

Opiniowanie psychiatryczno-psychologiczne w sprawach o ubezwłasnowolnienie

Dominik Maślanka, Karolina Nowak, Alicja Sobik

Wprowadzenie

Według Prezesa Sądu Najwyższego Lecha K. Paprzyckiego (Stanik, 2001, s. 90–91) „postępowanie w przedmiocie ubezwłasnowolnienia towarzyszy społeczności ludzkiej na pewno od kilku tysięcy lat, a unormowania i praktyka w tym zakresie, niewątpliwie istniejące już w starożytnej Grecji, są nie tylko interesujące, ale także wielce pouczające również dla współczesnych. Rzec dzieje się na przełomie V i VI w. przed naszą erą. Przed sądem w Atenach jako pozwany staje Sofokles. Ma wówczas około 90 lat – jak na tamte czasy jest w wieku niewyobrażalnie podeszłym. Powodowie, synowie, domagają się uznania pozwanego za niepoczytalnego, a więc niezdolnego do zajmowania się własnym majątkiem. W razie uwzględnienia żądania pozwu majątkiem będą dysponować synowie, którzy też nie byli już młodzi, gdyż zapewne przekroczyli lat 60. Przed sądem należało wykazać niedysponowanie przez pozwanego pełnią władz umysłowych, co musiało się przekładać na trwonienie majątku. Sąd składający się z osób nieposiadających wiedzy w zakresie ówczesnej medycyny, nie mówiąc o psychiatrii i psychologii, których wówczas jeszcze nie było, oddalił wnioszek, ustalając, że Sofokles nie tylko nie trwoni majątku, ale jest człowiekiem w pełni poczytalnym, co pozwany wykazał, przedstawiając sędziom dopiero co napisaną tragedię Edyp w Kolonie”.

Obecnie stan prawny dotyczący ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego unormowany jest przepisami uchwalonego kodeksu cywilnego i kodeksu postępowania cywilnego. Przepisy prawa materialnego dotyczące ubezwłasno-

wolnienia całkowitego oraz częściowego nie były nowelizowane od 1964 r. Natomiast przepisy prawa procesowego¹ w zakresie istotnym tylko raz, w 2007 r.

Zgodnie z art. 547 k.p.c. nałożono obowiązek niezwłocznego wysłuchania osoby, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie w obecności psychiatry lub neurologa, a w każdym przypadku w obecności psychologa bez względu na stan psychiczny tej osoby. Ważną zmianą było również wprowadzenie (art. 552 k.p.c.) bezwzględnie obowiązku przedstawienia świadectwa lekarskiego, opinii psychologa albo zaświadczenia poradni alkoholowej lub leczenia uzależnień. Dodano precyzyjne unormowania doradcy tymczasowego w art. 548, 550 i 551 k.p.c. oraz organizacji społecznych w art. 546 § 3 k.p.c.

Nastąpiła zmiana przepisu w związku z art. 545 § 1 i 2 k.p.c., w zakresie, w jakim nie przyznawano osobie ubezwłasnowolnionej uprawnienia do złożenia wniosku o uchylenie lub zmianę zakresu ubezwłasnowolnienia, gdyż było to niezgodne z art. 30 i art. 31 Konstytucji RP z 1997 r. (Wyrok TK K 28/05, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A, 2007, nr 3, poz. 24). „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”.

Ten artykuł został napisany będąc konsekwencją wyżej wymienionych zmian, szczególnie dotyczących uczestnictwa psychologów i psychiatrów w sprawach o ubezwłasnowolnienie. W znacznej mierze będzie oparty na doświadczeniach autorów.

11.1. Unormowania prawne

11.1.1. Zdolność prawna

W księdze I, tytułu II, rozdziału I kodeksu cywilnego (k.c.) znajdziemy przepisy regulujące zdolność do podejmowania czynności prawnych. Zgodnie z art. 8 k.c. „Każdy człowiek od chwili urodzenia ma zdolność prawną”. Nie ma możliwości utracenia zdolności prawnej. Jednakże według art. 11 k.c. „pełną zdolność do czynności prawnych nabywa się z chwilą uzyskania pełnoletniości”, którą art. 10 określa na lat 18.

Zdolność do czynności prawnych to możliwość czynnego nabywania praw i zaciągania obowiązków z zakresu prawa cywilnego własnym działaniem. Nieletni (osoba przed ukończeniem 13. roku życia) nie ma zdolności do czynności praw-

¹ Kodeks postępowania cywilnego, Rozdz. 2, Ubezwłasnowolnienie, art. 544–560 k.p.c.

nych i pozostaje pod władzą rodzicielską. Małoletni (osoba, która ukończyła 13. rok życia) posiada ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Pełną zdolność do czynności prawnych posiada osoba pełnoletnia (która ukończyła 18. rok życia, lub jako małoletnia zawarła związek małżeński).

Do czynności prawnych należy m.in. czynne prawo wyborcze (art. 7 Ordynacji wyborczej), sporządzanie testamentu (art. 944 k.c.), zawarcie związku małżeńskiego (art. 11 § 1 k.r.o.), oświadczenie woli (art. 82 k.c.), zaprzeczenie ojcostwa (art. 64 k.r.o.), sprawowanie władzy rodzicielskiej (art. 94 k.r.o.), przysposobienie dziecka (art. 114 § 1 k.r.o.), sprawowanie opieki (art. 148 k.r.o.). Pozbawianie zdolności do czynności prawnych może nastąpić wyłącznie na mocy postanowienia sądu przez ubezwłasnowolnienie całkowite.

Całkowite ubezwłasnowolnienie powoduje również utratę zdolności procesowej. Pozostawionym prawem dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest zawieranie umów należących do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego, które stają się ważne z chwilą ich wykonania, chyba, że pociągają za sobą rażące pokrzywdzenie tej osoby (art. 14 § 2 k.c.).

Przy częściowym ubezwłasnowolnieniu wolno przyjąć darowiznę, zawrzeć umowę należącą do powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach codziennych, rozporządzać własnym zarobkiem, o ile sąd opiekuńczy nie postanowi inaczej, dysponować pewnymi przedmiotami, o ile uzyska się zgodę kuratora, bez zgody przedstawiciela ustawowego nawiązać stosunek pracy oraz dokonywać czynności prawnych, które dotyczą tego stosunku, pod warunkiem, iż działania te nie są w sprzeczności z dobrem osoby częściowo ubezwłasnowolnionej.

Warto zaznaczyć, iż uchwała 7 sędziów SN z 12.12.1960 r. ICO 25/60 (OSNC-PiUS z 1961 r. Nr. 2, poz. 32) głosi, że „osoba pełnoletnia nieubezwłasnowolniona ma pełną zdolność do czynności prawnych, choćby nawet była psychicznie chora. Choroba psychiczna może jedynie powodować wadę oświadczenia woli”.

Biegli wydający opinię o zasadności ubezwłasnowolnienia powinni pamiętać o wymienionych ograniczeniach.

11.1.2. Warunki ubezwłasnowolnienia i warunki jego zniesienia

Warunki ubezwłasnowolnienia całkowitego określa art. 13 k.c. „Osoba, która ukończyła lat 13, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować

swym postępowaniem”. Zgodnie z art. 175 i 176 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego „ustanawia się dla niej opiekę, chyba że pozostaje jeszcze pod władzą rodzicielską”. Jeżeli wymienione powyżej zaburzenia psychiczne nie znoszą zdolności kierowania swym postępowaniem, ubezwłasnowolnienie jednostki nie jest możliwe. „Niezdolność kierowania swym postępowaniem” w prawie cywilnym odnosi się do nieokreślonego czasu i niemal wszystkich podejmowanych czynności prawnych. Osoba mająca ową zdolność ograniczoną, nawet w stopniu znacznym, nie może zostać ubezwłasnowolniona całkowicie.

Art. 15 k.c.: „Ograniczoną zdolność do czynności prawnych mają osoby, które ukończyły lat 13 oraz osoby ubezwłasnowolnione częściowo”.

Warunki ubezwłasnowolnienia częściowego określa art. 16 k.c.: „Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeśli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw. Zgodnie z art. 181 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego „dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę”.

Osoba, u której stwierdzono zaburzenia psychiczne, o których mowa w art. 13 k.c. i art. 16 k.c., powodujące niemożność kierowania swym postępowaniem lub potrzebę pomocy do prowadzenia jej spraw, wcale nie musi zostać ubezwłasnowolniona. Decyduje o tym dopiero celowość ubezwłasnowolnienia. Ubezwłasnowolnienie musi być celowe, czyli zapewniać opiekę osobie, która ma być ubezwłasnowolniona. Ponadto w sprawach o ubezwłasnowolnienie trzeba pamiętać, że podstawową przesłanką medyczną jest rokowanie, ponieważ instytucja ubezwłasnowolnienia wybiega w przyszłość.

