

## Zaburzenia reaktywne a psychologiczne reakcje obronne inwalidów

*Reactive disorders and psychological defence reactions in the disabled*

ZDZISŁAW MAJCHRZYK

*Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie*

**STRESZCZENIE.** *Złożoność postaw, zachowań i reakcji obronnych, jakie ujawniają inwalidzi, zmusza biegłego psychologa do bardzo uważnego analizowania nie tylko motywacji popełnionych przez te osoby czynów zabronionych, ale także reakcji obronnych powstałych po czynie, w więzieniu czy podczas obserwacji w szpitalu oraz ich wpływu na zdolność uczestniczenia w postępowaniu sądowym, a także na poczytalność tych osób.*

**SUMMARY.** *Due to the complexity of defence attitudes, behaviors and reactions displayed by the disabled, the expert psychologist must analyze most carefully not only motives underlying prohibited acts committed by such persons, but also their defence reactions occurring after the act – in prison or during hospital observation. Moreover, the effect of defence reactions on disabled persons' ability to participate in court proceedings, as well as their accountability have to be taken into account.*

---

**Słowa kluczowe:** inwalidztwo / reakcje obronne / poczytalność  
**Key words:** disability / defence reactions / accountability

---

W kręgu zainteresowań psychologii klinicznej i psychiatrii sądowej mamy do czynienia z osobami, które są podejrzane lub oskarżone o popełnienie czynów zabronionych, a przejawiane w ich zachowaniach reakcje manifestują się zespołem zaburzonych stosunków międzyludzkich. Zadaniem biegłych jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy w ogóle i w jakiej mierze przejawiane formy dezadaptacji wynikają z zaburzeń osobowości, w jakim stopniu ich rozmiar i głębokość zmienia dyspozycje poczytalności w chwili dokonania czynu. Na gruncie psychiatrii i psychologii klinicznej najczęściej spotyka się następujące określenia zaburzonej osobowości: psychopatia, osobowość nieprawidłowa, niedojrzała, socjopatia i inne, przy czym panuje dość duże zróżnicowanie w zakresie stosowanych pojęć i określeń osobowości, a także ich etiologii. Z zasady, zaburzenia osobowości nie stanowią prze-

ślanki do oceny zniesionej poczytalności [14, 20, 21], wyjątkowo biegli oceniają stan psychiczny tych osób i ocenę ich poczytalności w rozumieniu art. 25 § 2 kk.

Spotykane w poprzednich latach określenie homilopatia jest obecnie rzadko stosowane, częściej spotykamy się z terminem inwalida, osoba niepełnosprawna. Wydaje się, że istnieją psychologiczne powody, ważne dla orzecznictwa sądowo-psychologicznego i psychiatrycznego, aby bliżej przedstawić te cechy i zmiany osobowości, a także mechanizmy regulacyjne, które najczęściej uwidaczniają się w osobowości inwalidy. Inwalidztwo (homilopatia) ma strukturę nieco odmienną niż inne zaburzenia osobowości, inne podstawowe mechanizmy obronne, inne też przejawy dezadaptacji, głównie społecznej. W wielu przypadkach można prześledzić niektóre kryminogenne, głównie społeczne i sytuacyjne uwarunkowania zachowania zabronionego,

pozostające w ścisłym związku ze stwierdzanymi zaburzeniami osobowości lub wręcz patologicznymi chorobowymi objawami, występującymi u tych osób [14, 20, 23].

## BADANIA PSYCHIATRYCZNE

Wyraz *homilejn* (obcować) jest pochodzenia greckiego. *Homilopatia* – nazwa stosowana w psychiatrii oznacza zaburzenia psychiczne wynikające z zakłóconego stosunku osoby z otoczeniem wskutek wady zmysłowej lub kalectwa. Najczęściej wymienia się przypadki niedosłuchu i głuchoty. Pierwszego systematycznego opisu zaburzeń psychicznych związanych przyczynowo z kalectwem dokonał Kraepelin (cyt. za Bilikiewiczem) [1]. Rozumiał on pod tym pojęciem (*Verkehrspychosen*) uwarunkowany czynnościowo zespół paranoiczny i zaliczył homilopatie do psychoz reaktywnych. Z biegiem czasu zakres pojęcia homilopatii rozszerzył się obejmując nie tylko zespoły paranoiczne lecz również zaburzenia charakteru nabyte przez osoby dotknięte kalectwem [23, 27].

