wartości. Upiętywający czas obcina skrzydła marzeniom.

Inny wybitny pionier psychiatrii E. Minkowski rozróżnił dwa rodzaje autyzmu – bogaty i pusty. Definiował autyzm jako zaburzenie osobowości, przy czym osobowość rozumie jako jestestwo lub byt osobowy. Jego ujawnienia upatrywał się w niewłaściwym postrzeganiu, określaniu oraz realizowaniu celów, znaczeń w relacjach jednostki ze światem. W schizofrenii

---

<sup>148</sup> A. Kępiński, dz. cyt., s. 194.

<sup>149</sup> Tamże.

<sup>150</sup> Tamże, s. 195.

<sup>151</sup> Tamże.

określał autyzm jako zaburzenie generujące przeżycia, ujawniające się w psychice osoby schizofrenią dotkniętej<sup>152</sup>.

Należy pamiętać o tym, że akty psychiczne zmieniają się pod wpływem rzeczywistości. Odkrywają również prawdę o niej, a w pewnym zakresie są racjonalne. Objawy chorobowe mają u swoich podstaw zaburzenia generujące, dlatego można zauważyć, iż choroba wyłania się z szerszej rzeczywistości, określającej sposoby przeżywania przez osobę, oprócz czasu i przestrzeni, również naturę powiązań osobowości z rzeczywistością<sup>153</sup>.

Autyzm również oznacza pewnego rodzaju zaburzenie kontaktu osoby z otoczeniem i zamknięcie jej w świecie własnych przeżyć. Oznacza też odsunięcie się osoby od realnego świata. Wywołuje często utratę poczucia rzeczywistości. Osoba woli świat wymaginowany od prawdziwego. Sam autyzm pozostaje jednak synonimem zamknięcia się w sobie<sup>154</sup>.

Podążając nadal za myślą Minkowskiego, zauważa się, że autyzm nie może odnosić się tylko do emocji i myśli. Należy zwrócić uwagę na pierwotnie autystyczną aktywność, która łączy objawy schizofrenii i jest uznawana za przyczynę wchłaniania całej osobowości przez chorobę. Oznacza to, że osoba rozgraniczająca „ja” i świat zewnętrzny kieruje się sama na siebie nie tylko w wymiarze psychicznym, lecz też fizycznym. Przytoczona osoba, zwana schizodem, realizuje w świecie materialnym swoje zamiary, nie licząc się wcale ani z tym światem, ani z celami uzewnętrznionymi. Dzieło zawsze przekracza „ja” osoby<sup>155</sup>.

Autyzm bogaty to taki, którego prototypem są procesy psychiczne, takie jak sen i tworzenie świata wymaginowanego. Osoba autystyczna używa tych procesów przede wszystkim. W tym rodzaju autyzmu osoba chora poszukuje jeszcze sił życia<sup>156</sup>.

Autyzm ubogi to taki, który wiąże się z brakiem i nicością. Osoba tonie w pustce, a autyzm generuje schizofrenię w jej najczystszej postaci, powodując u chorego zaprzestanie poszukiwania sił życia, można powiedzieć, że gaśnie promyk życia. Charakterystycznym dla autyzmu ubożego jest deficyt przylegającego do świata „boku” osobowości. Osoba taka przebywa tylko w swoim pokoju, nie interesuje się niczym innym, nie wykazuje pragnień ani potrzeby komunikacji<sup>157</sup>.

Kępiński autyzm bogaty (pełny) i ubogi (pusty) ściśle odnosi do rozszczepienia. Odnosząc się do niezadowolenia z własnej aktywności w otaczającym świecie wewnętrznym,

---

<sup>152</sup> E. Minkowski, *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris 2002, s. 101.

<sup>153</sup> Tamże.

<sup>154</sup> Tamże, s. 168.

<sup>155</sup> Tamże, s. 178.

<sup>156</sup> Tamże.

<sup>157</sup> Tamże.

można powiedzieć, że autyzm jest przyczyną przeniesienia tejże aktywności do świata wewnętrznego. Rozszczepienie pomiędzy tymi dwoma światami działa pobudzająco tylko do pewnego momentu. Potem następuje dysonans między światem rzeczywistym a nierzeczywistym, który owocuje szarością i ubogością świata wewnętrznego. Wracając w tym miejscu do autyzmu, należy właśnie zwrócić uwagę, że autyzm bogaty odpowiada pierwszej fazie rozszczepienia między światem wewnętrznym a zewnętrznym. Natomiast autyzm ubogi odpowiada drugiej fazie rozszczepienia, w której to świat wewnętrzny ubożeje<sup>158</sup>.

Należy stwierdzić też, że autyzm pusty w okresie przed wystąpieniem choroby jest o wiele niebezpieczniejszy od autyzmu pełnego. Tłumaczy się to tym, że to, co zostało stłumione i przestało być tematem przeżyć świadomych, posiada większą dynamikę i prościej prowadzi do rozbicia struktury osobowości od tego, co pozostało bardziej przybliżone do świata realnego<sup>159</sup>.

Autyzm bogaty jest skutkiem braku niemożności wyrażenia tego, co dana osoba przeżywa, niechęci zrozumienia otoczenia i wczucia się w świat schizofrenika, a autyzm ubogi jest następstwem wyczerpania się tematyki świata chorego, która w wyniku braku zasilania zewnątrz ubożeje. Autyzm i rozszczepienie w schizofrenii współistnieją razem, przenikają się i uzupełniają<sup>160</sup>.

Do tematyki związanej z rozszczepieniem i autyzmem osób dotkniętych schizofrenią należy dodać znaczący wątek opisujący przeżycia i odczucia ich samych. Odczucia te przyczyniają się według samych chorych do tworzenia bariery w relacjach społecznych.

Stygmatyzacja – zwrócenie uwagi na stygmatyzujące postawy rodziny, otoczenia. Osoba raz zdiagnozowana pozostanie zawsze dla otoczenia osobą chorą, pacjentem (z *zielonymi papierami*), a dopiero później istotą obdarzoną np. talentami. W tym przedziale mieszczą się odczucia braku wysłuchania, traktowania poważnego itp. Raz przyczepiona etykieta nigdy nie zostanie usunięta<sup>161</sup>.

Nadwrażliwość na stymulację – ekstra wymiar, rodzaj dodatkowej jasności. Podczas rzutu choroby odczuwa się bombardowanie przez bodźce. Samo wycofanie czy pozostawanie głuchym spełnia rolę adaptacji. Wszystko to w odczuciu chorego podobne jest do chwilowego zaćmienia. Nagromadzone napięcie wybucha w mózgu<sup>162</sup>.

---

<sup>158</sup> A. Kępiński, dz. cyt., s. 168.

<sup>159</sup> Tamże, s. 169.

<sup>160</sup> Tamże.

<sup>161</sup> K. Drat-Ruszczak, dz. cyt., s. 81.

<sup>162</sup> Tamże.

Nadwrażliwość na negatywne aspekty relacji z innymi – brak możliwości radzenia sobie z emocjami i doświadczeniami społecznymi. Codzienne relacje przeżywane zbyt mocno wywołują mętlik. Ograniczenie kontaktów wbrew swemu pragnieniu wynika z nieumiejętności reakcji w kontakcie z drugą osobą. Występuje lęk wobec najbliższych<sup>163</sup>.

Trudności w koncentracji uwagi i komunikacji – wyrażają się w poplątaniu myśli. Myśl nie prowadzi do niczego, nie ma możliwości wyjaśnienia swoich słów. W rozmowach większej ilości osób panuje chaos, hałas wbijający wprost w myśli chorego. Reakcje na bodźce ulegają rozproszeniu<sup>164</sup>.

Dziwaczne przeżycia i zachowania – odnoszą się do urojeń, halucynacji, oraz zjawisk utraty znaczenia. Doświadczenie dyfuzji – utraty znaczenia przedmiotów, a nawet ludzi aż do niemożności przypomnienia, kim oni są<sup>165</sup>.

Utrata „ja” i strach przed pochłonięciem – utrata poczucia siebie, utrata ciągłości między teraźniejszością, przeszłością i przyszłością. Utrata sprawstwa własnego doświadczenia. W chwili wybuchu choroby świat załamuje się, a chory pozostaje samotnym porzuconym w martwym morzu. Poczucie bycia nikim, rzeczą, maszyną kierowaną przez innych, utrata granic między nim samym a otoczeniem, sprawiają, że chory nie wie, gdzie kończy się on sam, a zaczynają inni<sup>166</sup>.

Przedstawione doświadczenie rozszczepienia, autyzmu oraz odczuć osób dotkniętych zaburzeniem pozwala poniekąd zrozumieć (niestety tylko w minimalny sposób), czym jest rzut choroby. W sytuacji zawierania małżeństwa nie ma możliwości, by było ono zawarte. Wynika to z niemożności przekroczenia bariery opisanych wyżej doświadczeń. W remisji choroby objawy te pozostają w „uśpieniu”, a chory powoli ma możliwość do powrotu w świat normalności. W tym oprócz farmakoterapii pomoc ma również jedna z przedstawionych możliwości terapii.

### **2.3. Terapie stosowane w zaburzeniu**

Jeszcze do niedawna wydawało się, że leczenie schizofrenii może odbywać się tylko w warunkach szpitalnych. Pogłębienie wiedzy nie tylko medycznej, ale także psychologicznej i społecznej pozwala, spojrzeć na to zaburzenie w innym świetle. Uważa się obecnie, że leczenie

---

<sup>163</sup> Tamże.

<sup>164</sup> Tamże.

<sup>165</sup> Tamże, s. 81.

<sup>166</sup> Tamże, s. 82.

należy prowadzić w środowisku najbliższym dla chorego. Pozwala to zapobiec jego wypadnięciu z sieci rodzinnej, edukacyjnej, społecznej oraz zawodowej. Niekiedy zachodzi potrzeba umieszczenia chorego w szpitalu – gdy zagraża sobie albo najbliższemu otoczeniu lub gdy zdradza ostre objawy psychotyczne. Jednakże poza tymi koniecznymi hospitalizacjami kładzie się nacisk na leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Psychiatria środowiskowa powołana jest do zajmowania się osobą dotkniętą schizofrenią (i nie tylko tym schorzeniem), najbliżej miejsca zamieszkania chorego. Organizacja jej ma na celu jak najlepszy dostęp do poradni zdrowia psychicznego, dziennych, coraz bardziej popularnych form opieki, zespołu leczenia środowiskowego, grup wsparcia itp.<sup>167</sup>

Mimo takiego założenia w organizacji psychiatrii środowiskowej trudno jest po pierwsze przełamać barierę lęku przed stygmatyzacją i etykietowaniem, po drugie osoby z mniejszych miejscowości mają problem w dostępności do tejże opieki.

Główną metodą leczenia, jak już wcześniej wskazano, jest leczenie farmakologiczne. Wsparciem tego leczenia są różnego rodzaju terapie mające zastosowanie w przypadku schizofrenii.

### **2.3.1. Terapia rodzinna**

Inspiracją do opracowania takiej metody pracy z chorym były wyniki badań łączących zjawisko nawrotu choroby z dosyć wysokim wskaźnikiem ekspresji emocji u członków jego rodziny<sup>168</sup>. Głównym jej celem, oprócz zrozumienia istoty zaburzenia, jest pomaganie w doskonaleniu umiejętności radzenia sobie, rozwiązywanie problemów i nauka komunikacji w rodzinie. Terapeuci pracują nie tylko z chorym, ale także z członkami jego rodziny. Terapia ta ma w swoim założeniu zmniejszenie liczby nawrotów choroby. Jej zastosowanie oceniane jest jako dobre. Przynosi poprawę u około 50% pacjentów (oczywiście wraz z leczeniem farmakologicznym), nie przynosi skutków ubocznych i może trwać w bliżej nieokreślonym czasie<sup>169</sup>.

Obecnie w terapii rodzinnej dominują dwa podejścia: pierwsze określane jako systemowe, drugie jako psychoedukacyjne.

---

<sup>167</sup> P. Gałęcki, A. Szulc, dz. cyt., s. 176.

<sup>168</sup> J. N. Butcher, J. M. Hooley, S. Mineka, dz. cyt., s. 589.

<sup>169</sup> M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, dz. cyt. s. 494.

Podjęcie systemowe wypłynęło z głównego zainteresowania schizofrenią i rolą rodziny w jej powstawaniu. Wiadomym jest przecież, że schizofrenia zaburza znacznie funkcjonowanie systemu rodzinnego<sup>170</sup>. Sama choroba w rodzinie pełni funkcję regulacyjną. Rozumieć przez to należy fakt zapadania na nią najsłabszego członka, przy czym jego trudności związane z chorobą mają za zadanie przywrócić integralność systemu. Dlatego też uważano za przyczynę schizofrenii reakcję najsłabszego jej członka. Przytoczona wcześniej postać schizofrogennej matki pozwoliła na coraz to większe zrozumienie roli rodziny w nie tylko zaistnieniu tego schorzenia, lecz także w próbie pomocy choremu i jego rodzinie. Oczywiście nie tylko sama schizofrogenna matka była tematem rozważań. Odnoszono się także do schizofrogennej rodziny, niestabilnego konfliktowego związku małżeńskiego, podwójnego wiązania czy pułapki wiązania, rozłamu, małżeńskiej skośności, mistyfikacji. Krótko mówiąc, traktowano rodzinę pacjenta jako patologię wazącą na wystąpieniu schizofrenii. Można to zobrazować w taki sposób: patologia rodziny-objawy chorego-terapia rodziny-ustąpienie objawów<sup>171</sup>. Takie podejście pozwoliło rozwinąć jeszcze bardziej systemową terapię skierowaną na wypracowanie technik i interwencji do pomocy w postępowaniu ze schizofrenią. Zwrócono uwagę na psychoedukację.

Mimo iż teoria schizofrogennej matki zaciera się w wyniku coraz to nowszych badań, to i tak wraca się do niej, mimo iż nie ma oficjalnych badań ją potwierdzających. Wiadomo również od dawna, że osoby dotknięte schizofrenią, które założyły własne rodziny, w samym przebiegu choroby funkcjonują dużo lepiej, niż osoby samotne<sup>172</sup>. Dlatego też tak bardzo wartościową jest terapia systemowa rodzin. Jej korzyści można dopatrywać się w kilku aspektach:

- po pierwsze bliższa możliwość poznania członków rodziny, problemów chorego poprzez wywiad czy zadawane pytania cyrkularne. Odpowiedzi na pytania pozwalają zrozumieć wynikające z choroby deficyty oraz przeżycia chorego, wobec których podejmuje on próby radzenia sobie. Wszystko to omawiane potem na łonie rodziny pozwala otworzyć się jej członkom na ich zrozumienie. Zrozumieć te problemy oznacza także zdjęcie mitologicznych przeświadczeń na temat samej choroby.

---

<sup>170</sup> System rodzinny składa się z wielu podsystemów, jednocześnie jest on częścią większych systemów zwłaszcza systemu rodziny rozszerzonej, do której w myśl psychologii systemowej zalicza się zbiór wszystkich krewnych i powinowatych. W systemie rodzinnym wyodrębnione są bardzo precyzyjnie granice.

<sup>171</sup> B. de Barbaro, *Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin w schizofrenii: rys historyczny*, [w:] *Schizofrenia w rodzinie* red. B. de Barbaro, Kraków 1999, s. 15-31.

<sup>172</sup> M.V. Seeman, *The Changing Role of Mather of the Mentally III: From Schizophrenogenic Mother to Multigenerational Caregiver*, [w:], „Psychiatria”, 2009, 72(3), s. 285.

- po drugie obniżenie negatywnych emocji w rodzinie zmniejsza liczbę rzutów choroby. Wiedza członków rodziny na temat samego schorzenia pozwala nabyć pewnego rodzaju umiejętności, by zachować rozsądek myślenia w czasie sytuacji kryzysowej, co ma zapobiegać uciążliwej dominacji przeżyć.
- po trzecie systemowa terapia umożliwia każdemu z członków rodziny przepracowanie własnych problemów, co ma pozytywny wpływ na relacje i funkcjonowanie rodziny jako całości, biorąc pod uwagę również samego chorego<sup>173</sup>.
- po czwarte psychoedukacja. W większości część edukacyjna polega na podawaniu rzetelnych informacji na temat choroby oraz nauczaniu rozwiązywania wspólnie problemów, poprawę komunikacji wśród członków rodziny i przede wszystkim nabycia umiejętności radzenia sobie z samą osobą chorą. Większość programów edukacyjnych zawiera w sobie pewne wspólne składowe, do których zalicza się:
  - jak najszybsze włączenie całej rodziny w proces leczenia;
  - przedstawienie informacji o modelach, teoriach, prognozach dla poszczególnych form leczenia;
  - wskazówki pozwalające na umiejętne postępowanie w obliczu choroby;
  - poprawę komunikacji w rodzinie;
  - interwencje kryzysowe;
  - trening radzenia sobie z rozwiązywaniem problemów<sup>174</sup>.

Wypracowanie innego nastawienia członków rodziny do chorego i jego choroby można osiągnąć przez zmiany, które dotyczą:

- ✓ integrowania doświadczenia psychozy nie tylko przez chorego, lecz także przez rodzinę;
- ✓ akceptacji pojawienia się w późniejszym czasie rzutów choroby;
- ✓ akceptacji podjętego leczenia;
- ✓ odróżniania cech osobowości od objawów choroby;
- ✓ doceniania znaczenia obciążających wydarzeń życiowych jako czynników spustowych odpowiadających za nawrót choroby<sup>175</sup>.

W teorii systemowej, czy psychoedukacyjnej, istotnym jest chęć współpracy chorego i jego rodziny z terapeutą. Istotnym zaś celem pozostaje niezależnie od ujęcia systemowego czy

---

<sup>173</sup> J. Neill, *Whatever became of the schizophrenogenic mother?*, [w:] „American Journal of Psychotherapy”, 1990, 4 (44), s. 500.

<sup>174</sup> M. Rostowska, J. Robak, dz. cyt., s. 69.

<sup>175</sup> Tamże, s. 71.

psychoedukacyjnego nabycie wiedzy i umiejętności radzenia sobie w obliczu takiego wyzwania, jakim jest schizofrenia.

### 2.3.2. Terapia poznawczo-behawioralna (Cognitive Behavioral Therapy – CBT)

Terapia poznawczo-behawioralna oparta jest na metodach leczenia schizofrenii ukierunkowanych na poszczególne objawy takie jak urojenia i omamy. Podejmując próbę wyjaśnienia wyżej wymienionych objawów, zwraca się uwagę na ich istotę. Tak więc przekonania urojeniowe traktuje się w tej terapii jako trzon objawów psychotycznych, w tym omamów, dlatego że podstawowe znaczenie mają właśnie przekonania na dany temat wizji, głosów itp, a nie samo ich doświadczenie. Podobnie traktuje zakłócenia myśli i zjawiska owładnięcia. Sam termin „urojenie” w tym rozumieniu służy za skrótowe określenie silnych przekonań będących bardzo uciążliwymi dla osoby ich doświadczającej<sup>176</sup>. Omamy zaś traktuje jako własne myśli, które pochodzą z zewnątrz jej umysłu. Przekonanie za nie odpowiadające odnosi się do stwierdzenia, że wewnętrzne myśli są zjawiskami wytwarzanymi na zewnątrz.

Halucynacje czyli omamy słuchowe („głosy”) odnosi do fałszywych spostrzeżeń. Co się tyczy zaburzeń toku myślenia, w terapii poznawczej uznawane jest to za zaburzenie komunikowania się<sup>177</sup>. W terapii tej bierze się pod uwagę również objawy zaliczane do negatywnych, rozumiejąc je tylko w wypracowany przez siebie sposób. Spłylenie afektu odnosi się do utrudnień w wyrażaniu uczuć, komunikowaniu emocji nie tylko w sposób werbalny, ale też pozawerbalny. Upatrując w nim czynników nie tylko biologicznych, ale także psychospołecznych, wskazuje się na możliwość bycia danej osoby w „szoku” lub reakcję na obraźliwe czy uwłaczające głosy. Uwagę zwraca się również na depresję (często nie widzi się w niej pierwszego objawu schizofrenii), alogię (zaniemówienie, otamowanie), awolicję (brak popędu i motywacji), anhedonię (uczucie pustki), deficyt uwagi, wycofanie społeczne<sup>178</sup>.

Podejmując próbę zrozumienia, w terapii wyjaśnia się pewne objawy:

- urojenia paranoiczne jako poszukiwanie sensu, użalanie się nad sobą, błąd eksternalizacyjny;
- urojenia wielkościowe jako reakcja na inne negatywne okoliczności czy przekonania, obronę przed niskim poczuciem własnej wartości i godności;

---

<sup>176</sup> D. Kingdon, D. Turkington, *Terapia poznawcza schizofrenii*, Kraków 2017, s. 46.

<sup>177</sup> Tamże, s. 51.

<sup>178</sup> Tamże.

- omamy jako katastrofizację, stygmatyzację, etykietowanie, użalanie się nad sobą, wzmacnianie przez zachowania zabezpieczające;
- zaburzenia toku myślenia jako ochronę lub reakcje na pobudzenie związane ze znaczącym materiałem;
- objawy negatywne jako upośledzenie poznawcze, reakcję na nieosiągalne oczekiwania, ochronę przed lękiem lub objawami pozytywnymi.

Podejmowane próby zrozumienia powyższych objawów pozwalają podjąć wysoko wyspecjalizowane działanie terapeutyczne<sup>179</sup>.

Samo pojęcie terapii poznawczo - behawioralnej wiąże się z wcześniej już przytaczaną postacią Becka, który opisując przypadek osoby dotkniętej schizofrenią, wskazał na zastosowane u niej takie podejście powiązane z interpretacją psychodynamiczną. Po nawiązaniu relacji z chorym Beck ustanowił tzw. przymierze terapeutyczne, zdobywając zarazem zaufanie pacjenta. Przepracowanie z chorym urojeń paranoicznych pomogło w ich ustąpieniu<sup>180</sup>.

Z biegiem lat na terapię poznawczo-behawioralną zwracano coraz większą uwagę, biorąc pod uwagę jej przydatność w leczeniu psychoz. Umożliwia ona także prawidłową rehabilitację społeczną oraz poczucie dobrostanu osoby doświadczonej schizofrenią. Stosowana jako leczenie uzupełniające farmakoterapię za swój cel stawia poprawę funkcjonowania chorego, poprawę jego samopoczucia niezależnie od ustąpienia objawów.

Biorąc pod uwagę typowe dla osób chorych na schizofrenię zniekształcenia poznawcze wyrażające się w egocentrycznym postrzeganiu świata, należy wyjaśnić, że osoby te przypisują odpowiedzialność za swoje objawy zewnętrznym źródłom, przeskakują do konkluzji, wyciągając wnioski na podstawie niewielkiej ilości informacji. Do tychże zniekształceń dochodzi także w sytuacjach stresowych, doświadczeniu utraty czy przyjęcia przez nią postawy obronnej. Mając to na uwadze w terapii, bierze się pod uwagę cztery główne modele, za pomocą których wyjaśnia się zaburzenia.

1. Model podatności na stres. Zakłada on przekroczenie niektórych zadań przez możliwości poznawcze schizofrenika. Psychoza jest rezultatem stresujących wydarzeń życiowych, stresogennego środowiska, a nawet używania narkotyków<sup>181</sup>.

---

<sup>179</sup> Tamże, s. 46.

<sup>180</sup> Tamże, s. 61.

<sup>181</sup> Telichowska-Leśna A., *Zastosowanie i skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii*, [w:] „Psychiatria”, t. 4, nr 2, 2007, s. 61.

2. Drugi model poznawczy wspomnianego wcześniej Becka zwraca uwagę na znajomość stanu emocjonalnego chorego. Skupia się na roli błędnych kół jako podtrzymujących negatywne myśli automatyczne i założenia dysfunkcyjnych urojeń<sup>182</sup>.
3. Trzeci model traktuje objawy psychopatyczne jako wynik zakłóceń zdolności człowieka do monitorowania i kontroli własnych procesów intelektualnych<sup>183</sup>.
4. Czwarty model łączy wszystkie wcześniej wymienione, zakładając wpływ na wystąpienie psychozy u osoby podatnej na wpływ niekorzystnych warunków środowiskowych. Warunki te mogą wywoływać zaburzenia procesu uwagi, postrzegania, oceny oraz mogą wywoływać zmiany emocjonalne<sup>184</sup>.

Sama terapia składa się z kilku faz. Pierwszą i najważniejszą jest stworzenie dobrej relacji terapeutycznej wraz z zaangażowaniem chorego w terapię. Przymierze terapeutyczne powstałe zgodnie z zasadą terapii poznawczo-behawioralnej – empiryzmu opartego na współpracy – pozwala podjęcie jej zgodnie z modelem<sup>185</sup>. Ocena kliniczna, sformułowanie problemów do terapii w oparciu o indywidualny przypadek, wydobycie przekonań na temat mechanizmów odpowiadających za objawy pozytywne, normalizacja objawów i omówienie mechanizmów alternatywnych, leczenie objawów negatywnych i zapobieganie nawrotom – to krótko przedstawiony schemat terapii. Bardzo ważnym elementem terapii jest zwrócenie uwagi na wypełnianie zaleceń lekarskich oraz wgląd w chorobę. Istotnym jest przepracowanie tego tematu, gdyż większość nawrotów jest spowodowana przez niesystematyczne przyjmowanie leków lub ich całkowite odstawienie<sup>186</sup>. Praca nad obawami wiążącymi się z uzależnieniem od leków, utratą kontroli, utratą osobowości czy działaniami niepożądanymi (senność, otyłość) warunkuje przystosowanie chorego do samej choroby i propozycji leczenia. W tej terapii przepracowanie stygmatyzacji i etykietyzacji jest ważnym elementem.

Dlatego też do innych ważnych elementów terapii poznawczo-behawioralnej należy zaliczyć wgląd oraz trening metapoznawczy. Oczywiście osoby chore na schizofrenię negują jej występowanie. Zakłada się, że słaby wgląd jest elementem obronnym chorego przed wystąpieniem objawów depresyjnych. Zaprzeczając chorobie, osoba nią dotknięta mniej lub bardziej świadomie stara się uniknąć etykietyzacji i stygmatyzacji<sup>187</sup>.

---

<sup>182</sup> Tamże.

<sup>183</sup> Tamże.

<sup>184</sup> Tamże, s. 62.

<sup>185</sup> D. Kingdon, D. Turkington, dz. cyt., s. 82.

<sup>186</sup> A. Telichowska-Leśna, dz. cyt., s. 63.

<sup>187</sup> Tamże, s. 64.

Czym zatem jest wgląd? Wgląd jest pojęciem o wielu wymiarach. Podzielić go można na brak atrybucji (nie ma powiązania objawów z chorobą), oraz brak poczucia choroby. Tworzą go pewne składowe: stosunek do objawów, poczucie choroby, świadomość nawrotów, stosunek do leczenia<sup>188</sup>.

Kolejnym bardzo ważnym elementem jest trening metapoznawczy. Wyrósł on na kanwie zainteresowania procesami metapoznawczymi u chorych na schizofrenię. Jest to stosunkowo młoda metoda interwencji terapeutycznej opracowana przez Moritza i Woodwarda w 2005 roku, nakierowana na modyfikację zniekształceń poznawczych występujących u osób chorujących na schizofrenię. Objawom pozytywnym, takim jak omamy czy halucynacje, towarzyszą specyficzne zniekształcenia poznawcze. Przeskok do konkluzji (podejmowanie decyzji na podstawie niewystarczających informacji), negowanie dowodów sprzecznych z tezą czy łączenie zjawisk niekorzystnych dla chorego to tylko niektóre ze zniekształceń. Zwraca uwagę na deficyty z zakresu teorii umysłu, według której u zdrowego człowieka pozwala na formułowanie odpowiednich sądów społecznych, dając tym samym możliwość adekwatnego interpersonalnego funkcjonowania. U schizofrenika aparat teorii umysłu nie funkcjonuje nieprawidłowo, prowadząc do niemożności zrozumienia stanów emocjonalnych i intencji innych osób<sup>189</sup>. Tak samo zwraca się uwagę na dość duże deficyty w funkcjonowaniu metapamięci, pokazując większą pewność do fałszywych, niemających miejsca wspomnień aniżeli do wspomnień prawdziwych<sup>190</sup>.

Trening metapoznawczy w swoim założeniu zakłada zwiększenie świadomości zniekształceń poznawczych, zwracając przy tym uwagę na związek między przekształceniami a psychozą. Zwraca szczególną uwagę na samą demonstrację tychże zniekształceń, podejmując dyskusję o ich skutkach oraz podejmuje próbę nauki unikania ich. Praca z chorymi odbywa się w niewielkich grupach, opiera się głównie na doświadczeniach osób biorących w nim udział, rozważaniu, dyskusji nad ogólnym funkcjonowaniem poznawczym schizofrenika i budowaniu korektywnego doświadczenia<sup>191</sup>.

Krótko opisując sam trening, należy zauważyć, że składa się on z ośmiu modułów terapeutycznych<sup>192</sup>. Sesja trwa od 45 do 60 minut i rozpoczyna się od zapoznania z tematem

---

<sup>188</sup> Tamże.

<sup>189</sup> M. Brune, „*Theory of mind*” in *schizophrenia: a review of the literature*, [w:] „Schizophrenia Bulletin” 2005, 31, 1, s. 22.

<sup>190</sup> S. Moritz, T. S. Woodward, R. Rodriguez-Raecke, *Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them*, [w:] „Psychological Medicine” 2006, 36, s. 660.

<sup>191</sup> Ł. Gawęda, S. Moritz, A. Kokoszka, *Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych*, [w:] „Psychiatria Polska” 2009, t. 43, nr 6, s. 685.

<sup>192</sup> Opracowany przez Łukasza Gawęde w polskiej wersji językowej z powodzeniem prowadzony od 2008 roku.

przygotowanym na daną sesję. Wykorzystując metody behawioralne, szczególny nacisk kładzie się na ćwiczenia pozwalające rozpoznać zniekształcenia, dyskutując na ich temat w toku rozumowania. Zawsze kończy się podsumowaniem sesji i zadaniem zadania domowego. Jest obiecującą metodą do pracy z osobą dotkniętą schizofrenią.

Poza treningiem usprawniania poznawczego kładzie się nacisk także na trening umiejętności społecznych. Chory na schizofrenię ma ogromne trudności ze znalezieniem i utrzymaniem pracy. Ma problemy z nawiązaniem koleżeństwa czy przyjaźni, a nawet z życiem samodzielnym. Celem treningu umiejętności społecznych jest pomoc w nabyciu kompetencji pozwalających w lepszym codziennym funkcjonowaniu. Pomoc w trudnościach (związanych z pracą, nawiązywaniem relacji, dbaniem o siebie i radzeniem sobie z chorobą) rozbijana jest na mniejsze składowe, z którymi chory łatwiej sobie radzi. Trening ten można porównać do lekcji tańca lub do porzekadła mówiącego o małych krokach do celu. Nie jest on w żaden sposób podobny do terapii tradycyjnej opartej na rozmowie<sup>193</sup>.