Zgodnie z postanowieniem SN 4.05.1955 r. (Winiarz, 1980, za: Przybysz, 2005, s. 123) „jeżeli chory nie ma majątku, jeżeli choroba jest nieuleczalna lub leczenie nie wchodzi w rachubę, jeżeli rodzaj choroby nie wskazuje na obawę zamachów samobójczych ani na potrzebę pozbawienia chorego możliwości rozporządzania zarobkiem, jak również nie zachodzi jakiś interes w jego ubezwłasnowolnieniu, mimo istnienia choroby ubezwłasnowolnienie jest zbędne, utrudnia choremu pracę, daje mu poczucie dyskryminacji społecznej, rodzinę obciąża kosztami utrzymania i naraża go na przykrości wywołane napiętnowaniem”. Sąd przy rozstrzygnięciu powinien przede wszystkim mieć na względzie interes osoby, której dotyczy ubezwłasnowolnienie.

Warto zaznaczyć, że wiele postanowień o ubezwłasnowolnieniu nie może pominąć powiązania interesów chorego psychicznie z interesami innych osób. Wypowiada się na ten temat SN w orzeczeniu z 11.11.1970 r. II CR 336/70 (Przybysz, 2005, s. 125): „Interes osób trzecich, także tych, które pozostają w stosun-

kach prawnych albo faktycznych z osobą chorą psychicznie, nie jest wprawdzie całkiem obojętny w sprawie ubezwłasnowolnienia, ale nie może być oceniany w kategoriach ustawowej przesłanki ubezwłasnowolnienia. W szczególności nie może być celem ubezwłasnowolnienia wzgląd na uchronienie osoby trzeciej (instytucji) przed jej pieniactwem lub dokuczliwością”.

W naszym ustawodawstwie przyjęto bezterminowość instytucji ubezwłasnowolnienia. Do 2007 r. zgodnie z art. 560 k.c. osoba ubezwłasnowolniona mogła zaskarżać postanowienie związane z jej ubezwłasnowolnieniem. Nie mogła jednak wystąpić do sądu o uchylenie ubezwłasnowolnienia, które to prawo przysługiwało tylko jej przedstawicielowi ustawowemu. Po 2007 r., zgodnie z wprowadzonymi zmianami w kodeksie postępowania cywilnego, osoba ubezwłasnowolniona może wystąpić do sądu o uchylenie ubezwłasnowolnienia. W takim przypadku zgodnie z art. 559 k.p.c. § 1. sąd uchyli ubezwłasnowolnienie, gdy ustaną przyczyny, dla których je orzeczono; uchylenie może nastąpić także z urzędu. § 2. Sąd może w razie poprawy stanu psychicznego ubezwłasnowolnionego zmienić ubezwłasnowolnienie całkowite na częściowe, a w razie pogorszenia się tego stanu – zmienić ubezwłasnowolnienie częściowe na całkowite. § 3. Z wnioskiem o uchylenie albo zmianę ubezwłasnowolnienia może wystąpić także ubezwłasnowolniony. Art. 560 k.p.c. § 1. mówi, że do zaskarżania postanowień uprawniony jest sam ubezwłasnowolniony nawet wówczas, gdy ustanowiony został doradca tymczasowy albo kurator.

11.2. Postępowania w sprawach o ubezwłasnowolnienie

Sprawy o ubezwłasnowolnienie należą do właściwości sądu okręgowego (art. 544 k.p.c.), który rozpoznaje je w składzie trzech sędziów zawodowych. W sprawach tych właściwy jest sąd miejsca zamieszkania osoby, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie, a w przypadku braku miejsca zamieszkania – sąd miejsca jej pobytu (art. 544 § 2 k.p.c.).

W polskim systemie prawnym nie ma możliwości wszczęcia postępowania o ubezwłasnowolnienie z urzędu. Nie ma również możliwości złożenia wniosku o „ubezwłasnowolnienie samego siebie”.

Wniosek o wszczęcie postępowania o ubezwłasnowolnienie mogą złożyć zgodnie z art. 545 § 1 k.p.c.: małżonek osoby, która ma być ubezwłasnowolniona, jej rodzeństwo, krewni w linii prostej i jej przedstawiciel ustawowy. Rzecznik Praw Obywatelskich również jest uprawniony do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie zgodnie z art. 545 § 1 k.p.c. Należy zauważyć, że „jeżeli małżeństwo osoby mającej być ubezwłasnowolnioną zostało rozwiązane przez rozwód, to jej

małżonek traci prawo do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie byłej żony. Dotyczy to również małżonków pozostających w separacji” (Flaga-Gieruszyńska, za: Hajdukiewicz, 2008).

Ponadto, mając na uwadze art. 16 ust. o ochronie zdrowia psychicznego, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej „w razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia” zawiadamia o tym prokuratora, który uznając taką potrzebę, składa stosowny wniosek w sądzie.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie częściowe można zgłosić już na rok przed dojściem do pełnoletniości osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie (art. 545 § 3 k.p.c.). Złożenie wniosku w złej wierze lub lekkomyślnie podlega karze grzywny (art. 545 § 4 k.p.c.).

Organizacje pozarządowe, do których zadań statutowych należy ochrona praw osób niepełnosprawnych, udzielanie pomocy takim osobom lub ochrona praw człowieka, mogą przystąpić do postępowania w każdym jego stadium (art. 546 § 3 k.p.c.).

Jeżeli według wniosku ubezwłasnowolnienie ma być orzeczone z powodu choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego, sąd przed zarządzeniem doręczenia wniosku zażąda, w wyznaczonym terminie, przedstawienia świadectwa lekarskiego wydanego przez lekarza psychiatrę o stanie psychicznym osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie lub opinii psychologa o stopniu niepełnosprawności umysłowej tej osoby. Jeżeli ubezwłasnowolnienie ma nastąpić z powodu pijaństwa, sąd zażąda także przedstawienia zaświadczenia poradni przeciwalkoholowej, a jeżeli ubezwłasnowolnienie ma nastąpić z powodu narkomanii – zaświadczenia z poradni leczenia uzależnień (art. 552 § 1 k.p.c.).

Sąd odrzuca wniosek o ubezwłasnowolnienie, jeżeli treść wniosku lub dołączone do wniosku dokumenty nie uprawdopodobniają istnienia choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub występowania innego rodzaju zaburzeń psychicznych osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie albo w razie niezłożenia żadanego świadectwa, opinii lub zaświadczenia, chyba że złożenie takich dokumentów nie jest możliwe (art. 552 § 2 k.p.c.).

Zgodnie z art. 547 k.p.c. § 1., osobę, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy wysłuchać niezwłocznie po wszczęciu postępowania; wysłuchanie powinno odbyć się w obecności biegłego psychologa oraz – w zależności od stanu zdrowia osoby, która ma być wysłuchana – biegłego lekarza psychiatry lub neurologa. § 2. W celu wysłuchania osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, sąd może zarządzić przymusowe sprowadzenie tej osoby na rozprawę albo wysłuchać ją przez sędziego wyznaczonego. Na postanowienie sądu o przy-

musowym sprowadzeniu osoby na rozprawę przysługuje zażalenie. § 3. Niemożność porozumienia się z osobą, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, stwierdza się w protokole po wysłuchaniu biegłego lekarza i psychologa uczestniczących w posiedzeniu.

Po przeprowadzeniu rozprawy z udziałem wnioskodawcy, osoby, której dotyczy wniosek, jej małżonka, przedstawiciela ustawowego oraz prokuratora (art. 546 k.p.c.), sąd wydaje postanowienie o ubezwłasnowolnieniu.

Sąd, który orzekł ubezwłasnowolnienie, zarządza z urzędu przesłanie sądowi opiekuńczemu odpisu prawomocnego postanowienia, którym orzekł ubezwłasnowolnienie (art. 558 § 1 k.p.c.). W razie oddalenia wniosku o ubezwłasnowolnienie sąd zawiadamia sąd opiekuńczy o potrzebie ustanowienia kuratora dla osoby niepełnosprawnej (art. 558 § 2 k.p.c.).

Warto zaznaczyć, że przed laty wnioski o ubezwłasnowolnienie były uzasadniane koniecznością leczenia szpitalnego lub umieszczeniem w domu pomocy społecznej. Obecnie te kwestie reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, a leczenia odwykowego ustawa o wychowaniu w trzeźwości. Ustanowienie ubezwłasnowolnienia musi być uzasadnione interesem ubezwłasnowolnionego.

11.3. Zadania i opinia biegłego

Zgodnie z art. 553. k.p.c. osoba, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, musi być zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę lub neurologa, a także psychologa. Zgodnie z art. 278 k.p.c. celem dowodu z opinii biegłego jest udzielenie sądowi wyjaśnień, a przez to ułatwienie mu wyciągnięcia wniosków dotyczących oceny rozstrzyganej prawy.