Jakkolwiek, wymienieni autorzy zwracają uwagę na reaktywne podłoże homilopatii i jej bezpośredni związek z zaburzeniami psychotycznymi, to nie brak zdań przeciwnych, np. Müller-Hegemann [24] utrzymuje, że u osób dotkniętych kalectwem wykształcają się mechanizmy adaptacyjne, które zapobiegają wystąpieniu zaburzeń psychicznych.

Odrębnym zagadnieniem w symptomatologii homilopatii jest kwestia zaburzeń spostrzegania. Powszechnie podziela się pogląd Bilikiewicza [1], że w przypadkach zespołów paranoicznych u kalek (zwłaszcza głuchych i niedosłyszących) mogą występować złudzenia słuchowe, podobnie twierdzą [24], Rosansky i Rosen (cyt. za Matuszewicz i wsp.) [23]. W przypadkach innego rodzaju kalectwa, np. u osób pozbawionych kończyn lub cierpiących na porażenia obwodowe, istnieją inne zaburzenia, takie jak zaburzenia schematu ciała, zjawisko fantomu, hematoskopii, makro- i mikro-schematognozji czy dyschematii [9, 17, 22].

Z omówionego, z konieczności skrótowo, piśmiennictwa wynika, że psychopatologiczne następstwa kalectwa obejmują szeroki zakres zagadnień klinicznych. Kalectwo jest czynnikiem patoplastycznym, wyzwalającym lub wpływającym na przebieg różnych zaburzeń psychicznych o złożonej, ale przeważnie reaktywnie uwarunkowanej etiologii.

Wśród zespołów psychotycznych Matuszewicz i wsp. [23] stwierdzili w grupie 322 pacjentów psychiatrycznych z kalectwem u 60 związek etiopatogenetyczny względnie patoplastyczny kalectwa z istniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Zwraca uwagę przewaga zespołów paranoicznych, parafrenicznych i paranoidalnych, które stanowiły 38% przypadków. W zespołach tych występowały urojenia ksobne, prześladowcze, niewierności małżeńskiej. U ich podstaw leżało przekonanie o upośledzeniu, odrzuceniu, „napiętowanie” społecznym, a w przypadkach pacjentów z zespołem depresyjnym występowały urojenia związane tematycznie z kalectwem. Pozostali pacjenci przejawiali zaburzenia charakteru (15% – 9 osób), zaburzenia nerwicowe (11.7% – 7 osób), reakcje sytuacyjne (8.3% – 5 osób). Najczęstszymi rodzajami kalectwa powodującymi zaburzenia psychiczne były uszkodzenia w obrębie analizatorów zmysłowych (wzrokowy, czuciowy, słuchowy), a więc głuchota, względnie niedosłuch, ślepotą, względnie niedowidzenie, głuchoniemota – stwierdzono je u 35 osób.

Autorzy cytowanego opracowania, analizując przyczyny i mechanizmy powstania zaburzeń psychicznych związanych z kalectwem stwierdzają, że w większości przypadków chodzi o zmiany czynnościowe uwarunkowane reaktywnie. Taki charakter mają przede wszystkim wszelkiego rodzaju zespoły nerwicowe, zaburzenia charakteru, depresje, reakcje paranoiczne. Przekonanie o reaktywnym podłożu zespołów paranoicznych znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach innych autorów [1, 9, 17, 22, 23, 25]. Uważają oni, że zawsze u podstawy mechanizmu paranoicznego leży przekonanie lub przeświadczenie chorego o jego „inności”

w sensie odchylenia od obowiązujących w danym środowisku norm, opinii, postaw i aktywności przeważnie znaczącej dla niego grupy społecznej.

## PROBLEMATYKA PSYCHOLOGICZNA

Przypadki, gdy inwalidzi występują jako podejrzani lub oskarżeni nie są zbyt liczne. Częściej występują oni jako świadkowie lub poszkodowani, ostatnio w sprawach o odszkodowania związane z utratą zdrowia podczas wojny, przy czym zachodzi także potrzeba oceny ich zdolności do udziału w czynnościach procesowych [10, 14, 20].