Warto zwrócić uwagę na zarządzanie pojedynczym przypadkiem. Osoby zajmujące się tą formą pomocy pomagają schizofrenikowi znaleźć usługi, które pozwolą mu na funkcjonowanie w społeczeństwie. Program asertywnej terapii środowiskowej jest intensywniejszą formą pojedynczego przypadku i prowadzony jest przez wielodyscyplinarne zespoły<sup>194</sup>.

Coraz częściej w terapiach poznawczych pojawia się obok wyżej wymienionych treningów Mindfulness – trening uważności. Jest to metoda treningu umysłowego, dzięki której osoba chora (ale nie tylko kierowany jest do osób zaburzonych) próbuje zrozumieć, że dobre samopoczucie i życie w harmonii z samym sobą ma wpływ na każde działanie, oraz dodaje odwagi w radzeniu sobie z przeciwnościami dnia codziennego. Technika Mindfulness opiera się na formie medytacji, która w swej prostocie pozwala odkrywać wrodzoną radość życia. Jest poniekąd sposobem, by ogarniające człowieka uczucia smutku, lęku, stresu nie nasilały się, prowadząc chociażby do stanów depresyjnych<sup>195</sup>. Sama uważność pozwala wyłapać negatywne schematy myślenia, nie pozwalając im potęgować się i nakręcać<sup>196</sup>. Pozwala na przywrócenie kontroli nad życiem. W samej medytacji upatruje się znaczeń medycznych, wiążąc pozytywne emocje z dłuższym i szczęśliwym życiem.

Warto w tym miejscu obalić kilka mitów związanych z samą medytacją. Medytacja to nie religia – koncentrowanie się na uważności to po prostu trening umysłu. Podczas niej nie trzeba

---

<sup>193</sup> J. N. Butcher, J. M. Hooley, S. Mineka, dz. cyt., s. 590.

<sup>194</sup> Tamże.

<sup>195</sup> Jak już wskazano w rozprawie, stan depresyjny może być zamaskowanym objawem schizofrenii.

<sup>196</sup> M. Williams, D. Penman, *Mindfulness. Trening uważności*, Warszawa 2014, s. 11.

siedzieć po turecku. Nie sprawia ona, że osoba jest otępiła<sup>197</sup>. Traktowana jako forma terapii przynosi wiele korzyści dla osoby chorej, na schizofrenię również.

Podsumowując terapię poznawczo-behawioralną wraz z treningami w niej przedstawionymi, pozostało tylko zmierzyć się z pewnym rodzajem wątpliwości dotyczących aspektów kulturowych i religijnych w jej stosowaniu. Terapia ta nie zajmuje się wprost ani sprawami kulturowymi, ani wierzeniami religijnymi. Jeżeli się do nich w jakiś sposób odnosi, to czyni to z pełnym poszanowaniem przekonań pacjenta. Głównie chodzi w niej o to, by zrozumieć, wyjaśnić i zmniejszyć cierpienie pacjenta, które jest związane z jego objawami – głosami i sądami urojeniowymi<sup>198</sup>.

### 2.3.3. Terapia indywidualna

Terapia oparta na psychodynamice to do 1960 roku najbardziej optymalny sposób leczenia schizofrenii zaliczany do terapii indywidualnej. Choć osoba chora na schizofrenię w dzisiejszych czasach rzadko korzysta z tej formy terapii, to mimo tego istnieją dowody na jej skuteczność. Podjęcie próby wczucia się w świat dziwactw, obcych uczuć i irracjonalnych wyobrażeń chorego pozwala doszukać się logiki podporządkowanej własnemu rozumieniu chorego<sup>199</sup>. Poszukiwanie sensu w wizjach i innych zdeformowanych działaniach, obrazie własnym chorego, zastanawiają, czy przeżycia osoby nazywanej schizofrenikiem nie różnią się za bardzo od naszych odczuć (odniesienie chociażby do marzeń sennych).

W terapii psychodynamicznej zakłada się sytuację, w której dojdzie do restrukturalizacji osobowości mającej predyspozycje do wystąpienia objawów schizofrenicznych<sup>200</sup>. Choć często kojarzy się z kozetką i wahadełkiem, wcale taką nie jest. Biorąc pod uwagę specyfikę schorzenia, określa się osobę nim dotkniętą jako trudną do prowadzenia. Dlatego też zauważa się pewne różnice w stosowaniu z nimi terapii psychodynamicznej, do których można zaliczyć specyfikę budowania relacji terapeutycznej, settingu<sup>201</sup>, stosowania technik oraz faktu

---

<sup>197</sup> Tamże, s. 13.

<sup>198</sup> D. Turkington, P. Weiden, *Wprowadzenie*, [w:] *Terapia poznawcza psychoz, Powrót do życia i normalności*, red. S. K. Sidorowicz, Wrocław 2013, s. 11.

<sup>199</sup> P. Kutter, dz. cyt., s. 128.

<sup>200</sup> L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2016, s. 300.

<sup>201</sup> *Setting* w psychoterapii psychoanalitycznej oznacza ramę, przestrzeń fizyczną, interpersonalną i psychiczną, w której zachodzi terapia. Ustalenia poczynione między terapeutą a pacjentem przed rozpoczęciem psychoterapii dotyczą kwestii: liczby sesji w tygodniu, terminów, miejsca spotkań, pozycji siedzącej lub kozetki, płatności, urlopu – w psychoterapii psychoanalitycznej są czymś więcej niż kwestie organizacyjne. *Setting*, czyli rama w tej terapii, pozwala, by pacjent rozwijał swoją opowieść, dając możliwość zrozumienia jego wewnętrznego świata, pozostając w bezpiecznych granicach. Psychoanalicy do settingu zliczają postawę analityczną terapeuty,

konieczności pracy z objawami pozytywnymi i negatywnymi. Relacja terapeutyczna jest tutaj kluczowym czynnikiem leczącym. Daje poczucie bezpieczeństwa, związana jest z tworzeniem relacji rodzic-dziecko, promuje szczerość, akceptację chorego, lepszy dostęp do terapeuty. Związana jest dużo bardziej z poczuciem odpowiedzialności terapeuty. Stosowane w niej techniki terapeutyczne zaliczane są do wspierających. Opierają się o klaryfikację i normalizację chociaż korzystają także z technik stosowanych w innych terapiach. Techniki w tej terapii stosowane mają na uwadze mechanizmy obronne chorego, kładą nacisk na rolę przeciwprzeniesienia<sup>202</sup> i częściej udzielają odpowiedzi na pytania pacjenta.

Praca z objawami pozytywnymi wiąże się ze zrozumieniem ich jako zakamulowanych treści psychicznych chorego. Istotnym jest zrozumienie i akceptacja dla psychotycznych doświadczeń chorego oraz wysłuchanie go. Rolą terapeuty w pracy z objawami pozytywnymi jest zachęcanie chorego do poszukiwania znaczenia objawów, zwracanie uwagi na odkrywanie i nazywanie emocji kryjących się za objawami.

W pracy nad objawami negatywnymi terapeuta okazuje empatyczne zrozumienie jego sytuacji, wręcz towarzyszy mu, zastanawiając się wraz z pacjentem nad przyczynami wycofania społecznego. Terapeuta interpretuje momenty ciszy, a nawet kieruje na konsultację psychiatryczną. Praca z objawami negatywnymi bez względu na rodzaj terapii uznawana jest za najtrudniejszy obszar w doświadczeniu schizofrenii pacjenta. Chociaż zarzuca się tej terapii psychoanalitycznej dość rygorystyczne metody, upatrując w niej czynników stresujących, to i tak w odczuciu samych chorych uważana jest za dostosowaną do ich potrzeb<sup>203</sup>.

Celem terapii osobistej jest zapoznanie chorego na schizofrenię z różnymi technikami i umiejętnościami radzenia sobie. Podzielona jest na etapy i składa się z części składowych, które realizowane są w różnych fazach wychodzenia z choroby.

Pierwszy etap zajmuje się analizą związku pomiędzy poziomem stresu a swoistymi symptomami obserwowanymi u chorego. W tym etapie sam chory przy pomocy terapeuty uczy się różnego rodzaju technik poznawczych i technik relaksacji. Kolejne etapy skierowane są na pozyskiwanie umiejętności społecznych oraz zawodowych. Terapia ta skierowana jest głównie do osób kończących hospitalizację, by w swej skuteczności poprawić u tychże chorych przystosowanie społeczne i powrót do pełnienia ról społecznych<sup>204</sup>.

---

stosowanie przez pacjenta wolnych skojarzeń, teoretyczne preferencje terapeuty, jego fizyczną obecność, rytuały, wystrój gabinetu.

<sup>202</sup> Przeważnie przeniesienie to zjawisko, za pomocą którego terapeuta odpowiada na przeniesienie pojawiające się u pacjenta, jeden z mechanizmów obronnych.

<sup>203</sup> J. N. Butcher, J. M. Hooley, S. Mineka, dz. cyt., s. 592.

<sup>204</sup> Tamże, s. 591.

Niezależnie od tego, czy to będzie terapia indywidualna, czy grupowa, czy będzie się opierać na danym podejściu psychologicznym, czy będzie wykorzystywać taką czy inną metodę, technikę – cel jest jeden: uaktywnić w procesie leczenia specyficzne i niespecyficzne czynniki leczące oraz stworzyć takie warunki optymalizujące ich działanie, by spowodować tak bardzo oczekiwane zmiany pozytywne u osób dotkniętych schizofrenią.

#### **2.3.4. Terapia na drodze duchowej**

Bardzo istotnym w terapii schizofrenii jest spojrzenie na nią w kontekście teologii życia wewnętrznego. Pozycja książkowa autorstwa Janusza Tomasiaka pt. „Schizofrenia w aspekcie teologii życia wewnętrznego” przedstawia propozycję terapii schizofrenii na drodze duchowej. Autor w tejże pozycji podejmuje próbę udowodnienia, że możliwe jest uzdrowienie ze schizofrenii zarówno dzięki wiedzy medycznej, jak i na drodze życia wewnętrznego. Uznaje, że „[...] uzdrowienie ze schizofrenii dokonuje się na drodze zjednoczenia z Bogiem – na jednym z jego kolejnych etapów”<sup>205</sup>.

Autor, dokonując ogólnego opisu choroby, odnosi się do Ewangelii św. Marka<sup>206</sup>, do Ewangelii św. Łukasza<sup>207</sup> i do Ewangelii św. Mateusza<sup>208</sup>. Ukazuje jej opis w zestawieniu z opętaniem, jako przerażającą chorobę, doświadczenie najgorsze w sferze intelektualnej i duchowej. Próbuje zrozumieć jej początek, jeszcze bezobjawowy, zwraca uwagę na postać diabła jako ducha odstępczego i zranienie pierwotne, którego konsekwencją jest cecha schizoidalna<sup>209</sup>.

Odnosząc się do opisów z Ewangelii, autor jako drogę wyleczenia, obok osiągnięć medycyny i psychologii, wskazuje istotę wiedzy, jaka zawiera się w teologii życia wewnętrznego. Samo uzdrowienie dokonuje się według niego na drodze zjednoczenia z Bogiem, a szczegółowiej mówiąc: na jednym z jego kolejnych etapów<sup>210</sup>.

Nawiązująca do ducha odstępczego, czyli diabła, zwraca uwagę, że jest on poznawczym wrogiem człowieka, z którym człowiek zmagają się w ciągu całej historii swego życia. Nie da się poruszyć tematu schizofrenii bez kluczowego tematu ducha odstępczego. Diabeł uderza w człowieka chorego na samym początku jego zetknięcia się z chorobą. Atak ten, czy uderzenie,

---

<sup>205</sup> J. Tomasiak, *Schizofrenia w aspekcie teologii życia wewnętrznego. Terapia schizofrenii na drodze duchowej*, Warszawa 2010, s. 7.

<sup>206</sup> Mk 5,3-5.

<sup>207</sup> Łk 8,29.

<sup>208</sup> Mt 8,28

<sup>209</sup> J. Tomasiak, dz. cyt., s.7.

<sup>210</sup> Tamże.

nazywa zranieniem pierwotnym, które dokonuje się bez udziału woli człowieka<sup>211</sup>. W zranieniu pierwotnym duch wpisuje się w uczucie i emocje z taką mocą, że przestają one działać w sposób wolny<sup>212</sup>. Duch odstępczy, wpisując się na stałe w uczucia i emocje, zabiera im wolność działania. Zwraca się tutaj uwagę na szczególną relację osoby dotkniętej schizofrenią do matki jako niespełnionej w matczynej miłości oraz nierozdzielenia duchowego od niej. Jeżeli ona sama posiada cechę schizoidalną, może mieć wpływ na poranienie przez ducha. Tomasiak próbuje udowodnić tezę matki schizoidalnej wpływającej na zranienie pierwotne nawet w łonie matki. Można się w tym miejscu pokusić również do porównania z nauką psychologii o matce schizofrenogennej<sup>213</sup>. W tym opisie matka jest złączona przez ducha odstępczego z dzieckiem, powodując uzależnienie. Matka z cechą schizoidalną nie pozwala „odciąć pępowiny”. Ojciec posiadający tę cechę rysuje się jako osoba bezwzględna, wręcz brutalna. Dorastający młody człowiek w rodzinie schizofrenicznej doświadcza braku jedności, życzliwości, zrozumienia. Tomasiak autyzm i dezintegrację traktuje jako konsekwencję zranienia pierwotnego<sup>214</sup>

Po pierwotnym zranieniu pozostaje zaburzona emocjonalność, która bardzo utrudnia poznanie, a także bardzo niszczy strefę uczuć. Wizje są obrazami wpisującymi się w rzeczywistość, które są widziane od „środką”, omamy wzrokowe są fałszywym przedstawieniem obrazów bez znaczących głębszych treści, a odczuwana pustka odnosi się do depresji schizofrenicznej<sup>215</sup>.

Zadana rana uczuciu manifestuje się poprzez cierpienie, izolację i ma ogromny wpływ na wypaczenie miłości naturalnej, przekształcając ją w pożądlivość. Nie bez znaczenia w schizofrenii jest także pamięć emocjonalna, obrazy, a raczej treści odłożone w czasie, mające swoje stałe miejsce w podświadomości. W przypadku wybuchu psychozy, to właśnie ich zgromadzenie w pamięci ma ogromne znaczenie<sup>216</sup>.

Szczególną uwagę autor zwraca na opętanie i schizofrenię. W tej chorobie diabeł atakuje osobę nią dotkniętą od strony emocji i pamięci emocjonalnej. Autor rozróżnia skutek ataków ducha w **schizofrenii**, gdy wdziera się on do ośrodka emocji i po trosze do serca duchowego, a w **opętaniu** gdy po zawładnięciu pamięci emocjonalnej duch opanowuje ciało i wolę. Jako trzeci najcięższy stan, towarzyszący choremu na schizofrenię, ale nie każdemu, przedstawia

---

<sup>211</sup> Tamże, s. 21.

<sup>212</sup> Autor zranieniem pierwotnym nazywa bardzo silne poruszenie wrażliwości o charakterze duchowym, tak ogromnie dotykające uczuć i emocji osoby, że na trwałe odkłada się w pamięci początkując dezintegrację duchową, blokując rozwój emocjonalny i uczuciowy, tym samym zaburzając rozwój woli i poznania (J. Tomasiak dz. cyt., s. 22).

<sup>213</sup> Por. A. Kępiński, dz. cyt., s. 20.

<sup>214</sup> J. Tomasiak, dz. cyt., s. 22.

<sup>215</sup> Tamże, s. 106.

<sup>216</sup> Tamże, s. 45.

właśnie opętanie. Wprawdzie dotyczy ono znikomej liczby chorych dotkniętych tym schorzeniem, to jednak zauważyć należy, że osoba opętana traci całkowicie panowanie nad swoim zachowaniem i sama nie ma możliwości wyjścia z tego stanu bez pomocy egzorcysty. Samo uwolnienie jednak nie może być traktowane jako wyleczenie z schizofrenii, pozostaje jeszcze cała sfera pamięci emocjonalnej do wyleczenia<sup>217</sup>.

Przedstawiając pokrótce przyczyny samego schorzenia, przedstawione przez autora pozycji, zwrócić należy bardzo istotną uwagę na propozycję terapii.

Wracając do samej teorii mówiącej o opętaniu środka emocji, odnieść się należy do zszczępienia razem przenikających się duchów. Odniesienie do Ewangelii o opętanym<sup>218</sup> jest pytaniem o istotę zszczępienia „Na imię mi >>Legion<<, bo nas jest wielu”. Zszczępienie według autora dotyczy trzech duchów: najwyższy to pycha, bo odpowiada za trzymanie duchowego steru, odwracając go od woli Bożej, następny to zabójca skłaniający do agresji, a nawet samobójstwa i ostatni to pożądlivość. Porażające splątanie w wyniku zszczępienia duchów, pokazuje jak okrutną i ciężką chorobą jest schizofrenia. Jednakże Bóg poradzi sobie z nimi, wyrzuci je wszystkie razem bez znaczenia, ile ich będzie i tej pomocy należy szukać w proponowanej terapii<sup>219</sup>.

Bez zwrócenia się o pomoc do Boga osoba dotknięta schizofrenią nie uwolni się od uderzeń diabła. Dlatego więc cała droga duchowa w tym schorzeniu wiąże się z ciągłym zmaganiem z duchem zagradzającym drogę do Boga. Bez drogi duchowej nie da się opisać pełnego obrazu choroby. W schizofrenii, według autora pozycji, relacje do Boga i innych ludzi zostają zerwane. Początek drogi właśnie zaczyna się od odbudowania relacji z Bogiem<sup>220</sup>.

W terapii schizofrenii na drodze duchowej najważniejszym jest przywrócenie relacji do Boga. To trzeba osobie dotkniętej schizofrenią wyraźnie powiedzieć. Pomimo porażek i upadków trud jej podjęcia wiąże się z wytrwałością i konsekwencją. Zaproponowane zostały podstawowe założenia drogi duchowej będącej jednocześnie terapią, począwszy od pierwszego etapu drogi oczyszczającej, w której istotnym jest nauka o diable i duchowe poranienie, wraz z duchową dezintegracją.

Im bliżej Boga się żyje, tym diabeł jest słabszy. Należy zatem usuwać go z woli, emocji i pamięci emocjonalnej. Autor zwraca uwagę, że klęskę w walce ze schizofrenią ponoszą szkoły i kierunki psychiatrii, gdyż nie posiadają świadomości, z kim się ich podopieczny zmagają<sup>221</sup>.

---

<sup>217</sup> Tamże, s. 110.

<sup>218</sup> Mk 5,9.

<sup>219</sup> J. Tomasik, dz. cyt., s. 111.

<sup>220</sup> Tamże, s. 115.

<sup>221</sup> Tamże, s. 119.

Dlatego pierwszy etap zmagania się z chorobą należy zacząć od oczyszczenia woli i rozumu. Pamięci emocjonalnej na tym etapie nie dotyka się, a całą sferę trzeba pozostawić Bogu, który poprzez swoją łaskę będzie ją oczyszczał.

Oczywiście należy mieć na uwadze problemy związane z podjęciem drogi duchowej wiodącej do uzdrowienia. Bez wątplenia jest to niechęć samego zainteresowanego do powrotu do zdrowia. Jest to również brak wiedzy na temat związku schizofrenii z życiem duchowym. Jest nim także niechęć do jej podjęcia, nieposłuszeństwo, wpływ fałszywych nauk czy wizji. Do tych problemów zaliczane są błyskawiczne zmiany samopoczucia chorego i brak konsekwencji w ich realizacji.

Autor przyjmuje etapy w rozwoju duchowości na wzór mistyków oraz autorów nawiązujących do niej w podręcznikach. Zaczyna od drogi oczyszczającej – od początku życia w łasce do pierwszych modlitw kontemplacyjnych, przez drogę oświecającą – od modlitw kontemplacyjnych do zjednoczenia woli i drogę jednoczącą – prowadzącą dalej po zjednoczeniu woli<sup>222</sup>.

Podjmując ten trud w niektórych wypadkach należy skorzystać z pomocy egzorcysty jako niewielkim kroku mogącym pomóc w uwolnieniu. Kolejnym krokiem jest powrót do relacji z Bogiem, czyli przywrócenie jej poprzez spowiedź. W przypadku spowiedzi należy także zwrócić uwagę na pewne problemy chociażby takie:

- ✓ nie każdy schizofrenik ma dokładne rozeznanie, co jest grzechem, a co nim nie jest,
- ✓ nie każdy ma poczucie grzechu, jego ciężaru,
- ✓ często sam chory ma poczucie nienawiści do samego siebie i spodziewa się ogromnej kary za grzechy<sup>223</sup>.

W związku z tymi trudnościami osoba dotknięta schizofrenią powinna spowiadać się u spowiedników łagodnych, potrafiących pokazać jej, że łaska Boża jest ogromną siłą dającą nadzieję, której nikt inny dać nie może. W budowaniu relacji z Bogiem najlepszymi podstawami są codzienna Eucharystia, modlitwa a nawet asceza. I potem to, co następuje dalej poprzez modlitwę kontemplacyjną, oczyszczenie, zjednoczenie woli. Zapropionowana terapia jest drogą trudną, lecz nie niemożliwą. Powinna być oczywiście prowadzona na równi z leczeniem farmakologicznym, które jest w tej chorobie bardzo ważne.

---

<sup>222</sup> Tamże, ss. 122-139.

<sup>223</sup> Tamże, s. 129.

## **Podsumowanie**

Podsumowując schizofrenię w aspekcie nurtów psychologicznych, można stwierdzić, że jest to zaburzenie, na powstanie którego ma wpływ wiele czynników. Do dzisiaj dyskusyjna teoria związana z pojęciem schizofrenogenicznej matki w codziennej obserwacji wydaje się mieć swoje uzasadnienie. Również niezwykle interesującą jest teoria schizofrenii w aspekcie teologii życia wewnętrznego, która poniekąd w swojej treści zawiera wszystkie wcześniej przedstawione teorie. Zaznaczyć należy także, jak cienką jest granica przebiegająca między obłądem a opętaniem.

Jednakże w myśl przedstawionych teorii stwierdzić należy, że leczenie farmakologiczne wspierane przez różnego rodzaju terapie psychologiczne jest fundamentem do sukcesu, którego imię brzmi: „wyzdrowienie”.

## ROZDZIAŁ IV

### Schizofrenia jako problem duszpasterski

Podjęcie do chorób psychicznych zmienia się wraz z rozwojem wiedzy na ich temat. Schizofrenia dawniej, a dzisiaj, to jakby dwie niezależne jednostki chorobowe. Zmienia się również prawo w tym zakresie. Osoba chora na schizofrenię nie jest osobą ubezwłasnowolnioną. Decyduje o sobie w każdym aspekcie życia. Również zmienił się stosunek do chorych na schizofrenię, którzy pragną zawrzeć związek małżeński. Jurysdykcja nie zakazuje wprost zawierania małżeństwa schizofrenikom. Wyznacza tylko pewne ograniczenia, które powinny być brane pod uwagę. Dlatego też warto zatrzymać się na chwilę i zastanowić, jaka jest rola przygotowania do zawarcia sakramentu małżeństwa (§1), by potem rozważyć sytuację, gdy jeden z nupturientów jest obciążony tą chorobą (§2), by móc zrozumieć wpływ świadomości na zawarcie małżeństwa w tym wypadku (§3), i przeanalizować rolę biegłego w orzekaniu o zdolności do jego zawarcia (§4).

#### 4.1. Przygotowanie do zawarcia sakramentu małżeństwa

Katechizm Kościoła Katolickiego, definiując sakrament małżeństwa, podaje, że jest to „Przymierze małżeńskie, przez które mężczyzna i kobieta tworzą ze sobą wspólnotę całego życia, skierowaną ze swej natury na dobro małżonków oraz do zrodzenia i wychowania potomstwa, zostało między ochrzczonymi podniesione przez Chrystusa Pana do godności sakramentu”<sup>224</sup>.

Ustanowione z woli Boga małżeństwo wpisane jest w naturę mężczyzny i kobiety. Stwarzając tych dwoje, Bóg, obdarzając ich swoją miłością, ukazuje ich miłość jako tę, która jest absolutna i niezniszczalna, na wzór miłości Boga do człowieka. Bóg błogosławi, mówiąc do tych dwojga, by byli płodni i zaludnili ziemię<sup>225</sup>.

Jako sakrament małżeństwo jest widzialnym znakiem niewidzialnej łaski udzielonej małżonkom do osiągnięcia świętości oraz wypełnienia podjętych obowiązków związanych z

---

<sup>224</sup> KKK 1601.

<sup>225</sup> Rdz 1,28.

przyjęciem i wychowaniem dzieci. Małżonkowie sami sobie udzielają sakramentu małżeństwa, w asyście Kościoła wypowiadając swoją zgodę<sup>226</sup>.

Z racji sakramentu szczególnej mocy nabierają istotne przymioty małżeństwa: jedność i nierozzerwalność. Aby narzeczeni świadomie i owocnie mogli zawrzeć małżeństwo, należy im udzielić na jego temat katechezy.

Obowiązujący Kodeks prawa kanonicznego swoimi normami otacza troską nie tylko samą instytucję małżeństwa, ale również etap przygotowania, czyli ukazuje oraz czynności poprzedzające zawarcie małżeństwa w kanonach od 1063 do 1072. Nakłada na duszpasterzy obowiązek troszczenia się o pomoc wiernym pragnącym zawrzeć sakramentalny związek poprzez przepowiadanie, katechezę, osobiste przygotowanie do zawarcia małżeństwa<sup>227</sup>.

Również nakłada obowiązek takiego sprawowania liturgii małżeństwa, która będzie stanowić widzialny znak uczestnictwa małżonków w tajemnicy płodnej miłości oraz jedności Chrystusa i Kościoła<sup>228</sup>. Ponadto nakazuje świadczenie pomocy małżonkom w osiągnięciu życia rodzinnego coraz bardziej świętszego i doskonałego<sup>229</sup>.

Obowiązek ten dotyczy nie tylko samego przygotowania do zawarcia małżeństwa, ale katechizacji prowadzonej już od lat najmłodszych, dostosowując przekaz do wieku. Korzystając ze środków masowego przekazu dostarcza wiedzy na temat obowiązków małżonków i rodziców zgodnie z zasadami chrześcijańskimi, ukazując małżeństwo chrześcijańskie jako drogę do świętości<sup>230</sup>.

Zadaniem ordynariusza miejsca jest zarządzenie właściwego organizowania wszelakiego rodzaju kursów formacji przedmałżeńskiej w formie indywidualnej lub zbiorowej<sup>231</sup>. Przygotowanie duchowe pozwoli nupturientom w pełni uczestniczyć w sakramencie małżeństwa, a przygotowanie do życia w rodzinie pozwoli wyeliminować trudności związane z codziennym życiem małżeńskim i rodzinnym.

Jan Paweł II, otaczając pasterską troską przyszłych małżonków zwraca uwagę na trzy etapy przygotowania: dalszy, bliższy i bezpośredni<sup>232</sup>.

Dalszy etap, swój początek bierze w dzieciństwie. Dziecko, będąc baczny obserwatorem życia rodzinnego, uczy się szacunku dla wyznawanych wartości i miłości bezinteresownej. Rozwijając się, odkrywa samego siebie jako osobę w pełni wyposażoną w

---

<sup>226</sup> KKK 1623.

<sup>227</sup> KPK, kan. 1063 n. 1 i 2.

<sup>228</sup> KPK, kan. 1063 n. 3.

<sup>229</sup> KPK, kan. 1063 n. 4.

<sup>230</sup> KK 41.

<sup>231</sup> KPK, kan. 1064.

<sup>232</sup> FC 66.

swoje dobre i słabsze cechy wynikające z osobowości, oraz odkrywa swoją fizyczność i odmienność płci. Zaszczepiony w rodzinie szacunek dla osoby płci odmiennej, wspierany mocną formacją duchową i katechetyczną, jest fundamentem umiejętności pojmowania siebie i innych w charakterze daru. Pozwala też młodej dorastającej osobie traktować małżeństwo jako powołanie<sup>233</sup>.

Na kanwie tego przygotowania opiera się przygotowanie bliższe, które uwzględniając wiek i możliwości poznawcze młodego człowieka, przy odpowiednio prowadzonej katechezie umożliwia poznanie sakramentów świętych. Odkrywając łaskę czerpaną z sakramentów, przygotowuje przyszłych współmałżonków do należytego przeżycia moralnego i duchowego sakramentu małżeństwa. W formacji duchowej – tak bardzo istotnej w świecie pełnym propozycji życia bez sakramentów, bez wartości, bez moralności – uczy życia we dwoje. Małżeństwo przedstawione jako relacja dwojga ludzi, mężczyzny i kobiety, na nowo odkrywane jako dar bezinteresowny, pozwala na głębsze zrozumienie swojej płciowości jako daru, uczy odpowiedzialności związanej z przyszłym rodzicielstwem. Formacja duchowa również przedstawia propozycje związane z naturalnym podejściem do planowania w przyszłości dojrzałego rodzicielstwa<sup>234</sup>. W jej ramach doświadczenie braterstwa, przyjaźni, pomaga rozwinąć apostołstwo, którego celem jest dobro rodziny.

Przygotowanie bezpośrednio odbywa się już w niedługim czasie poprzedzającym zawarcie związku małżeńskiego. Poniekąd jest odnowieniem i przypomnieniem wiedzy, którą winno się zweryfikować w tak zwanej rozmowie (dawniej był to egzamin przedślubny) dotyczącej doktryny i praktyki życia w chrześcijańskim małżeństwie i rodzinie. Pozwala ono również w pełni przeżyć samo przyjęcie sakramentu, bazując na poznaniu tajemnicy Chrystusa i Kościoła, odkryciu znaczenia łaski, by móc czerpać z niej na całej drodze małżeńskiego życia<sup>235</sup>.