Ustawodawca określa obligatoryjne elementy opinii biegłego, która powinna zawierać: ocenę stanu zdrowia psychicznego lub zaburzeń psychicznych albo rozwoju umysłowego osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie oraz umotywowaną ocenę zakresu zdolności tej osoby do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw, uwzględniając postępowanie i zachowanie się tej osoby (art. 553 § 2 k.p.c.). W opinii powinna być również zawarta ocena występowania związku przyczynowego zachodzącego między powyższymi elementami. Ponadto należy wyjaśnić, w jaki sposób choroba czy zaburzenie psychiczne według wiedzy lekarskiej może wpływać na rozeznanie chorego, na jego wolę, czy chory może być niebezpieczny dla otoczenia lub dla siebie, a ponadto opinia powinna zawierać prognozę i opinię o celowości i sposobie leczenia. Należy dokonać wszechstronnej analizy sytuacji życiowej osoby, której dotyczy postępowanie, uwzględniając jej status ma-

terialny, zawodowy, rodzinny, rodzaj spraw wymagających prowadzenia przez tę osobę, sposób zaspokajania jej potrzeb życiowych oraz podstaw dotychczasowej egzystencji. Badanie może być jednorazowe lub kilkakrotne, gdyby zachodziła taka potrzeba.

Sąd może, jeżeli na podstawie opinii dwóch biegłych lekarzy uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie osoby, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie, pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż sześć tygodni. W wyjątkowych wypadkach sąd może termin ten przedłużyć do trzech miesięcy (art. 554 § 1 k.p.c.).

Natomiast zgodnie ze stanowiskiem SN „ocena, czy ustalony przez biegłego stan faktyczny uzasadnia ubezwłasnowolnienie całkowite czy częściowe, wchodzi już w zakres stosowania prawa i należy do sądu” (postanowienie SN z 21.12.1966 r., I CR 214/66, LexPolonica nr 318344).

Warto zauważyć, że jeżeli w opinii stwierdza się, że osoba badana, wobec której toczy się postępowanie o ubezwłasnowolnienie, nie jest chora psychicznie ani upośledzona umysłowo, a także nie cierpi na inne zaburzenia psychiczne, sąd nie może wbrew takiej opinii orzec ubezwłasnowolnienia z powodu któregoś z wymienionych zaburzeń.

Jednakże zgodnie z postanowieniem SN z 1971 r. „dopuszczalne jest orzeczenie ubezwłasnowolnienia w czasie krótkotrwałej poprawy zdrowia osoby chorej psychicznie, jeżeli poprawa ta ma charakter zdecydowanie przejściowy” (postanowienie SN z 19.08.1971 r., I CR 297/71, OSNC 1972, nr 3, poz. 16).

Jeżeli biegły uzyska informację, że ewentualne ubezwłasnowolnienie może przyczynić się do pogorszenia sytuacji danej osoby, powinien to sądowi przedstawić wraz z uzasadnieniem.

11.4. Opiniowanie sądowe w sprawach o ubezwłasnowolnienie – doświadczenia własne

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat autorzy tego rozdziału byli (oraz są nadal) wielokrotnie powoływani przez Sąd Okręgowy w charakterze biegłych do spraw o ubezwłasnowolnienie. Operując dość bogatym zasobem ekspertyz własnych, postanowiliśmy zebrać dotychczasowe spostrzeżenia i przedstawić je w tej pracy. Dokonałmy przeglądu 357 opinii sądowych wydawanych w latach 2010–2014 w przedmiotowych postępowaniach. Dzieląc się swoimi doświadczeniami, chcemy zmniejszyć nieco niejasność procedur diagnostycznych w sprawach z tego zakresu, z którą spotykaliśmy się na początku naszej pracy. Wskazujemy także najczęstsze i najbardziej ciekawe (a niekiedy zatrważające) trudności, z jakimi

niejednokrotnie zetknęliśmy się w swojej praktyce – okazuje się bowiem, że nie przez wszystkich instytucja ubezwłasnowolnienia traktowana jest jako ochrona interesów uczestnika. Przedstawiamy je w formie analiz dwóch dyskusyjnych przypadków. Postanowiliśmy także skonstruować modelowy wzór opinii psychologiczno-psychiatrycznej w sprawach o ubezwłasnowolnienie, który zamieszczamy na końcu rozdziału jako propozycję do ewentualnego zastosowania w praktyce przez koleżanki i kolegów biegłych sądowych opiniujących w przedmiotowych sprawach.

W przypadku postępowania o ubezwłasnowolnienie odstąpiono od ogólnej reguły pozostawiającej decyzję o potrzebie powołania biegłych uznaniu Sądu. Ustawodawca, wychodząc z założenia, że w tych postępowaniach każdorazowo zachodzi potrzeba uzyskania wiadomości specjalnych, nałożył na Sądy obligatoryjność zasięgania opinii wydawanej przez biegłych (zgodnie z art. 553 § 1 k.p.c.). Stąd duże zapotrzebowanie sądów na biegłych opiniujących w tych sprawach. W wielu sprawach o ubezwłasnowolnienie, w których opiniovaliśmy, wszystkie ekspertyzy były wydawane łącznie w zespole przez biegłego psychologa i biegłego psychiatrę, po uzgodnieniu między sobą stanowisk wyrażanych w przedmiotowej kwestii. Pomimo przewidywanej w kodeksie cywilnym możliwości poddania osoby, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie, badaniu przez biegłego neurologa – nie spotkaliśmy się z ani jednym takim przypadkiem.

Każdorazowo ekspertyza poprzedzona była uczestnictwem w trakcie wysłuchania opiniowanego przez sąd, które odbywało się w siedzibie sądu, bądź też – jeżeli stawiennictwo uczestnika nie było możliwe – w miejscu jego zamieszkania lub obecnego przebywania.

Badania uczestników przeważnie miały charakter jednorazowy i odbywały się w budynku zakładu opieki zdrowotnej lub w miejscu pobytu uczestnika. Zdarzało się tak, że w przypadkach szczególnych badania odbywały się w budynku sądu – w przystosowanym do tego pomieszczeniu umożliwiającym niezakłócony przebieg badania. Badanie w takich warunkach określaliśmy jako celowe w przypadkach, kiedy już w czasie rozprawy sądowej obserwowaliśmy niebudzące wątpliwości głębokie zaburzenia funkcji psychicznych, najczęściej prawie całkowity brak mowy, zupełną dezorientację w czasie, miejscu i w odniesieniu do własnej osoby, którym bardzo często towarzyszyły znaczne ograniczenia sprawności ruchowej. Obserwowaliśmy, że niejednokrotnie sam przyjazd uczestnika na posiedzenie sądu był bardzo dużym wyzwaniem dla niego samego i towarzyszących mu osób. Wzywanie takiej osoby w kolejnym terminie budziło szereg naszych etycznych wątpliwości. W takich wypadkach decyzja o przeprowadzeniu badań na miejscu w sądzie, podyktowana była empatyczną postawą biegłych i przeko-

naniem, że w tych wyjątkowych sytuacjach przepisy prawne nie powinny przesłaniać dobra uczestników – i tak już pokrzywdzonych przez chorobę – lub ich opiekunów.

Osoby, których dotyczył wniosek o ubezwłasnowolnienie, nie charakteryzował w sposób istotny wiek ani płeć. Były to kobiety i mężczyźni w bardzo zróżnicowanym wieku. W kilku przypadkach postępowanie toczyło się wobec osób jeszcze nieletnich, zbliżających się do osiągnięcia pełnoletniości, a więc do daty, w której zgodnie z prawem uzyskiwałyby pełną zdolność do czynności prawnych. Zauważyliśmy jednak tendencję do wzrastania liczby osób kwalifikujących się do ubezwłasnowolnienia wraz z wiekiem.

Wśród uczestników, których po osobistym przebadaniu oraz wszechstronnej analizie akt sprawy uznawaliśmy za osoby niezdolne do samodzielnego pokierowania swoim postępowaniem, załatwiania swoich spraw osobistych i majątkowych ze względu na stan psychiczny i/lub poziom funkcjonowania intelektualnego (a więc spełniających psychiatryczno-psychologiczne przesłanki ubezwłasnowolnienia) – wyraźnie dominowały osoby z rozpoznaniem otępienia głębokiego (32%), upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim (16%) oraz w stopniu znacznym (13%). Ponadto, 6% uczestników w naszej ocenie kwalifikowało się do ubezwłasnowolnienia całkowitego z uwagi na chorobę podstawową – schizofrenię paranoidalną, kolejne 6% – upośledzenie umysłowe umiarkowane, 5% – przewlekły zespół zależności alkoholowej, 5% – otępienie średniego stopnia, 3% – organiczne zaburzenia osobowości i 3% – zaburzenia urojeniowe. Ponadto w grupie tej u sześciu uczestników (2%) rozpoznaliśmy autyzm, a u czterech (1%) – otępienie stopnia lekkiego. Nasze doświadczenia w dużym stopniu pokrywają się tutaj ze wskazaniami zawartymi w literaturze – przykładowo Uszkiewiczowa wskazuje, że podstawą o ubezwłasnowolnienia całkowitego są: przewlekłe psychozy, zespoły psychoorganiczne z głębokim otępieniem umysłowym, stany głębokiego „niedorozwoju umysłowego”, przewlekły alkoholizm z głęboką psychodegradacją” (por. Hajdukiewicz, 2008, s. 65). W większości przypadków rezultaty przeprowadzonego badania nie budziły naszych większych wątpliwości i towarzyszyło nam wewnętrzne przekonanie o celowości zastosowania ubezwłasnowolnienia całkowitego dla dobra uczestników postępowania. Nasze opinie cechował duży stopień jasności i stanowczości wniosków końcowych. Bardzo rzadko zachodziła konieczność wydania ustnej opinii uzupełniającej.

