

Józef Kocur<sup>1, 2</sup>, Wiesława Trendak<sup>3</sup>

## Psychiatryczno-sądowe kryteria oceny zdolności do świadomego albo swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli

### Forensic-psychiatric criteria for evaluating the capacity to take decisions freely and consciously and to express one's will

<sup>1</sup> Z Zakładu Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi

<sup>2</sup> Z Zakładu Psychopatologii i Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Łódzkiego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

<sup>3</sup> Z Zakładu Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi

Kierownik: dr n. med. D. Piotrowski

W pracy przedstawiono współczesne poglądy na powstawanie, mechanizmy i przebieg niektórych zaburzeń w sferze procesów motywacyjnych, zwłaszcza zaś w obszarze woli, dążeń i działania oraz poddano analizie różne aspekty wpływu tych zaburzeń na te funkcje psychiczne i psychosomatyczne, których sprawność decyduje o ważności oświadczenia woli. Podkreślono konieczność oddzielnego oceniania zdolności do świadomego lub swobodnego wyrażania woli i powzięcia decyzji, a także potrzebę uwzględniania wpływu specyfiki określonej sytuacji prawnej i innych niż psychopatologiczne czynników mogących modyfikować motywację, zachowanie i podejmowane działania osoby poddanej opinio-

The report presents the current views on the development, course, as well as mechanisms underlying some disorders in the sphere of motivational processes, and especially in the sphere of will expression, aspirations and actions. The authors also analyze various aspects of the effect that is exerted by such disorders on such mental and psychosomatic functions that determine the validity of will declaration. The report emphasizes the necessity for separate evaluation of the ability to consciously or freely express will and reach decisions. Another important

issue discussed in the paper is the prerequisite of including the effect of a given specific legal situation and factors other than psychopathological that can modify motivation, behavior and actions undertaken by the evaluated person.

**Słowa kluczowe:** opiniowanie sądowo-psychiatryczne, zdolność do oświadczenia woli  
**Key words:** forensic-psychiatric opinions, capacity to express one's will

Procesy psychiczne towarzyszące i warunkujące takie postawy, zachowania i działania, jak świadome albo swobodne oświadczenie woli i powzięcie decyzji, są jednymi z trudniejszych do identyfikacji i obiektywnej oceny. Biegli sądowi z zakresu psychiatrii i psychologii stykają się z tym problemem przy sporządzaniu opinii dotyczących czynności prawnych regulowanych przez kodeks cywilny (art. 82 k.c.), kiedy zachodzi potrzeba ustalenia tzw. psychicznej niezdolności (wadliwości) oświadczenia woli. Ponieważ formuła zapisu artykułu 82 k.c. ma charakter kategoriowy i jednoznaczny, wnioski opinii również muszą mieć taki charakter.

Wymaga to od biegłych bardzo rozważnego i wnikliwego analizowania wszystkich dostęp-

nych informacji o stanie psychicznym opiniowanej osoby i jej funkcjonowaniu w środowisku, ze szczególnym zwróceniem uwagi na powiązanie oceny psychicznej zdolności do oświadczenia woli i podjęcia decyzji z konkretną dla danej sprawy czynnością prawną [1, 2].

Najczęściej chodzi o zawieranie różnego rodzaju umów oraz kontraktów i sporządzanie testamentów, ale także o zawarcie małżeństwa czy wyrażenie zgody na leczenie lub hospitalizację [2]. Każda z tych czynności ma swoją specyfikę, a niektóre z nich są regulowane dodatkowo odrębnymi przepisami i normami (np. Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego).

Ujawnienie czynników natury psychologicznej i/lub psychopatologicznych mogących mieć wpływ na zniesienie zdolności do podejmowania decyzji i realizacji określonych czynności prawnych, wymaga z jednej strony precyzyjnej oceny stanu psychicznego, z drugiej zaś dokładnej oceny sytuacji zewnętrznej pozostającej w związku czasowym z tymi czynnościami.