Jan Paweł II zobowiązał w posynodalnej adhortacji apostołskiej *Familiaris consortio* rodzinę i całą wspólnotę Kościoła do współdziałania na każdym z etapów przygotowujących przyszłych małżonków do małżeństwa. Również zwrócił się z tym zobowiązaniem do konferencji biskupów o stosowną pomoc i zarządzanie, by móc w jasny sposób uświadomić narzeczonym wagę ich decyzji, a duszpasterzom dać narzędzia do pogłębienia tematyki w czasie katechez przedmałżeńskich. Napisał bardzo jasno: „Byłoby pożądane, ażeby Konferencje Episkopatów, które są zainteresowane właściwymi inicjatywami zmierzającymi

---

<sup>233</sup> „Wskazana jest, zwłaszcza u chrześcijan, mocja formacja duchowa i katechetyczna, która ukazałaby małżeństwo jako prawdziwe powołanie...”, FC 66.

<sup>234</sup> „pobudzi do pogłębienia problemów płciowości małżeńskiej i odpowiedzialnego rodzicielstwa...”, tamże.

<sup>235</sup> „winno wejść także pogłębione poznanie tajemnicy Chrystusa i Kościoła, znaczenia łaski i odpowiedzialności chrześcijańskiego małżeństwa”, tamże.

do ułatwienia przyszłym małżonkom pełnego uświadomienia wagi ich własnej decyzji, postarały się o wydanie *Dyrektorium duszpasterstwa rodzin*<sup>236</sup>.

Dyrektorium duszpasterstwa rodzin zaproponowane przez papieża winno w tym zakresie przygotować i przekazać tematykę, metody i czas trwania kursów przygotowawczych, zachowując przy tym równowagę między aspektami wpływającymi z wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej a doktryną Kościoła. Zachęcając przyszłych małżonków do życia we wspólnocie Kościoła, kursy należy przygotować tak, by nie były uciążliwym obowiązkiem, lecz ciekawym, przynoszącym owoce w późniejszym życiu doświadczeniem, na bazie którego łatwiej będzie pokonać trudności codziennego pożycia małżeńskiego<sup>237</sup>.

W przygotowaniu tym nie może zabraknąć miejsca dla samego obrzędu zaślubin. Jako wyraz sakramentalnego aktu uświęcenia powinien być sam w sobie ważny i godny<sup>238</sup>.

Zobowiązania wynikające z przesłania magisterium Jana Pawła II oraz Kodeksu prawa kanonicznego (tak bardzo aktualne i ponadczasowe) odnajduje się w dyrektywach Papieskiej Rady do Spraw Rodziny, która będąc w ciągłej współpracy z konferencjami biskupów, biskupami troszczy się o duszpasterskie przygotowanie i celebrację sakramentu małżeństwa.

Na bazie licznych konsultacji i doświadczenia osób współpracujących z duszpasterstwem rodzin wydano stosowny dokument (*„Dyrektorium duszpasterstwa rodzin”*) dotyczący przygotowania do sakramentu małżeństwa. Główne jego tematy dotyczą:

- znaczenia przygotowania do małżeństwa chrześcijańskiego,
- etapów przygotowania,
- celebracji małżeństwa<sup>239</sup>.

Dokument powstał w oparciu o nauczanie Soboru Watykańskiego II<sup>240</sup>, wskazania Magisterium biskupów rzymskich<sup>241</sup>, o prawo kościelne<sup>242</sup> i Katechizm Kościoła katolickiego<sup>243</sup>. Inne dokumenty bardzo pomocne w przygotowaniu tegoż dokumentu to: Karta Praw Rodziny, List do rodzin *Gratissimam sane* i encyklika *Evangelium vitae*.

---

<sup>236</sup> FC 66.

<sup>237</sup> Tamże.

<sup>238</sup> FC 67.

<sup>239</sup> Por. *Dyrektorium duszpasterstwa rodzin*, Papieska Rada do Spraw Rodziny, Watykan, 13 maja 1996 r.

<sup>240</sup> Por. KDK 52.

<sup>241</sup> Por. FC 66.

<sup>242</sup> Por. KPK, kan. 1063, KKKW, kan. 783.

<sup>243</sup> Por. KKK 162.

#### **4.1.1. Znaczenie przygotowania do małżeństwa chrześcijańskiego**

Małżeństwo, jak już niejednokrotnie wskazywano, jest wspólnotą życia i miłości. Swój początek ma w Bogu i jako przymierze małżeńskie zostało podniesione przez Chrystusa do godności sakramentu. Jest ono szczególnym powołaniem i wymaga specjalnego przygotowania. Świadomość rangi tegoż powołania wiąże się także z tym, że jest ono początkiem rodziny chrześcijańskiej, sanktuarium życia i pierwszą komórką społeczeństwa, wymaga pewnego rodzaju dojrzałości. Zatem istotnym i bardzo ważnym jest na nowo, i wciąż, poszukiwanie prawdy na tematy związane z małżeństwem w czasie poprzedzającym jego zawarcie.

Samo przygotowanie należy rozpatrywać w wielu szeroko rozumianych aspektach. Począwszy od wychowania do szacunku dla życia od jego poczęcia do naturalnej śmierci, poprzez troski o życie, aż do stworzenia takiej rzeczywistości małżeńskiej, by było ono doceniane jako wartość niezbywalna w całej jego godności i świętości.

Dojrzała decyzja mająca na celu zawarcie związku małżeńskiego i stworzenia rodziny, wymaga procesu uwrażliwienia narzeczonych wspomaganych odpowiednim przygotowaniem do niej. Dlatego podjęte wszelkie starania wymagają także znajomości psychologii i pedagogiki mającej swoje fundamenty w zdrowej orientacji personalistycznej. Przygotowanie do małżeństwa ma na celu pomóc narzeczonym w zrozumieniu istotnych wartości z nim związanych, obowiązków z nim się wiążących i należytych wychowaniu kiedyś narodzonych dzieci.

Biorąc pod uwagę zmieniające się trendy dotyczące małżeństwa i rodziny, tym bardziej troską Kościoła jest wytyczyć i zaproponować taką drogę, która przypomni i przedstawi małżeństwo i rodzinę jako kolebkę miłości, moralności i wartości.

Okres narzeczeństwa w większości przypadków jest tym okresem, w którym na nowo odkrywa się wewnątrz nie tylko swoje, ale i narzeczonego. W wielu przypadkach jest to dojrzewanie albo wzrastanie do miłości, korzystając z darów nadprzyrodzonych kształtujących duchowość osobistą i międzyosobową. Jest to też czas dojrzewania do miłości małżeńskiej z pełnym poszanowaniem daru związanego z płciowością. Zakłócenie tego dorastania może nieść skutki, których owocem jest coraz częściej obserwowana tendencja życia bez zobowiązań. Dlatego tak bardzo ważnym i odpowiedzialnym jest proces przygotowania do małżeństwa.

#### 4.1.2. Etapy lub momenty przygotowania

Wzorując się na przesłaniu z adhortacji *Familiaris consortio* Papieska Rada do Spraw Rodziny zwraca uwagę na znaczenie etapów przygotowujących do małżeństwa. Przedstawia je i dzieli, jak już wcześniej zaznaczono, na przygotowanie dalsze, bliższe i bezpośrednie<sup>244</sup>.

Przygotowanie dalsze jest zgłębieniem tematyki zarysowanej w przywołanej adhortacji. Powołując się na List do rodzin autorstwa Jana Pawła II, wskazuje na fundamentalne prawdy, z których wypływa pojęcie dojrzałości wychowania. Dzieli te fundamentalne prawdy na pierwszą i drugą, przy czym pierwsza prawda stwierdza, że człowiek jest powołany do życia w prawdzie i miłości<sup>245</sup>, druga: „że każdy urzeczywistnia siebie samego poprzez bezinteresowny dar z siebie samego”<sup>246</sup>. Na kanwie tych prawd rodzi się stwierdzenie mówiące o istotnym znaczeniu wychowania dzieci, które rozpoczyna się jeszcze przed ich narodzeniem. Zaznaczenie dialogu matki z dzieckiem, którego podstawą jest miłość, kontynuowane w czasie całego dzieciństwa, wskazuje na obdarzanie w obydwu kierunkach człowieczeństwem<sup>247</sup>.

Wychowanie do czystości ma swoje korzenie w pojmowaniu miłości jako daru samego z siebie. Wzorowane na czystej i pełnej oddania miłości rodziców stwarza w dzieciach warunki do rozwoju, odkrywania miłości nie tylko w sferze seksualnej, objawiającej się poprzez dążenie do zaspokojenia popędów, lecz czystości z niej wynikającej<sup>248</sup>.

Celami wynikającymi z dalszego przygotowania jest między innymi przypomnienie znaczenia prawdziwej miłości człowieka w świetle miłości Boga. Rozumienie życia jako powołania do miłości, mającej swoje źródło i cel w Bogu, umiejscowione w perspektywie małżeństwa, rozumiane jest jako znak i uczestnictwo w miłości Chrystusa z Kościołem. Kolejnym celem jest przypomnienie ogromu miłości wypływającej z łaski Bożej. Łaski, o której mocy tak często się zapomina. Z niej czerpie siłę moc uzdrawiania i umacniania miłości, którą ludzie potrafią pokaleczyć, zapominając o dążeniu w swoich postawach i wychowaniu do wartości związanych z darem z siebie<sup>249</sup>.

Kolejnym zasadniczym celem tego przygotowania jest misja wychowawcza, którą obdarzeni są rodzice. To „rodzice są pierwszymi i głównymi wychowawcami swoich dzieci i

---

<sup>244</sup> Por. Papieska Rada... 21.

<sup>245</sup> LdR 16.

<sup>246</sup> Tamże.

<sup>247</sup> Tamże.

<sup>248</sup> „W miłości znajduje oparcie i ostateczny sens cały proces wychowawczy jako dojrzały owoc miłości rodzicielskiej. Poprzez wszystkie trudy, wszystkie cierpienia i zawody, jakie idą w parze z wychowaniem człowieka, miłość wciąż zdaje wielki egzamin”, LdR 16.

<sup>249</sup> „trzeba źródła duchowej mocy. To źródło znajduje się nieodmiennie w Tym, który "do końca [...] umiłował", tamże.

mają także w tej dziedzinie podstawową kompetencję: są wychowawcami, gdyż są rodzicami”<sup>250</sup>. Wspierani w tym wychowaniu winni być nie tylko przez instytucje państwowe, lecz także przez parafię, w której miejsce ma formacja chrześcijańska, począwszy od okresu dziecięcego, poprzez burzliwe dorastanie w wieku młodzieńczym, aż do okresu dojrzałości. Papieska Rada zauważa, że ten proces wychowawczy powinien leżeć na sercu nie tylko rodzicom, ale także katechetom, animatorom duszpasterstwa dzieci i młodzieży oraz duszpasterzom w różnych formach ewangelizacji<sup>251</sup>.

Przygotowanie bliższe swoje apogeum osiąga w okresie narzeczeństwa. Nie jest ono tożsame z przygotowaniem bezpośrednim. Jego czas pokrywa się z okresem młodości, więc ogromną rolę kształtowania i dorastania do miłości i małżeństwa upatruje się w duszpasterstwie młodzieży. Uwrażliwienie na wartości, których kolebką powinna być rodzina generacyjna, wsłuchanie w Słowo Boże na katechezach i spotkaniach formacyjnych winno być myślą przewodnią prowadzącą do poznania prawdy moralnej i kształtowania sumienia. Ponadto nauczanie o naturalnych wymaganiach wynikających z relacji mężczyzny z kobietą jest jedną z dróg mających na celu zrozumienie świadomości, czym jest wolna zgoda fundamentująca związek, czym jest jedność i nierozzerwalność małżeństwa, oraz czym jest odpowiedzialne macierzyństwo i ojcostwo<sup>252</sup>.

Miłość małżeńska przedstawiona jako „miłość całkowita, wyłączna, wierna i płodna”<sup>253</sup> swój wyraz ma w podstawach odnoszących się do odpowiedzialnego rodzicielstwa, w tym naukowych metod rozpoznawania płodności i dojrzewania do czystości nie tylko przed, ale także w czasie małżeństwa.

Bardzo ważnym momentem w tym przygotowaniu jest uświadomienie młodym osobom dojrzałości lub niedojrzałości, zarówno psychicznej jak i emocjonalnej. Labilność emocjonalna utrudnia relacje międzyosobowe, a niedojrzałość psychologiczna ogranicza wyzbycie się egoizmu i rozumienia siebie jako daru<sup>254</sup>.

Zwracając uwagę na duchowość małżeńską, stwierdzić należy, że ma ona swoje korzenie w sakramentach świętych. Odkrycie na nowo życia sakramentalnego i pełnego udziału w nim jest jednym z bardzo istotnych aspektów tegoż przygotowania. Przygotowanie to zwraca uwagę na rolę sakramentu pokuty i Eucharystii. Poprzez apoteozę miłosierdzia Bożego sakrament pojednania na nowo ożywia chrzest oraz dynamikę sakramentu bierzmowania.

---

<sup>250</sup> Tamże.

<sup>251</sup> Por. Papieska Rada... 28.

<sup>252</sup> Tamże, 32.

<sup>253</sup> HV 9.

<sup>254</sup> Por. Papieska Rada... 36.

Eucharystia będąca spotkaniem osobowym z Chrystusem rozwija miłość, która w życiu codziennym każdej rodziny jest jej treścią<sup>255</sup>.

Wszystkie tematy związane z przygotowaniem bliższym winny być poruszane w klimacie dialogu, a końcowym jego rezultatem powinna być klarowna świadomość istotnych cech małżeństwa: jedności, wierności, nierozzerwalności, płodności<sup>256</sup>.

Przygotowanie bezpośrednio w swojej celowości:

- zawiera syntezę przepracowanego materiału we wcześniejszych przygotowaniach ze szczególnym uwzględnieniem treści doktrynalnych, uzupełniając ewentualne braki;
- daje okazję do modlitwy na rekolekcjach i dniach skupienia dla narzeczonych;
- zawiera odpowiednie przygotowanie liturgiczne, troszcząc się o sakramenty,
- dowartościowuje rozmowy z kapłanem, by każdego z osobna głębiej poznać<sup>257</sup>.

Jeśli się weźmie pod uwagę etapy wcześniejszych przygotowań, zwłaszcza katechezy przygotowujące do zawarcia małżeństwa, to przygotowanie winno być ich zwieńczeniem. Ma bowiem pomóc narzeczonym w pełni świadomie przeżyć sakrament małżeństwa. By celebracja sakramentu małżeństwa była godna i owocna, powinni oni przystąpić do sakramentu pokuty<sup>258</sup>, zaznaczając, że włączenie celebracji małżeństwa do celebracji Eucharystii jest wyrazem związku między misterium paschalnym a sakramentem małżeństwa<sup>259</sup>.

Świadkowie powinni wiedzieć, że ich świadectwo nie dotyczy tylko gwarancji prawnej, ale też reprezentacji wspólnoty chrześcijańskiej. Inni członkowie zachęcani do czynnego udziału w liturgii powinni się do niej odpowiednio przygotować, korzystając także z sakramentów<sup>260</sup>.

Papieska Rada stwierdziła, że rodzina jest najważniejszym miejscem, w którym rodzice mogą celebrować niektóre sakramentalia. Błogosławieństwo i modlitwa wspólna kształtują klimat domowego ogniska, wprowadzając w coraz to głębsze odkrywanie misterium Boga<sup>261</sup>.

Celebracja sakramentu małżeństwa jest szczytem drogi wiary, którą nupturienci przeszli w ramach przygotowania do zawarcia małżeństwa. Jest ona także początkiem i źródłem ich życia małżeńskiego. Zatem biskupi, poprzez diecezjalne komisje liturgiczne, mają obowiązek

---

<sup>255</sup> EV 93.

<sup>256</sup> Por. Papieska Rada... 45.

<sup>257</sup> Tamże, 50.

<sup>258</sup> Tamże, 53.

<sup>259</sup> Tamże.

<sup>260</sup> Tamże, 55.

<sup>261</sup> Tamże, 56.

dać i czuwać nad wytycznymi dotyczącymi celebracji sakramentu małżeństwa. Istotnym jest, by narzeczeni wiedzieli, że to oni są szafarzami sakramentu małżeństwa<sup>262</sup>

Wszystkie wytyczne związane z celebracją małżeństwa zawarte w dokumentach (między innymi Konstytucji o liturgii czy *Ordo celebrandi matrimonium*) wskazują drogę, by z tak ważnego wydarzenia w życiu narzeczonych, ale i całego Kościoła, nie robić innego spektakularnego wydarzenia. Szczegóły celebracji sakramentu małżeństwa nie powinny być zakłócone przez pompę czy przepych, wręcz zaleca się, by charakteryzowały się prostotą i umiarkowaniem<sup>263</sup>.

Kończąc dokument, Papieska Rada ds. Rodziny powierzyła konferencjom biskupów niniejsze myśli jako przewodnie dla ich własnych dyrektyw<sup>264</sup>.

Konferencja Episkopatu Polski, podejmując powierzone zadanie, wydała Dyrektorium duszpasterstwa rodzin, w którym (w rozdziale drugim) przygotowaniom do małżeństwa poświęcono numery od 18 do 36<sup>265</sup>. Oprócz tego wydała Instrukcję o przygotowaniu do zawarcia małżeństwa w Kościele katolickim. Dokument został wydany 5 września 1986 r., po czym uzyskał *recognitio* kongregacji biskupów 17 stycznia 1987 r., a 13 grudnia 1989 r. został promulgowany przez przewodniczącego KEP i wszedł w życie. Dokument ten w szeroki sposób ujmuje całą tematykę związaną z przygotowaniem do sakramentu małżeństwa. Odnosi się zarówno do dalszego, jak i bliższego przygotowania, i bardziej szczegółowo precyzuje działania przygotowawcze bezpośrednio. Koncentrując się na zasięgu przedmiotowym, był on podstawą działań mających na celu przygotowanie do zawarcia małżeństwa aż do momentu wejścia w życie Dekretu ogólnego o przeprowadzaniu rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego<sup>266</sup>.

Dekret ten (wydany przez KEP 8 października 2019 r.), uzyskał *recognitio* Kongregacji ds. Biskupów 4 listopada 2019 r., promulgowany został przez przewodniczącego KEP 26 listopada 2019 r., a wszedł w życie 1 czerwca 2020 r. Dokument koncentruje się głównie na rozmowie kancelaryjnej, potocznie zwaną egzaminem przedmałżeńskim. Jej celem jest w

---

<sup>262</sup> Tamże, 63.

<sup>263</sup> Tamże, 71.

<sup>264</sup> „Konferencje Episkopatów oraz poszczególni Biskupi zatroszczą się o wprowadzenie ich w życie wspólnoty Kościoła. Dzięki temu każdy wierzący lepiej sobie uświadomi, że sakrament małżeństwa, Wielka Tajemnica (Ef 5, 21nn) jest powołaniem tak wielu ludzi pośród Ludu Bożego”, tamże, 74.

<sup>265</sup> Konferencja Episkopatu Polski, *Dyrektorium Duszpasterstwa Rodzin*, 1.05.2003, Warszawa 2003, s. 23.

<sup>266</sup> *Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski o przygotowaniu do zawarcia małżeństwa w Kościele katolickim*, Akta Konferencji Episkopatu Polski 1 (1998), s. 85-137.

trakcie spotkań kancelaryjnych wyłapanie i wyeliminowanie okoliczności i przeszkód, które są przeciwnie z zawarciem małżeństwa godziwego i ważnego<sup>267</sup>.

W niniejszej pracy analizie zostaje poddany wskazany powyżej Dekret ogólny [dalej: DO] o przeprowadzeniu rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego.

Dokument rozpoczyna odwołanie do kanonu 1066.: „przed zawarciem małżeństwa należy upewnić się, że nic nie stoi na przeszkodzie do jego ważnego i godziwego zawarcia”, czyli należy stwierdzić kanoniczną zdolność nupturientów. Do tego celu służy badanie zwane też egzaminem narzeczonych. Odpowiedzialność za jego przeprowadzenie nakłada się na proboszcza parafii, do której zgodnie z wymaganiami prawa zgłaszają się pragnący zawrzeć związek małżeński<sup>268</sup>. Z rozmów kanoniczno-duszpasterskich ma zostać sporządzony protokół.

Jak można zauważyć, obowiązujący dokument Konferencji Episkopatu Polski kładzie nacisk na wymogi formalno-kanoniczne, nie zajmuje się tematyką katechez przedmałżeńskich. Celem przeprowadzenia badania jest rozeznanie dotyczące sytuacji prawnej nupturientów oraz zweryfikowanie, czy przygotowali się oni w sposób należyty do zawarcia małżeństwa. Obowiązkiem kapłana przeprowadzającego to badanie jest wykluczenie możliwie zaistniałych przeszkód, zakazów, wad, a także jeżeli w jakimś wypadku potrzebna jest dyspensa, wystąpienie do odpowiednich władz kościelnych o jej udzielenie. Duszpasterz zobowiązany jest także do sprawdzenia uprawnień duchownego asystującego przy zawarciu małżeństwa i należywym wypełnieniu wszystkiego, co wiąże się ze skutkami cywilnymi małżeństwa kanonicznego<sup>269</sup>.

Przeprowadzający badanie zbiera i weryfikuje dokumenty, które gdy zachodzi taka potrzeba, wysyła do parafii, w której małżeństwo ma być zawarte z zachowaniem formy kanonicznej. Przeprowadzane rozmowy mają charakter nie tylko duszpasterski, lecz również prawny, a duszpasterz, który nupturientów dopuszcza do zawarcia małżeństwa, ma mieć moralną pewność, że będzie ono zawarte ważnie i godziwie, mając na uwadze jego sakramentalny charakter<sup>270</sup>.

---

<sup>267</sup> Konferencja Episkopatu Polski, *Dekret ogólny o przeprowadzeniu rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego* [w:] [https://; episkopat.pl.aktakep312019](https://episkopat.pl.aktakep312019), widziano: 23.02.2022 r.

<sup>268</sup> KPK, kan. 1115.

<sup>269</sup> DO wstęp.

<sup>270</sup> Tamże.

Dekret w punkcie I zawiera ogólne zasady weryfikowania zdolności prawnej narzeczonych, a w kolejnych podpunktach wskazuje: czas, w którym nupturienti mają się zgłosić do właściwej kancelarii parafialnej, wymogi dotyczące przygotowania bezpośredniego, wymogi dotyczące dokumentów, terminów spotkań. Zawarte są w nim wskazania dotyczące samego kapłana przeprowadzającego rozmowę, której głównym celem winno być „pogłębione poznanie tajemnicy Chrystusa Króla, znaczenia łaski i odpowiedzialności chrześcijańskiego małżeństwa, jak również przygotowanie do świadomego udziału w liturgicznym obrzędzie zaślubin”<sup>271</sup>. Propozycja wspólnej modlitwy powinna być wstępem do swobodnej rozmowy najpierw z obojgiem, a potem każdym z osobna. Istotą rozmów przeprowadzanych osobno z każdym z nupturientów, jest rozeznanie, czy małżeństwo to nie jest zawierane z przymusu, podstępem, lub symulacji, jak i ocena stopnia przygotowania do niego<sup>272</sup>.

Wskazaniem jest, by duszpasterz od nupturientów odebrał przysięgę mówienia prawdy, która jest aktem religijnym przy wezwaniu Pana Boga. Oprócz wzmocnienia wiarygodności nupturientów, podkreśla ona doniosłość badania i akcentuje odpowiedzialność narzeczonych. Odmowa jej złożenia powinna być zapisana w protokole. Prowadzona rozmowa wymaga od kapłana rzetelności, kultury, dyskrecji, poszanowania godności osoby, jej intymności, a przede wszystkim znajomości obowiązujących przepisów prawa kanonicznego. Nie należy czynić wiążących obietnic w sytuacjach wątpliwych lub wymagających dyspensy czy zezwolenia ordynariusza miejsca, by uniknąć rozczarowań w sytuacjach, gdy jednak okaże się, że narzeczeni nie mogą zawrzeć małżeństwa z powodu przeszkody czy zakazu.

Drugi punkt dekretu stanowi o parafii przeprowadzenia rozmów kanoniczno-duszpasterskich i zawarcia małżeństwa. Zgodnie z wymogami prawa kanonicznego istotnym jest, aby rozmowa była przeprowadzona z zasady w parafii, w której małżeństwo ma być zawarte, czyli parafii, w której jeden z nupturientów ma stałe albo tymczasowe zamieszkanie albo miesięczny pobyt<sup>273</sup>. Zwrócić należy uwagę na fakt zamieszkania, a nie zameldowania. W dalszym ciągu dekretu, w punkcie drugim przedstawiane zostały wymogi co do zawierania małżeństwa w innej parafii, spisania protokołu, wymogi dotyczące licencji asystowania, przygotowania do małżeństwa w sytuacji gdy jeden lub oboje narzeczonych są poza granicami Polski, czy zezwolenia na celebrację poza miejscem świętym<sup>274</sup>.

---

<sup>271</sup> FC 67.

<sup>272</sup> DO I, 1-7.

<sup>273</sup> KPK, kan. 1115.

<sup>274</sup> DO, II, 8-13.

Punkt III dekretu dotyczy zapowiedzi. Mają one być ogłoszone w parafiach zamieszkania narzeczonych w formie pisemnej w gablocie lub podczas ogłoszeń. Punkt ten zawiera też wytyczne dotyczące: czasu zapowiedzi, różnych sytuacji związanych z zamieszkaniem lub zwolnienia z ich ogłoszenia. Celem zapowiedzi jest powiadomienie o planowanym małżeństwie wspólnoty parafialnej oraz stworzenie możliwości zgłoszenia przeszkód, jeżeli takowe istnieją, przez osoby ze wspólnoty. Zawsze zapowiedzi mają być udokumentowane w księdze zapowiedzi<sup>275</sup>.

Wytyczne zawarte w punkcie IV dekretu dotyczą niezbędnych dokumentów. Dokumenty stwierdzające tożsamość ze stosownymi zapisami, świadectwo chrztu z obwarowaniem czasowym i zapisaniem jego wydania, ważnym przy stwierdzaniu stanu wolnego, wytyczne dotyczące przypadku osoby nieochrzczonej, postępowania w razie rozbieżności w dokumentach z aktu chrztu a cywilnych, umożliwienia przyjęcia sakramentu bierzmowania dla tych, którzy go jeszcze nie przyjęli. Do kompletu dokumentów należy jeszcze przedstawić świadectwo ukończenia katechizacji, zaświadczenie stwierdzające brak okoliczności wyłączających zawarcie małżeństwa z USC czy też odpis aktu małżeństwa cywilnego, gdyby taki zawarli. Termin dostarczenia dokumentów nie później niż dwa miesiące przed planowanym ślubem<sup>276</sup>.

W dalszej części punktu IV przedstawiono katalog dyspens koniecznych do ważności małżeństwa oraz zezwolenia ordynariusza miejsca do godziwego jego zawarcia. Bardzo ważnym z punktu widzenia tematyki tej rozprawy jest umieszczony w katalogu zezwoleń odnośnik mówiący o zezwoleniu ordynariusza miejsca na zawarcie małżeństwa dla osoby, u której istnieją bardzo poważne wątpliwości co do zdrowia psychicznego kandydata, jego zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich<sup>277</sup>.

Dalsze uzupełnienie dokumentów dołączonych do protokołu wymaga dostarczenia: świadectwa uczestnictwa w katechezie przedślubnej wraz z poradnictwem rodzinnym, zaświadczenia o zapowiedziach oraz inne wynikające z sytuacji nupturientów<sup>278</sup>.

W punkcie V zawarto przeszkody i zakazy asystowania. Począwszy od wiedzy na ich temat, poprzez prośbę o dispensę, aż do szczegółowego przedstawienia przeszkód. Dalsze wskazania dotyczą sytuacji życiowych nupturienta<sup>279</sup>.

---

<sup>275</sup> DO, III, 14-18.

<sup>276</sup> DO, IV, 19-26.

<sup>277</sup> „gdy istnieją bardzo poważne wątpliwości co do zdrowia psychicznego kandydata, jego zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich i wolności decyzji o zawarciu małżeństwa”, DO, IV, 30.

<sup>278</sup> DO, IV, 18-32.

<sup>279</sup> „W prośbie o dispensę od przeszkód wynikających z więzów rodzinnych i społecznych (pokrewieństwa, powinowactwa, przyzwoitości publicznej, pokrewieństwa prawnego) należy przedstawić dane spokrewnionych

Wady konsensusu zawarte w punkcie VI rozpoczyna weryfikacja autentyczności konsensusu, należąca do zadań duszpasterza. Rozmowa powinna upewnić go, że obydwój nupturienti pragną zawrzeć małżeństwo, które jest zgodne z zamysłem Bożym. Chcą obydwój, przez nieodwołalną zgodę małżeńską, wspólnego całego życia małżeńskiego w nierozdzielnej miłości, bezwarunkowej wierności i gotowości do przyjęcia i wychowania dzieci. Również weryfikowana jest sytuacja, czy nie istnieje przeszkoda w postaci błędu, podstęp, symulacji, przymusu, niezdolności psychicznej i uzależnienia zawarcia małżeństwa od jakiegoś warunku<sup>280</sup>.

Bardzo ważnym zadaniem kapłana przeprowadzającego badanie przedmałżeńskie jest, w sytuacji gdy stwierdzi on w oparciu o solidne podstawy natury faktycznej lub formalnej wątpliwości, co do zdolności psychicznej jednego z narzeczonych. Wątpliwość ta może wynikać z choroby psychicznej, niedojrzałości nupturienta, nałogów, zaburzeń osobowości. Wtedy obowiązkiem duszpasterza jest przeprowadzenie rozmowy z obojgiem kandydatów, potem z każdym z osobna, i wyraźne wskazanie dostrzeżonego zagrożenia. Rozmowa ma na celu wyjaśnienie, że nieważnie zawiera małżeństwo osoba, która nie potrafi w sposób odpowiedzialny i w pełni wolny podjąć decyzji o zawarciu małżeństwa. Nieważnie zawiera je też ten, kto nie spełnia osobowościowych wymogów do podjęcia zobowiązań z małżeństwa wynikających<sup>281</sup>.

Jeżeli rozmowa nie przyniesie oczekiwanego skutku, czyli nie przyjmą argumentowanych przestróg, a nupturienti nadal będą chcieli zawrzeć związek małżeński, wtedy duszpasterz, mając nadal poważne obawy, ma obowiązek:

- zwrócić się do ordynariusza miejsca z prośbą o zezwolenie na asystowanie przy zawarciu takiego małżeństwa,
- do prośby dołączyć dokumenty z leczenia (jeżeli nupturient takiemu się poddawał),

---

osób i schemat (drzewo genealogiczne – formularz 14). Należy także ukazać, jaki jest stopień zażyłości narzeczonych (czy znali się ze sobą od dzieciństwa, zamieszkiwali razem) oraz czy fakt ich pokrewieństwa lub innej relacji jest publicznie znany”, DO, V, 33-60.

<sup>280</sup> DO, VI, 68.