W grupie osób, wobec których stwierdzaliśmy brak pełnej zdolności do samodzielnego załatwiania swoich spraw, widzieliśmy potrzebę objęcia tych osób pomocą w określonych obszarach (najczęściej chodziło o pomoc w obszarach załatwiania spraw majątkowych, urzędowych oraz spraw związanych z leczeniem), były osoby z otępieniem lekkim (głębsze stopnie demencji kwalifikowały

już do konieczności rozszerzenia zakresu opieki nad osobą opiniowaną), upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, rzadziej – umiarkowanym. Największy odsetek osób, które naszym zdaniem kwalifikowały się do ubezwłasnowolnienia częściowego, stanowiły osoby z organicznymi zaburzeniami osobowości (21%), schizofrenią (19%) oraz zaburzeniami urojeniowymi (12%). Wniosek o potrzebie objęcia pomocą w załatwianiu określonych spraw sformułowaliśmy także wobec uczestników, u których rozpoznaliśmy zespół uzależnienia od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, politoksykomanie oraz chorobę afektywną dwubiegunową. Uszkiewiczowa (por. Hajdukiewicz, 2008) podaje, że ubezwłasnowolnienie częściowe wymagane jest w stanach, które nie są tak nasilone, aby uzasadniały ubezwłasnowolnienie całkowite. Jako przykłady autorka podawała: stany remisji w psychozach, znaczne zmiany charakterologiczne, niedorozwój umysłowy, otyłość i przewlekły alkoholizm. Nasze doświadczenia są więc zasadniczo zgodne z tą oceną. W niektórych przypadkach, w których nasze konkluzje zmierzały do zasadności orzeczenia ubezwłasnowolnienia częściowego, sąd dopuszczał opinię uzupełniającą biegłych najczęściej przeprowadzoną w formie ustnej podczas rozprawy. Wynikało to w głównej mierze z niesatysfakcjonującego rozwiązania dla wnioskodawców i było wynikiem zgłaszanych przez nich zarzutów do opinii biegłych.

W 27 przypadkach stwierdziliśmy, że osoby objęte wnioskiem o ubezwłasnowolnienie są zdolne do kierowania w pełni swoim postępowaniem i samodzielnego załatwiania swoich spraw osobistych i majątkowych. Najczęściej u takich osób rozpoznawaliśmy chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe albo inne zakłócenie czynności psychicznych (u 19% rozpoznaliśmy zespół uzależnienia od alkoholu, u kolejnych 19% postawiliśmy rozpoznanie schizofrenii, 11% uczestników przejawiało organiczne zaburzenia osobowości, u 7% – ociężałość umysłową, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenie schizoafektywne), nie stwierdzaliśmy jednak takiego nasilenia objawów chorobowych, które uzasadniałyby ubezwłasnowolnienie całkowite ani częściowe. W jednym przypadku u osoby objętej wnioskiem o ubezwłasnowolnienie nie stwierdziliśmy żadnej psychopatologii – uczestnik okazał się być osobą zdrową, nieprzejawiającą zaburzeń funkcjonowania psychicznego ani intelektualnego.

Wielokrotnie jako biegli spotykaliśmy się z przypadkami, gdzie ochrona praw opiniowanego uczestnika postępowania nie była zaznaczona na pierwszym miejscu. Zdarzało się tak, że osoby uprawnione do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie wszczynały takie postępowanie z motywacji instrumentalnej, chcąc uzyskać kontrolę nad osobą chorą, rozwiązać w ten sposób kwestie podziału majątku, wymusić na uczestniku poddanie się określonemu leczeniu, na które on sam dobrowolnie nie wyrażał zgody lub miało na celu umieszcze-

nie osoby w instytucji opiekuńczej – domu pomocy społecznej czy zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

11.5. Opisy przypadków

Poniżej przedstawiamy trzy przypadki opisów badań psychologiczno-psychiatrycznych wraz z wnioskami, które zostały zlecone nam jako biegłym sądowym przez Sąd Okręgowy². Dwa przypadki, zaprezentowane w pierwszej kolejności, są sytuacjami, w których ubezwłasnowolnienie według nas nie było najbardziej odpowiednim rozwiązaniem problemu i nie służyło ochronie interesów jednostki. Trzeci przypadek jest opisem najbardziej powszechnej sytuacji, gdzie osoba zawnioskowana do ubezwłasnowolnienia nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem, wymaga całkowitej pomocy i w tej sytuacji nie mieliśmy żadnych wątpliwości co słuszności wydawania opinii w kierunku ubezwłasnowolnienia całkowitego.

11.5.1. Przypadek nr 1 – osoba w podeszłym wieku

Pan Stanisław urodzony w 1939 roku, od około 4 lat wdowiec, małżeństwo trwało około 50 lat i było udane. W uzasadnieniu wniosku o ubezwłasnowolnienie podano między innymi:

„Należy wskazać, iż zdaniem wnioskodawców Pan Stanisław wymaga pomocy przy prowadzeniu swoich spraw. Zachowania budzące niepokój wnioskodawców zaczął prezentować w 2009 roku, kiedy to w sposób niespodziewany wyprowadził się z mieszkania, które bezpośrednio sąsiadowało z mieszkaniem córki. Wówczas to Pan Stanisław zerwał relacje rodzinne z dziećmi. Podczas sprawy przed Sądem Okręgowym Pan Stanisław prezentował zachowania budzące niepokój swoich dzieci. W zeznaniach złożonych w Sądzie powiedział: «Pewnego dnia ukazała się moja żona, tylko nie pamiętam czy na jawie czy we śnie opowiedziała mi, żebym uciekał z tego mieszkania i wtedy ja sprzedałem to mieszkanie i wyprowadziłem się do innego miasta, gdzie kupiłem mieszkanie (...). Tak jak już wcześniej powiedziałem, córka przychodziła do mojego mieszkania i przynosiła mi obiady, po których miałem rozwolnienie. Potem jak zacząłem chodzić do baru,

² Dane osób opiniowanych oraz niektóre fakty zostały zmienione w taki sposób, aby w jak najmniejszym stopniu zmienić kwestie merytoryczne, a jednocześnie zapewnić całkowitą anonimowość uczestników.

to jakby ręką odjął». Nadto na potrzeby w/w postępowania sporządzona została opinia grafologiczna pisma Pana Stanisława, gdzie biegła po pobraniu od opinowanego pisma stwierdziła, iż odzwierciedlają one cechy pisma patologicznego. Jak wskazała biegła: «są to głównie zmiany pisma o charakterze neurologicznym pojawiające się przynajmniej częściowo np. w zaliczonym do pisma patologicznego piśmie starczym, lecz również w zaburzeniach i chorobach neurologicznych, a nawet w przypadku niektórych psychoz organicznych (np. miażdżycy naczyń mózgu)». Wypada wskazać, iż obecnie Pan Stanisław przebywa w domu pomocy społecznej. Należy podkreślić, iż opiniowany w domu pomocy społecznej umieszczony został za swoją zgodą, tak więc można domniemywać, że ma on świadomość, iż potrzebuje opieki i pomocy. Tego rodzaju opiekę i pomoc chcą świadczyć na jego rzecz wnioskodawcy (dzieci opinowanego), którzy są żywotnie zainteresowani jego losem. Dodać należy, że Pan Stanisław obciążony jest dziedzicznie ryzykiem wystąpienia choroby Alzheimera. Zdaniem wnioskodawców zachowania opinowanego wskazują na istnienie u niego w/w choroby mogącej objawiać się w problemach ze rozumieniem, osądzaniem, wnioskowaniem, powodując zmiany osobowości chorego. Zachowania Pana Stanisława, takie jak całkowite zaniechanie kontaktów z dziećmi, wytoczenie, a następnie cofnięcie powództwa o zapłatę przeciwko córce, dobitnie wskazują, iż potrzebuje on pomocy oraz wsparcia w prowadzeniu swoich spraw. Znamiennym jest, iż wizje zmarłej małżonki, o których zeznawał Pan Stanisław w toku innej sprawy, również stanowią objaw choroby Alzheimera, która może przejawiać się omamami różnych zmysłów, kiedy to chorzy na tę chorobę czują, widzą lub słyszą coś, czego nie ma. Te zjawiska są tak realne, że chory może się stać nieufny. W ten właśnie sposób zachowania Pana Stanisława oceniają wnioskodawcy».

Do akt sprawy i do wniosku o ubezwłasnowolnienie dołączono zaświadczenie lekarskie z następującą treścią – „od 2 lat w/w pacjent leczony jest z powodu nadciśnienia tętniczego, zawrotów głowy oraz depresji po nagłej śmierci żony”.