Szpeciallynie osoby głuche i nieme sprawiają wiele kłopotów nie tylko prawnikom, ale także psychiatrom, którzy muszą w tych przypadkach korzystać z pomocy psychologów wyspecjalizowanych w surdopsychologii. Z reguły sąd, a także psychiatrzy, oczekują od psychologa nawiązania pełniejszego kontaktu z inwalidą: oceny jego sprawności umysłowej, zachowanych zdolności adaptacyjnych, cech charakteru, a więc udzielenia odpowiedzi w istotnych kwestiach mających związek z oceną zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. W dostępnej polskiej literaturze na temat przestępczości inwalidów jest niewiele opracowań [14, 20, 27]. Z badań tych wynika jednoznacznie, że w celu oceny poczytalności tych osób, głównie inwalidów słuchu, konieczne są, tak z uwagi na warsztat metodologiczny jak i szczegółową problematykę psychologiczną, wiadomości specjalne z zakresu psychologii klinicznej – psychologii defektologicznej surdopsychologii, co w zasadzie przesądza o udziale psychologa jako biegłego w tych sprawach, chociaż zgodnie z obowiązującymi przepisami art. 183 kpk będzie on powoływany na wniosek psychiatrów. Przedmiotem opinii biegłego psychologa pozostaje wówczas diagnoza osobowości inwalidy, rozmiar deficytów powstałych w wyniku uszkodzenia narządów, zarówno w sferze poznawczej, funkcjonalnej, estetycznej jak i społecznej. Ocenie podlegają

także rozwinięte mechanizmy kompensacyjne i inne przystosowawcze oraz określenie ich roli i znaczenia w procesie motywacyjnym doprowadzającym do przestępstwa. Ograniczenie możliwości adaptacyjnych, a co za tym idzie psychologicznych potrzeb, zależne jest od rodzaju inwalidztwa i jego skutków. Z tych też powodów reakcje psychologiczne na inwalidztwo są niezwykle zróżnicowane. Jeśli skutkują one zachowaniami klasyfikowanymi jako czyny zabronione należy pamiętać o zachodzących relacjach pomiędzy inwalidztwem a zaistniałą sytuacją, w której doszło do popełnienia czynu zabronionego z uwzględnieniem specyficznego obciążenia somatycznego i psychicznego, jakie mogło zaistnieć u tej osoby.

Ciężka choroba lub fizyczne inwalidztwo wywołują niepomysłne zmiany w dotychczasowych warunkach życia jednostki i wymagają reintegracji dotkniętej nią osoby. W wielu przypadkach przystosowanie się do choroby nie jest możliwe i zamiast adaptacji pojawiają się reakcje nieprzystosowania. Są nimi głównie szok: stan apatii i nasilony lęk. Stany lękowe, powstające w przebiegu choroby fizycznej mają często za punkt wyjścia realny lęk (o zdrowie, życie). Na to poczucie zagrożenia wpływają czynniki pochodzenia zewnętrznego (reakcje otoczenia, wszelkie działania lecznicze, oceny i sugestie, nakazy i zakazy zewnętrzne i wewnętrzne, płynące z doznań natury cielesnej i przeżyć psychicznych). Do przewlekłej, nękającej choroby człowiek nią dotknięty tworzy własny do niej stosunek, na który składają się oceny poznawcze i postawy emocjonalne. Całość tych procesów rzutuje na formy reagowania i zachowania. Świadome postawy intelektualne, wgląd, prowadzą do racjonalizacji zaistniałego stanu, podczas gdy nieuświadomione przeżywanie choroby fizycznej i związanych z nią ograniczeń sprzyja rozwojowi mechanizmów obronnych i ujawniania się indywidualnych, niedojrzałych reakcji, znacznie utrudniających adaptację. Trzeba pamiętać o tym, że stany lękowe i depresyjne, często występujące u osób o obrazie nerwicowym lub

psychotycznym, są trudne do różnicowania klinicznego, gdyż granica między nimi jest bardzo płynna i nieostra. Te elementy w zachowaniu i reakcjach inwalidów powinna uwzględniać opinia psychologiczna, niezależnie od tego, czy będzie samodzielna, czy też będzie miała charakter pomocniczy dla opinii biegłych psychiatrów, przy czym ta druga opcja powinna być rzadkością. Problematyka i złożoność sprawy, kompetencje psychologa czynią go partnerem w opracowaniu kompleksowej opinii sądowo-psychiatryczno-psychologicznej.

### **NIESPODZIEWANIE POWSTAŁE KALECTWO I JEGO PSYCHICZNE SKUTKI**

Szczególne znaczenie w ocenie psychologicznej ma opis psychicznych skutków nagle powstałego kalectwa. Autorzy zajmujący się tą problematyką [4, 5, 9, 12, 13, 25, 26, 28] podają, że przypadkowe, niespodziewanie powstałe kalectwo powoduje: szok psychiczny, zablokowanie szeregu potrzeb jednostki i jej poprzedniej aktywności, zmianę dotychczasowej koncepcji obrazu własnego ciała i układu tzw. stereotypów dynamicznych, ograniczenia w pełnieniu dotychczasowych ról rodzinnych, zawodowych i społecznych.