<sup>281</sup> „Jeśli duszpasterz opierając się na solidnych podstawach stwierdzi, iż zachodzą uzasadnione i poważne wątpliwości co do zdolności psychicznej kandydata do małżeństwa ze względu na chorobę psychiczną, daleko posuniętą niedojrzałość, uwikłanie w nałogi lub inne bardzo poważne zaburzenie osobowości, winien przeprowadzić rozmowę, zarówno z obojgiem narzeczonych, jak i z każdym z nich z osobna, ze wskazaniem na dostrzegane zagrożenie. W rozmowie wyjaśni, że nieważnie zawiera małżeństwo ten, kto nie jest w stanie w sposób wolny i odpowiedzialny podjąć decyzji o zawarciu małżeństwa lub nie spełnia osobowościowych wymogów dla ważnego podjęcia małżeńskich zobowiązań”, DO, VI, 62.

- opisać bardzo starannie wszystkie okoliczności budzące obawy<sup>282</sup>.

Ordynariusz miejsca w takiej sytuacji powołuje biegłego i po przeanalizowaniu jego opinii, po starannym rozważeniu sprawy, może udzielić zezwolenia lub może skorzystać z prawa do wydania zakazu zawarcia małżeństwa, powołując się na kanon 1077 par. 1<sup>283</sup>.

Korzystać z takiej możliwości można tylko w wypadku poważnej przyczyny, jednakże zawsze trzeba rozważyć naturalne uprawnienie do zawarcia małżeństwa wynikające z kanonu 1058<sup>284</sup>.

Dekret ogólny wyraźnie zaznacza: „należy mieć na względzie to, że zdolność psychiczną do zawarcia małżeństwa się domniemywa, jak również zasady antropologii chrześcijańskiej, uznającej zarówno słabości ludzkie, jak i możliwość doskonalenia i pracy nad sobą”<sup>285</sup>.

Niemniej jednak nie może asystować przy zawarciu małżeństwa kapłan czy diakon, w sytuacji kiedy zauważy, że narzeczony ma zaburzenia świadomości, które uniemożliwiają mu poczytalne działanie<sup>286</sup>.

W kolejnych podpunktach dekret wskazuje na zasadność pytań dotyczących podstępnego wprowadzenia w błąd, wykluczenia istotnych przymiotów małżeństwa, oraz jego sakramentalnej godności. Wszystkie pytania przewidziane w protokole mogą być uzupełnione przez dodatkowe pytania ze strony duszpasterza<sup>287</sup>

Dekret zwraca szczególną uwagę na sytuacje zawierania małżeństwa pod warunkiem, odwołując się do kanonów z tą problematyką związanych<sup>288</sup>. Kolejne wytyczne odnoszą się do przymusu<sup>289</sup>.

---

<sup>282</sup> „Jeśli nupturienci nie zechcą przyjąć przestrogi i dobrowolnie nie zrezygnują z planów małżeńskich, a poważnych obaw nie da się usunąć, duszpasterz zwróci się do ordynariusza miejsca o zezwolenie na asystowanie przy zawarciu takiego małżeństwa. Do prośby o zezwolenie, w której winien starannie opisać wszystkie okoliczności, należy dołączyć otrzymaną od nupturienta dokumentację z jego leczenia, jeśli takiemu się poddawał”, tamże.

<sup>283</sup> KPK, kan. 1077 par. 1. „Ordynariusz miejsca może w szczególnym wypadku zabronić zawierania małżeństwa swoim podwładnym, gdziekolwiek przebywającym, oraz wszystkim aktualnie przebywającym na własnym jego terytorium, lecz tylko czasowo, na skutek poważnej przyczyny i dopóki ona trwa”.

<sup>284</sup> KPK, kan. 1058 „Małżeństwo mogą zawrzeć wszyscy, którym prawo tego nie zabrania”.

<sup>285</sup> DO, VI, 62.

<sup>286</sup> Tamże, 63.

<sup>287</sup> DO, VI, 65.

<sup>288</sup> KPK, kan. 1102 par. 1. „Nie można ważnie zawrzeć małżeństwa pod warunkiem dotyczącym przyszłości; par. 2. Małżeństwo zawarte pod warunkiem dotyczącym przeszłości lub teraźniejszości jest ważne lub nie, zależnie od istnienia lub nieistnienia przedmiotu warunku; par. 3. Warunek zaś, o którym w par. 2, nie może być godziwie dołączony, chyba że za pisemną zgodą ordynariusza miejsca”.

<sup>289</sup> DO, VI, 65.

W kolejnych punktach dekret zawiera wskazania dotyczące małżeństw mieszanych i im podobnych<sup>290</sup>, skutków cywilnych małżeństwa<sup>291</sup>, uwag dotyczących celebracji małżeństwa<sup>292</sup>, zapisania zawartego małżeństwa<sup>293</sup>, małżeństwa zawartego poprzez katolika wobec wschodniego kapłana akatolickiego bez dyspensy od formy kanonicznej<sup>294</sup> oraz przepisy końcowe mówiące o dacie wejścia dekretu w życie<sup>295</sup>.

Dekret został podpisany przez przewodniczącego KEP, abpa Stanisława Gądeckiego, oraz sekretarza generalnego KEP bpa Artura G. Mizińskiego.

Dla problematyki niniejszej dysertacji bardzo istotnym jest punkt VI dotyczący wad konsensusu ze szczególnym uwzględnieniem podpunktów 62 i 63<sup>296</sup>. Są one bardzo ważne dla duszpasterzy, którzy mają trudności w rozmowach z narzeczonymi, z których jeden jest obciążony schizofrenią. Chociaż wiedza psychiatryczna i psychologiczna w toku swego rozwoju daje nadzieje na w miarę normalne życie schizofrenikom, to jednak zawsze pozostaje pewna nuta niepewności, co do ważności takiego małżeństwa.

Jeszcze jednym ważnym problemem dotyczących nupturientów w sytuacji, gdy jeden z nich jest obciążony schizofrenią, jest małżeństwo pod warunkiem - „wyjdę za Ciebie, jeśli będziesz się leczył”, chociaż nie jest tematem tej rozprawy, jednakże warto zwrócić na taki problem uwagę.

Protokół z rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa rozpoczyna się przysięgą narzeczonych po znaku krzyża i wspólnym odmówieniu Modlitwy Pańskiej. W dalszym jego zapisie są kolejno dane personalne nupturientów, przeszkody małżeńskie, wady aktu woli zawarcia małżeństwa, dokumenty, potwierdzenie zawarcia małżeństwa, zawiadomienia o zawartym małżeństwie oraz załączniki.

Biorąc pod uwagę chorobę schizofrenii, w wadach zgody znajdują się pytania dotyczące zdolności psychicznej do małżeństwa:

- czy w rodzinie były przypadki choroby psychicznej?
- czy któreś z narzeczonych leczy się lub leczyło psychiatrycznie? Czy nie przechodzi lub przechodziło terapii psychologicznej?

---

<sup>290</sup> Tamże, VII, 70-94.

<sup>291</sup> Tamże, VIII, 95-102.

<sup>292</sup> Tamże, IX, 103-111.

<sup>293</sup> Tamże, X, 112-116.

<sup>294</sup> Tamże, XI, 117.

<sup>295</sup> Tamże, XII, 118.

<sup>296</sup> „Jeśli w dniu ceremonii zawarcia małżeństwa wyznaczony do asystowania kapłan lub diakon stwierdzi, że nupturient jest dotknięty zaburzeniem świadomości w stopniu uniemożliwiającym mu aktualne poczytalne działanie, np. zatracił racjonalny kontakt z rzeczywistością lub znajduje się pod znacznym wpływem alkoholu czy narkotyków, w takich okolicznościach nie może asystować przy zawarciu małżeństwa”, DO, VI, 63.

- czy u drugiej strony dostrzega zachowania i cechy, które niepokoją i rodzą obawy o powodzenie małżeństwa?
- czy ktoś spośród osób bliskich poważnie odradzał zawarcie małżeństwa? Kto i z jakiego powodu?
- czy nie nadużywa alkoholu lub innych środków odurzających? Czy nie ma innych nałogów np. hazard<sup>297</sup>.

W odpowiedzi osoby decydującej się na zawarcie małżeństwa z osobą chorą na schizofrenię nie powinno zabraknąć dodatkowych pytań. Winny one dotyczyć następujących zagadnień:

- czy wie o chorobie narzeczonego,
- czy w pełni świadomie i dobrowolnie decyduje się na małżeństwo z osobą chorą na schizofrenię,
- czy zna skutki choroby i czy jest ich świadoma,
- czy jest w stanie podołać trudnościom wynikającym z życia z osobą chorą,
- czy zna możliwości poznawcze tej osoby,
- czy zdaje sobie sprawę z niemożności wynikających z choroby (chodzi o istotne obowiązki małżeńskie i rodzinne),
- czy zna ograniczenia związane z chorobą,
- czy jest w stanie sama udźwignąć ciężar trudów, jaki wiąże się z chorobą,
- czy ma i może liczyć na pomoc bliskich w razie zaostrzenia objawów,
- czy zna samą chorobę,
- czy zna i wie, jakie skutki choroba może wywoływać u potomstwa (nie chodzi tu o warunki genetyczne, ale o działanie poprzez wzorce i środowisko wychowania),
- czy zna leczenie farmakologiczne i jego skutki uboczne,
- czy ma doświadczenie wynikające ze spotkania osoby bądź osób żyjących z chorym na schizofrenię,
- czy w sytuacji kryzysu związanego z chorobą przewiduje podjęcie rozstania z współmałżonkiem<sup>298</sup>.

Odwołując się do wytycznych Dekretu ogólnego, zasadność zaproponowanych pytań wydaje się być oczywista. Nie mają one na celu zniechęcenia do zawarcia małżeństwa, chociaż

---

<sup>297</sup> Punkt 12, Protokół z rozmów kanoniczno – duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa.

<sup>298</sup> Opracowanie własne autora na podstawie badania przeprowadzonego metodą sondażu. Badanie przeprowadzone było w styczniu 2022 roku, wśród losowo wybranych osób (kapłanów, psychologów) w liczbie 35. Celem sondażu było stworzenie banku pytań do osoby, która pragnie poślubić osobę chorą na schizofrenię.

w Dekrecie jest zaznaczona rozmowa „uświadamiająca”, której celem może być ewentualna rezygnacja z zawarcia małżeństwa, ale uświadomienie nupturientowi decydującemu się na życie z chorym/ą ogromu odpowiedzialności, jaki na siebie bierze.

Dodatkowo można zaproponować spotkanie narzeczonego/nej z małżonkiem, który żyje w małżeństwie z chorym na schizofrenię. Wymiana doświadczeń w tym wypadku jest cennym wkładem w ugruntowanie przyszłego małżeństwa.

Jak już zauważono, Dekret odnosi się do wymogów formalno-kanonicznych i nie reguluje problematyki ani katechez przedmażeńskich, ani innych problemów wynikających z troski o duszpasterskie przygotowanie do małżeństwa. Do tych problemów odnoszą się inne dokumenty Konferencji Episkopatu Polski, np. Dyrektorium Duszpasterstwa Rodzin z dnia 1 maja 2003 roku, czy Dokument „Służyć prawdzie o małżeństwie i rodzinie” z 1 września 2009 roku.

Jako przykład wdrożenia wytycznych Konferencji Episkopatu Polski wydanych w wyżej wymienionych dokumentach można podać instrukcje o przygotowaniu do małżeństwa i życia rodzinnego wydawane w diecezjach. Tu dla przykładu warto przytoczyć Instrukcję z Diecezji Płockiej, która zaznaczając, że od dobrego przygotowania młodych do małżeństwa zależy nie tylko przyszłość rodziny, lecz także Kościoła i społeczeństwa, w oparciu o dokumenty adhortacji *Familiaris consortio*, Papieskiej Rady do Spraw Rodziny i Dyrektorium Duszpasterstwa Rodzin przedstawia przygotowanie w następujący sposób:

- dalsze – a w nim tematykę dotyczącą budowania własnego charakteru, szacunku dla wartości, umiejętności współżycia z innymi ludźmi, odkrycia i pojęcia własnego rozpoznania, szacunku do cnoty czystości, kreowania odpowiednich postaw wobec własnej rodziny i małżeństwa;
- bliższe – zawiera tematykę z zakresu pogłębienia nauki o małżeństwie i rodzinie, uwrażliwia na zakłamate trendy dotyczące małżeństwa i rodziny, uczy międzyosobowego życia w rodzinie i pogłębienia życia w wymiarze wspólnotowo-liturgicznym;
- bezpośrednie – w którym zawiera się spotkanie z kapłanem w kancelarii, katechezy przedślubne, spotkania w Poradni Życia Rodzinnego, rozmowę z duszpasterzem na temat wiedzy religijnej narzeczonych, spowiedzi przedślubne<sup>299</sup>.

---

<sup>299</sup> Por. Instrukcja o przygotowaniu do małżeństwa i życia rodzinnego w diecezji płockiej, <https://www.diecezjaplocka.pl>, widziano: 23.02.2022 r.

W prowadzonej analizie warto sukcesywnie wskazać, że zaręczyny to ważny akt poprzedzający małżeństwo, dający czas, by narzeczeni lepiej poznali siebie oraz swoje rodziny. Zgodnie z KPK kan. 1062 n. 1 zaręczyny jako przyrzeczenie małżeństwa jedno- lub dwustronnie regulowane jest prawem partykularnym, które ustanawia konferencja biskupów, uwzględniając zwyczaje i prawo świeckie<sup>300</sup>.

Zaręczyny wiążą narzeczonych w sumieniu, zobowiązują ich do szacunku i moralnej lojalności, chociaż nie są bezwzględne do zawarcia małżeństwa.

Konferencja Episkopatu Polski w Instrukcji o przygotowaniu do małżeństwa w Kościele katolickim odnośnie do zaręczyn wskazuje, by odbywały się one przynajmniej na sześć miesięcy przed ślubem. Dobrze jest, by obydwie najbliższe rodziny spotkały się na uroczystości rodzinnej, dając możliwość do bliższego poznania się i do nawiązania kontaktów. W Instrukcji przedstawiono również możliwość błogosławienia przez członka rodziny pierścionków zaręczynowych. W obecności najbliższych narzeczeni oświadczają, że odtąd są narzeczonymi i zamierzają się pobrać w jakimś określonym przez siebie czasie<sup>301</sup>.

Narzeczeństwo daje okazję do rozpoznania możliwości współnarzeczonego, jego charakteru, umiejętności, zalet i zarazem do ewentualnego odkrycia anomalii psychicznych, obciążeń dziedzicznych czy nałogów. Narzeczeństwo jest też czasem pozwalającym dorosnąć wspólnie do dojrzałej decyzji o zawarciu związku małżeńskiego<sup>302</sup>.

Niestety, wielu narzeczonych obrzęd zaręczyn odbywa w swoim własnym gronie, informując o nich po pewnym czasie, lub krótko przed nimi, rodziców i rodzinę o ich fakcie. Z tradycji chociażby „Skalnego Podhala” nadal można spotkać się z prośbą narzeczonego o rękę

---

<sup>300</sup> Por. KPK, kan. 1062 par. 1 i 2.

<sup>301</sup> „Episkopat Polski usilnie zaleca, by zaręczyny odbywały się przynajmniej na sześć miesięcy przed ślubem. Obydwie najbliższe rodziny, o ile to możliwe rodzice, rodzeństwo i dziadkowie powinni się spotkać na skromnej uroczystości rodzinnej. Dobrze zorganizowana i przeżyta uroczystość ułatwi nawiązanie bliższych kontaktów obydwu rodzinom. Rodzice obydwu stron (a w ich braku opiekunowie z ramienia rodziny, np. dziadkowie lub ktoś z rodzeństwa rodziców, względnie najstarszy brat czy siostra) są upoważnieni przez biskupa diecezjalnego (por. kan. 1168) do błogosławienia pierścionków zaręczynowych, które następnie wymieniają sobie oblubieńcy, oświadczając, że odtąd będą się uważać za narzeczonych i zamierzają się pobrać w ustalonym czasie, jeżeli przez wzajemne poznanie się, zgodnie dojdą do przekonania, że potrafią stworzyć dobrane i zgodne małżeństwo. Są bowiem świadomi, że dalsze losy ich przyszłego związku zależą w dużym stopniu od trafnego wzajemnego wyboru”, *Instrukcja KEP o przygotowaniu do zawarcia małżeństwa w Kościele katolickim, z dnia 5 września 1986 r.* nr. 32. Akta KEP 1 (1998), s. 85-137.

<sup>302</sup> „Narzeczeństwo ma na celu lepsze wzajemne poznanie się narzeczonych, w czym dyskretnie, szanując intymność każdego z nich, może bardzo pomóc rodzina każdej ze stron. Chodzi głównie o wzajemne rozeznanie charakterów, zalet i umiejętności, a także ewentualnych obciążeń dziedzicznych, zapoczątkowanych anomalii psychicznych, czy nawet ukrywanych nałogów, np. pijaństwa, narkomanii itp.” *Instrukcja KEP o przygotowaniu do zawarcia małżeństwa w Kościele katolickim, 33, z dnia 5 września 1986 r.* nr. 32. Akta KEP 1 (1998), s. 85-137.

córki jej rodziców. Jest to preludium do przygotowań rodzin narzeczonych na decyzję ich dzieci o zawarciu związku małżeńskiego<sup>303</sup>.

## 4.2. Sytuacja jednego z nupturientów obciążonych chorobą

Podjęcie decyzji w celu zawarcia sakramentalnego związku małżeńskiego jest wyjątkowym i bardzo ważnym aktem, na wskroś ludzkim, więc bardzo odpowiedzialnym, a nie tylko zwykłą formalnością prawną. Przyczyną sprawczą małżeństwa, jak już wielokrotnie zaznaczono, jest zgoda małżeńska. Aby móc lepiej zrozumieć sytuację jednego z nupturientów, który obciążony schizofrenią jednak podejmuje decyzję o zawarciu małżeństwa, dobrze będzie zapoznać się z następującymi sytuacjami.

**Studium przypadku I** *Mężczyzna z rozpoznaną i leczoną schizofrenią paranoidalną pragnący zawrzeć związek małżeński*<sup>304</sup>.

Mężczyzna lat 30 z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej od trzech lat w sakramentalnym związku małżeńskim, który zawarty został w czasie remisji choroby i od czterech lat w związku cywilnym zawartym również w czasie remisji choroby. Ze swoją żoną poznał się dwa lata przed ślubem cywilnym, zamieszkali razem po pół roku znajomości.

Krótki opis historii choroby i rozpoznania należy rozpocząć od przedstawienia rodziny generacyjnej, która w chwili wystąpienia pierwszych objawów nie podjęła się leczenia, ani nie przyjęła do wiadomości możliwości wystąpienia choroby psychicznej, co w późniejszym czasie miało znaczny wpływ na dalsze leczenie.

Rodzina generacyjna mieszcząca się w kategorii rodziny dotkniętej uzależnieniem od alkoholu. Ojciec znacznie uzależniony od alkoholu, w częstych ciągach nie zaakceptował choroby syna po jego zdiagnozowaniu, wręcz wstydził się go<sup>305</sup>. Nie chciał podjąć swojego uzależnienia, miał założoną niebieską kartę, nie chciał i nie brał czynnego udziału w terapii rodzinnej.

Matka pijąca okazyjnie, znerwicowana (kiedyś nawet podjęła leczenie nerwicy), decyzyjna we wszystkich sprawach dotyczących rodziny. Chorobę syna traktująca w kategoriach kary wykorzystywała do osiągnięć swoich planów. Zaangażowana w leczenie syna, ale tylko do momentu jej decyzyjności w terapii. Nieznosząca sprzeciwu nawet dorosłych

---

<sup>303</sup> Z doświadczeń autora tekstu.

<sup>304</sup> Studium przypadku powstało na podstawie przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, obserwacji uczestniczącej opisywanego mężczyzny w latach 2019 – 2023 przez autora tekstu.

<sup>305</sup> Krótka charakterystyka powstała na podstawie dokumentacji terapeutycznej znajdującej się w archiwum autora tekstu.

dzieci. Niezgadzająca się z proponowanym leczeniem i terapią w momencie osiągnięcia przez syna pełnoletniości, całkowicie uzależniając go od siebie.

Mężczyzna lat 30 z rozpoznana schizofrenii paranoidalną, leczony od około 8 lat. Trzykrotnie hospitalizowany z powodu zaostrzenia choroby – psychozy. Na ostatnią hospitalizację zgadza się pod wpływem namowy żony, twierdząc, że nie chce, aby na jego stan patrzyli synowie, oraz, że sobie sam ze sobą nie radzi. Chory dwukrotnie korzystał z oferty oddziału dziennego w Krakowie. Z krótkiej biografii wynotować należy, że od 15. roku życia popijał z ojcem, w okresie adolescencji miał również kontakty ze środkami psychoaktywnymi.

Jako uczeń niesprawiający problemów wychowawczych, bardzo uzdolniony, szkołę podstawową i gimnazjum ukończył z wyróżnieniem. Po zdanej maturze przyjęty na studia kierunku technicznym jako jedyny ze szkoły. W szkole średniej sprawiał nieznaczące problemy wychowawcze.

Pierwszy rzut choroby miał miejsce po zakończeniu pierwszego roku studiów, zabrany do domu przez rodziców nie był poddany leczeniu (został odizolowany od wszystkich, zamknięty w swoim pokoju).

Pierwsza wizyta u lekarza psychiatry odbyła się w momencie niemożności radzenia sobie matki z synem. Po wizycie rodzice odmówili leczenia szpitalnego, decydując się na leczenie ambulatoryjne. Dopiero po incydencie ucieczki i zachowania niezgodnego z regułami życia społecznego został umieszczony w oddziale psychiatrii po raz pierwszy. Pobyt drugi wiązał się z nadużyciem alkoholu i środków psychoaktywnych. W późniejszym czasie podjął terapię uzależnień i terapię rodzinną (z której zrezygnowali rodzice) oraz leczenie ambulatoryjne schizofrenii. W czasie tego czasu zdarzają się incydenty związane z alkoholem i odstawianiem leków, w efekcie czego leczenie nie przynosi oczekiwanych skutków.

Podjęmowane również zostają metody leczenia niekonwencjonalnego głównie z inicjatywy matki, pogarszające stan chorego do braku chęci życia włącznie. Wszystkie próby nawiązania bliższej relacji z dziewczynami, a w późniejszym czasie z kobietami są sukcesywnie niszczone przez matkę, wywołując stany depresyjne u mężczyzny. On sam nie potrafi przeciwstawić się matce, każda podjęta przez niego samodzielna decyzja jest krytykowana i niszczona. Jedynie w ramach porad psychologicznych zostaje przekonany do kontynuacji studiów, lecz o innym kierunku. Podejmuje studia I stopnia, kończąc je z wyróżnieniem. Decyzja o podjęciu studiów II stopnia została storpedowana przez matkę. Do dzisiaj studiów drugiego stopnia nie ukończył.

Z obecną żoną poznał się w czasie wyjazdu pielgrzymkowego. Był wtedy w stanie zaliczanym do depresji, miał myśli samobójcze związane z brakiem możliwości podejmowania

decyzji co do własnej osoby. Odsyłany do dzieci nie miał prawa rozmowy z dorosłymi. W takim stanie doszło do poznania młodych ze sobą.

Początkowo znajomość była ukrywana w tajemnicy przed jego rodzicami. Sam powiedział przyszłej żonie, na co choruje i jak wygląda jego leczenie. Sam przyznał się, że nie akceptuje swojej choroby. Wspólnie podjęli decyzję o zmianie leczenia i skorzystaniu z oferty Dziennego Oddziału. W tym czasie zamieszkali razem. Po terapii w oddziale, leczony regularnie i pod kontrolą psychiatry, brał czynny udział w terapii poznawczo-behawioralnej bez nawrotów. W tym czasie oświadcza się swojej dziewczynie. Po pewnym czasie obydwójce podejmują decyzję o powołaniu do życia potomstwa. Poniekąd celem tego ma być postawienie matki mężczyzny przed faktem dokonanym, by móc iść razem dalej, mimo jej sprzeciwów.

Decyzja ta wiąże się z powrotem do domu rodzinnego. Decydują się na zamieszkanie w przybudówce domu rodzinnego mężczyzny. On sam stawia czoła w walce przez ten okres z rodzicami dotyczący przyszłego jego życia. Związek cywilny zawiera, nie mając wiedzy na temat wymogów co do jego choroby wynikających z prawa<sup>306</sup>. Po zawarciu związku małżeńskiego i urodzeniu syna mężczyzna pod namową matki rezygnuje z dotychczasowego leczenia. Następuje pogorszenie stanu zdrowia, a leczenie przejmuje znów matka. O leczenie przez lekarzy psychiatrów i dalszy udział w terapii zabiega małżonka mężczyzny. On sam decyduje się na podjęcie leczenia przez psychiatrów, wracając do stanu remisji. W tym czasie podejmuje wraz z małżonką cywilną decyzje o zawarciu sakramentalnego związku małżeńskiego. Nadal leczony psychiatrycznie korzysta z terapii, dzięki której stawia czoła wszystkim przeciwnościom narzucanym przez rodzinę generacyjną w związku z przyjęciem weselnym, wysuwając tezę, że to jego ślub, a nie jego rodziców.

Kończy wraz z małżonką przygotowanie do sakramentu, ale także podejmuje niejako indywidualny tok przygotowania. Polega on na rozmowie indywidualnej z kapłanem odnośnie do ważności zawarcia sakramentalnego związku małżeńskiego, o jego istocie, przymiotach, cechach oraz obowiązkach z niego wypływających. Spotkania te miały miejsce kilkakrotnie.

Przed zawarciem małżeństwa poprosił o opinię swojego lekarza i terapeuty w kwestii decyzyjności do zawarcia małżeństwa. Zawiera się w tejże opinii zdanie: „pan X jest zdolny do wyrażenia własnej woli, stawia się na wizyty kontrolne, kontynuując leczenie, stosuje się do zaleceń lekarzy”<sup>307</sup>. O taką samą opinię poprosił swojego terapeutę.

W dniu ślubu był najszcześliwszym człowiekiem pod słońcem. W trakcie trwania małżeństwa, w związku z nękaniami ze strony matki oraz skutecznymi próbami zniszczenia

---

<sup>306</sup> Zobacz rozdział III.

<sup>307</sup> Opinia z badania mężczyzny przez lekarza psychiatrę w dokumentacji.

przez nią związku (zostali wyrzuceni z dwójką małych dzieci), podjęli decyzję o wyjeździe i zamieszkaniu z dala od rodziny generacyjnej męża.

W trakcie małżeństwa nastąpił nawrót choroby. Na prośbę żony i z uwagi na dzieci zdecydował się na leczenie w oddziale psychiatrycznym. Po wypisaniu z oddziału wrócił ponownie na terapię w oddziale dziennym. Ma, jak sam twierdzi, trudności w utrzymaniu stałej pracy, by móc zapewnić byt swojej rodzinie. Trudności te zwalcza poprzez terapię, leczenie oraz podejmowane próby zarobku dorywczego. Regularnie przyjmuje leki i korzysta z terapii.

Konkludując z opracowaniem dotyczącym „Wpływu schizofrenii na ważność małżeństwa kanonicznego” wybitnego kanonisty G. Dzierżona można dokonać pewnego porównania z tezami przez niego postawionymi a tymże przypadkiem<sup>308</sup>.

Biorąc pod uwagę to, co już zostało poruszone w rozdziale trzecim rozprawy, a mającym na uwadze kanon 1095 par. 1, dodać należy w tym przypadku, że brak wystarczającego używania rozumu nie powinien być brany tutaj pod uwagę. Przedstawiona osoba, tak jak większość osób dotkniętych schizofrenią, należy do osób inteligentnych. Ukończone studia wymagają od osoby realizacji programu oraz pewnego rodzaju pracy indywidualnej. Ponadto wydaje się być zrozumiałą przez daną osobę akt intelektualno-wolitywny<sup>309</sup> w materii dotyczącej zawarcia małżeństwa<sup>310</sup>. Także należy zauważyć, iż prawodawca nie określa konkretnie znaczenia „używanie rozumu” lecz zaznacza jego posiadanie w stopniu wystarczającym<sup>311</sup>.

Używanie rozumu może być ograniczone w kilku przypadkach i uznawane jest wtedy jako stany przejściowe<sup>312</sup>. Występują one w czasie upojenia alkoholowego, nadużywania środków psychoaktywnych<sup>313</sup>, utraty przytomności, pełnoobjawowej psychozy<sup>314</sup> czy stanów związanych z hipnozą<sup>315</sup>. Brak używania rozumu może też być stanem stałym. Dotyczy to osób dotkniętych upośledzeniem umysłowym w zależności od jego stopnia, dotkniętych nieuleczalnymi zaburzeniami psychicznymi, którzy potrzebują do swojej egzystencji opiekuna, o czym traktuje kanon 99: „ktokolwiek na stałe nie posiada używania rozumu, uznany jest za nieodpowiedzialnego i przyrównany dzieciom”<sup>316</sup>.

---

<sup>308</sup> Por. G. Dzierżon, *Wpływ schizofrenii...* s. 29-52.

<sup>309</sup> G. Dzierżon, *Niezdolność do...* s. 183.

<sup>310</sup> Tamże.

<sup>311</sup> KPK, kan. 1095 n. 1.

<sup>312</sup> W. Góralski, *Małżeństwo...* s. 295.

<sup>313</sup> W rozumieniu środków psychoaktywnych nie należy uwzględniać leków, które na co dzień w okresie remisji chory przyjmuje, gdyż nie ograniczają one jego rozumienia, ale należy brać pod uwagę środki narkotyczne czy dopalacze (por. rozdział I).

<sup>314</sup> Por. Rozdział I.

<sup>315</sup> W. Góralski, *Małżeństwo...* s. 295.

<sup>316</sup> KPK, kan. 99.

W celu pełnego zobrazowania pojęcia używania rozumu odnieść się należy także do kanonu 97., który w paragrafie pierwszym wskazuje, kto jest uznawany za osobę małoletnią: „Osoba, która ukończyła osiemnaście lat, jest pełnoletnia; poniżej tego wieku małoletnia”. Dość znamienitym jest paragraf drugi tegoż kanonu: „Małoletni, przed ukończeniem siódmego roku życia, nazywa się dzieckiem i uważany jest za nieodpowiedzialnego. Po skończonym siódmym roku życia domniemywa się, że posiada używanie rozumu”<sup>317</sup>.

W analizie dotyczącej używania rozumu powinno się mieć na uwadze fakt braku jego używania w momencie wyrażania konsensusu. A jak wiadomo, koniecznym jest do wyrażenia zgody jego minimalny stopień. Również należy pamiętać o płaszczyznach używania rozumu, tak bardzo istotnych do pełnego pojęcia problemu<sup>318</sup>.