Wysłuchanie w Sądzie

W trakcie wysłuchania w Sądzie opiniowany odpowiedział rzeczowo na pytania sądu o ubezwłasnowolnienie, nie poparł wniosku, wniósł o jego oddalenie. Na pytania sądu o imię, nazwisko, datę i miejsce urodzenia odpowiedział prawidłowo. Wiedział, gdzie się znajduje. Na pytanie, czy wie, co to jest ubezwłasnowolnienie, odpowiedział: „chcę mnie wziąć na sznurek i prowadzić jak psa. To znaczy, że nie będę miał żadnej woli”. Wiedział, ile ma emerytury. Pytany o wnioskodawcę powiedział, że nie życzy nikomu takiej rodziny. Poza tym stwierdził, że nie chce jej znać. Prawidłowo i rzeczowo stwierdził, że mieszka w DPS, jest tam zameldowany, powiedział, że miał swój dom, który został sprzedany, a pieniądze mu odebrano.

Badanie opiniowanego

Na badanie Pan Stanisław przyszedł ze znajomą. Nawiązywał kontakt wzrokowy oraz werbalny. Proste polecenia wynikające z procedury badania spełniał prawidłowo. Zgodził się na zaproponowane badanie. We wstępnej fazie kontaktu diagnostycznego nie obserwowano zachowań i wypowiedzi sugerujących możliwość wystąpienia u badanego zaburzeń świadomości lub innych ewidentnych zakłóceń w sferze gnostycznej i emocjonalnej. Wygląd ogólny nie odbiegał od wariantów typologicznych i stereotypów obyczajowych w stosunku do wieku badanego. Zasób wiedzy ogólnej był odpowiedni do wykształcenia i doświadczenia życiowego. Opiniowany z danych anamnesticzno-biograficznych podał prawidłowo, jak się nazywa, kiedy, gdzie i jak się urodził, podał, którym był w kolejności dzieckiem swoich rodziców. Wiedział, jak mieli na imię jego rodzice i jak z domu nazywała się jego matka. W rodzinie opiniowanego nikt nie chorował psychicznie, nikt nie nadużywał alkoholu.

W dzieciństwie poważniej nie chorował. Do szkoły podstawowej poszedł w wieku 7 lat. Klas nie powtarzał. Zdobył wykształcenie niepełne średnie – poszedł do wojska. W wojsku spędził 9 miesięcy – ożenił się i dlatego wcześniej skończył służbę wojskową. Wiedział, ile miał lat, gdy się ożenił. Przepracował w sumie ponad 50 lat, nie był zwalniany dyscyplinarnie. Pracował początkowo na etacie, a później prowadził swoją działalność gospodarczą. Od lat dziewięćdziesiątych jest na emeryturze.

Swoje pożycie małżeńskie określił jako udane. Żona zmarła kilka lat wcześniej, potrafił dokładnie podać datę zgonu żony. Ma dwoje dzieci. Uważał, że dzieci są z nim w konflikcie, on chce z nimi rozmawiać, ale one nie chcą. Problem dotyczy majątku. Obecnie mieszka w DPS – tu podał dokładny adres.

Po raz pierwszy wypił alkohol w wieku 18 lat. Nie miał ciągów opilczych, twierdził, że nigdy nie miał problemów z alkoholem. Zaprzeczył palimpsestom. Podał, że obecnie nie pije alkoholu wcale. Nie miał urazów głowy z utratą przytomności ani napadów padaczkowych. Nigdy nie zażywał narkotyków, nie pali papierosów od 30 lat. Nigdy nie był leczony psychiatrycznie ani neurologicznie. Nie przyjmował leków uspokajających ani psychotropowych.

Potwierdził, że około pół roku po śmierci ukazała się mu zmarła żona – było to we śnie i powiedziała mu: „uciekaj stąd”. Dopytywany o te doznania powiedział, że nigdy później się to nie zdarzało, wynikało to, jak twierdzi, z pamięci o żonie: oczywiście, że ona do mnie nie przyszła, tylko sobie ją przypomniałem”.

W trakcie badania opiniowany był prawidłowo zorientowany allo- i autopsychicznie, w nastroju podstawowym obojętnym, napędzie prawidłowym, afektywnie dostosowany. Urojeń nie wypowiadał. Zachowanie badanego nie wskazywało na przeżywanie doznań o charakterze omamowym. Wypowiedzi semantycznie

i syntaktycznie nie ujawniały obniżenia sprawności intelektualnej. Wykonano test MMSE – wynik 28 pkt (wynik prawidłowy).

Wnioski z badania i odpowiedź na pytania Sądu

Podaliśmy, że w naszej ocenie badany nie jest osobą chorą psychicznie w sensie psychozy ani upośledzoną umysłowo. Nie ujawnia również objawów otępienia. Nigdy nie leczył się i nie leczy psychiatrycznie, nigdy nie miał i nie ma problemu z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychotropowych. Stwierdzone w wywiadzie jednorazowe zaburzenie funkcji psychicznych polegające na zobaczeniu i usłyszeniu swojej zmarłej żony (na tle jej wiszącego obrazu), było najprawdopodobniej snem i wynikało zapewne z nagromadzenia bardzo dużej ilości negatywnych i przykrych emocji po śmierci żony i po konflikcie z dziećmi. Zarówno opis tej sytuacji przez uczestnika, jak również jego krytyczny stosunek, nie dają podstaw do rozpoznania zaburzeń o charakterze psychozy – omamów.

Stwierdziliśmy, że opiniowany z punktu widzenia psychiatryczno-psychologicznego jest osobą zdrową w odniesieniu do swojego wieku. Nieznacznie zaznaczone zaburzenia pamięci, zmiany nastroju i inne dyskretne objawy nie wynikają ze zmian chorobowych, a jedynie z wieku i są fizjologiczne w procesie starzenia się organizmu. Opiniowany jest w pełni samodzielny, potrafi czytać, pisać i liczyć, zna wartość pieniądza, zna się na zegarze, nie ma problemów z codziennym funkcjonowaniem, jest w pełni zorientowany auto- i allopsychicznie. Mimo zamieszkiwania w DPS potrafi samodzielnie określać i zaspokajać podstawowe potrzeby życiowe, a zamieszkał w tym ośrodku z własnego wyboru po tym, jak sprzedał mieszkanie.

W naszej końcowej ocenie stwierdziliśmy, że uczestnik postępowania jest w stanie kierować swoim postępowaniem i załatwiać samodzielnie swoje sprawy osobiste i majątkowe. Doręczanie mu pism sądowych uznaliśmy za celowe, ponieważ jest w stanie je przeczytać i zrozumieć ich treść.

11.5.2. Przypadek nr 2 – osoba chora somatycznie

Pan Daniel, lat 37, prowadzący wspólne gospodarstwo domowe z żoną, zamieszkuje z żoną i dwójką małoletnich dzieci. Od dwóch lat jest na rencie z powodu choroby serca. W uzasadnieniu wniosku o ubezwłasnowolnienie złożonego przez żonę podano między innymi: „Mąż w trakcie pobytu w Niemczech rozchorował się. Doznał silnego rozwarstwienia typu A aorty. W związku z tym został hospitalizowany w Niemczech i poddany operacji rekonstrukcji zastawki tętnicy głównej. Zabieg ten polegał na zastąpieniu części aorty i całkowitego łuku aorty przy

użyciu protezy hybrydowej. Od czasu pobytu w szpitalu w Niemczech mąż nie powrócił całkowicie do zdrowia. Pozostaje pod stałą opieką lekarza kardiologa i jest całkowicie niezdolny do pracy. Ponadto mąż od czasu pobytu w szpitalu ma problemy psychiczne. Nie jest w stanie zapamiętać żadnych informacji ani załatwić osobiście najprostszych spraw. Mąż pozostaje pod stałą opieką lekarza psychiatry oraz psychologa. W następstwie choroby zdolność uczestnika do postrzegania rzeczywistości i pokierowania swoim postępowaniem znacznie się ograniczyła. Mąż wymaga stałej opieki (...).”

Do akt sprawy i do wniosku o ubezwłasnowolnienie dołączono zaświadczenie lekarskie z następującą treścią: „Organiczne zaburzenia nastroju”. Ponadto do wniosku dołączono informację o badaniu przez psychologa w PZP oraz dokumentację leczenia kardiologicznego.

Wysłuchanie w Sądzie

Uczestnik wszedł samodzielnie na salę sądową, był w towarzystwie żony, zajął wskazane mu miejsce, spełniał polecenia. Prawidłowo podał swoją datę urodzenia, imię i nazwisko, źle podał aktualną datę, wiedział, gdzie się znajdował. Uczestnik był spokojny, afekt miał słabo modulowany, nie ujawniał objawów czynnej psychozy, był przytomny, nieco spowolniały psychoruchowo. Stwierdził, że nie wie, co to jest ubezwłasnowolnienie, ale zgadza się na nie. Potwierdził, że umie pisać, czytać, liczyć, dobrze odczytał zegar. Nadal potrafi prowadzić samochód, wiedział, że ma przyznane świadczenia rentowe, prawidłowo podał kwotę świadczeń. Nie potrafił powiedzieć, jak nazywa się obecnie urzędujący prezydent i premier.