Wymienione następstwa funkcjonalne prowadzą do mniej lub bardziej wyraźnych skutków psychicznych. Zaburzenia dotyczące sfery zachowania i emocji mogą przejściowo lub przewlekłe zakłócać stan równowagi psychicznej i uaktywniać powstanie różnorodnych reakcji i mechanizmów obronnych. Za najważniejsze można uznać trudności w przekształceniu koncepcji obrazu ciała i stereotypów dynamicznych, które utrudniają akceptację kalectwa i mogą prowadzić do zaburzeń w strukturze osobowości, głównie w zakresie zmiany podstawowej reaktywności emocjonalnej i struktury „ja” treściowo związanej z oceną obrazu własnego ciała.

Zagadnienie obrazu ciała jest bardzo istotnym czynnikiem wpływającym nie tylko na samopoczucie chorego, ale także na efekty

terapii. Adekwatna koncepcja obrazu ciała składa się z prawidłowego poczucia schematu ciała i niezaburzonej percepcji poszczególnych jego części. Obraz ciała rozwija się stopniowo przez różne doświadczenia percepcyjne w odkrywaniu przez dziecko poszczególnych części ciała, jego funkcji w drodze doznań sensorycznych. Do tego substratu fizjologicznego dołącza się w ciągu lat cały szereg spostrzeżeń czuciowych i indywidualnych ocen, które każdy włącza do własnej oceny swego wyglądu zewnętrznego. Ważną część doświadczeń osobniczych stanowią postawy emocjonalne ujawniane przez rodziców, otoczenie i osoby znaczące.

W przypadku utraty części ciała lub zmian chorobowych wpływających na deformacje wyglądu zewnętrznego – aby przystosować się psychicznie do zaistniałego stanu – trzeba przeorganizować w psychice własne wyobrażenie o swoim ciele. Jest to bardzo trudne, a dla niektórych osób wręcz niemożliwe. Zniekształcenie obrazu ciała, jak twierdzą autorzy [9, 13, 25], prowadzi do nieadekwatnej koncepcji samego siebie, czyli niewłaściwej identyfikacji. Tam, gdzie występują zaburzenia identyfikacji – niezależnie od charakteru i podłoża je warunkującego – muszą występować trudności w przystosowaniu. W takich stanach zmienia się nie tylko ocena własnej osoby, ale także percepcja stosunku ciała do psychiki. Jeśli zaburzenia percepcji własnej osoby, tożsamości obrazu ciała, utrzymują się przez długi okres, występują poważne zaburzenia przystosowania, tak w sferze poznawczej, emocjonalnej, jak i uczuciowej, istotnie rzutujące na kontakty społeczne inwalidy, na co powinien zawsze zwracać uwagę biegły psycholog przy analizie motywacji działania sprawcy.

### **PSYCHOLOGICZNE REAKCJE OBRONNE**

Reakcje obronne są specyficzne dla określonych trudnych sytuacji i są wspólne wszystkim ludziom. Niejednokrotnie reakcje obronne i związane z nimi zmiany zachowania mo-

gą uniemożliwić racjonalne rozwiązanie konfliktu lub trudnej sytuacji i być istotnymi czynnikami motywującymi do popełnienia ciężkich przestępstw i zbrodni [7, 19]. Kalectwo fizyczne, zwłaszcza gdy powstało nagle u dziecka lub u osoby dorosłej, wyzwała wiele rodzajów reakcji obronnych, w tym także przystosowawczych, które powstają częściowo na skutek świadomej oceny zaistniałych skutków, częściej jednak pełnią rolę niedojrzałych, podświadomych mechanizmów obronnych. Służą one przystosowaniu i zapobiegają poważniejszym zaburzeniom emocjonalnym. Reakcjami tymi są zwykle: regresja (ujawnianie reakcji i zachowań właściwych dla wcześniejszego okresu rozwojowego), projekcja (rzutowanie niepowodzeń na otoczenie, ukrywanie własnych błędów i przypisywanie ich innym), represja (wyparcie konfliktu ze świadomości), racjonalizacja (szukanie logicznych uzasadnień dla własnego nieszczęścia, może nim być także nieaprobowane zachowanie), supresja (tłumienie polegające na selektywnym hamowaniu myślenia) oraz kompensacja (rozumiana jako skierowanie aktywności w nowym kierunku).