Rozeznanie oceniające odnosi się w tym przypadku do zdolności opisanej osoby oceniającej walory małżeństwa. I tak jak już napisano wcześniej, ma to na uwadze wolność wewnętrzną, która pozwoli na dokonanie swobodnego wyboru i właściwy osąd dotyczący zawieranego małżeństwa<sup>319</sup>.

Wolność woli wyrasta z fundamentu, którym jest wolność psychologiczna, zamiennie nazywana metafizyczną. Wolność psychologiczna zaś swoją podstawę odnajduje w bycie samego Boga, który jest jej gwarantem<sup>320</sup>. Człowiek stworzony na obraz i podobieństwo Boga jest wartością osobową i samoistnym bytem. Jego istotą, jako osoby, jest wolność i autonomia. Świadomość swej wolnej woli pozwala człowiekowi podejmować decyzje dotyczące świata i samego siebie<sup>321</sup>. Bez zrozumienia wolnej woli wartości, cnoty, odpowiedzialność, sumienie oraz inne pojęcia nic nie znaczą. Nie ma podstaw do heroizmu i ofiarności. Człowiek zdeterminowany przymusem zarówno wewnętrznym jak i zewnętrznym zapędza się w niewolę sił, które od niego nie zależą. Będąc „samoposiadaczem” własnej woli, może rościć sobie przekonanie, że jest jedynym swoim władcą<sup>322</sup>. Prawo wstępu w ten obszar posiada jedynie Bóg, który działając bardzo delikatnie w tym aspekcie pozwala swobodnie decydować człowiekowi o sobie<sup>323</sup>.

Wolność woli, chociaż zawiera się w systemie pojęciowym wyrazu „wolność”, różni się od np. wolności prawnej czy moralnej. Oznacza również więcej niż niezależność. Wolność woli zawiera w sobie siłę wyboru, która pozwala działać lub nie działać. Wolność ta jest

---

<sup>317</sup> KPK, kan. 97 n. 1 i 2.

<sup>318</sup> Wskazane w rozdziale III.

<sup>319</sup> G. Dzierżon, *Niezdolność...* s. 186.

<sup>320</sup> W. Grant, *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej*, Poznań 1985, s. 94.

<sup>321</sup> Tamże, s. 96.

<sup>322</sup> Tamże.

<sup>323</sup> Tamże.

różnicowana na tę, która jest między aktami działania, a samą zdolnością do jego podjęcia. Kolokwialnie tłumacząc: co innego jest chcieć, a co innego wykonać. Wola może być zdeterminowana, jednakże nie oznacza to brak wolności czynu, i odwrotnie – działanie może być zdeterminowane, a wola wolna<sup>324</sup>.

Wolność psychologiczna zawiera się w wolności chrześcijańskiej, która dzięki pomocy Boga jest wyzwolona z przeróżnych oporów. Dzięki pomocy łaski Bożej, której szczególnego działania doświadczają małżonkowie w sakramencie małżeństwa, zdolność wyboru może pokazać się jeszcze w większym stopniu, poszerzając zakres swego działania<sup>325</sup>.

Tak rozumiana wolność psychologiczna, uzupełniona o poznanie intelektualne, daje podwaliny w rozumieniu siebie samego jako daru ofiarowanego i daru przyjętego od drugiej osoby w akcie ludzkim<sup>326</sup>. Brak rozeznania gwarantuje zagrożenie nie tylko samej wolności, lecz także odpowiedzialności. Warto też zauważyć, że nie chodzi tu o rozeznanie maksymalne, ale minimalne<sup>327</sup>. W opisanym przypadku podmiot dokłada wszelkich starań, by w pełni być zdolnym do oceny walorów małżeństwa. Pamiętać należy, iż osoba ta jest w tym czasie w fazie remisji choroby.

W aspekcie niezdolności podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich przedstawiony przypadek można analizować w kilku perspektywach. Zważywszy na fakt, iż nupturient był w czasie remisji choroby i podjął starania nie tylko w ramach przygotowania do sakramentu, ale je rozszerzył, można domniemywać, że w tym czasie wiedział, czym są podejmowane obowiązki.

G. Dzierżon w swoich analizach literatury kanonicznej okresy remisji ujmuje jako te, w których objawy zaburzenia zanikają całkowicie lub na jakiś czas<sup>328</sup>. Choć zdania kanonistów w tej kwestii są podzielone, jednakże autor podziela zdanie tych, którzy uważają, że nie zawsze chorujący niegdyś na schizofrenię są schizofrenikami<sup>329</sup>. Oczywiście osiągnięcie takiego stanu możliwe jest za pomocą leczenia farmakologicznego<sup>330</sup>, oraz podjętych terapii psychologicznych. Autor, powołując się na opinię F. Vaquerro Cajala, stwierdza, iż w razie emisji choroby nupturient może odzyskać zdolność do zawarcia ważnego małżeństwa<sup>331</sup>.

---

<sup>324</sup> Tamże.

<sup>325</sup> Tamże.

<sup>326</sup> G. Dzierżon, *Niezdolność...* s. 187.

<sup>327</sup> Tamże.

<sup>328</sup> G. Dzierżon, *Wpływ schizofrenii...* s. 42.

<sup>329</sup> Tamże.

<sup>330</sup> Por. Rozdział I, leki drugiej generacji, iniekcje domięśniowe.

<sup>331</sup> G. Dzierżon, *Wpływ...* s. 43.

Czy schizofrenię da się wyleczyć? Na to pytanie wydaje się być zasadnym szukanie odpowiedzi we wciąż rozwijającej się psychiatrii, jednakże problematyka ta interesuje również kanonistów. Powołując się w tej materii na Cajala, remisji nie powinno się porównywać do wyzdrowienia z choroby, gdyż jest to jego normalny stan. Tym samym przyjęto pewną regułę, której twierdzeniem jest, że występująca psychoza nawet w okresach przebiegów świadomości stoi na przeszkodzie ważnemu zawarciu małżeństwa, a co za tym idzie podejmowaniu obowiązków z nim związanych<sup>332</sup>. Ale to też dotyczy stanu psychozy, w którym, jak wiemy, zdarzają się przebiegi świadomości. Co do remisji choroby, czyli stanu pozbawionego przez dłuższy czas (około kilku miesięcy) objawów psychotycznych, to są głosy wśród kanonistów mówiące o ważnym zawarciu małżeństwa<sup>333</sup>.

Mówiąc z kolei o podjęciu istotnych obowiązków małżeńskich, w analizie tego przypadku zwrócić uwagę należy na nie tylko ich podjęcie, ale także ich wypełnienie. Warto też rozważyć czynniki, które mają decydujący wpływ na deklarację nupturienta w ich podjęciu, nie tylko tu i teraz, lecz także na przyszłość. Różnicować należy trudność z niemożnością, biorąc pod uwagę jej absolutność czy ciężkość i warto zauważyć istniejącą zależność między przyczyną a skutkiem<sup>334</sup>.

W przedstawionym przypadku ocena ta wymaga badania biegłego. Wydaje się, że starania osoby opisanej skłaniają się do zauważenia jego trudu i podjętych prób zrozumienia i wypełnienia tychże obowiązków, chociaż, jak sam zauważa, sprawiają mu one pewną trudność. Co do istotnych przymiotów małżeństwa jedności i nierozzerwalności nie ma wątpliwości co do ich zrozumienia i wypełnienia. Tak samo do przyjscia i wychowania potomstwa, czy rozumianego dobra małżonków. Mężczyzna stwierdza, że sprawia mu trudność pozbycie się ksobności i egoizmu, lecz w ramach terapii pracuje nad tym. Zaznacza także, że pragnie oszczędzić dzieciom widoku swojej psychozy, więc dokłada wszelkich starań, by leczyć się skutecznie. Ma dni, w których nie jest w stanie pomóc małżonce przy dzieciach i codziennych obowiązkach. Sam twierdzi, że nie potrafi w tych chwilach, jakby ogarnięty dziwną siłą, podolać obowiązkom dnia codziennego<sup>335</sup>. Ma świadomość swoich ograniczeń.

---

<sup>332</sup> Tamże, s. 44.

<sup>333</sup> Tamże, s. 46.

<sup>334</sup> G. Dzierżoń, *Niezdolność...* s. 208, 212.

<sup>335</sup> Na podstawie wywiadu pogłębionego, obserwacji uczestniczącej autora rozprawy w latach 2019-2023.

Dla pełnego zobrazowania tychże niemożności przytoczony zostanie przypadek na podstawie wyroku Sądu Metropolitalnego w Katowicach (c. Sobański) z 14. 12. 2006 r. z tytułu niezdolności pozwanego do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich<sup>336</sup>.

Małżeństwo zostało zaskarżone przez powódkę z tytułu niezdolności z przyczyn natury psychicznej (schizofrenia) do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich po stronie pozwanego męża. Wyrokiem sądu kościelnego z 19 grudnia 1997 r. stwierdzono, że udowodniona została nieważność małżeństwa z tegoż tytułu. Trybunał apelacyjny na podstawie zebranego materiału dowodowego, stwierdził, iż nie udowodniono nieważności małżeństwa, uchylając tym samym wyrok sądu pierwszej instancji.

Powódka wniosła apelację, prosząc jednocześnie Najwyższy Trybunał Sygnatury Apostolskiej o „udzielenie łaski, aby sprawę rozpatrzył sąd III instancji w Polsce”<sup>337</sup>. Trybunał Apostolski reskryptem wyznaczył Sąd kościelny do rozpatrzenia tejże sprawy w trzeciej instancji.

Przedmiotem sprawy było pytanie: czy udowodniono nieważność małżeństwa z tytułu niezdolności pozwanego do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Nie wniesiono żadnych nowych wniosków dowodowych, a sam pozwany nie wykazał zainteresowania sprawą, nie odpowiadając na pisma z sądu. Sędzia zarządził powołanie biegłego.

Przedstawione dokumenty pozwoliły dowieść, że zaburzenia psychiczne pozwanego zostały zdiagnozowane w roku 1989, a sama schizofrenia w 1991 r. Małżeństwo zostało zawarte w 1982 roku. Wprawdzie nie jest tematyką tej rozprawy zastanawianie się na temat możliwości wystąpienia schizofrenii w trakcie małżeństwa, jednakże mając na uwadze uprzedniość, warto o tym wspomnieć, tym bardziej że jednym z dokumentów jest odroczenie z wojska<sup>338</sup>. Rodzi się więc pytanie czy schizofrenia była przyczyną niezdolności, czy inne zaburzenia?

Badając biografię małżeństwa, co jest istotne zwłaszcza dla uprzedniości, w dowodach zostały przedstawione przez powódkę informacje dotyczące sygnałów inności i uzależnienia od matki. Samo podejrzenie zaburzenia, u powódki wynikało z zaobserwowania bezmyślnego i niebezpiecznego krzywdzenia dziecka. Jak już wcześniej zauważono, pozwany nie wykazał zainteresowania sprawą i odmówił zeznań. Z dowodu przesłuchania świadków wynika, że pozwany był skoncentrowany na sobie, cofał się w rozwoju. Zaznaczone zostaje sugerowanie

---

<sup>336</sup> Wyrok Sądu Metropolitalnego w Katowicach (c. Sobański) z 14.12.2006 r. z tytułu niezdolności pozwanego do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich, [w:] „Ius Matrimoniale” 13 (19) 2008, s. 193.

<sup>337</sup> Tamże.

<sup>338</sup> Nie pełnił służby wojskowej ze względu na wzrok oraz nerwicę nieupośledzającą rozwoju (tamże, s. 194).

przez otoczenie inności, wręcz dziwactwa pozwanego. Przedstawione zostają listy powódki, w których opisuje swoje rozgoryczenie wynikające z braku poczucia bezpieczeństwa, zainteresowania tylko swoją osobą, czy też braku podjęcia roli męża i gospodarza. Sama powódka, skarżąc się pozwanemu, zarzuca mu brak zaspokojenia jej potrzeb w 80%. Zaznacza, że miała pomoc ze strony męża, ale tylko z jej inicjatywy (palenie w piecu, sprzątanie, staranie o ulżenie w niektórych obrządkach domowych).

W punkcie 6. stanu sprawy, zaznaczono, że przedstawiony materiał dowodowy skłania się bardziej do obrazu osoby pozbawionej zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. W obrazie tym zawarto:

- trudności w porozumiewaniu – mężczyzna był milczący, nie wykazywał ani gotowości ani zdolności do nawiązania rzeczowej rozmowy. Wiadomym jest, że z powodu braku tej zdolności niemożliwym pozostaje nawiązanie wspólnoty małżeńskiej;
- brak umiejętności „wyjścia z siebie” rozumiany w kontekście daru i współdziałania dla dobra wspólnego;
- brak samodzielnego podejmowania decyzji;
- zaburzona aktywność niesprawiająca satysfakcji samemu pozwanemu;
- brak możliwości wykonania zobowiązań w sposób partnerski.

Zawarte w listach skargi będące przyczyną płaczu i rozżalenia wraz z innymi dowodami pozwoliły przedstawić obraz mężczyzny, który po prostu nie potrafi podołać oczekiwaniom, jakie wynikają ze wspólnego życia realizowanym we wszystkich jego aspektach. Odwołanie do *Familiaris consortio* pozwoli głębiej zrozumieć meritum wiążące się ze wspólnotą całego życia realizowaną na poziomie związku ciała, charakteru serc, umysłów i dążeń, związku dusz<sup>339</sup>.

Po rozpatrzeniu wszystkich dowodów wraz z ich interpretacją Sąd uzyskał moralną pewność w myśl kanonu 1608, o braku możliwości nawiązania wspólnoty małżeńskiej, które przerastało możliwości poznawcze pozwanego. Udowodniono, że nie był on w stanie z przyczyn psychicznych podjąć i wypełnić istotnych obowiązków małżeńskich<sup>340</sup>.

Przedstawiony indywidualny przypadek oraz przypadek z wyroku sądu kościelnego wydają się mieć pewną wspólną cechę – jaką jest niemożność do sprostanania obowiązkom. Różnią się tym, że w pierwszym przypadku osoba ma świadomość swojej niemożności i dokonuje wszelakich starań, by móc być w pełni darem i by móc ten dar przyjmować.

---

<sup>339</sup> FC 19.

<sup>340</sup> Wyrok sądu... s. 199.

Wysiłki wiążą się z podjętym leczeniem, chęcią współpracy z lekarzem, przestrzeganiem jego zaleceń dotyczących farmakoterapii oraz terapii psychologicznych. Indywidualna terapia poznawczo-behawioralna w której regularnie uczestniczy, korzystanie z oddziałów dziennych wraz z terapią grupową, sama świadomość i próby akceptacji swojej choroby, a nade wszystko walka z nałogiem (alkohol upośledza działanie leków, ogranicza wolność samą w sobie) wiążą się z wiedzą, którą wyniósł nie tyle z przygotowań do sakramentu, co z indywidualnego przygotowania, jakie sam podjął. Chociaż widać oznaki niemożności, to jednak wysiłek włożony w pracę nad sobą i utrzymanie jak najdłużej remisji choroby wydają się być wiodące w tym przypadku. Do tego dochodzi motywacja bycia mężem i ojcem na najwyższym poziomie, jaki próbuje wypracować, i miłość, której fundamentem jest miłość Boga do człowieka, pozwala zrozumieć, czym tak naprawdę jest dar samego siebie.

Dysertacja ta rozważa sytuację, w której osoba zdrowa pragnie zawrzeć związek małżeński z osobą obciążoną schizofrenią. Podejmując taką decyzję, osoba zdrowa winna wiedzieć i zdawać sobie sprawę z niemożności wynikających z samej choroby. Miłość na wzór oblubieńczej miłości Chrystusa daje moc i siłę unieść krzyż, na który sama się decyduje. Dorastanie do miłości dojrzałej, zwłaszcza tej, która wymaga wyrzeczeń w związku z chorobą współmałżonka, znaczy kochać nie za coś, tylko kochać pomimo.

#### **4.3. Świadomość nupturientów w podejmowaniu decyzji o zawarciu sakramentu małżeństwa**

„Przyszłość ludzkości idzie przez rodzinę”<sup>341</sup> – Jan Paweł II przez słowa dotyczące rodziny wyraził pełnię roli, jaką spełniają dobre i trwałe małżeństwa, oraz pełne miłości zdrowe rodziny. By móc o takich rodzinach mówić, trzeba dołożyć wszelakich starań, aby przyszłych małżonków przygotować do zadań, które będą wiązały się z podjęciem wspólnej małżeńskiej drogi. Do tego potrzebna jest świadomość celów i zadań, jaka wiąże się z podjęciem decyzji o zawarciu związku małżeńskiego<sup>342</sup>.

W jednym z podhalańskich kościołów na ścianie widnieją dwa drzeworyty. Na jednym z nich małżonkowie razem ciągną wóz w jednym kierunku, drugi przedstawia sytuację całkowicie odmienną: każdy ciągnie w swoim kierunku. Świadomość podjęcia decyzji zawarcia związku małżeńskiego na całe życie winna być kształtowana od najmłodszych lat dziecięcych i wzorowana na miłości rodziców, potem doskonalona w ciągu młodzieńczego

---

<sup>341</sup> FC 86.

<sup>342</sup> Tamże.

życia, mając solidny fundament wywodzący się z miłości Boga do człowieka, by na sam koniec uszlachetnić ją dobrowolną decyzją ofiarowania siebie w bezinteresownym darze ukochanej osobie w sakramentalnej instytucji małżeństwa.

**Studium przypadku II** *Kobieta decydująca się na małżeństwo z osobą chorą na schizofrenię*<sup>343</sup>.

Kobieta lat 29 pochodząca z rodziny generacyjnej o zdrowym kręgosłupie moralnym, pełnej ufności i nadziei wiary katolickiej, wspólnie „ciągnącej” wóz trudów dnia codziennego, której mottem było stwierdzenie: „gdy Bóg na pierwszym miejscu, to wszystko jest na swoim miejscu”. Od najmłodszych lat wychowywana w duchu miłości i ofiarności dla drugiego człowieka. Zaangażowana w wieku młodzieńczym w dzieła charytatywne, ukończyła studia wyższe.

Narzeczonego poznała na pielgrzymce. Od pierwszego spotkania wiedziała, na co choruje. Krok po kroku oswajała się z samą chorobą i cierpieniem, jakie ona przynosi. Dojrzewając do miłości, jak sama stwierdza, nie bardzo wiedziała z czym się mierzy. Jednakże miłość pomimo wszystko wygrała z trudnościami wynikającymi ze stanu zdrowotnego poznanego mężczyzny.

Szukając informacji na temat choroby (schizofrenia paranoidalna) podjęła próbę leczenia chłopaka wbrew woli rodziny. Wspierana przez psychiatrę i terapeutę zaryzykowała wprowadzenie nowatorskich sposobów leczenia. Podczas pobytu na dziennym oddziale psychiatrii zamieszkała razem z mężczyzną. To doświadczenie uświadomiło jej, jak okrutna i podstępna jest schizofrenia.

Mimo trudności wpływających nie tylko z choroby, ale głównie ze strony rodziny mężczyzny, postanowiła być dalej z nim. Rodzina generacyjna chłopaka, zwłaszcza matka, działała tak, by za wszelką cenę odwieść syna od tego rodzaju leczenia i terapii. Dokładała wielu starań, używając nawet podstępów, by tylko rozbić ten nieformalny związek.

Kobieta brała udział czynny nie tylko w leczeniu psychiatrycznym mężczyzny, ale także w podjętej terapii poznawczo-behawioralnej. Wspierana przez lekarza prowadzącego i terapeutę pokazała mężczyźnie drogę do samodzielnego podejmowania decyzji, inwestowania w swoje dobre strony, wzmocnienia ich i odcięcia się od stygmatyzacji wywołanej „zielonymi papierami”.

Mężczyzna oświadczył się kobiecie, oświadczyły zostały przyjęte. Zgodnie z tradycją terenu, z którego pochodzi, poprosił rodziców dziewczyny o rękę córki. Trzeba zaznaczyć, że

---

<sup>343</sup> Stadium przypadku powstało na podstawie przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, obserwacji uczestniczącej opisywanej kobiety w latach 2019 – 2023 przez autora tekstu.

rodzina kobiety wiedziała, z jakim mężczyzną się wiąże ich córka. Mimo, iż prośba mężczyzny była w obecności ojca, to jednak matka robiła wszystko, by do zaplanowanego małżeństwa nie doszło.

W wyniku ciągłych przeszkód i ataków rodziny mężczyzny obydwójce podjęli decyzję o powołaniu nowego życia, zakładając, że wtedy matka odpuści i pozwoli im spokojnie żyć dalej w związku małżeńskim, który planowali od jakiegoś czasu.

Decyzje o powrocie do domu po leczeniu mężczyzna podjął sam, zabierając kobietę do przybudówki koło rodzinnego domu jego rodziny generacyjnej. Jak sama kobieta przytacza, życia tam było dla nich istnym piekłem. Dyktatorska postawa matki, ciągłe ingerencje, awantury, odciąganie od leczenia i terapii, a nawet pojenie alkoholem już wtedy narzeczonego były na porządku dziennym. Kobieta twierdzi, że narzeczone dzielnie stawiał czoła wszystkim tym działaniom, starając się nie ulegać wpływom matki.

Po jakimś czasie, kiedy kobieta była już w ciąży, postanowili zalegalizować swój związek w USC. Nie wiedziała o wymogach wynikających z prawa, a dotyczących zezwolenia sądu na ślub z chorym na schizofrenię.

Po urodzeniu pierwszego syna koszmar nabrał jeszcze większych rozmiarów, zwłaszcza że zdecydowali się na sakramentalny związek. Kobieta doświadczyła, jak matka wywierała druzgocący wpływ na stan psychiczny mężczyzny. Szantaż w imię miłości do dającej życie, ciągłe awantury o przygotowania do ślubu, utwierdzały kobietę w ograniczeniach, jakie rodzina generacyjna narzuca mężczyźnie. Mimo to starała się być dobrą synową, robiła wszystko, czego teściowa chciała. Momentem zwrotnym był atak fizyczny na kobietę, która będąc już w drugiej ciąży, stwierdziła, że to jest ich ślub i będzie tak jak oni pragną.

Przygotowanie do sakramentu małżeństwa odbyli poza miejscem zamieszkania. Miało również miejsce indywidualne przygotowanie polegające na spotkaniach z kapłanem, który cierpliwie tłumaczył każdy z przymiotów małżeństwa, ograniczeń wynikających z schizofrenii itp. To nie była rozmowa w kancelarii, tylko indywidualne spotkania na prośbę narzeczonego.

Ślub zawarli poza miejscem urodzenia obydwójka, po zapowiedziach i dostarczeniu stosownych dokumentów. Mąż dostarczył zaświadczenie o stanie zdrowia psychicznego w danym momencie – długotrwałej remisji i zdolności do podejmowania świadomych decyzji. Nigdy nie był ubezwłasnowolniony, mimo starań ze strony matki. Oczywiście było grono osób, które odradzało jej to małżeństwo. Jej rodzice przyjęli do wiadomości ich decyzję, zapewniając, że zawsze może liczyć na ich pomoc, gdyż zdawali sobie sprawę, jaki krzyż bierze na swoje ramiona.

Kobieta wie, że najpiękniejszym dniem w ich życiu był sakrament małżeństwa. Widziała szczęście w oczach męża – bardzo cierpiał wcześniej, że nie mógł przystępować do sakramentów. Sytuacja zmieniła się po urodzeniu drugiego dziecka, kiedy to matka mężczyzny wraz z cichym przyzwoleniem jego ojca wyrzuciła ich z zajmowanego budynku.

Swoje miejsce znaleźli tymczasowo u rodziców kobiety, by potem zamieszkać razem we dwoje ze swoimi dziećmi w odległym mieście.

Kobieta wie, że nie zawsze może liczyć na męża, że ma on gorsze i lepsze dni. Doświadczyła jak znaczącym czynnikiem był wpływ rodziny generacyjnej na stan psychiczny męża. Liczy się z trudnościami, które wynikają z choroby. Ma świadomość pewnych niemożności ze strony męża, jednakże są one krótkotrwałe. Docenia trud, jaki mąż wkłada w leczenie i terapię, by móc niwelować swoje braki.

Twierdzi, że jest trudno, ale sama świadomie podjęła taką decyzję. W czasie już wspólnego zamieszkania była jedna wznowa choroby i jeden pobyt w szpitalu. Po tym pobycie nastąpiła remisja. Ma trudności w utrzymaniu pracy. Życie ze schizofrenikiem jest trudne, ma swoje wzloty i upadki, tak jak każde małżeństwo. Decydując się na małżeństwo z taką osobą trzeba mieć świadomość tej choroby, jej skutków itd. Ale Pan Jezus, biorąc krzyż na swoje ramiona, nie odmówił go, mimo że mógł to zrobić – to jest miłość bezinteresowna i bezgraniczna, więc jak nie nieść swojego krzyża gdy się kocha?<sup>344</sup>

Kobieta też przedstawiła kilka czynników, które wsparły jej decyzję o wstąpieniu w związek sakramentalny mimo przeszkód ze strony bliskich i odradzania zawierania małżeństwa. Jak sama mówi, nie były one decydujące, lecz pomogły głębiej zrozumieć cierpienie osób dotkniętych tą chorobą. Poniżej wyszczególniono te czynniki.

#### **4.3.1. Życie w związku niesakramentalnym wiąże się z niemożnością korzystania z sakramentów**

Prawo chorego do sakramentów gwarantuje zarówno prawo cywilne, jak i kanoniczne. W prawie cywilnym prawo to jest zagwarantowane, między innymi, w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Wykładnią prawa do sakramentów jest artykuł 53. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który gwarantuje: po pierwsze wolność sumienia i religii, po drugie wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania jej indywidualnie czy też w grupach, oraz wolność swojej religii

---

<sup>344</sup> Opis przypadku na podstawie wywiadów pogłębionych i obserwacji uczestniczącej autora tekstu.

poprzez uprawianie kultu, modlitwę, uczestnictwo w obrzędach, praktykowanie itp., po trzecie prawo rodziców do wychowania zgodnie z przekonaniami i dalej jak w ustępach artykułu dotyczącego wolności religijnej<sup>345</sup>.

Dlaczego ten artykuł został przytoczony w kontekście prawa do sakramentów, jeżeli się donosi do wolności sumienia i religii? Trzeba zaznaczyć, że wolność sumienia to nic innego jak możliwość przyjmowania światopoglądu religijnego z całym jego dobrodziejstwem, a wolność religii jest przejawem realizowania się wolności sumienia. Całe dobrodziejstwo religijne to, między innymi, sakramenty. Ponadto, co jest istotnym, gwarancja wolności sumienia i religii pozwala decydować o swoim wyborze, czyli daje prawo do wszystkiego, z czym dana religia się wiąże<sup>346</sup>. Ponadto Konstytucja odnosi się do podmiotu: „każdy”, więc także człowiek dotknięty schizofrenią. Fundamentem tychże praw jest art. 30. Konstytucji, który traktuje o godności człowieka<sup>347</sup>.

Kolejny akt prawny gwarantujący wolność i tym samym prawo do sakramentów to ustawa o gwarancjach wolności sumienia i wyznania<sup>348</sup>. Nie sposób nie przytoczyć także kolejnej ustawy – o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej – gwarantującej prawo do sakramentów<sup>349</sup>.

Również zapewnieniu wolności religijnej w prawie polskim, a w tym prawa do posługi sakramentalnej, służy penalizacja w art. 194-196 kodeksu karnego przestępstw przeciwko wolności sumienia i wyznania, obejmując dyskryminację wyznaniową, złośliwe przeszkadzanie w wykonywaniu aktów religijnych oraz obrazę uczuć<sup>350</sup>.

---

<sup>345</sup> Art. 53. 1. „Každemu zapewnia się wolność sumienia i religii”.

2. „Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują”.

3. „Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniami”, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.

<sup>346</sup> D. Stokłosa-Bieniara, *Prawo chorego do sakramentów ze szczególnym uwzględnieniem sakramentu chorych*, manuskrypt, s. 14.

<sup>347</sup> Art. 30. „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, dz. cyt.

<sup>348</sup> Por. Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, tj. Dz. U. 2005, nr 231, poz. 1965 ze zm.

<sup>349</sup> Por. Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 1169, z 2014 r. poz. 498.

<sup>350</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r, Kodeks Karny, Dz. U. z 1997 r., nr 88, poz. 553 ze zm.

Oczywiście bezprecedensowym aktem jest Konkordat zawarty między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą 28 lipca 1993 roku. Konkordat gwarantuje między innymi w art. 17. opiekę duszpasterską dla potrzebujących<sup>351</sup>.

Kanoniczne prawo wiernego do sakramentów zawiera się w kanonach Kodeksu prawa kanonicznego. Kanon 204. par. 1 stanowi: „wiernymi są ci, którzy przez chrzest wszczępieni w Chrystusa zostali ukonstytuowani Ludem Bożym i stawszy się z tej racji na swój sposób uczestnikami kapłańskiego, prorockiego i królewskiego posłannictwa Chrystusa zgodnie z własną każdego pozycją są powołani do wypełniania misji, jaką Bóg powierzył pełnić Kościołowi w świecie”. Z momentem chrztu świętego, wierny uzyskuje zarówno prawa, jak i obowiązki określone w KPK, do których między innymi zalicza się prawo do posługi sakramentalnej. O tym prawie stanowi kanon 213: „wierni mają prawo otrzymywać pomoce od swych pasterzy z duchowych dóbr Kościoła, zwłaszcza zaś Słowa Bożego i sakramentów”<sup>352</sup>.

Ponadto w kanonie tym zawiera się również możliwość nadużycia prawa do sakramentów. Mowa tu o ich odwlekaniu, przyjmowaniu w sposób niepożądany i nie wedle obowiązującego prawa. Uwaga ta dotyczy również odwlekania decyzji zawarcia sakramentalnego związku małżeńskiego<sup>353</sup>.

W analizowanym przypadku kobieta była w związku cywilnym z mężczyzną. Jak już wiadomo, mężczyzna dotknięty schizofrenią cierpiał z powodu niemożności przystępowania do sakramentów świętych. Poczucie głodu Eucharystii i odsunięcia od stołu Pańskiego<sup>354</sup> dominowało aż do czasu zawarcia sakramentu małżeństwa<sup>355</sup>. Trwanie w związku cywilnym wiąże się niejako z brakiem dyspozycji, która jest wymagana do owocnego przyjęcia sakramentów. Wynika to z życia w stanie grzechu, stąd istotnym jest pragnienie porzucenia życia w nim. Życie w cywilnym związku wiąże się z brakiem możliwości zerwania z grzechem poprzez podejmowane życie seksualne, co z punktu widzenia chrześcijańskiego nie jest

---

<sup>351</sup> „Rzeczpospolita Polska zapewnia warunki do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym w zakładach penitencjarnych, wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz opieki zdrowotnej i społecznej, a także w innych zakładach i placówkach tego rodzaju.