Mechanizmy psychologiczne i psychopatologiczne mogące mieć wpływ na procesy podejmowania decyzji i wyrażania woli są złożone i wzajemnie się przenikające. Zakłócenie jednego z nich najczęściej prowadzi do rozregulowania się innych różnych obszarów funkcji psychicznych. Wiele z nich, pomimo iż według nomenklatury psychopatologicznej klasyfikowane są w obrębie sfery motywacyjnej, posiada ściśle związki z procesami poznawczymi, zwłaszcza dotyczącymi myślenia oraz ze sferą emocjonalną, głównie nastrojem i poziomem lęku. Ważna dla sfery wolicjonalnej aktywność motoryczna i związany z nią napęd nie mogą być zatem rozpatrywane odrębnie lub wybiórczo, bez uwzględnienia współwystępujących z nimi zaburzeń w obrębie innych niż motywacyjna obszarach funkcji psychicznych [3].

Pojęcie woli, dążeń i działania oraz związanego z nimi procesu podejmowania decyzji coraz powszechniej w nomenklaturze psychopatologicznej zastępowane jest określeniem „motywacja”, która obejmuje mechanizmy i procesy zaangażowane w zapoczątkowanie, ukierunkowanie, podtrzymywanie i zakończenie określonego działania. Zewnętrznym przejawem mechanizmów motywacyjnych jest bezpośrednio związana z napędem psychomotorycznym aktywność ruchowa dowolna, mimowolna lub zautomatyzowana, a także działania impulsywne oraz tzw. intencjonalne formy aktywności [4]. Zarówno poziom aktywności motorycznej, jak i pozostałe elementy mechanizmów moty-

wacyjnych, mogą wywierać wpływ na procesy decyzyjne, zwłaszcza zaś na swobodę ich podejmowania. Chodzi tu zwłaszcza o działania impulsywne oraz aktywność złożoną.

Aktywność impulsywna pozostaje zawsze w związku z oddziaływaniem bardzo silnych motywów wewnętrznych, które tylko w niewielkim stopniu podlegają świadomej, racjonalnej kontroli. Wynika to przede wszystkim z silnego wpływu na ten rodzaj aktywności określonych emocji, funkcji popędowych i nawyków, a więc stanów i zachowań bardzo wyraźnie zależnych zarówno od funkcji biologicznych (emocje, popędy), jak i od potrzeb nabytych, kształtujących się w wyniku doświadczeń życia w społeczeństwie.

Impulsywność emocjonalna może przejawiać się m.in. osłabieniem kontroli nad tendencją do zachowań agresywnych lub autoagresywnych, podejmowaniem zachowań i działań ryzykownych lub odwrotnie – rezygnacją, wycofaniem, biernością.

Impulsywność popędowa związana jest z kolei z wrodzonymi, pozostającymi pod silnym wpływem czynników neurohormonalnych popędami, pełniącymi ważne biologiczne funkcje, głównie służące zachowaniu i podtrzymywaniu życia jednostki i gatunku (sen, łaknienie, funkcje seksualne). Zaburzenia ilościowe, a także jakościowe funkcji popędowych, mogą pojawiać się w niektórych endokrynopatiach, w różnego rodzaju chorobach i uszkodzeniach o.u.n., zaburzeniach psychotycznych i innych stanach patologicznych. Ich skutki mogą niekiedy bardzo poważnie zakłócać funkcjonowanie jednostki w jej środowisku.

Działania nawykowe często mają siłę motywującą zbliżoną do siły wrodzonych impulsów popędowych, chociaż powstają i rozwijają się w toku nabywanych doświadczeń i przyzwyczajzeń. Ich niezaspokojenie wywołuje silną potrzebę, której niespełnienie powoduje wzrost napięcia i uczucie dużego dyskomfortu, połączone ze zdecydowanym dążeniem do zrealizowania danego działania. Wiele z tych działań nawykowych ma charakter niebezpieczny i pozostaje w kolizji z przepisami prawnymi (np. kleptomania czy piromania), mogą to być także działania ryzykowne, negatywnie oceniane społecznie (hazard, włóczęgostwo, nadużywanie substancji psychoaktywnych).

