

**PÓŹNA DIAGNOZA ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM
AUTYZMU I ADHD U OSÓB DOROSŁYCH A OCENA
NIEZDOLNOŚCI KONSENSUALNEJ Z KAN. 1095, 2°-3°
KODEKSU PRAWA KANONICZNEGO Z 1983 ROKU
WEDŁUG KLASYFIKACJI ICD-11**

**LATE DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER
AND ADHD IN ADULTS AND THE ASSESSMENT OF
CONSENSUAL INCAPACITY UNDER CANON 1095, 2°-3°
OF THE 1983 CODE OF CANON LAW ACCORDING
TO THE ICD-11 CLASSIFICATION**

Mgr Monika Agnieszka Malinowska-Wagrowska

Akademia Humanitas, Polska

e-mail: monika.malinowska-wagrowska@adwokatura.pl; <https://orcid.org/0009-0005-1449-9054>

Abstrakt

Celem artykułu jest zbadanie wpływu rewolucji klasyfikacyjnej dokonanej w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 oraz narastającego zjawiska późnych diagnoz zaburzeń neurorozwojowych – zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) i zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) – na orzekanie o niezdolności konsensualnej z kan. 1095, 2°-3° Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1983 r. Autorka stawia tezę, że doktryna i orzecznictwo kanoniczne operują siatką pojęciową, którą współczesna psychiatria w znacznej mierze porzuciła, a diagnoza postawiona stronie już po zawarciu małżeństwa – niekiedy po jego rozpadzie – rodzi swoiste problemy dowodowe, dotąd nieopracowane w polskiej kanonistyce. W części psychiatrycznej przedstawiono zmianę paradygmatu klasyfikacyjnego oraz obraz kliniczny ASD i ADHD w dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem maskowania objawów u kobiet. W części kanonistycznej omówiono retrospektywny charakter diagnozy zaburzenia neurorozwojowego i jego dwoiste znaczenie dowodowe, standard oceny opinii biegłego, kryteria rozgraniczenia tytułów z 2° i 3° oraz granicę między trudnością a niezdolnością w odniesieniu do osób neuroatypowych. Artykuł kończą postulaty dla praktyki sądów kościelnych.

Słowa kluczowe: nieważność małżeństwa, zaburzenia neurorozwojowe, neuroróżnorodność, diagnoza retrospektywna, opinia biegłego, maskowanie objawów, *incapacitas – difficultas*

Abstract

The aim of this article is to examine the impact of the classificatory revolution introduced by ICD-11 and of the growing phenomenon of late diagnoses of neurodevelopmental disorders – autism spectrum disorder (ASD) and ADHD – on adjudication of consensual incapacity under Canon 1095, 2°-3° of the 1983 Code of Canon Law. The author argues that canonical doctrine and jurisprudence still operate with a conceptual grid largely abandoned by contemporary psychiatry, and that a diagnosis made after the wedding – sometimes only after the breakdown of the marriage – raises specific evidentiary problems so far unexplored in Polish canon law scholarship. The psychiatric part outlines the paradigm shift in classification and the clinical picture of adult ASD and ADHD, with particular attention to symptom masking in women. The canonical part discusses the retrospective nature of adult neurodevelopmental diagnosis and its twofold evidentiary significance, the standard for assessing expert opinions, the criteria for distinguishing the grounds under 2° and 3°, and the boundary between difficulty and incapacity with regard to neurodivergent persons. The article concludes with postulates for tribunal practice.

Keywords: nullity of marriage, neurodevelopmental disorders, neurodiversity, retrospective diagnosis, expert opinion, symptom masking, *incapacitas – difficultas*

Wprowadzenie

Kanon 1095 Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1983 r.¹ pozostaje od czterech dekad najczęściej przywoływaną podstawą prawną w sprawach o stwierdzenie nieważności małżeństwa rozpoznawanych przez polskie trybunały kościelne. Norma ta – stanowiąca kodyfikację wymagań prawa naturalnego wobec zgody małżeńskiej – ma charakter generalny: prawodawca świadomie pozostawił doktrynie i orzecznictwu wypracowanie kryteriów oceny poszczególnych postaci niezdolności konsensualnej. To właśnie owa otwartość normy sprawia, że jej stosowanie jest szczególnie wrażliwe na przemiany zachodzące poza porządkiem kanonicznym – w naukach, z których dorobku sędzia kościelny musi korzystać, ilekroć orzeka o „przyczynach natury psychicznej”.