2. Osobom, o których mowa w ustępie 1, zapewnia się w szczególności możliwość uczestniczenia we Mszy św. w niedziele i święta oraz w katechizacji i rekolekcjach, a także korzystania z indywidualnych posług religijnych w zgodzie z celami pobytu tych osób w zakładach wskazanych w ustępie 1.

3. Dla realizacji uprawnień osób, o których mowa w ustępie 1, biskup diecezjalny skieruje kapelanów, z którymi odpowiednia instytucja zawrze stosowną umowę”, Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r, Dz. U. 1998, nr 51 poz. 318, Art. 17.

<sup>352</sup> KPK, kan. 213.

<sup>353</sup> D. Stokłosa-Bieniara, *dz. cyt.*, s. 20.

<sup>354</sup> J. Orzeszyna, *Problem przyjmowania Komunii Świętej poprzez rozwiedzionych cywilnie zaślubionych w świetle nowego dokumentu Kongregacji Nauki Wiary*, [w:] „Sosnowieckie Wiadomości Diecezjalne” (1995), nr 7, s. 105.

<sup>355</sup> Tamże.

dozwolone poza sakramentalnym małżeństwem<sup>356</sup>. Jeżeli bierze się pod uwagę znaczenie sakramentów, przystępowanie do nich w małżeństwie niesakramentalnym przeczy samo sobie. Małżeństwo dwojga ochrzczonych jest realnym symbolem zjednoczenia Chrystusa z Kościołem, tak więc logicznym jest nieistnienie innego małżeństwa jak tylko sakramentalne<sup>357</sup>, dlatego sytuacja małżonków żyjących w cywilnym małżeństwie jest przez Kościół niedopuszczalna<sup>358</sup>. Stąd pasterze Kościoła nie mogą dopuścić osób żyjących w związku cywilnym do sakramentów<sup>359</sup>. Tym większe cierpienie, że opisywany przypadek nie wynikał z ideologicznych, czy innych pobudek życia na próbę, tylko z sytuacji związanej z chorobą.

#### 4.3.2. Samotność osoby wynikająca z schizofrenii.

Samotność towarzyszy człowiekowi na każdym etapie życia. Jej cechami głównymi są:

- powszechność – każdy w jakiś sposób jej doświadcza;
- subiektywność – każdy przeżywa ją indywidualnie;
- niewyraźność – każdemu sprawia trudność wytłumaczenia drugiej osobie, czym ona jest;
- wieloznaczność – ze względu na jej różnorodność jest trudno definiowalna<sup>360</sup>.

Definiowana przez pryzmat dyscypliny nią zainteresowanej odnosi się: w psychologii do braku więzi z innymi, w filozofii do samotności w spotkaniu, w socjologii jest samotnością życia poza wspólnotą, w teologii jest warunkiem obcowania z Bogiem. Samotność różnicowana jest z osamotnieniem, można być samotnym ale nie osamotnionym – i odwrotnie<sup>361</sup>.

W schizofrenii samotność jest kompilacją wcześniej przytoczonych definicji. Jest zupełnie inaczej przeżywana przez osobę doświadczoną tym zaburzeniem niż przez osobę zdrową. W samotności wyróżnia się kilka jej typów. W schizofrenii znaczące są następujące typy.

- a) Samotność metafizyczna, która dotyczy braku sensu więzi z rzeczywistością. Jej skutkiem jest postrzeganie otaczającego świata jako zagrożenia wywołującego wrogość.

---

<sup>356</sup> Tamże, s. 106.

<sup>357</sup> FC 80.

<sup>358</sup> FC 82.

<sup>359</sup> Tamże.

<sup>360</sup> A. Bieniarz, *Samotność jako pomijany rodzaj doświadczenia osób chorujących na schizofrenię*, [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2009; 18 (1), s. 67.

<sup>361</sup> Tamże, s. 68.

- b) Samotność dotycząca komunikacji międzyludzkiej, wiąże się ona z niemożnością przekazania swoich doznań drugiej osobie. Należą do niej zaburzenia mowy, takie jak neologizmy, werbigeracje (chorobliwe, nieustanne powtarzanie bezsensownych słów lub zdań), perwersje (odchylenia reakcji psychicznych w zakresie popędów, zwłaszcza w sferze seksualnej, oraz zachowania naruszające obowiązujące konwencje, mające na celu szokowanie), dziwaczne słownictwo.
- c) Samotność egzystencjalna, która jest poczuciem nie mającej końca izolacji od innych ludzi. Główną jej cechą są próby przewyciężenia własnej inności poprzez zjednoczenie z drugą osobą.
- d) Samotność religijna wyrażana jako tęsknota za Bogiem, głód Eucharystii jak w przypadku opisanym powyżej<sup>362</sup>.

W schizofrenii samotność też jest uzależniona od etapu czy fazy choroby, w jakiej dana osoba się znajduje. Inaczej będzie odczuwana w rozszczepieniu, a całkiem inaczej w autyzmie. Zupełnie inaczej jest odczuwana w okresach remisji choroby. Dla dotkniętych schizofrenią jest bardziej odczuwalna, gdyż niska samoocena, bariera, jaka jest tworzona między chorym a resztą społeczeństwa, wpływa znacząco na jej przeżywanie. Wiąże się ona ze świadomością swojej choroby, która w większości przypadków jest skrupulatnie ukrywana<sup>363</sup>. Samo doświadczenie schizofrenii jest balastem, który mimo starań towarzyszy chorej osobie do końca życia, czego skutkiem jest ogromne cierpienie i lęk przed nawrotem choroby.

#### 4.3.3. Cierpienie wywodzące się ze stygmatyzacji

„Świr”, „wariat”, „oszołom”, „czubek”, „ten z zielonymi papierami” – potocznie znane określenia dla osoby, która jest doświadczona chorobą psychiczną, a zwłaszcza schizofrenią. Pewien rodzaj „łatki” przypiętej raz na zawsze do osoby z takim rozpoznaniem.

Znaczna większość społeczeństwa odbiera negatywnie schizofreników, a wynika to z braku wiedzy na temat choroby, odmienności osób w porównaniu z resztą społeczeństwa<sup>364</sup>. Dla potwierdzenia tej tezy w badaniu Schomerusa negatywny stosunek do badanych chorych psychicznie dorosłych Niemców przejawiał się w ustosunkowaniu do nakładów budżetowych

---

<sup>362</sup> Tamże, s. 70.

<sup>363</sup> Tamże, s. 71.

<sup>364</sup> M. Podgrodzka-Niell, M. Tyszkowska, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, [w:] „Psychiatria Polska” 2014; 48 (6), s. 1202.

na ochronę zdrowia. Ankietowani stwierdzili, że obciąliby budżet dla osób chorych psychicznie<sup>365</sup>. Czyżby pokutowała w badanych pozostałość utylitarystyczna?

Inne badania, tym razem pacjentów psychiatrycznych, wskazują, że główną rolę stygmatyzacji i kreowania negatywnych podejść do ich choroby kreują media<sup>366</sup>. Co ciekawe z treści przekazów medialnych można wyciągnąć wniosek, iż osoby chore psychicznie są niebezpieczne i należy ich unikać. Ponadto negatywny obraz chorych psychicznie przedstawiają programy dla dzieci, np. w Wielkiej Brytanii, wychowując w ten sposób następne pokolenie stygmatyzujące tych ludzi<sup>367</sup>. Niestety, w Polsce również chorzy psychicznie są stygmatyzowani, czyli są odrzucani publicznie i w kontaktach społecznych.

Cały proces zdrowienia podkreśla głównie rolę samego chorego, który będąc zaangażowany w odzyskiwaniu kontroli nad sobą samym przeciwstawia się stygmatowi. W obliczu schizofrenii osoba na nią cierpiąca myśli stereotypowo, postawy negatywne wobec choroby odnosi do siebie. Odczuwa dyskryminację, nie wierząc na przykład, że ktokolwiek będzie chciał z taką osobą zawrzeć związek małżeński<sup>368</sup>.

Dyskryminację osoby chorej na schizofrenie widać na wielu płaszczyznach życia społecznego. Najlepiej jest ona widoczna na rynku pracy. Dyskryminacja strukturalna zaś jest murem, który utrudnia powrót do zdrowia i tym samym jest źródłem dyskryminacji. Tak naprawdę to tylko rodzina i najbliżsi są jedynym i kluczowym źródłem wsparcia dla osoby dotkniętej schizofrenią<sup>369</sup>. Warto zastanowić się w tym miejscu nad rolą Kościoła we wsparciu chorych na schizofrenię.

Na poczet tej rozprawy przeprowadzono krótkie badanie sondażowe, którego celem było rozeznanie, co na temat sakramentu małżeństwa z chorym na schizofrenię sądzą studenci. Grupą badawczą byli losowo wybrani studenci: medycyny, psychologii, prawa w tym prawa kanonicznego, w łącznej liczbie 30 osób. Przedstawione zostaną niektóre z wypowiedzi:

- „Jak najbardziej można wyjść za mąż, czy ożenić się z osobą chorą na schizofrenię. Medycyna tak poszła do przodu, psychiatrzy potrafią tak dobrać leki, że ograniczają objawy”.
- „Najpierw trzeba poznać chorobę, a potem myśleć o małżeństwie”.

---

<sup>365</sup> G. Schmerus, H. Matschingre, M. Angermeyer, *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*, [w:] „Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol”, 2006; 41, s. 370.

<sup>366</sup> MV. Karidi, CN. Stefanis, C. Theleritis i inni, *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia*, [w:] „Compr. Psychiatry” 2010; 51(1), s. 20.

<sup>367</sup> PA. Stout, J. Villegas, NA Jennings, *Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research*, [w:] „Schizophr. Bull.” 2004; 30 (3), s. 550.

<sup>368</sup> MV Karidi, CN Stefanis, C Theleritis i inni, *dz. cyt.*, s. 21.

<sup>369</sup> M. Podgrodzka – Niell, M. Tyszkowska, *dz. cyt.*, s. 1208.

- „Można, ale trzeba włożyć wiele wysiłku, mieć wsparcie rodziny z jednej i drugiej strony, trzeba umieć rozpoznawać symptomy choroby, by zapobiegać odpowiednio wcześniej nawrotom”.
  - „Coraz więcej takich osób wśród nas, dlaczego nie mieliby żyć w małżeństwie? Dobrze wiemy, że rodzina to podstawa wsparcia w każdej chorobie”.
  - „A czy ważne będzie takie małżeństwo?”.
  - „Jak się będzie leczyć i chodzić na terapię, to jak najbardziej”.
  - „Moim zdaniem odpowiedź na to pytanie nie może być jednoznaczna. Trzeba by wielu rozważań na ten temat. Myślę, że ciężko żyć z taką osobą”.
  - „Raczej nie, człowiek chory na schizofrenię nawet w okresach remisji nie potrafi udźwignąć obowiązków związanych z małżeństwem”.
  - „Nie radziłabym nikomu takiego małżeństwa ze względu na dobro dzieci, które patrząc na objawy choroby i żyjąc w jej cieniu, same będą miały problemy z psychiką”.
  - „Nie, bo nie da się żyć z taką osobą”.
  - „Wydaje mi się, że nie powinno się zawierać takiego małżeństwa. Taka osoba nie potrafi ogarnąć siebie, a co dopiero drugiego człowieka i dzieci”.
  - „Jest to pewien rodzaj szaleństwa, ale możliwy”.
  - „Tak, można. Nie powinno się traktować ludzi chorych, jak innych, gorszych. Miłość jest lekarstwem na każdą chorobę. Owszem, wymaga to wielu poświęceń, ale czy w innych małżeństwach ich nie ma?”.
  - „Mam żonę chorą na dwubiegunówkę. Odkąd wiemy o chorobie i bierze leki, jest wszystko w porządku. Wiadomo, trzeba wsparcia i pomocy czasami ze strony rodziny. Mamy dwoje dzieci, z którymi żona sobie radzi bardzo dobrze. Pracuje, ogarnia dom”.
- W efekcie zdania poddanych badaniu były równo podzielone. 15 osób opowiedziało się za możliwością zawarcia związku małżeńskiego, a drugie 15 przeciwko, argumentując między innymi wątpliwościami co do ważności jego zawarcia<sup>370</sup>.

---

<sup>370</sup> Badanie przeprowadzone metodą sondażu wśród losowo wybranych studentów w dniach od 11-15 maja 2022 roku przez autora rozprawy.

#### 4.3.4. Miłość na wzór ogromnej miłości Boga do człowieka

Człowiek jest jedynym na ziemi stworzeniem, którego Bóg chciał dla niego samego. Uczynił go na swój obraz i podobieństwo<sup>371</sup>. Czyli każdy człowiek jest obrazem Boga – Miłości. Bóg kocha każdego, nie kategoryzuje człowieka na lepszego, gorszego, psychicznego czy zdrowego.

Tak Bóg umiłował człowieka, że stworzył go na swój obraz i obdarzył go godnością osoby ludzkiej. Z tej niepojętej miłości Bożej do swojego stworzenia, rozmiłowany Bóg obdarza go dobrem największym i wiecznym. Wskazuje na człowieka jako istotę pełną godności – jest kimś, a nie czymś<sup>372</sup>.

Miłość Boga staje się niejako jedynym kryterium godności ludzkiej. Ta sama miłość jest wymiarem ludzkiego bytu oraz nakazem ewangelicznym<sup>373</sup>. Człowiek jest istotą, która w całej swojej bezsilności potrzebuje miłości drugiego człowieka. Miłości, która na wskroś bezinteresowna urzeczywistnia się w życiu małżeńskim. Dlatego osoba ludzka odnajduje siebie w miłości poprzez bezinteresowny dar z samego siebie<sup>374</sup>.

„Tak bowiem Bóg umiłował świat, że Syna swego jednorodzonego dał, aby każdy, kto w Niego wierzy, nie zginął, ale miał życie wieczne”<sup>375</sup>. Największą ceną miłości Boga do człowieka była śmierć Jezusa na Krzyżu. Chociaż Jezus mógł nie podejmować krzyża: „Ojcze, jeśli chcesz, oddal ode Mnie ten kielich. Wszakże nie moja wola, ale Twoja niech się stanie”<sup>376</sup>, to jednak z miłości do człowieka wziął go na swoje ramiona. Sam ofiarował siebie za człowieka. Dlaczego w imię takiej miłości nie podjąć krzyża, jakim jest osoba chora na schizofrenię?

Zapewne będzie wiele upadków, ale wiara, nadzieja i miłość są i będą filarami dającymi siłę w podniesieniu się z nich. Miłości, która „[...] staje się troską człowieka i posługą dla drugiego. Nie szuka już samej siebie, zanurzenia w upojeniu szczęściem; poszukuje dobra osoby ukochanej: staje się wyrzeczeniem, jest gotowa do poświęceń, co więcej – poszukuje ich”<sup>377</sup>.

---

<sup>371</sup> Rdz 1, 26.

<sup>372</sup> KDK 24.

<sup>373</sup> D. Stokłosa-Bieniara, *Rodzina z chorym terminalnie w opiece paliatywnej w aspekcie moralno-społecznym*, manuskrypt w trakcie publikacji, s. 19.

<sup>374</sup> Tamże, s. 22.

<sup>375</sup> J 3, 16.

<sup>376</sup> Łk 22,42.

<sup>377</sup> DC 6.

Łaska Boża ma swoje drogi i swoich ludzi, którymi się posługuje<sup>378</sup>. O jej „tajemniczym działaniu” nauczał Jan Paweł II<sup>379</sup>. Stawiając na drodze człowieka chorego na schizofrenię, w zamyśle Boga był jakiś jego cel. Po to obdarza człowieka swoją łaską, by z niej skorzystał, tym bardziej w sakramencie małżeństwa.

#### **4.3.5. Znajomość choroby**

Ostatnim czynnikiem wskazanym przez kobiety była znajomość choroby, jej objawów, możliwości zaskoczenia z ukrycia, nieprzewidywalności w rozwoju. Jednakże, jak sama mówi, nie jest to podróż w nieznane, ale stawianie na co dzień czoła wyzwaniom, jakie przynosi. Istotnym jest znajomość rozpoznania, leczenia, terapii. Gorzej, gdy ma się do czynienia z osobą, która nie była nigdy diagnozowana i ma np. osobowość psychopatyczną. W rozpoznanej schizofrenii wie, czego może się spodziewać, umie rozpoznawać symptomy objawów, by móc w odpowiednim czasie zareagować. To ważne, by wiedzieć, z jakim zaburzeniem trzeba będzie wspólnie sobie radzić.

#### **4.4. Rola biegłego**

W sytuacji, gdy powstają jakiegokolwiek wątpliwości co do stanu psychicznego jednego z nupturientów zawsze o pomoc można się zwrócić do biegłego. Mając na uwadze wytyczne Dekretu ogólnego o przeprowadzaniu rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego, kapłan mający poważne obawy dotyczące stanu psychicznego jednego z narzeczonych, zwracając się do ordynariusza miejsca o zezwolenie do asystowania przy takim małżeństwie, zakłada, że ten poprosi o opinię biegłego przed wydaniem takiego zezwolenia<sup>380</sup>.

Powoływanie biegłego w celu sporządzenia opinii, w tym przypadku psychiatrycznej, jest praktykowane nie tylko w ramach prawa cywilnego, ale także w ramach prawa kanonicznego.

W psychiatrii biegły jest osobą, która posiada wiadomości specjalne, powołana do sprawy przez uprawniony organ np. sąd, prokuraturę w stadium postępowania

---

<sup>378</sup> Stokłosa-Bieniara D., *Rodzina...* s. 171.

<sup>379</sup> „Mimo wszelkich trudności i niepewności każdy człowiek szczerze otwarty na prawdę i dobro może dzięki światłu rozumu i pod wpływem tajemniczego działania łaski rozpoznać w prawie naturalnym wypisanym w sercu”, EV 2.

<sup>380</sup> Por. DO, VI, 62.

przygotowawczego. Opinia biegłego traktowana jest jako środek dowodowy<sup>381</sup>. Dowód z opinii biegłego odnosi się do istotnych okoliczności dotyczących rozstrzygnięcia sprawy. Do stwierdzenia tychże okoliczności potrzebne są specjalne wiadomości, których sąd nie posiada. Dlatego osobą, która posiada takie wiadomości specjalne, jest tą osobą, co do której wiadomo, że jest ekspertem w danej dziedzinie<sup>382</sup>. Czyli oprócz wyższego wykształcenia z danej dziedziny powinna posiadać jeszcze specjalizację z nią związaną – lekarz, psycholog. Dla psychologów, lekarzy psychiatrów, seksuologów wymagana jest jeszcze praktyka, dająca doświadczenie zawodowe wymagane do wydawania opinii<sup>383</sup>.

Rodzaje opinii sądowo-psychiatrycznych:

- Kategoryczna – która nie pozostawia wątpliwości co do podjętej decyzji;
- prawdopodobna – która w swoich wnioskach zbliża się po trosze do kategoryczności, jednakże nie ma możliwości jednoznacznego jej stwierdzenia;
- alternatywna – uznaje różne warianty wnioskowania w zależności od przyjętych założeń;
- abstrakcyjna – w której biegli wypowiadają się co do wiedzy teoretycznej, specjalizującej się w tym temacie<sup>384</sup>.

Biegły w prawie kanonicznym i cywilnym.

W Kodeksie prawa kanonicznego biegłym poświęcony jest rozdział IV, kanony od 1574 do 1581. Również w instrukcji procesowej „Dignitas connubii” poświęca się biegłym osobne artykuły. Są to artykuły 203 do 213.

Korzeni instytucji biegłego należy szukać już w czasach antycznych. W Egipcie w II w. przed Chrystusem praktykowało się powołanie jednego albo nawet dwóch medyków w celu dokonania oględzin pokrzywdzonych<sup>385</sup>. Również ślady korzystania z opinii sądowych można odnaleźć w starożytnej Grecji<sup>386</sup>. W Starym Testamencie, w Księdze Powtórzonego Prawa<sup>387</sup>, można także odkryć załączki instytucji biegłego<sup>388</sup>.

---

<sup>381</sup> P. Gałeczki, A. Szulc, *Psychiatria...* s. 419.

<sup>382</sup> Tamże.

<sup>383</sup> Tamże.

<sup>384</sup> Tamże.

<sup>385</sup> K. Wróblewski, „*Archiwa Medycyny Sądowej i Kryminalnej*”, 1997, s. 326.

<sup>386</sup> T. Rozkrut, *Walor opinii biegłego w kanonicznym procesie małżeńskim*, Tarnów 2002, s. 63.

<sup>387</sup> Zob. Pwt 22, 13-21.

<sup>388</sup> T. Rozkrut, *dz. cyt.*, s.63.

Nie sposób pominąć obecności biegłych w prawie rzymskim. Od czasów cesarza Justyniana biegły był już postacią znaną<sup>389</sup>. Tak samo prawo Kościoła, wyrastające na kanwie prawa rzymskiego, korzystając z jego dorobku, doszukiwało się filarów tejże instytucji<sup>390</sup>.

Szeroko przedstawiona historia biegłego w procedurze świecko-kościelnej autorstwa T. Rozkruta pozwala prześledzić rozwój samej instytucji nie tylko w praktyce wynikającej z prawa rzymskiego, ale także w praktyce prawa germańskiego czy dokumentach kościelnych aż do czasów obowiązującego Kodeksu prawa kanonicznego z roku 1983<sup>391</sup>. Analiza przedstawionej tematyki daje obraz ważności w wykorzystaniu opinii biegłego w kanonistyce na przełomie dziejów. Ważna pozycja jako lektura pogłębiająca wiedzę, w tej rozprawie zostaje wspomniana w celu zaznaczenia fundamentu kanonów niej analizowanych.

#### 4.4.1. Biegły w prawie cywilnym

W Polsce pierwsze zmianki o wprowadzeniu medyka w charakterze biegłego pochodzą z XVIII, kiedy to w roku 1750 komisja ustawodawcza powołana przez króla Stanisława Augusta wypowiedziała się na temat znawców do badań sądowo-lekarskich. Na przełomie wieków XIX i XX dostosowano instytucje do praw zaborców. Na terenach zaboru rosyjskiego wymieniano tylko czynności sądowo-lekarskie bez konkretnego nazewnictwa. Na terenach zaborców Austrii i Prus biegli byli znawcami. Dopiero od roku 1928 w prawie polskim zaczęto używać określenia „biegły sądowy”<sup>392</sup>. Obecnie w prawie polskim instytucja biegłego działa w myśl rozporządzenia ministra sprawiedliwości<sup>393</sup> i swoim zakresem obejmuje wszystko to, co zostaje zacytowane poniżej:

Po pierwsze - biegły ustanawiany jest przy sądzie okręgowym na okres pięciu lat, przy czym sam okres związany z ustanowieniem upływa z zakończeniem roku kalendarzowego. Ponadto biegły sądowy powoływany jest przez prezesa sądu okręgowego<sup>394</sup>.

---

<sup>389</sup> K. Wróblewski, *dz. cyt.*, s. 327.

<sup>390</sup> T. Rozkrut, *dz. cyt.*, s. 66.

<sup>391</sup> Tamże, s. 61- 111.

<sup>392</sup> Bilski D., *Zdrowie Publiczne*, 2001, 4, s.280.

<sup>393</sup> Dz.U.2005.15.133 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych.

<sup>394</sup> Art. 157 par.2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo do ustroju sądów powszechnych, a zawartych w Rozporządzeniu ministra sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych:  
„I. Pięcioletni okres ustanowienia biegłego przy sądzie okręgowym.

1. Biegłych sądowych, zwanych dalej "biegłymi", ustanawia przy sądzie okręgowym prezes tego sądu, zwany dalej „prezesem”.

2. Biegłych ustanawia się na okres 5 lat; okres ustanowienia upływa z końcem roku kalendarzowego”.

Po drugie – biegły zostaje ustanowiony dla konkretnych dziedzin nauki, rzemiosła, sztuki techniki czy innych wymaganych umiejętności<sup>395</sup>.

Po trzecie – obowiązują pewne zasady związane z ustanowieniem biegłego, który ma być zatrudniony, w sytuacji, gdy wykonuje on wolny zawód. Dlatego też wymaga się poczynienia pewnych kroków związanych z zasięgnięciem opinii na temat danej osoby :

- w zakładzie pracy, który zatrudnia daną osobę,
- w organizacji, do której dana osoba zgłasza swoją przynależność<sup>396</sup>.

Po czwarte – każdy biegły zanim obejmie swoją funkcję zobowiązany jest do złożenia przyrzeczenia przed prezesem sądu okręgowego. Przyrzeka on, że będąc w pełni świadomym odpowiedzialności za swoje słowa, obowiązki związane z ustanowieniem go biegłym, będzie spełniał sumiennie i bezstronnie<sup>397</sup>.

Po piąte – ustanowiony biegły nie może odmówić wykonania przez niego obowiązków, które powierza mu sąd okręgowy, gdzie jest ustanowiony, ani nie może odmówić ekspertyzy organom prowadzącym postępowania przygotowawcze wynikające ze spraw karnych<sup>398</sup>.

W kolejnych punktach przytaczanego Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie biegłych sądowych z dnia 24 stycznia 2005 znajdują się zapisy dotyczące:

- przesłanek wiążących się ze zwolnieniem z piastowanej funkcji. Zwolnienia z wykonywanych obowiązków dokonuje prezes sądu okręgowego na prośbę zainteresowanego, lub, gdy zostaną utracone, lub nie spełnione wymogi, warunków wynikające z funkcji biegłego. Zwolnienie może wynikać także z ważnych powodów, do których w szczególności zalicza się zaniedbanie obowiązków powierzonych<sup>399</sup>,

---

<sup>395</sup> Tamże, „ II. Ustanowienie biegłych dla poszczególnych dziedzin i umiejętności.

Biegłych ustanawia się dla poszczególnych gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innych umiejętności”.

<sup>396</sup> Tamże, „ III. Zasady ustanowienia biegłego zatrudnionego lub wykonującego wolny zawód.

1. Ustanowienie biegłym osoby zatrudnionej wymaga zasięgnięcia opinii zakładu pracy zatrudniającego tę osobę,  
2. Ustanowienie biegłym osoby wykonującej wolny zawód wymaga zasięgnięcia opinii organizacji zawodowej, do której osoba ta należy”.

<sup>397</sup> Tamże, „ IV. Treść przyrzeczenia biegłego

Biegły przed objęciem funkcji składa wobec prezesa przyrzeczenie według następującej roty: Świadomy znaczenia mych słów i odpowiedzialności przed prawem przyrzekam uroczyście, że powierzone mi obowiązki biegłego sądowego wykonywać będę z całą sumiennnością i bezstronnością”.

<sup>398</sup> Tamże, „ V. Zakaz odmowy wykonania obowiązku.

Biegły nie może odmówić wykonania należących do jego obowiązków czynności w okręgu sądu okręgowego, przy którym został ustanowiony, zleconych przez sąd lub organ prowadzący postępowanie przygotowawcze w sprawach karnych, z wyjątkiem wypadków określonych w przepisach regulujących postępowanie przed tymi organami”.

<sup>399</sup> Tamże, „ VI. Przesłanki zwolnienia z funkcji biegłego.

1. Prezes zwalnia z funkcji biegłego:

1) na jego prośbę;

- zawiadomień związanych z ustanowieniem, czy odwołaniem biegłego, zakładów pracy i organizacji do których dana osoba przynależy<sup>400</sup>,
- list biegłych sądowych prowadzonych przez prezesa sądu okręgowego z podziałem na poszczególne dziedziny nauki, sztuki, rzemiosła i umiejętności. W listach tych oprócz specjalizacji biegłego zaznacza się adres i termin jego ustanowienia. Skreślenia z listy dokonuje prezes w sytuacjach związanych ze śmiercią biegłego, zwolnieniem z funkcji, upływem czasu ustanowienia. Listy ustanowionych biegłych sądowych mają być dostępne w sekretariacie danego sądu<sup>401</sup>,
- przedstawień aktualnych liczb biegłych sądowych odpowiednim organom sądowym<sup>402</sup>,
- wykazów owych biegłych zgodnie ze wzorami<sup>403</sup>,
- wynagrodzeń związanych z pełnieniem funkcji biegłego sądowego<sup>404</sup>,
- wymagań dotyczących kandydatury na biegłego sądowego, w których zwraca się uwagę między innymi na sytuację prawną osoby ubiegającej się o tę funkcję, wiek, jej umiejętności praktyczne i teoretyczne<sup>405</sup>,

2) jeżeli biegły utracił warunki do pełnienia tej funkcji albo gdy zostanie stwierdzone, że w chwili ustanowienia warunkom tym nie odpowiadał i nadal im nie odpowiada.

2. Prezes może zwolnić z funkcji biegłego z ważnych powodów, w szczególności jeżeli nienależycie wykonuje on swoje czynności.

3. W wypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lub w ust. 2, prezes jest obowiązany wysłuchać biegłego, chyba że jest to niemożliwe”.

<sup>400</sup> Tamże, „VII. Zawiadomienie zakładu pracy, organizacji o ustanowieniu biegłym, O ustanowieniu biegłym osoby zatrudnionej lub wykonującej wolny zawód oraz zwolnieniu z tej funkcji prezes zawiadamia odpowiednio zakład pracy lub organizację zawodową, o której mowa w § 3, ust. 2”.

<sup>401</sup> Tamże, „VIII. Lista biegłych sądowych

1. Prezes prowadzi listy biegłych sądowych – według poszczególnych gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innych umiejętności. Prezes prowadzi również wykazy biegłych sądowych na kartach założonych dla każdego biegłego; w listach i wykazach podaje się adres biegłego i termin, do którego został ustanowiony, a także inne dane dotyczące specjalizacji.

2. Prezes skreśla z listy biegłego oraz usuwa jego kartę z wykazu:

1) z chwilą zwolnienia z funkcji;

2) w razie śmierci;

3) z upływem okresu ustanowienia biegłego, chyba że nastąpiło ponowne ustanowienie.

3. Listy biegłych sądowych są dostępne dla zainteresowanych w sekretariatach sądowych. W szczególności listy te udostępnia się stronom, uczestnikom postępowania oraz organom prowadzącym postępowanie przygotowawcze w sprawach karnych i sądom wojskowym”.