Badanie opiniowanego

Przyjechał na badanie samochodem z żoną – on prowadził. W trakcie badania nawiązywał kontakt wzrokowy oraz werbalny. Proste polecenia wynikające z procedury diagnostycznej spełniał prawidłowo. Zgodził się na zaproponowane badanie. We wstępnej fazie kontaktu nie obserwowano zachowań i wypowiedzi sugerujących możliwość wystąpienia u badanego zaburzeń świadomości lub innych ewidentnych zakłóceń w sferze gnostycznej i emocjonalnej. Wygląd ogólny nie odbiegał od wariantów typologicznych i stereotypów obyczajowych. Zasób wiedzy ogólnej odpowiedni do wykształcenia i doświadczenia życiowego. Opiniowany z danych anamnestyczno-biograficznych prawidłowo podał, jak się nazywa, wiedział, gdzie i kiedy się urodził, wiedział, ile ma rodzeństwa i jak nazywają się jego rodzice. W rodzinie opiniowanego nikt nie chorował psychicznie, nikt nie nadużywał alkoholu. Wychowywany był przez rodziców, pożyłtych których ocenił jako dobre.

W dzieciństwie poważniej nie chorował. Był raczej dzieckiem towarzyskim. Do szkoły podstawowej poszedł w wieku 7 lat, o czasie. Nie chodził do przedszkola. Klas nie powtarzał. Zdobył wykształcenie zawodowe. Nie odbywał służby wojskowej z powodu konieczności sprawowania opieki nad członkiem rodziny, otrzymał kategorię wojskową A.

Przepracował w sumie około 11 lat, nie był zwalniany dyscyplinarnie. Pracował jako mechanik i jako operator wózka widłowego. Ostatnio pracował w Niemczech – w trakcie pracy za granicą zachorował na serce.

Obecnie nie pracuje, jest na rencie od dwóch lat z powodu choroby serca. Żonaty. Prawidłowo podał, kiedy się ożenił, ma dwoje dzieci, wiedział, ile dzieci mają lat. Swoje pożycie małżeńskie ocenił jako dobre. Mieszka z żoną i dziećmi w swoim domu. Nie był karany sądownie.

Po raz pierwszy wypił alkohol w wieku 17 lat. Nie miał ciągów opilczych, twierdził, że nigdy nie miał problemów z alkoholem. Odwykowo nie był leczony. Nie miał urazów głowy z utratą przytomności ani napadów padaczkowych. Nigdy nie przyjmował narkotyków, pali do 10 papierosów dziennie. Obecnie leczy się psychiatrycznie. Nie był hospitalizowany psychiatrycznie.

Opiniowany nie pamiętał, jakie leki zlecone od psychiatry pobiera. Stwierdził, że żona daje mu leki. Nie pamiętał, od kiedy leczy się psychiatrycznie. Pytany o powód rozpoczęcia leczenia u psychiatry, podał: „mam problem z tym, że jak coś położę, to zapominam i się denerwuję, zapominam, jak mi coś powie, ale są dni lepsze i gorsze, czasami dobrze pamiętam”. Do lekarza psychiatry udaje się mniej więcej raz w miesiącu. Prawidłowo potrafił powiedzieć, gdzie chodzi do lekarza. Wytłumaczył rzeczowo, jak dojechać do poradni, ale nie pamiętał nazwy ulicy. Nie był leczony neurologicznie.

Trzy lata przed badaniem pracował w Niemczech, podczas pobytu w toalecie stracił przytomność. Obudził się w szpitalu. Był operowany kardiochirurgicznie, prawdopodobnie miał pękniętą aortę. Po powrocie do Polski był i nadal jest pod opieką kardiologa.

W trakcie badania opiniowany był prawidłowo zorientowany allo- i autopsychicznie, w nastroju podstawowym nieznacznie obniżonym, w napędzie obojętnym, afekt miał słabo modulowany. Urojeń nie wypowiadał. Zachowanie badanego nie wskazywało na przeżywanie doznań o charakterze omamowym. Wypowiedzi semantycznie i syntaktycznie nie ujawniały znaczącego obniżenia sprawności intelektualnej. Wypowiedzi wskazywały na zaburzenia pamięci w stopniu lekkim.

Badanie uzupełniono o wywiad uzyskany od żony opiniowanego, występującej w postępowaniu w roli wnioskodawczynie. Podała, że mąż regularnie pobiera leki kardiologiczne, a od psychiatry pobiera leki doraźnie, tylko w czasie gdy staje

się drażliwy i napięty. Opisała, że mąż denerwuje się do kilku razy w tygodniu do tego stopnia, że musi wziąć lek zalecony przez psychiatrę. Podała, że powodem tego, iż zdecydowała o wystąpieniu z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie, był stan męża, który zapomina się w wielu sprawach, potrafi odebrać korespondencję, położyć ją w szafce i całkowicie o niej zapomnieć. Miała z tego powodu problemy. Potwierdziła, że po operacjach serca „z powodu niedotlenienia mózgu w czasie operacji, tak mi powiedział lekarz” mąż prawie nic nie pamiętał, nie wiedział, ile lat mają dzieci, kiedy się urodziły, nie pamiętał ważnych dat ze swojego życia. Żona uczestnika potwierdziła, że ciągle rozmowy, przypominanie mu faktów, dat i praca z nim przynosi rezultaty w postaci poprawy pamięci.

Badanie psychologiczne

Przeprowadzono psychologiczne badanie testowe uczestnika z wykorzystaniem: Testu Rysowania Zegara, Mini-Mental State Examination, Krótkiego Testu Stanu Psychicznego, Testu Pamięci Wzrokowej Bentona, projekcyjnego Testu Drzewo oraz wybranych podtestów ze Skali Inteligencji Wechslera dla Dorosłych WAIS-R: „Wiadomości”, „Rozumienie”, „Podobieństwa”. W Skali MMSE badany uzyskał wynik 28 pkt, który mieści się w przedziale normy i nie wskazywał na występowanie zaburzeń poznawczych spełniających kryteria otępienia. Badany ujawnił prawidłową orientację w czasie i miejscu (miał jedynie problem z określeniem dokładnej daty, przy czym miesiąc, rok i dzień tygodnia określił prawidłowo), dobrą pamięć bezpośrednią, sprawność funkcji językowych, zachowaną umiejętność liczenia, pisania i praktyki wzrokowo-konstrukcyjnej. Wykonanie Testu Rysowania Zegara również nie wskazywało na występowanie deficytów otępiennych w sferze procesów poznawczych. Sposób wykonania zadań TRZ wskazywał, że procesy analizy wzrokowo-przestrzennej, planowania i myślenia abstrakcyjnego na materiale wzrokowym u uczestnika przebiegają poprawnie. Sposoby wykonania poszczególnych zadań z Krótkiego Testu Stanu Psychicznego wskazywały na obniżony poziom pamięci wcześniej nabytych wiadomości oraz trudności z odtwarzaniem zapamiętanych informacji po odroczeniu. Nie zaobserwowano odchyień od normy w zakresie innych funkcji poznawczych. Rezultaty badania Testem Pamięci Wzrokowej Bentona odbiegały nieco od normy przewidzianej dla osób w podobnym wieku i o podobnym poziomie rozwoju intelektualnego co uczestnik, sugerując wtórne obniżenie sprawności krótkotrwałej pamięci wzrokowej i wskazując na możliwość występowania zmian organicznych w obszarze ośrodkowego układu nerwowego. Uczestnika postępowania cechuje niski poziom i zakres opanowanej wiedzy, co wynikać może z przebiegu procesu kształcenia i pierwotnego poziomu rozwoju intelektualnego. Na poziomie poniżej przeciętnego przebiega u niego orientacja w sytuacjach społecznych,

zdolność do rozumienia norm społeczno-kulturowych oraz umiejętność korzystania ze zdobytych wiadomości w sytuacjach praktycznych. Na poziomie przeciętnym natomiast pozostaje zdolność badanego do abstrakcyjnego myślenia logicznego. Procesy rozumowania na poziomie konkretnym i abstrakcyjno-pojęciowym przebiegają dostatecznie sprawnie. Uzyskane w trakcie badania psychologicznego wyniki sugerowały wtórne obniżenie sprawności pojedynczych funkcji poznawczych i intelektualnych uczestnika (krótkotrwała pamięć wzrokowa i słuchowa, okresowe zaburzenia orientacji w czasie, trudności z orientacją w bardziej złożonych sytuacjach społecznych i normach społeczno-kulturowych, obniżenie zdolności implementacji zdobytych wiadomości w sytuacjach praktycznych), które jednak w obecnym stopniu nasilenia nie stanowią istotnych ograniczeń w zakresie codziennego funkcjonowania osoby badanej.