Wymienione trudności i sposoby ich przezwyciężenia można określić jako problemy niespecyficzne. Są to trudności natury emocjonalnej, które pojawiają się u wielu ludzi w sytuacjach trudnych i kryzysowych, a więc tych, w których niezbędne jest podjęcie zasadniczych decyzji, dotyczących kierunku dalszego sposobu funkcjonowania i celów życia [2, 12, 25, 26, 28]. Można jedynie powiedzieć, że u inwalidów tego rodzaju zachowania i reakcje pojawiają się częściej i w większym nasileniu. Występują one najczęściej w początkowej fazie inwalidztwa, spowodowane poczuciem trwałej nieosiągalności wyznaczonych uprzednio celów, zwątpieniem we własne siły, nasileniem agresji, drażliwości z częstymi zmianami nastroju [8, 9, 11, 13, 16].

W stanach nagle powstałej ciężkiej choroby lub kalectwa powstają, co jest zrozumiałe, przykre emocje i reakcje obronne. Ale nawet w tych reakcjach, ich rodzaju i przebiegu najwyraźniej zaznacza się związek z indy-

widualnymi cechami osobowości przedchorobowej, a także z uprzednio utrwalonymi schematami zachowania w sytuacjach trudnych i obciążających [9, 16, 18, 25]. Między innymi z tych powodów niemożliwe jest wymienienie wszystkich problemów związanych z inwalidztwem. Nie da się ich uszeregować w żadną, choćby najdłuższą listę. Można jednak spróbować uszeregować je w dwie kategorie problemów: niespecyficzne – występujące zarówno u inwalidów, jak i wśród osób pełnosprawnych oraz specyficzne – immanentnie związane z inwalidztwem lub inną przewlekłą chorobą. O ile problemy niespecyficzne, które zostały już bliżej przedstawione można nazwać problemami emocjonalnymi, to problemy specyficzne dla inwalidztwa wydają się być problemami tożsamościowymi.

Postawy i percepcja własnego nieszczęścia zależą od momentu, w jakim nastąpiło kalectwo lub ciężkie schorzenie. Przeważnie w pierwszym okresie choroby, jak stwierdza wielu autorów [9, 15, 25], pojawia się szok („to nie ja”, „wyzdrowieję”), przeważa oczekiwanie poprawy, szukanie nowych dróg i metod leczenia. Załamanie zwykle przychodzi w okresie wypisania ze szpitala nazywanego „fazą lamentu”, zaopatrzenia w wózek inwalidzki lub protezę, przerwanie dotychczasowej terapii. Wtedy właśnie pacjent ujawnia swój stosunek do kalectwa: staje się bierny, unika ludzi – zwłaszcza tych, którzy skłaniają go do działania i wzmożonej aktywności terapeutycznej. Mogą w tym okresie pojawiać się u niego tendencje samobójcze lub wrogość do innych ludzi, narzekanie na swoje położenie, poczucie odrzucenia i wyobcowania. Po tym okresie następuje zwykle uruchomienie neurotycznych mechanizmów obronnych, zaprzeczanie faktowi własnej niepełnosprawności, kompensacja, eksponowanie pewnej stabilności, pogodzenia się z losem. Często po wielu latach ma miejsce rozbitcie tej stabilności i powrót do wcześniejszych reakcji i zachowań.

Percepcja i ocena własnego inwalidztwa opiera się nie tylko na przeświadczeniach

i doświadczeniach podmiotu, ale także zwrotnych informacjach o jego aktualnej pozycji społecznej czy atrakcyjności interpersonalnej. W oparciu o te informacje i doświadczenia dokonuje się rekonstrukcja obrazu własnego ciała oraz realistyczne określenie własnych możliwości. Jest to chyba jedno z najtrudniejszych zadań stojących przed inwalidą. Autorzy zajmujący się tą problematyką [8, 9, 11] stwierdzają, że człowiek, który uległ wypadkowi, przede wszystkim stara się nie dopuścić tego do świadomości. Dopiero później, stopniowo poszukuje kategorii opisu siebie. Próbuje, co mu wolno, a czego nie, na co go stać, czego może oczekiwać od siebie. Z reguły realistyczne, adekwatne do rzeczywistości określenie swoich szans i możliwości, a także spójny obraz z rzeczywistością rzadko można spotkać wśród inwalidów [4, 5, 9, 13, 25]. Problem identyfikacji z samym sobą, towarzyszące mu przeżycia, można przyrównać do kryzysu tożsamości wieku młodzieńczego (Erikson, cyt. za Jabłońskim) [13], kiedy to młody człowiek usiłuje znaleźć odpowiedzi na pytania: Kim jestem? Jakie są moje specyficzne cechy? Jak pogodzić moje „ja” ze społecznymi wymogami i zakazami? Osoba niepełnosprawna poprzez fakt wypadku lub choroby, a w konsekwencji deformacji lub utraty części ciała, staje wobec konieczności odpowiedzenia na pytania: Kim teraz jestem? Kim teraz mogę być? W czym jestem podobny do innych, do zdrowych, a nawet w czym jestem inny, różny? Jak z tego wynikają dla mnie konsekwencje? W świadomości inwalidy, ciężko chorego pojawia się często mit zdrowego człowieka [6, 9, 13]. Zniekształca on autopercepcję, uniemożliwia pogodzenie się z własną niepełnosprawnością, utrudnia realizację własnych potrzeb. Mit ten bywa bardziej upośledzający niż zaistniałe, fizyczne ograniczenia wynikłe z inwalidztwa, a to dlatego, że opiera się on na przeświadczeniu, że tylko pełnia fizycznego zdrowia jest gwarancją produktywnego i obfitującego w radość życia.