<sup>402</sup> Tamże, „IX. Podanie listy biegłych do wiadomości sądom rejonowym

W styczniu każdego roku prezes podaje do wiadomości sądom rejonowym w okręgu sądu okręgowego oraz Ministerstwu Sprawiedliwości listy biegłych sądowych, a także zawiadamia niezwłocznie o każdej zmianie listy oraz o wszczęciu wobec tych osób postępowania karnego albo o ubezwłasnowolnieniu”.

<sup>403</sup> Tamże, „X. Wykaz biegłych według wzoru. Wykazy biegłych sądowych prowadzi się według ustalonych wzorów”.

<sup>404</sup> Tamże, „XI. Wynagrodzenie biegłego. Biegłemu przysługuje za wykonanie czynności wynagrodzenie w wysokości określonej odrębnymi przepisami”.

<sup>405</sup> Tamże, „XII. Wymagania co do kandydata na biegłego.

1. Biegłym może być ustanowiona osoba, która:

1) korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich;

- biegłego, który jest tłumaczem języka i migowego i posiada w tej dziedzinie odpowiedni certyfikat<sup>406</sup>,
- próśb prezesa skierowanych do odpowiednich instytucji, a związanych ze wskazaniem osób posiadających specjalizację w danej dziedzinie, która może być wykorzystana w roli biegłego sadowego<sup>407</sup>,
- wskazań związanych z wydawaniem opinii przez biegłego sadowego<sup>408</sup>,
- czy też innych obowiązków takich jak : zmiana miejsca adresu czy zamieszkania<sup>409</sup>, nadzorach nad biegłym<sup>410</sup>, czy też innych<sup>411</sup>.

W prawie cywilnym biegły powoływany jest przez sąd w celu wydawania opinii. Można stwierdzić, że jest on niejako narzędziem, dzięki któremu poznanie prawdy jest możliwe. Korzystając z posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych, ma się na myśli te wiadomości wykraczające poza te, które są dostępne dla dorosłego wykształconego człowieka. Tak jak wcześniej zauważono, istotna jest specjalizacja w danej dziedzinie oraz jej

---

2) ukończyła 25 lat życia;

3) posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być ustanowiona;

4) daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego;

5) wyrazi zgodę na ustanowienie jej biegłym.

2. Posiadanie wiadomości specjalnych powinno być wykazane dokumentami lub innymi dowodami. Ocena, czy posiadanie wiadomości specjalnych zostało dostatecznie wykazane, należy do prezesa<sup>406</sup>.

<sup>406</sup> Tamże, „XIII. Biegły – tłumacz języka migowego. Biegłym - tłumaczem języka migowego - może być osoba, która ukończyła 21 lat życia oraz posiada "Certyfikat drugi - "T2" - tłumacz-biegły w zakresie języka migowego" lub tytuł eksperta tego języka, wydane przez Polski Związek Głuchych”.

<sup>407</sup> Tamże, „XIV. Zwrócenie się przez Prezesa o wskazanie osób z wiedzą specjalną. W razie potrzeby ustanowienia biegłego, prezes może w szczególności zwrócić się do właściwych stowarzyszeń lub organizacji zawodowych, przedsiębiorstw państwowych, instytucji, szkół wyższych oraz urzędów państwowych o wskazanie osób posiadających teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innych umiejętności”.

<sup>408</sup> Tamże, „XV. Opinia biegłego. Ustanowienie biegłym uprawnia po złożeniu przyrzeczenia do wydawania opinii na zlecenie sądu lub organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze w sprawach karnych w zakresie tej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innych umiejętności, dla której ustanowienie nastąpiło. Biegły wydając opinię, używa tytułu biegłego sadowego z oznaczeniem specjalności oraz sądu okręgowego, przy którym został ustanowiony”.

<sup>409</sup> Tamże, „XVI. Obowiązek zawiadomienia o zmianie miejsca adresu i przerwie w czynnościach

1. Biegły jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić prezesa o:

1) każdej zmianie swego adresu;

2) zamierzonej przerwie w wykonywaniu czynności przez okres dłuższy niż 3 miesiące.

2. Jeżeli okoliczności wymienione w ust. 1 powstaną w czasie wykonywania przez biegłego czynności zleconej przez organ, o którym mowa w § 5, biegły zawiadamia o nich ten organ; w odniesieniu do okoliczności wymienionych w ust. 1 pkt 2 zawiadomienia należy dokonać także wówczas, gdy przerwa nie przekracza 3 miesięcy”.

<sup>410</sup> Tamże, „XVII. Nadzór Prezesa nad biegłym.

Prezes sprawuje nadzór nad biegłymi na zasadach określonych w odrębnych przepisach”.

<sup>411</sup> Tamże, „Biegli ustanowieni na podstawie przepisów dotychczasowych stają się biegłymi w rozumieniu niniejszego rozporządzenia, z tym że pełnią swe czynności do końca okresu, na który zostali ustanowieni”, <https://arslege.pl/rozporzadzenie-ministra-sprawiedliwosci-w-sprawie-bieglych-sadowych/k216/>. widziano: 1.06.2023.

wykładnia praktyczna<sup>412</sup>. Biegłego powołuje sąd, określając w tezie dowodowej przedmiot i zakres opinii. Sąd jednakże nie może i nawet nie powinien oczekiwać na opinię, która osądza w jaki sposób rozstrzygnąć sprawę. Tak więc opinie biegłego należy traktować jako dowód w sprawie<sup>413</sup>. Praktyką jest, by opinia była wydawana w formie pisemnej. Powinna ona powstać na podstawie osobistego badania i analizie dokumentów. Zdarza się jednak, że opinia może być wydana bez badania osoby z różnych przyczyn<sup>414</sup>.

#### 4.4.2. Biegły w prawie kanonicznym

W obowiązującym Kodeksie prawa kanonicznego w kan. 1574 wskazano, by z korzystać z pomocy biegłych, jeżeli jest to konieczne w celu poznania prawdziwej natury rzeczy<sup>415</sup>. Czyli jeżeli według prawa jest obowiązkiem zasięgnąć opinii biegłego, to jest on obowiązkowa. Jeżeli zaś nie jest z nakazu, to sędzia może, a nawet powinien z niej skorzystać dla pełniejszego dociekania prawdy w naturze przedmiotu. Kanon ten zaznacza, że nie ma potrzeby korzystać z biegłego, nawet gdy ktoś o niego prosi, kiedy nie jest to konieczne dla dobra sprawy<sup>416</sup>.

W instrukcji procesowej *Dignitas connubii* (dalej: DC) odpowiednikiem tegoż kanonu jest art. 203 par. 2, w którym wskazuje się na korzystanie z pomocy biegłego nawet w szerszym zakresie<sup>417</sup>. Mowa tu o specjalistach nie tylko z dziedziny medycyny czy psychologii, ale też o innych dziedzinach na przykład grafologii.

Biegłych powołuje sędzia:

- na wniosek stron,
- po wysłuchaniu stron,
- po wysłuchaniu obrońcy wężła czy rzecznika sprawiedliwości.,
- oraz możliwym jest dopuszczenie opinii już wcześniej sporządzonej, wtedy gdy odnosi się ona do przedmiotu sprawy<sup>418</sup>. Biegły może odmówić przyjęcia zadania.

W instrukcji DC kompetencją do powołania biegłego obciąża się ponensa lub przewodniczącego turnusu kolegiального. W sytuacji gdy są przedstawione opinie innych biegłych pozaprocesowych, zwrócić należy uwagę, by nie było to związane z nadużyciem w

---

<sup>412</sup> R. Szozda, M. Procek, *Lekarz jako biegły sądowy*, [w:] „Nowiny Lekarskie” 2007, 76, 3, s. 261.

<sup>413</sup> Tamże, s. 262.

<sup>414</sup> Tamże.

<sup>415</sup> KPK, kan. 1574.

<sup>416</sup> C. Diego-Lora, *Procesy*, [w:] *Kodeks prawa kanonicznego. Komentarz*, dz. cyt., s. 1182.

<sup>417</sup> Por. art. 203 par. 2 DC.

<sup>418</sup> KPK, kan. 1575.

interesie strony<sup>419</sup>. O powołaniu biegłego należy poinformować strony, dając im możliwość przez swoich adwokatów do zaprezentowania postulatów, do których ma się ustosunkować biegły<sup>420</sup>.

Do kwalifikacji powołanych biegłych zalicza się: oprócz znajomości tematyki w której są ekspertami po ukończeniu studiów wyższych i odpowiednim doświadczeniu, odpowiednią reputację, uczciwość, religijność, moralność i przestrzeganie antropologii chrześcijańskiej<sup>421</sup>.

W myśl wymaganych kwalifikacji dla biegłych, należy także zauważyć, że wymienia się osoby, które nie są zdolne lub zdadne do pełnienia tej funkcji. Do osób niezdolnych zalicza się tych, którzy niezdolnymi są do składania zeznań, tych, którzy w jakikolwiek sposób są powiązani bądź pokrewieństwem czy przyjaźnielstwem którejś strony, a nawet tych, którzy pomijając proces, sporządzili opinie dla jednej z nich. Niezdadnymi są również ci, którzy poprzez swój styl prowadzenia życia, czy też sprzeczne poglądy z antropologią chrześcijańską, niemający odpowiednich kompetencji i specjalności podważają wiarygodność istotną dla sporządzenia opinii.

Biegłych można się zrzec lub ich wykluczyć<sup>422</sup>. Dokonać wykluczenia może sędzia z urzędu na prośbę stron oraz obrońcy węzła małżeńskiego (w przypadku procesu dotyczącego małżeństwa) lub wtedy, gdy sam stwierdzi słuszne powody<sup>423</sup>.

Kolejnym krokiem ze strony sędziego wobec biegłego jest określenie przedmiotu jego badań stosownym dekretem. Biorąc pod uwagę sugestie stron, po ich wcześniejszym wysłuchaniu co do opracowania punktów dotyczących sprawy, biegły ma wiedzieć, jakie są oczekiwania wobec niego ze strony trybunału. Do obowiązków sędziego należy także przesłanie akt sprawy, innych dokumentów z nią związanych, by mógł on po dokładnym ich przeanalizowaniu dokonać rzetelnej oceny stanu rzeczy. Ma również wyznaczyć czas do przedstawienia opinii przez biegłego oraz wniosków z niej wynikających<sup>424</sup>.

Zaleca się, by każdy biegły przeprowadził samodzielnie badanie i sporządził własną opinię. Dopuszcza się na polecenie sędziego sporządzenie jednej opinii, na której podpiszą się wszyscy biegli biorący udział w badaniu. Przeanalizowanie różnic w opiniach, czy to sporządzonych osobno, czy też razem, nie musi skutkować powołaniem kolejnego biegłego. Opinia winna być udokumentowana sumiennie przez biegłego, wskazując, jakie argumenty ją

---

<sup>419</sup> Por. art. 204 par. 1 DC.

<sup>420</sup> Por. art. 204 par. 2 DC.

<sup>421</sup> Por. art. 205 par. 1 i 2 DC.

<sup>422</sup> KPK, kan. 1576.

<sup>423</sup> Por. art. 206 DC.

<sup>424</sup> Por. KPK, kan.1577 n. 1,2,3, oraz art. 207 par. 1,2,3 DC.

popierają. Można do uzyskania szerszych wyjaśnień sukcesywnie wezwać biegłego<sup>425</sup>. Podobne zalecenia przedstawiane są w DC w art. 210 par 1 i 2, z uwzględnieniem autonomii metody badawczej stosowanej przez biegłego. Opinia ma być w formie pisemnej opatrzona podpisem.

W instrukcji procesowej *Dignitas connubii* można zwrócić uwagę na doradczy charakter udziału biegłego w sprawie. Dotyka on problemu impotencji, w którym biegły ma określać jego naturę, charakter – względny czy absolutny – czas występowania, trwałość i możliwości leczenia<sup>426</sup>.

Jeżeli chodzi o sprawy związane z niezdolnością do zawarcia małżeństwa, watykańska instrukcja wyraźnie wskazuje na konieczność powołania biegłego. Zaznacza, o co ma być biegły zapytany:

- czy anomalią habitualną były dotknięte obie strony, czy tylko jedna, o jej ciężkość, przyczyny i okoliczności;
- konkretnie odnosząc do braku używania rozumu – czy zaburzenie poważnie zakłóca jego używanie w momencie zawierania małżeństwa, o jej intensywność i objawy;
- odnosząc do braku rozeznania oceniającego – czy zaburzenie ma wpływ na swobodne podejmowanie ważnych decyzji;
- do niezdolności podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich – biegły ma ocenić naturę i ciężkość zaburzenia, która powoduje niemoc w podejmowaniu tychże obowiązków<sup>427</sup>.

Biegły, odpowiadając na pytania zawarte w dekrecie, kierować się ma wiedzą i doświadczeniem. Wymaga to przeprowadzenia badania zgodnie ze specjalizacją, a wydana opinia ma być oparta o zasady nauki i wedle metody naukowej nieprzekraczającej kompetencji biegłego<sup>428</sup>.

W gestii sędziego pozostaje dodanie lub odrzucenie opinii biegłego. Jednakże istotnym jest, by sędzia zapoznał się z opinią, gdyż nie on jest ekspertem w danej dziedzinie (medycyna, psychologia), biorąc pod uwagę autorytet opiniodawcy i zgodność jego założeń

---

<sup>425</sup> Por. KPK, kan. 1578, n. 1,2,3.

<sup>426</sup> Art. 208 DC.

<sup>427</sup> Art. 209 DC par 2. 1. w sprawach z tytułu braku używania rozumu należy zapytać, czy anomalia poważnie zakłócała używanie rozumu w czasie zawierania małżeństwa; z jaką intensywnością i jak się przedstawiała; 2. w sprawach z tytułu braku osądu krytycznego, należy pytać, jaki był wpływ anomalii na zdolność krytyczną oraz możliwość swobodnego decydowania w przedmiocie podejmowania poważnych decyzji, w szczególności w wolnym wyborze stanu życia; 3. w sprawach zaś dotyczących niezdolności podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich, należy pytać, jaka była ich natura oraz ciężkość przyczyny psychicznej, z powodu której strona nie tylko ma poważną trudność, ale również niemożność realizowania zadań związanych z obowiązkami małżeńskimi”.

<sup>428</sup> Por. art. 209, par. 1,2,3 DC.

antropologicznych z antropologią chrześcijańską<sup>429</sup>. W każdej sytuacji, czy to przyjęcia czy odrzucenia opinii, sędzia ma uzasadnić swoją decyzję<sup>430</sup>.

Prawodawca dopuszcza udział biegłego prywatnego wyznaczonego przez strony, którego musi zatwierdzić sędzia. Biegły taki jest niejako pomocnikiem strony, a jego opinia jest kolejnym dowodem w procesie. Może on, jeżeli pozwoli na to sędzia, przejrzeć akta sprawy, może też przedstawić swoją relację, będąc obecnym przy badaniu. Nie może jednak poddawać analizie opinii biegłego powołanego przez sąd, ani nie może brać udziału w ewentualnych wyjaśnieniach owego biegłego<sup>431</sup>.

Kodeks prawa kanonicznego nakazuje wyrównać honoraria i wydatki związane z pracą biegłego. Ich wysokość należy do decyzji sędziego<sup>432</sup>.

Powołanie biegłego w procedurze kanonicznej wiąże się najczęściej z procesem małżeńskim. Zadaniem biegłego w tej procedurze jest dostarczenie sędziemu takich informacji, by nabrał on pewności moralnej w tej materii<sup>433</sup>. Jego opinia jest środkiem dowodowym w tym procesie.

W przedstawionej sytuacji zawarcia małżeństwa z osobą, która już ma stwierdzoną schizofrenię, według cytowanego wcześniej Dekretu ogólnego Konferencji Episkopatu Polski, po rozeznaniu sytuacji kapłana przeprowadzającego rozmowę i na jego prośbę, obowiązkiem powołania biegłego obarczony zostaje ordynariusz miejsca. To on po rozważeniu opinii biegłego decyduje, czy może udzielić zezwolenia lub zakazu na zawarcie takiego małżeństwa.

Korzystając z dorobku wypracowanego w procesach małżeńskich, a dotyczącego biegłych, można zwrócić uwagę na cechy przygotowanej ekspertyzy. Powinna być ona wydana przez biegłego kompetentnego, w tym wypadku psychiatrę albo psychologa, których zadaniem jest określenie natury oraz stopnia zaawansowania choroby w odniesieniu do zdolności danej osoby do zawarcia małżeństwa<sup>434</sup>.

Opinia taka powinna być obiektywna, ma zawierać logiczne konkluzje i podawać metody, jakich użyto w badaniu, w tym wypadku testy psychologiczne, badanie przedmiotowe i podmiotowe chorego<sup>435</sup>. Wybierając biegłego, należy kierować się tymi przymiotami, które zostały już wcześniej przedstawione w analizie kanonicznej. Należy pamiętać, że współpraca

---

<sup>429</sup> KPK, kan. 1579 n. 1 i 2.

<sup>430</sup> Por. art. 212 par. 2 DC.

<sup>431</sup> Por. KPK, kan. 1581 n. 1 i 2, art. 213 par. 1 i 2 DC.

<sup>432</sup> KPK, kan. 1580.

<sup>433</sup> T. Rozkrut, dz. cyt., s. 217.

<sup>434</sup> Jan Paweł II, Przemówienie do pracowników Roty Rzymskiej w dniu 5 lutego 1987 roku, AAS 79 (1987), s. 1454.

<sup>435</sup> G. Dzierżon, *Wpływ...* s. 50.

psychiatry czy psychologa winna iść w parze z doktryną chrześcijańską i wiedzą tychże osób na temat założeń kanonicznego porządku prawnego<sup>436</sup>.

## Podsumowanie

Podsumowując rozdział można stwierdzić jak wielką jest miłość człowieka, który kocha „pomimo”, w tym wypadku pomimo choroby jaką jest schizofrenia. Nasuwa się w tym miejscu myśl, która dotyczy wszystkich tych współmałżonków, którzy w swoim wyborze podjęli się bycia na zawsze z osobą chorą, bez znaczenia czy jest to choroba somatyczna czy psychiczna. Zrozumieć miłość w kontekście bezinteresownego daru z siebie, w tym przypadku, daru dla chorego człowieka, pozwala nieść ciężar jaki się wiąże z chorobą.

Należy stwierdzić również, że niezależnie od wykładni prawa czy to cywilnego, czy to kanonicznego, zawarcie związku małżeńskiego z osobą chorą na schizofrenię obwarowane jest konkretnymi przepisami. Okoliczność, która utrudnia zawarcie ważnego związku małżeńskiego, wynikająca z choroby psychicznej jaką jest schizofrenia, w prawie cywilnym znajduje swój odpowiednik jako wada oświadczenia w sferze zgody małżeńskiej i jako niezdolność konsensualna w prawie kanonicznym. Niezależnie od prawa, można jednak postarać się o zezwolenie na zawarcie takiego małżeństwa. W prawie cywilnym poprzez instytucję zezwolenia sądowego, a w prawie kanonicznym poprzez uzyskanie zezwolenia ordynariusza miejsca<sup>437</sup>.

---

<sup>436</sup> Tamże, s. 52.

<sup>437</sup> „gdy istnieją bardzo poważne wątpliwości co do zdrowia psychicznego kandydata, jego zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich i wolności decyzji o zawarciu małżeństwa”, DO, IV, 30.

## Zakończenie

W jednym z kościołów na Skalnym Podhalu zamieszczony jest drzeworyt, który w pełni przekazuje realia życia w małżeństwie, i to bez znaczenia, czy to jest związek ludzi zdrowych, czy dotyczy wspólnej drogi podjętej wraz z osobą chorą. Wyrzeźbione postaci w jednym z ujęć ciągną wóz i patrzą w jednym kierunku. W drugim ujęciu, ich drogi rozchodzą się i każde z nich, ciągnie wóz w przeciwną stronę. Podążanie w jednym kierunku świadczy o wspólnych celach, których realizacji podejmują się razem małżonkowie. Zwrot w przeciwną stronę wskazuje na brak jedności wizji wspólnego małżeństwa. Ponadto rozejście się dróg tych dwojga, przedstawionych w drzeworycie, przeczy istotnym przymiotom małżeństwa.

Tematyka niniejszej rozprawy dotyczy trudnego tematu jakim jest zawieranie małżeństwa kanonicznego przez osobę dotkniętą schizofrenią. W czterech rozdziałach poddano analizie problem schizofrenii w aspektach medyczno-psychologicznym, teologicznym – prawnym, oraz duszpasterskim. Wybrana tematyka jest bardzo ważna, i kontrowersyjna. W obserwacjach kondycji psychicznej młodego pokolenia, zauważyć należy wzrost zachorowalności na różnego rodzaju choroby mające swoje korzenie w zaburzeniach psychicznych, Współczesny Kościół stoi w przededniu problemu, w którym wyrasta nowe pokolenie, a który ściśle wiąże się z zaburzeniami definiowanymi przez psychologię i psychiatrię. Problemy te dotyczą także zmian spojrzenia na instytucję małżeństwa i wartość rodziny. Na przykładzie schizofrenii przedstawiono problem zawierania małżeństwa z osobą chorą na wskazaną jednostkę chorobową.

Zawierając związek małżeński żadna z osób nie jest w stanie przewidzieć, który kierunek z przedstawionego drzeworytu obierze. W założeniach zapewne jest wspólna droga i wspólne spojrzenie. A jednak zdarza się, że życie tychże dwojga, obiera inny kierunek, niż ten zaplanowany i wymarzony. Nie koniecznie wynika to z faktu choroby, gdyż sytuacja taka dotyczy wielu małżeństw, gdzie choroba psychiczna nie występuje. Brak zrozumienia, czym jest miłość bezinteresowna do drugiego człowieka, pozwala na bardzo egoistyczne i egocentryczne podejście do instytucji jaką jest małżeństwo.

Małżeństwo z osobą chorą, niezależnie czy jest to choroba psychiczna, czy somatyczna, wymaga wielu poświęceń i kompromisów ze strony osoby zdrowej. Rozumienie miłości w kontekście bezinteresownego daru dla drugiej osoby wydaje się mieć w sytuacji choroby psychicznej jeszcze bardziej dosadny wydźwięk. Kochać pomimo trudów jakie niesie ze sobą

nie tylko codzienne życie, lecz także podstępna i zarazem skomplikowana choroba jaką jest schizofrenia. Życie z „niebieskim ptakiem” nie należy do łatwych, nie da się go przewidzieć, chociaż można, a nawet trzeba okiełznać sama schizofrenię w myśl, że każdą chorobę trzeba leczyć i wyleczyć. Życie wiarą w wyleczenie, nadzieją na wyleczenie, miłością bez granic, jest codziennością osoby, która decyduje się zawrzeć związek małżeński z chorym na schizofrenię.

Gdy już zapadnie taka decyzja, która winna być w pełni wolna i świadoma, pojawiają się problemy prawne dotyczące zawierania małżeństwa z osobą chorą psychicznie.

W obydwu systemach prawnych obowiązujących w Polsce zawieranie małżeństwa z chorym na schizofrenię obwarowane jest pewnymi wytycznymi, które zostały szczegółowo przedstawione w niniejszej rozprawie.

Niemniej jednak wydaje się, że obydwa te systemy osoby obciążonej schizofrenią poddają pewnej kategoryzacji. W cywilnym prawie obowiązującym w Polsce, dotyczącym zawierania małżeństwa z osobą chorą psychicznie, kategoryzacja ta dotyka osoby jako takiej, czyli tej, która powinna nie wchodzić w związek małżeński, odbierając jej tym samym status człowieka wynikający z bycia osobą. Kategoryzacja ta wiąże się również z pewnego rodzaju podejściem eugenicznym jakoby choroba ta mogła być dziedziczna. Przedstawione w rozdziale pierwszym przyczyny biologiczne schorzenia biorą pod uwagę taką możliwość dziedziczenia, lecz jest ona w niewielkim odsetku przypadków. Mówi się o 13- krotnie większym prawdopodobieństwie zachorowania dziecka rodzica chorego na schizofrenię, jednakże 5- krotnie wyższe jest zachorowanie, gdy wstępny w linii prostej na tę chorobę chorował. Logicznym w tym przypadku jest, gdyby zakaz zawierania małżeństwa dotyczył osób zdrowych, których rodzice chorowali na schizofrenię, a takiegoż w polskim prawie nie ma. Bardziej istotnym są czynniki psychologiczne przedstawione w rozdziale drugim, jako te, które mają o wiele większy wpływ na występowanie schizofrenii u potomstwa.

Ponadto w przeprowadzonej analizie problematyki wynikającej z chęci zawarcia związku małżeńskiego z osobą chorą na schizofrenię, można zauważyć, że obowiązujące przepisy nie do końca odpowiadają współcześnie definiowanej terminologii, nie mówiąc już o wciąż rozwijającej się wiedzy medycznej i psychologicznej. Człowiek nadal jest jedną wielką tajemnicą, zwłaszcza jego umysł, tak więc pogłębianie wiedzy na temat psychiki człowieka leży u podstaw dookreślania definicji obowiązujących nie tylko w naukach medycznych, psychologicznych, ale także prawnych.

W rozprawie poruszono również problem dyskryminacji osób chorych na schizofrenię. Wynika on z utożsamiania stanu psychicznego czy ilorazu inteligencji z jego zdolnością do wypełniania obowiązków zarówno małżeńskich, jak i rodzicielskich. Jest to także pewien rodzaj stygmatyzacji tych osób, dodając im etykietkę schizofrenik, to ten, który jest w prawie ograniczony i to niekoniecznie przez ubezwłasnowolnienie.

Podnoszone prawa człowieka wynikające z bycia osobą wydają się być w cywilnym systemie prawnym pominięte. Stąd też w wielu przypadkach informacja o chorobie psychicznej zostaje utajona świadomie, lub też wynika z niewiedzy samych zainteresowanych zawarciem małżeństwa. Odpowiedzialnością za rozpoznanie ewentualnej patologii wynikającej ze stanu psychicznego, obciąża się kierownika Urzędu Stanu Cywilnego, który nie jest fachowcem w tej dziedzinie.

Przeprowadzona w rozdziale trzecim polemika aktów prawnych, zwłaszcza art. 12 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, z przepisami zawartymi w Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, jest zwróceniem szczególnej uwagi na autonomię i wolność każdej osoby. Konwencja gwarantując w swoich postanowieniach wolność w każdym aspekcie życia, również prokreacji, delegitymizuje eugenikę dbającą o czystość rasy. Niestety w porównaniu do cywilnego prawa obowiązującego w Polsce, stwierdzić trzeba, że istnieje w nim przeszkoda choroby psychicznej, zgodnie z art. 12 k.o.r, z której wynika zakaz zawierania małżeństwa przez chorych na schizofrenię. Jednakże, gdy stan umysłu i zdrowia danej osoby, nie zagraża zdrowiu przyszłego potomstwa i samemu małżeństwu, a osoba ta nie jest całkowicie ubezwłasnowolniona, sąd na wniosek osoby może udzielić zezwolenia na zawarcie małżeństwa przez taką osobę.

Prawo kanoniczne również zwraca uwagę na choroby psychiczne jako te, które stwarzają pewien problem w sytuacji zawarcia sakramentalnego małżeństwa. Jak przeanalizowano w rozprawie, małżeństwo stwarza zgoda, która jest aktem woli, w którym mężczyzna i kobieta wzajemnie się sobie oddają i przyjmują. Akt woli winien być następstwem uprzedniego poznania w myśl zasady: „Nil volitum quin praecogitum”, dlatego też, w prawie kanonicznym dotyczącym problemu ważnie zawartego związku małżeńskiego podnosi się problem wynikający z wad zgody. Przedstawiony w rozdziale trzecim w tym kontekście problem, wynika z różnych okoliczności, które mają bardzo istotny wpływ na wolę ograniczając przy tym istotę zgody małżeńskiej. Mowa tu o braku dostatecznego używania rozumu, braku rozeznania co do praw i obowiązków małżeńskich, oraz psychicznej

niemożności przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich, o których stanowi kan.1095 z Kodeksu Jana Pawła II z 1983r.

Jak przeanalizowano w przypadku schizofrenii, która jest w okresie remisji, trudno jest odwoływać się do braku wystarczającego używania rozumu, czy braku rozeznania co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich. Problem tkwi w podjęciu tychże obowiązków i wynika on z pewnego rodzaju niemożności osoby chorej na schizofrenię do ich podjęcia.

Rodzi się zatem pytanie, kto ma podjąć decyzję o możliwości zawarcia ważnego związku małżeńskiego w świetle obowiązującego prawa kanonicznego, w sytuacji, gdy jeden z nupturientów jest obciążony schizofrenią?

Przeanalizowany w rozdziale czwartym Dekret ogólny o przeprowadzeniu rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego wyraźnie odpowiada na postawione wyżej pytanie. Obowiązkiem duszpasterza jest weryfikacja autentyczności konsensusu małżeńskiego. Jeżeli duszpasterz, opierając się o przesłanki, będzie miał wątpliwość co do stanu psychicznego jednego z nupturientów, to w myśl wskazówek zawartych w dekrecie, po przeprowadzeniu odpowiednich rozmów, powinien zwrócić się do ordynariusza miejsca o zezwolenie na asystowanie przy zawarciu takiego małżeństwa. W tym momencie decyzyjność leży w gestii ordynariusza, który podparty opinią powołanego biegłego, może udzielić lub zakazać asystowania przy zawieraniu takiego małżeństwa.

Rolę biegłego w opiniowaniu o możliwościach osoby chorej na schizofrenię opisano wraz z problemami duszpasterskimi w rozdziale czwartym. Wnioski duszpasterskie wynikające z analizy sytuacji nupturientów, z których jeden jest doświadczony schizofrenią, a pragnących zawrzeć związek małżeński, określają przygotowanie do małżeństwa jako priorytetowe. Czas wykorzystany w trakcie przygotowania do zawarcia związku małżeńskiego ma ogromny wpływ na przyszłe życie małżeńskie i rodzinne. Biorąc pod uwagę wszystkie etapy przygotowania, rozumienie miłości jako bezinteresownego daru, odpowiedzialności za drugiego człowieka, jest istotne dla osoby, która pragnie zawrzeć związek małżeński z chorym na schizofrenię. Dla osoby chorej, jak wskazano na przykładzie opisanym w rozdziale czwartym, można zaproponować szersze przygotowanie do zawarcia związku małżeńskiego, a zwłaszcza zrozumienia istoty samej instytucji małżeństwa, oraz istoty podjęcia wynikających z małżeństwa obowiązków.