Wnioski z badania i odpowiedź na pytania sądu

Naszym zdaniem uczestnik w chwili badania nie był osobą chorą psychicznie w sensie psychozy. Nie stwierdziliśmy upośledzenia umysłowego. Podaliśmy, że uczestnik według nas ujawnia objawy zaburzeń procesów poznawczych na podłożu organicznym. Opisaliśmy, że organiczne zaburzenia procesów poznawczych charakteryzują się upośledzeniem pamięci, trudnościami w uczeniu się, zmniejszoną umiejętnością koncentrowania się na zadaniu dłużej niż przez krótką chwilę. Często występuje wyraźne uczucie zmęczenia psychicznego przy próbie wykonywania zadań umysłowych, a uczenie się nowych rzeczy jest utrudnione. Zaburzenia procesów poznawczych mogą poprzedzać, towarzyszyć lub następować po różnych chorobach infekcyjnych lub somatycznych (w tym przypadku etiologia kardiologiczna – uszkodzenie i wymiana części aorty).

Podaliśmy, że w naszej ocenie stan ogólny badanego nie uniemożliwia mu samodzielnego kontaktu ze światem zewnętrznym. Opiniowany wprawdzie wykazuje upośledzenie niektórych funkcji poznawczych (krótkotrwała pamięć wzrokowa i słuchowa, okresowe zaburzenia orientacji w czasie, trudności z orientacją w bardziej złożonych sytuacjach społecznych i normach społeczno-kulturowych, obniżenie zdolności implementacji zdobytych wiadomości w sytuacjach praktycznych), lecz nie mają one obecnie takiego stopnia nasilenia, który powodowałby istotne ograniczenie w zakresie codziennego funkcjonowania uczestnika. Opiniowany pozostaje krytyczny wobec swojego stanu zdrowia, regularnie chodzi na wizyty lekarskie, pobiera zalecane mu leki i stosuje się do zaleceń lekarskich.

Sformułowaliśmy wniosek, że naszej ocenie uczestnik postępowania Pan Daniel jest w stanie w pełni kierować swoim postępowaniem i załatwiać samodzielnie swoje sprawy osobiste i majątkowe. Potrafi czytać, pisać i liczyć, nie wymaga pomocy w większości czynności spraw codziennych. Wywiad uzyska-

ny zarówno od uczestnika, jak i jego żony, wskazuje na to, że pomimo braku terapii prokognitywnej (uczestnik obecnie nie pobiera leków poprawiających sprawność poznawczą) jego stan i codzienne funkcjonowanie są wyraźnie lepsze niż to miało miejsce w okresie po zabiegu kardiochirurgicznym (wywiad od żony). Rokowanie w przedmiotowym przypadku, z uwzględnieniem wieku osoby badanej i dotychczasowej pozytywnej progresji, oceniliśmy jako raczej korzystne. Stosunkowo młody wiek opiniowanego pozwala przypuszczać, że w związku z plastycznością ośrodkowego układu nerwowego stwierdzone deficyty poznawcze w przypadku prowadzenia właściwej terapii będą raczej skutkować odwracalnością. Za celowe uznaliśmy dostarczanie uczestnikowi pism sądowych, ponieważ potrafi je przeczytać i zrozumieć ich treść. Nie widzieliśmy przeciwwskazań psychiatryczno-psychologicznych do wzywania uczestnika na rozprawę sądową.

11.5.3. Przypadek nr 3 – osoba z głębokim otępieniem

Pani Helena, urodzona w 1941 roku, zamieszkująca ze swoim mężem, który od wielu lat się nią opiekuje. W uzasadnieniu wniosku o ubezwłasnowolnienie podano między innymi:

„Zwracam się z prośbą o uwłasnowolnienie mojej żony Heleny na rzecz męża. Żona moja Helena choruje od 2008 r. na chorobę Alzheimera. Zostało to potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Żona została zaliczona do stopnia znacznego. Żona moja nie jest w stanie podejmować jakichkolwiek decyzji samodzielnie”.

Do akt sprawy i do wniosku o ubezwłasnowolnienie dołączono zaświadczenie lekarskie z następującą treścią: „Pacjentka głęboko otępiała, niezdolna do samodzielnej egzystencji. Wskazane całkowite ubezwłasnowolnienie. Badanie przez biegłego możliwe jedynie w warunkach domowych”. Ponadto załączono zaświadczenie o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności.

Wysłuchanie w Sądzie

Uczestniczka nie była w stanie przyjechać do sądu, nie stawiała się na rozprawie.

Badanie opiniowanej

Badanie odbyło się w miejscu zamieszkania opiniowanej. Opiniowania leżała w łóżku. Nie nawiązała żadnego kontaktu z badającymi i z sądem. Jej orientacja była niemożliwa do oceny. W zachowaniu uczestniczka była spo-

kojna, znajdowała się w nastroju obojętnym, w obniżonym napędzie. Samodzielnie się nie porusza – jest osobą leżącą. Afektywnie była blada, zachowanie opiniowanej nie wskazywało na przeżywanie omamów słuchowych lub innych, nie wypowiadała urojeń. Obraz kliniczny jednoznacznie wskazywał na objawy otępienia w stopniu głębokim. Badanie MMSE i CDT było niemożliwe do wykonania. Pobiera na stałe Nimvastid, Memotropil oraz Madopar oraz leki internistyczne.

Wywiad uzyskany od męża wykazał, że uczestniczka wymaga pomocy we wszystkich czynnościach dnia codziennego, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, wymaga umycia i karmienia. Jest osobą leżącą, samodzielnie się nie porusza, nie poznaje najbliższych członków rodziny, nie rozmawia, nie odpowiada na pytania i nie wykonuje nawet elementarnych poleceń.

Wnioski z badania i odpowiedź na pytania sądu

Oceniliśmy, że badana nie jest osobą chorą psychicznie w sensie psychozy. Ujawnia natomiast objawy głębokiego zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera. Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, najczęściej przewlekłą i postępującą, w którym dochodzi do zaburzeń licznych funkcji życiowych takich jak pamięć, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język, zdolność do porównywania, oceniania i dokonywania racjonalnych wyborów. W zaawansowanych przypadkach ulegają zanikowi podstawowe czynności gwarantujące samodzielną egzystencję – odżywianie się, mycie, poruszanie, język, rozumienie itp.

Określiśmy, że stan badanej naszym zdaniem uniemożliwia jej samodzielny kontakt ze światem zewnętrznym. Opiniowana wykazuje upośledzenie funkcji poznawczych praktycznie we wszystkich zakresach: w zakresie myślenia abstrakcyjnego, rozumienia, zdolności uczenia się. Rokowanie w przedmiotowym przypadku, z uwzględnieniem wieku osoby badanej, oceniliśmy jako niekorzystne, a wręcz doświadczenie wskazuje na to, że stan opiniowanej może pomimo leczenia się pogarszać. Stwierdzone zmiany zachowania cechuje nieodwracalność, co uniemożliwia samowystarczalną egzystencję opiniowanej w zwykłych warunkach życiowych. Zaburzenia sfery wolicjonalnej uniemożliwiają jej samodzielne określanie i zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych.

Doszliliśmy do wniosku, że uczestniczka postępowania nie jest w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem i załatwiać samodzielnie swoich spraw osobistych i majątkowych. Doręczanie jej pism sądowych określimy jako bezcelowe, ponieważ badana nie potrafi zrozumieć sensu i celu pism oraz wezwań. Wskazaliśmy, że nie jest również wskazane dalsze wzywanie uczestniczki do Sądu.

11.6. Wzór opinii sądowej psychiatryczno-psychologicznej w sprawach z zakresu ubezwłasnowolnienia

Poniżej przedstawiamy wzór opinii sądowej psychiatryczno-psychologicznej, wydawanej w sprawie o ubezwłasnowolnienie. Został on przez nas skonstruowany w oparciu o wskazania specjalistów (por. Hajdukiewicz, 2008) oraz własne analizy i doświadczenia. Przedstawiamy go w takiej formie, która jest stosowana w naszej codziennej praktyce.

sygnatura akt:

Miejscowość, data

OPINIA PSYCHOLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA

Wstęp

- 1) Określenie organu procesowego zlecającego wydanie opinii (pełna nazwa i siedziba sądu, w tym wypadku – okręgowego) i wskazanie daty, w której postanowiono zasięgnąć opinię biegłych.
- 2) Dane personalne osoby badanej: imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL, miejsce zameldowania, zamieszkania albo przebywania.
- 3) Wyszczególnienie imion, nazwisk oraz specjalności biegłych sądowych biorących udział w ekspertyzie.
- 4) Wskazanie, na podstawie jakich procedur opiera się sporządzenie opinii (analiza akt sprawy o jakiej sygnaturze, obecność w trakcie wysłuchania uczestnika w sądzie w określonym dniu, badanie psychologiczne i psychiatryczne przeprowadzone w określonym miejscu oraz określonym dniu, z wykorzystaniem określonych metod diagnostycznych).
- 5) Przedstawienie zleconych biegłym zadań, zwykle zawarte są one w następującej treści:
 - czy uczestnik choruje na chorobę psychiczną (jaką?), czy jest dotknięty niedorozwojem umysłowym (na jakim poziomie?) lub cierpi na innego rodzaju zaburzenia psychiczne;
 - jakie są objawy tej choroby lub stanu psychicznego;
 - czy jest w stanie kierować swoim postępowaniem i załatwiać samodzielnie swoje sprawy osobiste i majątkowe;
 - czy potrafi zrozumieć sens i cel pisma lub wezwania;
 - czy celowym jest doręczanie mu pism sądowych, względnie wzywianie na rozprawę.