Tylko u osób, które przystosowały się do trwałego kalectwa i traktują inwalidztwo jako jedną z wielu swoich charakterystycz-

nych i aprobowanych cech czy właściwości, można spotkać się z werbalizacją: „sytuacja wprawdzie się zmieniła, ale nie jest tak źle” [6, 13, 16, 25]. Ale nawet gdy inwalida dokona tego rodzaju oceny, pozostaje zawsze problem życia z inwalidztwem na codzien, a to wiąże się z postawą otoczenia, rodziny, z pytaniem co dalej zrobić, aby otoczenie przestało uważać mnie za upośledzonego?

Ostatecznie, zdaniem autorów [6, 15, 25] nie każda osoba reaguje jednakowo na kalectwo. Wszystko zależy od wcześniej ukształtowanej struktury osobowości, a także czasu nabycia kalectwa, jego rodzaju i rozmiarów, gwałtowności wystąpienia, wreszcie od otoczenia, w jakim przebywa osoba niepełnosprawna.

## KALECTWO FIZYCZNE A OSOBOWOŚĆ

W piśmiennictwie poświęconym problematyce osobowości inwalidów występuje tendencja do ścisłego wiązania reakcji psychicznej na inwalidztwo fizyczne z cechami osobowości przedchorobowej. Pogląd taki reprezentują [12, 16, 25, 28]. W świetle dotychczas cytowanych poglądów nie ulega wątpliwości, że choć związek ten może mieć różne nasilenie, tym niemniej w wielu przypadkach w tej grupie osób spotyka się wspólne problemy i podobne odczyny reaktywne. Fishman [4, 5] stwierdza, że większe znaczenie ma percepcja skutków inwalidztwa u konkretnej jednostki i wyniki rehabilitacji niż fizyczny rozmiar samego inwalidztwa. Im bardziej spaczona jest percepcja pacjenta, nadmiernie rozwinięte nieświadome mechanizmy obronne, takie jak: rzutowanie, przemieszczanie, regresja, somatyzacja czy negacja – tym większe trudności przystosowawcze mogą wystąpić u inwalidy. Wyraźne następstwa w postaci zmian fizycznych i negatywnych skutków psychicznych stwierdza się u osób z kalectwem wrodzonym lub niespodzianie zaistniałym [4, 5, 9, 16, 17]. Ogranicza ono rozwój poznawczy i osobowościowy lub zmienia radykalnie dotychczasowe funkcjonowanie, a więc

istotnie wpływa na zmniejszenie możliwości adaptacyjnych.

Z konieczności fragmentaryczny i niepełny przegląd piśmiennictwa wskazuje, że zagadnienia psychicznych skutków związanych z fizycznym inwalidztwem nie znalazły jednoznacznego określenia, przy czym próby wyjaśnienia istniejących związków szły w dwu kierunkach. Pierwszy z nich odrzuca hipotezę, jakoby inwalidztwo fizyczne pociągało za sobą specyficzne zmiany psychiczne, a reakcje na kalectwo wiąże się tylko z przedchorobowymi cechami osobowości. Drugi natomiast przyjmuje, że kalectwo fizyczne wpływa na przebieg procesów psychicznych, a nawet zmienia osobowość człowieka dotkniętego inwalidztwem. Mówi się o udaremnionych przez kalectwo dążeniach, potrzebach, o powstających reakcjach obronnych nerwicowych, a nawet psychotycznych. Nie rozstrzygając tej, ponieważ teoretycznej kwestii, opiniujący psycholog, wychodząc z doświadczenia klinicznego, nie może pominąć tych obiektywnych danych i informacji, które potwierdzają zachodzący związek pomiędzy dyspozycjami psychicznymi inwalidy a przypisywanym mu czynem zabronionym, a więc musi odpowiedzieć na pytanie: czy i w jaki sposób kalectwo konkretnej osoby rzutuje na jej stan psychiczny, jak przebiegają mechanizmy przystosowawcze i inne formy kompensacji. To wszystko ma zasadnicze znaczenie dla prześledzenia motywacji działania i procesów samokontroli jako pomocnych danych dla oceny sądowo-psychiatrycznej.