Pewne podobieństwo do tych działań wykazują też natrętne, uporczywie powracające impulsy do działania, które choć subiektywnie nie są akceptowane, to uważane są za własne

i rodzaj uczucie lęku i napięcia. Do zaburzeń aktywności impulsywnej można zaliczyć także zachowania polegające na unikaniu określonych sytuacji i okoliczności mające u swego podłoża obawę i lęk przed ich obecnością (agorafobia, fobie społeczne). Dominujące w tych stanach uczucie lęku występuje z zaburzeniami behawioralnymi i może znacząco wpływać na procesy związane z podejmowanymi działaniami.

Aktywność złożona różni się od aktywności impulsywnej przede wszystkim mniejszą zależnością od czynników biologicznych i nawykowych, które swoją siłą zmniejszają możliwości świadomego kontrolowania zachowań impulsywnych. Dotyczy ona najczęściej złożonych decyzji motywacyjnych, z przeważającym udziałem świadomej, celowej i ukierunkowanej intencjonalności. Zaznacza się tu bardziej wyraźny związek z prezentowanym poziomem intelektualnym, wiedzą, umiejętnościami, indywidualnymi preferencjami czy obowiązującymi normami i standardami społeczno-kulturowymi. Zaburzenia tego rodzaju form aktywności złożonej ujawniają się zwykle zmianami (zwiększeniem lub zmniejszeniem) zachowań intencjonalnych, zainteresowań albo zakłóceniem wzorców zachowań złożonych (ekspresyjnych, interaktywnych, intencjonalnych).

Wyraźnie patologiczny charakter mają tylko niektóre z tych zaburzeń, np. nadmierna aktywność poznawcza w zespołach maniakalnych, w pobudzeniu katatonicznym czy w hipermetamorfozie towarzyszącej Klugera-Bucy'ego, lub odwrotnie – nasilone objawy braku zainteresowania i bierność mogące występować w zespołach apatyczno-abulicznych, niektórych postaciach schizofrenii, depresji czy zespołach psychoorganicznych.

Do tej grupy zaburzeń można zaliczyć natręctwa, stereotypie, persewacje czy manieryzmy, które mają jednak inny charakter, a impulsy motoryczne są tylko jednym z elementów tych dysfunkcji.

Umotywowana aktywność złożona może podlegać zaburzeniom intencjonalności obejmującym obszar celowości i zamiarów, co prowadzi do różnych następstw klinicznych, często bardzo zbliżonych swoim obrazem do niektórych zaburzeń osobowości czy zaburzeń nerwicowych (np. ekscentryzm, dysocjalność, patologiczna kłamliwość, egocentryzm, anankastyzność, lęklivość, paranoiczność i inne).

Już samo ustalenie, czy opiniowana osoba ujawniła któreś z przedstawionych zaburzeń w sferze motywacji i wyrażenia woli może być

więc zadaniem niezwykle trudnym, a czasem wręcz niemożliwym do zrealizowania. Nawet jeśli jest to możliwe, to kolejne utrudnienie stanowi konieczność ustalenia nasilenia przebiegu klinicznego stwierdzonych zaburzeń oraz ocena ich wpływu na konkretną czynność prawną i w ściśle określonym przedziale czasowym.