¹ *Codex Iuris Canonici auctoritate Ioannis Pauli PP. II promulgatus* (25.01.1983), AAS 75 (1983), pars II, s. 1-317; tekst polski: *Kodeks Prawa Kanonicznego promulgowany przez papieża Jana Pawła II w dniu 25 stycznia 1983 roku*. Stan prawny na dzień 18 maja 2022 roku. Zaktualizowany przekład na język polski, Pallottinum, Poznań 2022 [dalej: KPK/83].

Tymczasem w naukach tych w ostatniej dekadzie dokonała się zmiana o charakterze fundamentalnym. Z dniem 1 stycznia 2022 r. weszła w życie jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11)², wdrażana obecnie w Polsce w okresie przejściowym. Zlikwidowała ona odrębne jednostki diagnostyczne, którymi przez lata posługiwały się opinie biegłych i uzasadnienia wyroków – z zespołem Aspergera na czele – oraz zastąpiła kategoryjny model zaburzeń osobowości modelem wymiarowym. Równolegle obserwujemy zjawisko społeczne o bezpośredniej doniosłości procesowej: lawinowo rośnie liczba diagnoz zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) oraz ADHD stawianych osobom dorosłym – niejednokrotnie wiele lat po zawarciu małżeństwa, a nierzadko dopiero po jego faktycznym rozpadzie, gdy kryzys życiowy skłania stronę do poszukiwania diagnozy.

Polska kanonistyka nie przepracowała dotąd żadnego z tych dwóch procesów. Jedyne monograficzne opracowanie poświęcone zdolności małżeńskiej osób ze spektrum autyzmu powstało jeszcze w paradygmacie ICD-10 i odnosiło się do zespołu Aspergera jako odrębnej jednostki [Mazurkiewicz 2017, 107-21]; problematyka ADHD u dorosłych nupturientów nie doczekała się odrębnego studium. Celem niniejszego artykułu jest wypełnienie tej luki. Stawiam tezę, że diagnoza zaburzenia neurorozwojowego postawiona po zawarciu małżeństwa ma w procesie o stwierdzenie jego nieważności znaczenie dwoiste – może zarówno wzmacniać, jak i osłabiać dowód niezdolności – oraz że warunkiem poprawnego jej wykorzystania jest przejście od myślenia etykietami nozologicznymi do funkcjonalnego opisu zdolności strony w chwili wyrażania konsensu. Artykuł zmierza do uzasadnienia tej tezy poprzez: 1) przedstawienie ram dogmatycznych kan. 1095, 2°-3° KPK/83; 2) analizę zmiany paradygmatu klasyfikacyjnego oraz obrazu klinicznego ASD i ADHD w dorosłości; 3) analizę problemów dowodowych diagnozy postawionej po ślubie; 4) sformułowanie kryteriów kwalifikacji kanonicznej wraz z wytyczeniem granicy między trudnością a niezdolnością. Wywód prowadzony jest metodą dogmatycznoprawną z elementami analizy porównawczej klasyfikacji ICD-10, DSM-5 i ICD-11 oraz z perspektywy praktyki pełnomocnika stron przed trybunałami kościelnymi.

² World Health Organization, *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*, Geneva 2022, <https://icd.who.int/> [dostęp: 24.07.2026].