Toteż kiedy w ocenie psychologicznej posługujemy się pojęciami, które mają zobrazować stan psychiczny inwalidy, ujawniane możliwości adaptacyjne, uzyskaną w czasie rehabilitacji pozytywną zmianę własnej tożsamości w postaci „akceptacji inwalidztwa” musimy pamiętać, że dokonujemy oceny jedynie pewnych aspektów i faktów tej subiektywnej „zgody na kalectwo”. Jak tę zgodę rozumieć, jest niejasne i wątpliwe, bowiem wypowiedane sądy sprowadzają się ostatecznie do pojęć abstrakcyjnych, słabo

uzasadnionych fizjologicznie i psychologicznie. Rzadko możemy prześledzić dynamikę przeżyć i odczuć zachodzących w procesie przystosowania, na co zwracają uwagę [4, 9, 12, 13, 25, 26, 28].

Sumując – należy pamiętać, że inwalidztwo i wynikające z niego „pograniczne funkcjonalne” stwarza zawsze specyficzną sytuację zmniejszonych możliwości życiowych, z których człowiek dotknięty tym stanem może sobie zdawać sprawę w sposób mniej lub bardziej adekwatny. Te ograniczenia funkcji, tak w sferze psychofizycznej i anatomicznej wydolności, wpływają nie tylko na formy przystosowania się do kalectwa, ale także rzutują na zmianę sytuacji powstałej w wyniku popełnienia czynu zabronionego i związanych z tym konsekwencji, głównie pozbawienia wolności. Ujawniane zachowania na zaistniałe sytuacje wskazują na większe reaktywne pogotowie obronne u tych osób niż w populacji zdrowej, przy czym zróżnicowanie rodzaju powstałych reakcji obronnych jest duże u poszczególnych grup osób niepełnosprawnych, jak też u jednostek. Zależy ono od rodzaju czynu zabronionego, percepcji zaistniałej sytuacji, jaką powoduje zatrzymanie, a także możliwości adaptacyjnych, które tkwią w podmiocie. Są nimi: rodzaj kalectwa, czas jego powstania, indywidualne cechy i poziom umysłowego rozwoju, wiek zatrzymanego, jego status rodzinny i inne uwarunkowania łagodzące bądź potęgujące czynniki stresowe.

## WNIOSKI

1. Opinie w sprawie poczytalności osób z rozpoznaniem homiopatii (inwalidztwa) powinien opracować zespół lekarzy psychiatrów wraz z psychologiem (surdopsychologiem) specjalizującym się w psychologii inwalidztwa.

2. W przypadku czynów zabronionych popełnionych przez inwalidów, u których zaistniałe wrodzone kalectwo spowodowało opóźnienie rozwoju lub utrudnienie komunikacji, wymiany informacji z otoczeniem,

z powodów natury psychologicznej można rozważać zasadność orzekania o znacznym ograniczeniu lub zniesieniu poczytalności. Pozostaje nadal otwarta sprawa, podobnie jak w ocenie głębokości niedorozwoju, czy psycholog może być współautorem kompleksowej opinii tak w zakresie oceny niepoczytalności jak i potrzeby stosowania środka zabezpieczającego. Oczywiście w tych przypadkach, gdy zmiany reaktywne przybierają postać ewidentnych objawów psychotycznych, udział psychologa w opinii ma mniejsze znaczenie.

3. Cechy osobowości inwalidów stanowią pewną predyspozycję do powstania i rozwoju reaktywnych zaburzeń w sytuacji pozbawienia wolności. Należy jednak pamiętać, że nie tylko podmiotowe czynniki osoby niepełnosprawnej powodują zakłócenia w relacjach z otoczeniem. Kryminogenność ich pozostaje w ścisłym związku z postawami otoczenia i najbliższych osób, jest ona wynikiem wtórnych skutków kalectwa i w pewnym sensie społecznego naznaczenia.