Ta część orzekania wymaga od biegłych przynajmniej podstawowej znajomości prawa w tym zakresie; chodzi tu o wiedzę dotyczącą np. stopnia skomplikowania danej czynności prawnej, ocenę możliwości zrozumienia przez osobę opiniowaną warunków i wymogów tej czynności, przewidywania jej bezpośrednich i odległych następstw itp. Jest to o tyle istotne, że taka sama w swoim charakterze i przebiegu dysfunkcja psychiczna może w niektórych przypadkach zostać uznana za wykluczającą psychiczną zdolność do świadomego albo swobodnego złożenia oświadczenia woli, w innych zaś może na to pozwalać. Dotyczy to głównie zdolności do świadomego wyrażania woli i podejmowania decyzji: jeśli stopień skomplikowania czy złożoności danego problemu lub sprawy jest niewielki, to jego właściwa ocena i świadomy wybór określonego działania, przewidywane konsekwencje oraz ocena skutków tego działania mogą być dokonane właściwie, pomimo obecności pewnych dysfunkcji psychicznych. Jeśli jednak forma i meritum danej czynności prawnej (zawarcie złożonej umowy, skonstruowanie szczegółowego testamentu itp.) wymaga wysokiej sprawności i pełnej wydolności wszystkich funkcji psychicznych, wówczas nawet umiarkowane nasilone zaburzenia psychiczne mogą dotkniętej nimi osobie uniemożliwić świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli [5, 6].

Ustalenie granicy między stanami zachowania lub wyłączenia zdolności do świadomego lub swobodnego wyrażenia woli i podejmowania decyzji jest zatem bardzo trudne. Obok kryteriów psychiatrycznych należy zawsze uwzględnić znaczenie innych, mogących towarzyszyć działaniom prawnym czynników psychologicznych i społecznych, zwłaszcza motywacji i wpływów otoczenia. Decyzje podejmowane nagle, o zaskakującej treści i różniące się od wcześniejszych deklaracji czy zamiarów, w trudnej sytuacji osobistej, przy presji zewnętrznej itp., mogą być obciążone wadą braku lub ograniczenia swobody [7].

Wyraźnie zakłócający wpływ na sferę motywacyjną dotyczącą procesów wolicjonalnych i decyzyjnych mają oczywiście – obok wymienionych

– wszystkie poważniejsze zaburzenia i choroby psychiczne, zwłaszcza w fazie ostrej czy przy zaostrzeniu przebiegu, kiedy istnieją zmiany jakościowe lub wynikające ze znacznego stopnia upośledzenia funkcji poznawczych (psychozy, upośledzenia umysłowe, zespoły otępienne). Tego rodzaju dysfunkcje, ze względu na swój charakter i specyfikę sprawiają, że wyłączeniu ulegają zarówno dyspozycje do świadomego, ale także swobodnego podejmowania decyzji i wyrażenia woli. Istnieją jednak sytuacje, w których należy uwzględnić możliwość wyłączenia tylko jednej z tych dwóch dyspozycji. Nie znajduje bowiem uzasadnienia funkcjonujący jeszcze błędny pogląd, iż świadomość i swoboda w podejmowaniu decyzji i wyrażeniu woli są od siebie ściśle zależne i wyłączenie jednej z nich powoduje automatycznie całkowitą redukcję drugiej. Związek między nimi oczywiście istnieje, ale zawsze należy odrębnie rozpatrywać skutki wpływu określonych czynników psychopatologicznych na człon dotyczący zdolności do działań świadomych i do działań swobodnych, ponieważ pojęcia te nie są tożsame i podlegają zróżnicowanym wpływom i uwarunkowaniom.

Przy wyłączeniu zdolności do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli (np. w ostrych stanach psychotycznych czy głębokich zespołach otępiennych), zniesiona jest także zdolność do swobodnego działania w tych zakresach. Zdarza się jednak, że w przebiegu niektórych chorób i zaburzeń psychicznych, a także w niektórych stanach i chorobach somatycznych, może być zachowana zdolność do świadomego wyrażania woli przy braku takiej zdolności w sferze swobody.