Dominujące zmiany na życie w związkach pozamałżeńskich stawia przed duszpasterzami nie lada zadanie. Przedstawienie miłości czystej, jako bezinteresownego daru

dla drugiego człowieka, wydaje się być nie pasujące do czasów współczesnych nastawionych na to by mieć, a nie być. Stąd ogromne zadanie i zarazem nadzieja w przygotowaniu do małżeństwa na wszystkich wymienionych jego etapach, zwłaszcza w czasie katechizacji.

Na zakończenie warto by było zastanowić się czy zakaz zawierania małżeństw przez osoby chore psychicznie jest słuszny czy nie słuszny? Biorąc pod uwagę przeanalizowane teksty medyczne, psychologiczne, etyczne, filozoficzne, teologiczne, prawne warto zastanowić się czy taki zakaz był w zamyśle Boga, który stwarzając człowieka, obdarzył go nieograniczoną miłością, bez żadnych kategoryzacji. Przedstawiona rozprawa jest próbą odpowiedzi na to pytanie, które zapewne mobilizuje także do dalszych badań.

## Bibliografia

### I. Źródła kościelne

- Benedykt XVI, Encyklika *Deus caritas est* (2006), Wrocław 2020.
- Instrukcja Dignitas connubii, [w:] *Komentarz do Instrukcji procesowej „Dignitas connubii”*, red. Rozkrut T., Sandomierz 2007.
- Instrukcja *Dignitas connubii*, 25.01.2005, *Communicationes* 37 (2005), ss.11-92.
- Instrukcja KEP o przygotowaniu do zawarcia małżeństwa w Kościele katolickim, 5 września 1986 r., Akta KEP 1 (1998), s. 85-137.
- Jan Paweł II, Adhortacja Apostolska *Familiaris consortio o zadaniach rodziny w świecie współczesnym* z 22.11.1981 r., AAS 74 (1982), ss. 81-191.
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium Vitae Ojca Świętego Jana Pawła II o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego* z 25.03.1995 r., AAS 87 (1995), ss. 401-522.
- Jan Paweł II, Encyklika "Redemptor Hominis" z 04.03.1979 r., AAS 71 (1979), ss. 257-324.
- Jan Paweł II, *List do rodzin Gratissimam sane z okazji Roku Rodziny 1994 z 2 II 1994 r.*, Wrocław 2021.
- Jan Paweł II, *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich*, red. S. Dziwisz, J. Kowalczyk, T. Rakoczy Libreria Editrice Vaticana 1986.
- Jan Paweł II, *Przemówienie do pracowników Roty Rzymskiej w dniu 5 lutego 1987 roku*, AAS 79 (1987), ss. 1453-1459.
- Jan Paweł II, *Przemówienie do Trybunału Roty Rzymskiej w dniu 1 II 2001 roku*, AAS 93 (2021), ss. 358-365.
- Katechizm Kościoła katolickiego, Pallottinum, Poznań 1994.
- Kodeks Prawa Kanonicznego, Pallottinum, Poznań 2022.
- Komisja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów Episkopatu Polski, *Obrzędy sakramentu małżeństwa dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, nr.1, Katowice 1996.
- Konferencja Episkopatu Polski, *Dekret ogólny o przeprowadzeniu rozmów kanoniczno-duszpasterskich z narzeczonymi przed zawarciem małżeństwa kanonicznego* z 8 X 2019 r., Akta KEP 2019, ss. 27-49.
- Konferencja Episkopatu Polski, *Dyktorium Duszpasterstwa Rodzin*, 1.05.2003, Warszawa 2003.
- Kongregacja do Spraw Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Ordo celebrandi matrimonium, editio altera*, Typis Polyglottitis Vaticanis 1990.

Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r, Dz. U. 1998, nr 51 poz. 318.

Paweł VI, Encyklika Ojca Świętego Pawła VI „*Humanae Vitae*” o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego 25.07.1968 r., Wrocław 2022.

Sobór Watykański II, *Konstytucja dogmatyczna o Kościele Lumen gentium*, (1964) [w:] Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje, Poznań 2002, ss. 87-166.

Sobór Watykański II, *Konstytucja pastoralna o Kościele w świecie współczesnym Gaudium et spes* (1965), Wrocław 2005.

## II. Źródła cywilne

Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535 - Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Dz. U. 2005, nr 231, poz.1965 – Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku o gwarancjach wolności sumienia i wyznania.

Dz. U. 2012 poz., 1070 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 września 2012 r. zmieniające rozporządzenie - Regulamin urzędowania sądów powszechnych.

Dz. U. 2020.0.1359 – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, t.j. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r.

Dz. U. 2020.0.1740 t.j. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.

Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284. - Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2.

Dz. U. z 1997 r., nr 88, poz. 553 ze zm. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r, Kodeks karny.

Dz. U. z 2013 r. poz. 1169, z 2014 r. poz. 498 oraz z 2016 r. poz. 1948 – Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego Rzeczypospolitej Polskiej.

Dz. U.2005.15.133 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych.

Dz.U.2021.0.1805 t.j. - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Kodeks postępowania cywilnego.

Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku,

Dz.U. 2012 poz. 1169 - .Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 roku,

Dz. U. z 2016 r. poz. 2064, ze zm. - Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego, tekst jedn.

Uchwała SN z 9 maja 2002 r., sygn. akt III CZP 7/02, OSNC nr 1, 2003, poz.1., W sprawie o unieważnienie małżeństwa z powodu choroby psychicznej albo niedorozwoju umysłowego jednego z małżonków sąd ustala istnienie okoliczności wymienionych w art. 12 § 1 zdanie drugie k.r.o.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 grudnia 1978 r. II CR 475/78 z aprobowaną glosą T. Smoczyńskiego, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 1980, nr 7-8, poz. 141.

### III. Opracowania

1. AA.VV. Raport *Schizofrenia – leki długodziałające dają szansę na poprawę jakości życia chorych i ich opiekunów*, [w:] „Psychiatria”, t. 13, nr 2 (2016), ss. 116-120.
2. Anthony W. A., *Explaining „psychiatric rehabilitation” by an analogy to „physical rehabilitation”*, [w:] „Psychosocial Rehabilitation Journal”, 5 (1), s. 61-65.
3. American Psychiatric Association, DSM-5® classification, American Psychiatric Pub 2015, ss. 105-110.
4. Barbaro B. de, *Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin w schizofrenii: rys historyczny*, [w:] *Schizofrenia w rodzinie* red. B. de Barbaro, Kraków 1999, ss.15-32.
5. Beck A., Rector N., Stolar N., Grant P., *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Kraków 2010.
6. Bieniarz A., *Samotność jako pomijany rodzaj doświadczenia osób chorujących na schizofrenię*, [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2009; 18 (1), ss.67-73.
7. Bilski D., *Zdrowie Publiczne*, 2001, 4, ss. 276-282.
8. Boethius A. M. S., *Liber de persona et duabus naturis contra Eutychem et Nestorium. PL, 64, 1847, 1337-1354.*
9. Bosek L., *W sprawie zgodności z Konstytucją RP przeszkody małżeńskiej w art. 12 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*, [w:] „Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu”, 2011, nr 3, ss. 42-60.
10. Bouyer L., *Wprowadzenie do życia duchowego*, Warszawa, 1982.
11. Brune M., *„Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature*, [w:] „Schizophrenia Bulletin” 2005, 31, 1, ss. 21-42.
12. Butcher J. N., Hooley J. M., S. Mineka, *Psychologia zaburzeń DSM-5*, Sopot 2018.

13. C. Diego-Lora, *Procesy*, [w:] *Kodeks prawa kanonicznego. Komentarz*, red. P. Majer, Kraków 2011, ss. 1265-1268.
14. Cameron A., *Psychiatria*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
15. Cholewa M., *Podstawy psychologii*, Kraków 2012.
16. Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Warszawa 2012, 2016.
17. Cymbała J., *Istotne obowiązki małżeńskie i przyczyny niezdolności do ich podjęcia w wyrokach Roty Rzymskiej z lat 1983-1992 wydanych na podstawie kanonu 1095, nr 3 Kodeksu prawa kanonicznego, opublikowanych w Decisiones*, Olsztyn 2002.
18. Domański M., *Zezwolenie na zawarcie małżeństwa osobie dotkniętej chorobą psychiczną lub niedorozwojem umysłowym. Raport z badania*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2010.
19. Domański M., *Względne zakazy małżeńskie*, Warszawa 2013.
20. Drat-Ruszczak K., *Psychologia schizofrenii*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 2010, ss. 75-98.
21. Dziedzic J., *Eutanazja*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2005, ss. 153-159.
22. Dzierżon G., *Niezdolność do zawarcia małżeństwa jako kategoria kanoniczna*, Warszawa 2002.
23. Dzierżon G., *Wpływ schizofrenii na ważność małżeństwa kanonicznego*, [w:] „Ius Matrimoniale” 10 (16) 2005, ss. 29-52.
24. Gajda J., *Charakterystyka przeszkód małżeńskich*, [w:] *System prawa prywatnego*, red. T. Smoczyński, t. 11: *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa 2009.
25. Galarowicz J., *Powrót do wartości*, Kraków 2011.
26. Galarowicz J., *Zrozumieć człowieka cierpiącego*, Kraków 2014.
27. Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, Wrocław 2020.
28. Gawęda Ł., Moritz S., Kokoszka A., *Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych*, [w:] „Psychiatria Polska” 2009, t. 43, nr 6, ss. 683-692.
29. Goode E., *With Help, Climbing Back From Schizophrenia's Isolation*, [w:] New York Times, 1999.
30. Góralski W., *Brak wystarczającego używania rozumu jako tytuł nieważności małżeństwa*, [w:] „Ius Matrimoniale” 1 (1990), nr 6-7, ss. 20-32.
31. Góralski W., *Kanoniczna zgoda małżeńska (kanony 1095-1107)*, Gdańsk 1991.
32. Góralski W., *Kościelne Prawo Małżeńskie*, Płock 1987.

33. Góralski W., *Małżeństwo*, [w:] *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego*, t. 3, 2, księga IV: *Uświęcające Zadanie Kościoła*, red. J. Krukowski, Poznań 2010, ss. 250-368.
34. Góralski W., *Matrimonium facit consensus. Z orzecznictwa Trybunału Roty Rzymskiej w sprawach o nieważność małżeństwa rozpoznanych z tytułów dotyczących zgody małżeńskiej (1991 – 2013)*, Płock 2014.
35. Góralski W., *Przedmiot kanoniczej zgody małżeńskiej*, [w:] „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 34 (2001), ss. 173-183.
36. Góralski W., *Zgoda małżeńska jako akt konstytuujący małżeństwo*, [w:] *Niezdolność konsensualna do zawarcia małżeństwa kanonicznego*, W. Góralski, G. Dzierżon (red.), Warszawa, UKSW 2001, ss. 21-58.
37. Granat W., *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej*, Poznań 1985.
38. Grocholewski Z., *Sędzia kościelny wobec ekspertyz neuropsychiatrycznych i psychologicznych*, [w:] „Prawo Kanoniczne” 1988, 31, 5, ss. 75-98.
39. Groth J., *Natura psychozy według Wilfreda R. Biona* [w:] *Współczesna Psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*, red. L. Cierpiałowska, J. Gościński, Poznań 2008.
40. Grzywa A., *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*, red., Lublin 2007.
41. Hyatt S., *A shared history of shame: Sweden's four-decade policy of forced sterilization and the eugenics movement in the United States*, [w:] „Indiana International & Comparative Law Review”, 8 (2), 475-504.
42. Jagiełło A., *Człowiek w procesie poznawania*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 116, ss. 109-143.
43. Jagiełło A., *Życie uczuciowe człowieka*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, ss. 81-104.
44. Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, Warszawa 1997.
45. Jarema M., Meder J., Araszkiwicz A., Tyszkowska M., *Leki psychotyczne w praktyce lekarza psychiatry. Leczenie pierwszego epizodu schizofrenii*, [w:] „Psychiatria Polska” 2008, t. 42, nr 6, ss. 841-858.
46. Jędrzejczyk I., *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii-wybrane aspekty*, [w:] „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, t. 33, z. 2 (2020), ss. 271-283.
47. Kamiński J., *Sprawni w prawie, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym*, Warszawa 2006.

48. Kanter A. S., *The promise and challenge of the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities*, [w:] „Syracuse Journal of the International & Commerce”, 2007, vol. 34, 2, ss. 287-321.
49. Karidi M. V., Stefanis C. N., Theleritis C. i inni, *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia*, [w:] „Compr. Psychiatry” 2010; 51(1), ss. 19-30.
50. Kępiński A., *Poznanie chorego*, Warszawa 1987.
51. Kępiński A., *Schizofrenia*, Warszawa 1997.
52. Kingdon D., Turkington D., *Terapia poznawcza schizofrenii*, Kraków 2017.
53. Kmiecik B., *Choroba psychiczna - cierpienie, które zmieniło prawo*, [w:] *Ethics in Progress*, R. 5 (2014), nr 2, ss. 115-128.
54. *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz*, red. P. Majer, Kraków 2011.
55. Kopeć K., *Kazanie na Mszy Świętej z sakramentem małżeństwa Natalii i Patryka*, rkps.
56. Kutter P., *Współczesna psychoanaliza psychologia procesów nieświadomych*, Gdańsk 2000.
57. Leszczyński G., *Schizofrenia jako przyczyna niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich*, [w:] „Łódzkie Studia Teologiczne” 2012, 21, ss. 153-176.
58. Leszczyński G., *Schizofrenia jako przyczyna nieważności małżeństwa*, [w:] *Prawo Kanoniczne* 59 (2016) nr 3, ss. 74-95.
59. Locke J., *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, tłum. B. J. Gawęcki, Warszawa 1955.
60. Łoza B., Murawiec S., *Leki psychotyczne w postaci długodziałających iniekcji w leczeniu schizofrenii – nowe standardy terapii*, [w:] „Psychiatria” 2015, t. 12, nr 3, ss.
61. Mietzel G., *Wprowadzenie do psychologii*, Sopot 2013.
62. Minkowski E., *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris 2002.
63. Misiak B., Bieńkowski P., Samochowiec J., *Kariprazyna-nowy lek przeciwpsychotyczny i jego działanie w leczeniu schizofrenii*, [w:] *Psychiatria Polska*, r. 2018, t. 52 (6), s. 971-981.
64. Moritz S., Woodward T. S., Rodriguez-Raecke R., *Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them*, „Psychological Medicine” 2006, 36, ss. 660-670.
65. Mosiołek A., *Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego*, *Praca poglądowa*, [w:] „Psychiatria”, t. 12, nr 3, ss. 128-136.

66. Neill J., *Whatever became of the schizophrenogenic mother?*, [w:] „American Journal of Psychotherapy”, 1990, 4 (44), ss. 499-505.
67. Orzeszyna J., *Problem przyjmowania Komunii Świętej poprzez rozwiedzionych cywilnie zaślubionych w świetle nowego dokumentu Kongregacji Nauki Wiary*, [w:] „Sosnowieckie Wiadomości Diecezjalne” (1995), nr 7, ss.105-119.
68. Osajda K., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2017.
69. Paździor S., *Przyczyny psychiczne niezdolności osoby do zawarcia małżeństwa w świetle kanonu 1095*, n. 3, Lublin 2009.
70. Podgrodzka -Niell M., Tyszkowska M., *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, [w:] „Psychiatria Polska” 2014, 48 (6), 1201–1211.
71. Przetacznikowa M., Makiełło-Jarża G., *Podstawy psychologii ogólnej*, Warszawa 1982.
72. Pudło R., *Ubezłasnowolnienie – doktryna, wątpliwości, alternatywy*, [w:] „Psychiatria po dyplomie”, Tom 9, nr 3, 2012, s. 41-45.
73. Pużyński S., *Leki psychotropowe w terapii zaburzeń psychicznych*, Warszawa 2002.
74. Rada Dzieci i Młodzieży RP przy MEiN, Raport „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży” z 19.04.2023 r.
75. Reber A. S., Reber E. S., *Słownik psychologii*, Warszawa 2005.
76. Rozkrut T., *Walor opinii biegłego w kanonicznym procesie małżeńskim*, Tarnów 2002.
77. Rozwadowski W., *Prawo rzymskie. Zarys wykładu wraz z wyborem źródeł*, Poznań 1994.
78. Rybakowski J., *Etiopatologia i patogeneza zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2011, ss. 49-56.
79. Schmerus G., Matschingre H., Angermeyer M., *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*, [w:] „Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol”, 2006; 41, ss. 369-377.
80. Scott E. S., *Sterelization of Mentally Retarded Persons: Reproductive Rights and Family Privacy*, [w:] „Duke Law Journal” 1986, t. 35, nr 5, ss. 806-865.
81. Scull A., *Madness in civilization: a cultural history of insanity form the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*, London 2015.
82. Seeman M. V., *The Changing Role of Mather of the Mentally III: From Schizophrenogenic Mother to Multigenerational Caregiver*, [w:] „Psychiatria”, 2009, 72(3), ss. 284-294.
83. Seligman M., Walker E., Rosenhan D., *Psychopatologia*, Poznań 2017.

84. Sęk H., *Psychologia kliniczna*, t. 2, Warszawa 2010.
85. Singer P., *Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1993.
86. Sidorowicz K., *Terapia poznawcza psychoz, Powrót do życia i normalności*, Wrocław 2013. Spaeman R., *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, Warszawa 2001.
87. Starnawski W., *Bycie osobą. Podstawy moralności i wychowania*, Warszawa 2013.
88. Stirling J. D., Hellewell J. SE., *Psychopatologia*, Gdańsk 2005.
89. Stokłosa-Bieniara D., *Prawo chorego do sakramentów ze szczególnym uwzględnieniem sakramentu chorych*, Kraków 2013, rkps.
90. Stokłosa-Bieniara D., *Rodzina z chorym terminalnie w opiece paliatywnej w aspekcie moralno-społecznym* [w druku].
91. Stout PA., Villegas J., Jennings NA, *Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research*, [w:] „Schizophr. Bull.” 2004; 30 (3), ss. 543-561.
92. Sunstein C.R., *The right to marry*, [w:] „Cardozo Law Review” 2005, t. 26, nr 5, ss. 2081-2098.
93. Szozda R., Procek M., *Lekarz jako biegły sądowy*, „Nowiny Lekarskie” 2007, 76, 3, ss. 261-264.
94. Śmierciak N., Krzyściak W., Szwajca M., Kazek G., Urbanek K., Bryll A., Pilecki M., *Wybrane czynniki ryzyka schizofrenii: pomiędzy różnorodnością modeli etiologicznych a psychiatrią spersonalizowaną*, [w:] „Psychiatria Psychologia Kliniczna” 2018, 18 (4), ss. 388-398.
95. Telichowska-Leśna A., *Zastosowanie i skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii*, [w:] „Psychiatria”, t. 4, nr 2, 2007, ss. 60-68.
96. Tomasiak J., *Schizofrenia w aspekcie teologii życia wewnętrznego. Terapia schizofrenii na drodze duchowej*, Warszawa 2010.
97. Tomska J., *Okiem pacjenta*, Kraków, 2012.
98. Turkington D., Weiden P., *Wprowadzenie* [w:] *Terapia poznawcza psychoz, Powrót do życia i normalności*, red. S. K. Sidorowicz, Wrocław 2013, ss. 7-11.
99. Tyszkowska M., Jarema M., *Między zdrowiem a schizofrenią*, [w:] „Psychiatria Polska”, 2013, t. 47, nr 4, ss. 587-597.
100. Viladrich P.-J., *Konsens małżeński. Sposoby prawnej oceny i interpretacji w kanonicznych procesach o stwierdzenie nieważności małżeństwa (kanony 1095-1107 Kodeksu prawa kanonicznego)*, tłum S. Świaczny, Warszawa 2002.
101. Węgrzecka M., *Zarys psychologii*, Kraków 2000.
102. Williams, M Penman D., *Mindfulness. Trening uważności*, Warszawa 2014.

103. Willke J., *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*, Gdańsk 2000.
104. Winiarz J., J. Gajda, *Prawo rodzinne*, Warszawa 2001.
105. Wojtyła K., *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin 1994.
106. Wróblewski K., „Archiwa Medycyny Sądowej i Kryminalnej”, 1997, ss. 324-328.
107. Zimbardo P., Johnson R., McCann V., *Motywacja i uczenie się. Psychologia. Kluczowe koncepcje*, 2010.
108. Zimbardo P., Johnson R., McMann V., *Psychologia człowieka, Psychologia osobowości*, Warszawa 2010.
109. Zimbardo P., Johnson R., McMann V., *Psychologia. Kluczowe koncepcje, struktura i funkcje świadomości*, Warszawa 2011.
110. Żuk A., „Ołtarze” wspólnoty małżeńskiej i rodzinnej, innowacyjny model duchowości, [w:] *Małżeństwo i rodzina w służbie człowieka. Refleksja nad nauczaniem ks. prof. dr. hab. Jerzego Bajdy*, red. M. Kluz, J. Młyński, Kraków 2018, ss. 131-149.
111. Żurowski M., *Niezdolność do zawarcia małżeństwa według kan. 1095, nn. 1-3 KPK*, [w:] „Prawo Kanoniczne” 39 (1986), nr 3-4, ss. 153-162.

### **Literatura popularna**

„Smak Zdrowia” 8/2018.

*Schizofrenia. Odnaleźć siebie. Poradnik dla opiekunów i bliskich*, Adamed Pharma SA [druk ulotny].

## Netografia

<https://arslege.pl/rozporzadzenie-ministra-sprawiedliwosci-w-sprawie-bieglych-sadowych/k216/>, widziano: 1.06. 2023.

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konwencja-onz-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>, widziano: 15.12.2022 r.

<https://brpd.gov.pl/2021/11/05/mlodzi-potrzebuja-pilnej-pomocy-psychologicznej-alarmujace-wyniki-badania-rzecznika-praw-dziecka/>, widziano 25.05.2023 r.

<https://www.diecezjaplocka.pl/media/wpsfh31t/instrukcja-o-przygotowaniu-do-malzenstwa.pdf>, widziano: 23.02.2022 r.

<http://www.gov.pl/web/edukacja>, widziano 25.05.2023 r.

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19941110535/U/D19940535Lj.pdf>, widziano 10.05.2023 r.

<https://misyjne.pl/przerwa-artykul/20-najpiekniejszych-cytatow-ze-swietego-augustyna/>, widziano: 15.05.2023 r.

<https://www.nytimes.com/1999/01/30/us/with-help-climbing-back-from-schizophrenia-isolation.html>, widziano: 10.01.2023 r.

[https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan\\_pawel\\_ii/przemowienia/rota\\_rz\\_01022001.html](https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/rota_rz_01022001.html), widziano: 15.05.2023 r.

<https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Dane-NFZ-o-depresji-wsrod-dzieci-i-mlodziezy-alarmuja-Liczba-pacjentow-rosnie-lawinowo,235300,16.html> widziano 25.05.2023 r.

<http://sjp.pwn.pl>, widziano: 23.02.2023.

<https://www.tarnow.sr.gov.pl/helsinska-fundacja-praw-czlowieka,new,mg,3,161.html,13> widziano 25.05 2023 r.

**Zawieranie małżeństwa kanonicznego przez osobę dotkniętą schizofrenią.**  
**Analiza problematyki w aspekcie medyczno-psychologicznym, teologiczno-prawnym i**  
**duszpasterskim**

## **Streszczenie**

Rozprawa doktorska podejmuje trudną tematykę dotyczącą zawierania małżeństwa kanonicznego przez osobę zdrową z osobą dotkniętą schizofrenią.

Zważywszy na to, iż schizofrenia należy do zaburzeń psychicznych, małżeństwo z osobą nią dotkniętą jest ogromnym wyzwaniem, oraz egzaminem miłości. Każdy człowiek pragnie kochać i doświadczyć miłości drugiego człowieka, a miłość, ta prawdziwa, nacechowana pełnym oddaniem wynikającym z daru samego siebie, swoje źródło ma w bezinteresownej miłości Boga. W imię tejże miłości osoba zdrowa pragnie na „dobre i na złe”, w „zdrowiu i w chorobie”, stając przed Bogiem, oddać siebie i zarazem przyjąć drugą osobę, po to, by stworzyć wspólnotę życia.

Niniejsza rozprawa podejmuje trudną i kontrowersyjną tematykę zawarcia sakramentalnego małżeństwa z osobą chorą na schizofrenię. Celem jej jest wskazanie drogi jaką muszą pokonać osoby, które mają zamiar zawrzeć sakramentalne małżeństwo w przedstawionej powyżej sytuacji. Cel ten jest bardzo konkretny i wiąże się z praktycznymi problemami spotykanymi w codziennym życiu, także życiu Kościoła.

Przedstawiona problematyka, wiąże się poniekąd z pewnym sposobem kategoryzowania człowieka chorego na schizofrenię, jako osoby zdolnej, lub też nie, do zawarcia małżeństwa, występujących w obydwu porządkach prawnych: cywilnym i kanonicznym.

Biorąc pod uwagę fakt, że nakreślony problem ma charakter interdyscyplinarny, przebadanych zostało wiele tekstów, a uporządkowanie ich treści pozwoliło zespolic je w jeden systematyczny wykład. Uwzględnione opracowania o charakterze medycznym, psychologicznym, teologicznym, filozoficznym, etycznym oraz prawnym pozwoliły zrozumieć zawłość podjętego tematu.

Materiałem badawczym w tejże rozprawie, przy pomocy metody porównawczej oraz analityczno-syntetycznej, jest zestaw tekstów uwzględniony w bibliografii. Wykorzystana została również metoda obserwacji uczestniczącej, wywiadu pogłębionego i sondażu, nadając tym samym teoretyczno-empiryczny charakter rozprawy. Należy też zwrócić uwagę, że nie ma wiele opracowań, które odnoszą się do możliwości zawarcia małżeństwa przez osobę chorą na schizofrenię.

W rozdziale pierwszym schizofrenia została przedstawiona zgodnie z obecną wiedzą medyczną. Począwszy od wprowadzenia w samo zagadnienie, poprzez przedstawienie krótkiego rysu historycznego, aż do jej obrazu klinicznego. W tym rozdziale także zaprezentowano rodzaje schizofrenii i jej biologiczne przyczyny. Rozdział wieńczy szeroko rozpisane możliwości leczenia farmakologicznego schizofrenii a także jej rokowanie.

Rozdział drugi omawia schizofrenię w aspekcie psychologicznym. Wprowadzenie w świat ludzkiego poznania opisują wszystkie procesy psychologiczne, które biorą w nim udział. Zwraca uwagę na psychologiczną zdolność do rozeznania rzeczywistości poprzez analizę jej kluczowych objawów. Rozdział ten prezentuje też wszystkie formy pomocy psychologicznej poprzez terapię.

W tematyce rozdziału trzeciego poruszone zostało istotne zagadnienie, jakim jest konsens małżeński. Zwrócono w nim głównie uwagę na istotne przymioty i cechy małżeństwa rozpatrywane w kontekście miłości oblubieńczej wywodzącej się z nieograniczonej miłości Boga do człowieka. Przedstawiono w nim również uwarunkowania prawne dotyczące małżeństwa w obu systemach prawnych, kładąc szczególny nacisk na wytyczne, które odnoszą się do schizofrenii.

W zwieńczającym rozprawę rozdziale czwartym ukazano, jak trudnym problemem duszpasterskim jest zawarcie małżeństwa z osobą chorą psychicznie. Uwzględnia on wszystkie etapy przygotowania do małżeństwa, a w oparciu o studium przypadków opisuje sytuację osoby chorej jak i zdrowej, które decydują się na zawarcie związku małżeńskiego. W rozdziale tym przedstawiono jako kluczową rolę biegłego, jako eksperta w wątpliwościach związanych z błogosławieństwem małżeństwa, gdy jedna z osób choruje na schizofrenię.

Rozprawę podsumowuje zakończenie oraz wykaz wykorzystanej bibliografii.

**Entering into canonical marriage by a person affected by schizophrenia.  
Analysis of the problem in medical-psychological, theological-legal and pastoral aspects.**

## **Summary**

The doctoral dissertation takes up the difficult subject of canonical marriage between a healthy person and a person suffering from schizophrenia.

Considering that schizophrenia is a mental disorder, marrying a person affected by it is a huge challenge and a test of love. Every human being wants to love and experience the love of another, and true love, marked by the total self-giving that comes from the gift of oneself, has its source in the gratuitous love of God. In the name of this love, the healthy person desires for "better or for worse", in "health and in sickness", standing before God, to give himself and at the same time to welcome the other person, in order to create a community of life.

This dissertation takes up the difficult and controversial subject of entering into a sacramental marriage with a person suffering from schizophrenia. Its purpose is to indicate the path to be taken by people who intend to enter into a sacramental marriage in the situation presented above. This goal is very concrete and is linked to practical problems encountered in daily life, including the life of the Church.

The presented issues are in a way related to a certain way of categorizing a person suffering from schizophrenia as a person capable or not of contracting marriage, occurring in both legal systems: civil and canonical.

Taking into account the fact that the outlined problem is interdisciplinary, many texts have been examined, and the arrangement of their content has made it possible to combine them into one systematic lecture. The included medical, psychological, theological, philosophical, ethical and legal studies made it possible to understand the complexity of the subject discussed.

The research material in this dissertation, with the help of the comparative and analytical-synthetic methods, is a set of texts included in the bibliography. The method of participant observation, in-depth interview and survey was also used, thus giving the dissertation a theoretical and empirical character. It should also be noted that there are not many studies that refer to the possibility of marriage by a person suffering from schizophrenia.

In the first chapter, schizophrenia is presented according to current medical knowledge. Starting from the introduction to the issue itself, through the presentation of a brief historical

outline, to its clinical picture. This chapter also presents the types of schizophrenia and its biological causes. The chapter concludes with a broad list of pharmacological treatment options for schizophrenia, as well as its prognosis.

The second chapter discusses schizophrenia in its psychological aspect. An introduction to the world of human cognition is described by all the psychological processes that take part in it. It draws attention to the psychological ability to discern reality by analysing its key symptoms. This chapter also presents all forms of psychological help through therapy.

In the subject matter of the third chapter, an important issue is raised, which is the marital consensus. It focuses mainly on the essential qualities and features of marriage considered in the context of spousal love derived from God's unlimited love for man. It also presents the legal conditions for marriage in both legal systems, with particular emphasis on guidelines that relate to schizophrenia.

In the fourth chapter, which concludes the dissertation, it is shown how difficult the pastoral problem is to marry a mentally ill person. It takes into account all stages of preparation for marriage and, based on case studies, describes the situation of a sick and healthy person who decide to get married. This chapter presents as a key role of the expert, as an expert in doubts related to the blessing of marriage when one of the persons suffers from schizophrenia.

The dissertation is summarized by the conclusion and a list of bibliographies used.