Dane z analizy akt sprawy

- 1) Informacje pochodzące z wniosku o ubezwłasnowolnienie – kto występuje z wnioskiem i czym go uzasadnia.
- 2) Dane pochodzące z obligatoryjnego dokumentu uprawdopodobniającego występowanie zaburzeń psychicznych u osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie. W zależności od wskazanej we wniosku przyczyny ubezwłasnowolnienia, mogą być to: zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza psychiatrę lub opinia psychologiczna o stopniu niepełnosprawności umysłowej, gdy przyczyną jest choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe; zaświadczenie poradni leczenia odwykowego, gdy przyczyną jest ZZA lub uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych.
- 3) Inne dokumenty wskazujące na stan zdrowotny osoby, wobec której toczy się postępowanie, w tym w szczególności karty informacyjne leczenia szpitalnego, wcześniejsze opinie biegłych.
- 4) Analiza pism wystosowywanych przez różne instytucje, najczęściej Ośrodek Pomocy Społecznej, zawierających opis funkcjonowania uczestnika w warunkach codziennych i stopnia jego samodzielności i zaradności.
- 5) Informacje z protokołu rozprawy sądowej, w trakcie której (w wypadku stawiennictwa), odbyło się wysłuchanie uczestnika przez sąd przy udziale biegłych, ewentualnie sąd dokonał poszerzenia materiału dowodowego o wysłuchanie świadków. W wypadku wysłuchania uczestnika w miejscu zamieszkania – dane pochodzące z przebiegu tej czynności wraz ze wstępną opinią psychologiczno-psychiatryczną wydaną przez biegłych podczas tej czynności.

Opis przebiegu badania psychiatrycznego i psychologicznego

- 1) Dane obserwacyjne, opisujące sposób zachowania uczestnika w trakcie badania.
- 2) Wywiad od uczestnika, w sytuacji gdy stan zdrowia osoby opiniowanej umożliwia jego zebranie. W zależności od stopnia komunikatywności osoby badanej, może mieć on charakter pełnego wywiadu klinicznego (uwzględniającego biografię, dane dotyczące przebytych i aktualnych objawów chorobowych, stosunek do używek, sytuację finansową i socjalną, zainteresowania, kontakty z ludźmi, radzenie sobie z codziennymi sytuacjami – przygotowywanie i spożywanie posiłków, mycie się, ubieranie, korzystanie z toalety, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych i związanych z leczeniem), bądź być ukierunkowany jedynie na uzyskanie oceny orientacji auto- i allopsychicznej badanego, stopnia jego rozumienia i nadawania komunikatów werbalnych i pozawerbalnych.

- 3) Zadania eksperymentalne – sprawdzające umiejętności czytania, pisania i liczenia, znajomość nominałów pieniężnych, umiejętność odczytywania godziny z zegara, nazywania prostych przedmiotów typu ołówki, zegarek.
- 4) Wywiad pochodzący od rodziny lub innych osób mających kontakt z uczestnikiem, przedstawiający w szczególności informacje na temat funkcjonowania uczestnika w warunkach dnia codziennego, jego biografii, historii leczenia, umiejętności poruszania się, stopnia samodzielności w bardzo prostych, mało skomplikowanych codziennych zadaniach, tych bardziej złożonych oraz wymagających większej sprawności intelektualnej (typu sprawy urzędowe, administracyjne, majątkowe).
- 5) Rezultaty psychologicznego badania z wykorzystaniem metod diagnostyki testowej – dobór metod i „objętość” badania psychologicznego w dużym stopniu uwarunkowana będzie stanem ogólnym osoby badanej i często przeprowadzenie nawet podstawowego badania testowego nie będzie możliwe. Istnieją jednak również przypadki, kiedy pogłębiona, dokładna diagnostyka testowa jest nie tylko możliwa, ale i niezbędna celem precyzyjnego określenia zdolności poznawczych, intelektualnych oraz sfery osobowościowej uczestnika postępowania. Najczęściej stosowanymi w praktyce spraw o ubezwłasnowolnienie są: przesiewowe testy do oceny funkcji poznawczych (Skala MMSE, Test Rysowania Zegara, Test MoCA, Krótki Test Stanu Psychicznego wg adaptacji S. Kotapki-Minc, Test Łączenia Punktów, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, a także wybrane próby eksperymentalne), w badaniu sfery intelektualnej stosuje się głównie Skalę Inteligencji WAIS-R Wechslera oraz Test Matrycy Ravena, a w badaniu sfery osobowości, w zależności od problemu badawczego i umiejętności poznawczych opiniowanego – stosuje się wielowymiarowe inwentarze osobowości (np. MMPI) lub testy badające określone cechy. Często możliwe jest jednak jedynie badanie projekcyjnym Testem „Drzewo” C. Kocha.
- 6) Ocena stanu psychicznego uczestnika postępowania.

Wnioski zawierające ostateczną opinię

- 1) Sformułowanie diagnozy – rozpoznanie choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego rodzaju zakłóceń psychicznych bądź też ich wykluczenie.
- 2) Opis objawów chorobowych bądź wynikających z zaburzeń stwierdzanych w punkcie 1.
- 3) Ocena zdolności uczestnika do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i samodzielnego załatwiania swoich spraw osobistych i majątkowych – z zaznaczeniem, czy w ocenie psychiatryczno-psychologicznej jest ona zachowana całkowicie (uczestnik jest zdolny do w pełni samodzielnego kontaktu ze

światem zewnętrznym), ograniczona i uczestnik wymaga w pewnych obszarach pomocy czy też jest całkowicie zniesiona i osoba wymaga pełnej opieki drugiej osoby. Istotne jest, aby dokonać oceny występowania związku przyczynowego, zachodzącego między punktem 1 (diagnoza) a punktem 3 (ocena zdolności). W tym punkcie dokonujemy także oceny rokowania na przyszłość z uwzględnieniem charakterystyki schorzenia i jego etiologii.

- 4) Ocena zdolności badanego do zrozumienia sensu i celu pisma bądź wezwania³.
- 5) Ocena celowości dostarczania opiniowanemu pism sądowych i wzywania go na rozprawy sądowe.

Wnioski końcowe

Bazując na literaturze fachowej oraz doświadczeniu własnym, dochodzimy do wspólnego wniosku, jakim jest konieczność wszechstronnej i dogłębnej analizy każdorazowo zleconej opinii w sprawach o ubezwłasnowolnienie. Mimo powtarzających się rozpoznań i podobnych przebiegów choroby, każda opinia powinna być jak najbardziej zindywidualizowana. Biegli wprost nie ustosunkowują się do tego, czy osoba, wobec której złożono wniosek, powinna być ubezwłasnowolniona. Jednakże wydana opinia ma na celu pomoc Sądowi w podjęciu wyżej wspomnianej decyzji i dlatego powinna być sporządzona z jak największą starannością. Należy również pamiętać o tym, że jeżeli biegły uzyska informację, iż ewentualne ubezwłasnowolnienie może przyczynić się do pogorszenia sytuacji danej osoby, powinien to sądowi przedstawić wraz z uzasadnieniem.

Literatura

- Ackerman M., *Podstawy psychologii sądowej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005, 13 – 32.
- Ciosek M., *Psychologia Sądowa i Penitencjarna*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, 2001, 135 – 158.
- Gierowski J., Szymusik A., *Postępowanie Karne i Cywilne wobec Osób Zaburzonych Psychicznie*, Collegium Medicum UJ, 1996, 210 – 219.

³ Należy zauważyć, że we wnioskach końcowych nie znajduje się ocena, czy ustalony przez biegłych stan uczestnika uzasadnia ubezwłasnowolnienie całkowite lub częściowe – ta ocena należy bowiem wyłącznie do Sądu i sformułowanie takiego wniosku wykracza poza kompetencje biegłych.

- Gierowski J., Jaśkiewicz-Obydzińska T., Najda M., *Psychologia w postępowaniu karnym*, Lexis Nexis, 2010, 199 – 215.
- Hajdukiewicz D., *Opiniowanie sądowo-psychiatrycznie w sprawach cywilnych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008, 13 – 90.
- Lubelski M., Stanik J., Tyszkiewicz L., *Wybrane zagadnienia psychologii dla prawników*, Wydawnictwo Prawnicze, 1986; 15 – 39.
- Ludwiczak L., *Ubezważnowolnienie w polskim systemie prawnym*, Lexis Nexis, 2012.
- Przybysz J., *Psychiatria Sądowa. Opiniowanie w postępowaniu cywilnym*, Wydawnictwo Fundacja TUMULT, 2005, 117 – 139.
- Stanik J., Majchrzyk Z., *Psychologiczne i psychiatrycznie opiniodawstwo sądowe w ramach nowych uregulowań prawnych*, Wydawnictwo Anima, 2001, 9 – 44.
- Stanik J., *Psychologiczne i interdyscyplinarne problemy w opiniodawstwie sądowym w sprawach cywilnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2011, 90 – 104.