Sytuacje takie mogą mieć miejsce u osób, u których nie dochodzi do znaczących zaburzeń funkcji poznawczych i emocjonalnych warunkujących adekwatne i racjonalne funkcjonowanie, natomiast znacznemu upośledzeniu, a nawet wyłączeniu ulega zdolność do swobodnego wyrażania woli i podejmowania decyzji. Wskazuje się tutaj m.in. na ciężkie choroby somatyczne mogące prowadzić do znacznej astenizacji organizmu i niemożności (przy zachowanej świadomości) wyrażenia swojej woli w sposób zgodny z własnym przekonaniem i opinią. Również niektóre choroby i zaburzenia psychiczne przebiegające z adynamią, objawami głębokiej depresji, nasilonym lękiem, spowolnieniem psychomotorycznym, apatią, izolacją itp. mogą – nie wyłączając świadomości – zahamować swobodę podejmowania i wyrażania procesów wolicjonalnych na każdym etapie [2, 8].

Przy analizowaniu takich przypadków należy zawsze zwracać uwagę na bardzo ważny czynnik, jakim jest kryterium czasu i charakter oraz okoliczności wykonanych działań prawnych [1]. Możliwe są bowiem sytuacje, w których osoba chora znajduje się w okresie częściowej lub nawet pełnej remisji objawów i jej zachowanie oraz działania nie wykazują zależności od zakłócającego wpływu czynników patologicznych. Jeśli są wystarczające dowody na wystąpienie takiej sytuacji, to podjęte przez daną osobę czynności prawne, podlegające ocenie pod kątem zdolności do świadomego lub swobodnego wyrażenia woli, powinny być uznane za ważne.

Podsumowując przedstawione zagadnienia należy jeszcze raz podkreślić ich wyjątkową złożoność, nakładającą na sporządzających opinię biegłych obowiązek uwzględnienia powiązań sfery motywacyjnej z funkcjami poznawczymi i emocjonalnymi, oddzielnego oceniania wpływu ewentualnych zaburzeń na świadomość i na swobodę wyrażania woli a także konieczność oceny związków, w tym czasowych, z konkretną sytuacją prawną i możliwości oddziaływania innych czynników (np. środowiskowych), mogących mieć wpływ na zdolność do świadomego lub swobodnego wyrażania woli i powzięcia decyzji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Zieliński A.: Teoretyczne i praktyczne aspekty dowodu z opinii psychiatrycznej w postępowaniu cywilnym. *Post. Psychiatrii i Neurol.* 2000, 9 (supl. 1), 19-26.
2. Kołakowski S.: Psychiczna zdolność do złożenia oświadczenia woli, zawarcia małżeństwa oraz wyrażenia zgody na leczenie – różnice i podobieństwa. *Post. Psychiatrii i Neurol.* 2000, 9 (supl. 1), 161-170.
3. Wing J. K., Sartorius N., Ustun T. B.: *Diagnosis and clinical measurement in psychiatry.* Cambridge Univ. Press, Cambridge 1998.
4. Wciórka J.: Zaburzenia czynności motywacyjnych, w: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*, t.1. Urban Partner, Wrocław 2002, 368-383.
5. Kołakowski S.: Opiniowanie w sprawach dotyczących ważności oświadczenia woli, w: Gierowski J. K., Szymusik A. (red.): *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie.* CM UJ Kraków 1996, 220-229.

6. Kocur J., Trendak W.: Psychologiczne i psychopatologiczne aspekty opiniowania w sprawach o unieważnienie testamentu. Post. Psychiatrii i Neurol. 2000, 9 (supl. 1), 69-71.

7. Gordon T., Majchrzyk Z., Szablewski E.: Psychologiczna ocena czynników zakłócających swobodne powzięcie i wyrażenie woli przez testatora. Post. Psychiatrii i Neurol. 2000, 9 (supl. 1) 79-84.

8. Górski H., Florkowski A., Szubert S.: Niektóre psychopatologiczne kryteria kodeksowego unormowania braku swobody woli. Post. Psychiatrii i Neurol. 2000, 9 (supl. 1), 189-192.

Adres do korespondencji:

Józef Kocur

Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM

90-647 Łódź

Pl. gen. J. Hallera 1

e-mail: jozef.kocur@umed.lodz.pl