1. Niezdolność konsensualna z kan. 1095, 2°-3° KPK/83 – ramy dogmatyczne

1.1. Autonomia tytułów z 2° i 3°

Zgodnie z kan. 1095 KPK/83 niezdolni do zawarcia małżeństwa są ci, którzy: są pozbawieni wystarczającego używania rozumu (1°); mają poważny brak rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich, wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych (2°); z przyczyn natury psychicznej nie są zdolni podjąć istotnych obowiązków małżeńskich (3°). Dla problematyki zaburzeń neurorozwojowych zasadnicze znaczenie mają 2° i 3°; one bowiem obejmują stany, w których osoba dysponuje używaniem rozumu, lecz jej zgoda małżeńska jest wadliwa bądź to w wymiarze poznawczo-wolitywnym (*gravis defectus discretionis iudicii*), bądź w wymiarze wykonawczym (*incapacitas assumendi obligationes matrimonii essentielles*).

Doktryna podkreśla odrębność i autonomię obu tytułów [Góralski 1996, 25-42]. Rozeznanie oceniające dotyczy chwili wyrażania zgody: obejmuje wystarczające poznanie intelektualne przedmiotu konsensu, ocenę krytyczną proporcjonalną do wagi decyzji oraz wewnętrzną wolność wyboru. Niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich odnosi się natomiast do przedmiotu zgody: nikt nie może ważnie zobowiązać się do tego, czego nie jest w stanie świadczyć (*ad impossibile nemo tenetur*; por. kan. 1095, 3° w związku z kan. 1057 § 2 KPK/83). Katalog istotnych obowiązków wyprowadza się z kan. 1055 § 1 i kan. 1056 KPK/83: obejmuje on obowiązki związane z dobrem małżonków – w tym zdolność do ustanowienia relacji międzyosobowej, wspólnoty całego życia – oraz z dobrem potomstwa, wiernością i nierozzerwalnością.

1.2. Wymóg ciężkości i temporalności anomalii

Instrukcja procesowa *Dignitas connubii* z 25 stycznia 2005 r.³ doprecyzowała w art. 209 zakres pytań kierowanych do biegłego, wymagając ustalenia już w chwili zawierania małżeństwa istnienia szczególnej anomalii

³ Pontificium Consilium de Legum Textibus, Instructio servanda a tribunalibus dioecesanis et interdioecesanis in pertractandis causis nullitatis matrimonii *Dignitas connubii* (25.01.2005), „Communicationes” 37 (2005), s. 11-92; tekst polski w: *Komentarz do Instrukcji Procesowej „Dignitas connubii”*, red. T. Rozkrut, Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, Sandomierz 2007 [dalej: DC].

psychicznej, która poważnie zakłóca zdolność oceny i rozeznania albo uniemożliwia podjęcie istotnych obowiązków. Dwa elementy tej regulacji wymagają podkreślenia. Po pierwsze, wymóg ciężkości: nie każda anomalia, lecz jedynie poważna, znosi zdolność konsensualną. Po drugie, wymóg temporalny: anomalia musi istnieć w chwili wyrażania zgody, choć jej ujawnienie i zdiagnozowanie może nastąpić później. Oba elementy okażą się kluczowe dla oceny diagnoz stawianych po ślubie.

1.3. Rozróżnienie *incapacitas* – *difficultas*

Ramy hermeneutyczne stosowania kan. 1095 wyznaczają wreszcie dwie alokucje Jana Pawła II do Roty Rzymskiej: z 5 lutego 1987 r. i 25 stycznia 1988 r.⁴ Papież przestrzegł w nich przed przenoszeniem do procesu kanonicznego antropologii obcych wizji chrześcijańskiej oraz sformułował rozróżnienie o fundamentalnym znaczeniu: tylko rzeczywista niezdolność (*incapacitas*), nie zaś sama trudność (*difficultas*) w oddaniu się i tworzeniu wspólnoty życia czyni małżeństwo nieważnym. Do tego rozróżnienia powrócę w punkcie 4.2, ponieważ właśnie ono stanowi zaporę przed automatyzmem orzeczniczym wobec osób neuroatypowych.