4. Wydaje się, że biegli powinni, poza uwarunkowaniami biologicznymi, etiologią i skutkami fizycznymi, zwracać większą uwagę na reaktywny obraz psychicznych zmian osobowości. Analizując rolę mechanizmów obronnych, głównie kompensacji, nie należy pomijać uwarunkowań sytuacyjnych i środowiskowych, szczególnie konfliktorodnych i stresujących. Uwzględnić te dewiacje w zachowaniu, które kreuje u inwalidów proces społecznego naznaczenia, etykietowania i odrzucenia. Wreszcie oceniać ich emocje i zachowanie, jako reakcje na sytuacje trudne, przekraczające ich możliwości adaptacyjne i kompensacyjne, dezorganizujące w różnym stopniu ich samokontrolę.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*. Wyd. III. PZWL, Warszawa 1966, 219.
2. Carse J.P.: *Grief as a cosmic crisis*. W: Margolis O.S. (red.): *Acute grief*. Columbia Univ. Press, New York 1981.

3. De Loach Ch., Greer B.G.: *Adjustment to severe physical disability*. McGraw-Hill Book Co., New York 1981.
4. Fishman S.: *Amputee needs frustrations and behavior*. *Rehabilitation Literature* 1959, 20, 324-329.
5. Fishman S.: *Amputacja*. W: Garrett J.F., Levine E.S. (red.): *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*. PZWL, Warszawa 1972.
6. Garner H.H.: *Somatopsychic concepts*. W: Marinelli R.P., Dell'Orto A.E. (red.): *The psychological and social impact of physical disability*. Springer, New York 1977.
7. Gierowski J.K.: *Motywacja zabójstw*. Wyd. AM, Kraków 1989.
8. Gunther M.S.: *Psychiatric consultation in a hospital a regression hypothesis*. *Compr. Psychiatry*, November 1971, 12, 6.
9. Heflich-Piątkowska H., Walicka J.: *Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu*. PZWL, Warszawa 1975.
10. Heitzman J.: *Zespół stresu pourazowego – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznictwo*. XXVII Zjazd Psychiatrów Polskich. Streszczenie prac. *Psychiatr. Pol.* 1995, 53.
11. Hettema P.J.: *Personality and adaptation*. North-Holland Publishing Co., The Hague 1979.
12. Hulek L.: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. PZWL, Warszawa 1969.
13. Jabłoński K.: *Inwalidztwo – problem psychologiczny*. *Przegl. Psychologiczny* 1985, 4, 1111-1122.
14. Kaiser-Grodecka I.: *Niektóre problemy orzecznictwa sądowo-psychologicznego w odniesieniu do inwalidów słuchu*. *Problemy Wymiaru Sprawiedliwości* 1978, 2, 147-155.
15. Kerr N.: *Understanding the process of adjustment to disability*. W: Stubbins J. (red.): *Social and psychological aspects of disability*. Univ. Park Press, Baltimore 1977.
16. Kobylińska E.: *Psychologiczne problemy chorych na raka*. *Przegl. Psychologiczny* 1985, 4, 1087-1101.
17. Łoza B.: *Zespół fantomatyczny – opis przypadku*. *Psychiatr. Pol.* 1994, 3, 365-369.
18. Łuszczynski G.: *O łagodzeniu skutków kalectwa*. Warszawa 1980.



19. Majchrzyk Z.: Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie. Państw. Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995.
20. Majchrzyk Z.: Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w homilopatycznych zaburzeniach osobowości. W: Sobkowiak J., Milewska E., Gordon T. (red.): Materiały VI Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP. Warszawa 1988, 71–86.
21. Majchrzyk Z.: Osobowość homilopatyczna a zmniejszona poczytalność. W: IX Konferencja Naukowa Psychiatrów Czechosłowackich i Polskich. Abstracta. Praha 1980, 80.
22. Masiak M., Perzyński J.: Przypadek zespołu fantomatycznego. *Psychiatr. Pol.* 1975, 3, 339–341.
23. Matuszewicz T., Thille Z., Trembla K.: Psychopatologiczne następstwa kalectwa. *Psychiatr. Pol.* 1970, 4, 407–414.
24. Müller-Hegemann D.: *Neurologie und Psychiatrie*. Leipzig 1966.
25. Sęk H.: *Spoleczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1991.
26. Sokolowska M., Ostrowska A.: *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*. Ossolineum, Wrocław 1976.
27. Wdowiak L., Rutkowski R.: Diagnostyka, nomenklatura i orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w zaburzeniach osobowości. *Psychiatr. Pol.* 1976, 8, 667–673.
28. Wright B.: *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. PWN, Warszawa 1965.

*Adres: Dr Zdzisław Majchrzyk, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,  
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*