2. Zaburzenia neurorozwojowe w świetle współczesnej psychiatrii

2.1. Od ICD-10 do ICD-11 – zmiana paradygmatu klasyfikacyjnego

Przez cały okres obowiązywania KPK/83 biegle powoływani przez polskie trybunały kościelne opierali rozpoznania na klasyfikacji ICD-10, a pomocniczo na amerykańskich klasyfikacjach DSM. W obszarze zaburzeń neurorozwojowych ICD-10 wyodrębniała autyzm dziecięcy (F84.0), autyzm atypowy (F84.1) i zespół Aspergera (F84.5), a zaburzenia hiperkinetyczne (F90) ujmowała jako kategorię wieku rozwojowego, co utrzymywało przekonanie, że ADHD jest zaburzeniem dziecięcym, z którego się „wyrasta”. Zaburzenia osobowości klasyfikowano kategorialnie, w zamkniętym katalogu typów (F60).

ICD-11 zmienia każdy z tych elementów. Odrębne jednostki spektrum autystycznego, w tym zespół Aspergera, znikają – w ich miejsce pojawia się jedna kategoria zaburzenia ze spektrum autyzmu (6A02), różnicowana

⁴ Ioannes Paulus II PP., *Allocutio ad Tribunal Rotae Romanae* (05.02.1987), AAS 79 (1987), s. 1453-459; Tenże, *Allocutio ad Tribunal Rotae Romanae* (25.01.1988), AAS 80 (1988), s. 1178-185.

funkcjonalnie według współwystępowania niepełnosprawności intelektualnej oraz stopnia zaburzeń języka funkcjonalnego. ADHD (6A05) zostaje jednoznacznie ujęte jako zaburzenie neurorozwojowe o przebiegu całościowym, diagnozowalne również u osób dorosłych. Najgłębsza zmiana dotyczy zaburzeń osobowości: ICD-11 porzuca katalog typów na rzecz modelu wymiarowego, w którym rozpoznaje się przede wszystkim stopień nasilenia zaburzenia (łagodne, umiarkowane, ciężkie), a dopiero wtórnie dominujące cechy dezadaptacyjne. Kierunek ten antycypowała już klasyfikacja DSM-5 z 2013 r.⁵, która jako pierwsza włączyła zespół Aspergera do jednolitego spektrum autyzmu i dopuściła diagnozę ADHD u dorosłych na podstawie złagodzonych progów objawowych.

Dla kanonisty konsekwencja jest oczywista, choć dotąd nienazwana: znacząca część siatki pojęciowej utrwalonej w jurysprudencji rotalnej oraz w orzecnictwie polskich sądów kościelnych utraciła desygnaty. Wyroki i opinie operujące „zespołem Aspergera”, „osobowością anankastyczną” czy „zaburzeniami hiperkinetycznymi wieku dziecięcego” odwołują się do jednostek, których aktualna klasyfikacja nie zna. Nie oznacza to dezaktualizacji samego orzecnictwa – opisane w nim deficyty funkcjonalne pozostają realne – ale oznacza konieczność każdorazowej translacji: z języka etykiet na język funkcji. Ciężar tej translacji spada na dialog sędziego z biegłym, o czym będzie niżej.

2.2. ASD i ADHD u dorosłych – obraz kliniczny

Obraz kliniczny obu zaburzeń w dorosłości wykazuje cechy, które mają bezpośrednie znaczenie dowodowe. W odniesieniu do ASD kryteria diagnostyczne – trwałe deficyty w komunikacji i interakcjach społecznych oraz ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, obecne od wczesnego okresu rozwojowego⁶ – pozostają u dorosłych kobiet nierzadko przykryte wysokim poziomem formalnie poprawnych kompetencji językowych, wyuczonymi skryptami zachowań społecznych i strategiami kompensacyjnymi; skutkiem bywa wieloletnie mylne rozpoznawanie zaburzeń nastroju,

⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., American Psychiatric Publishing, Arlington 2013 [dalej: DSM-5]; polskie wydanie kryteriów diagnostycznych: *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.

⁶ DSM-5, s. 50-59.

lękowych lub osobowości, zanim zostanie postawiona właściwa diagnoza. W odniesieniu do ADHD klasyfikacja wymaga wprowadzie początku objawów w dzieciństwie, dopuszcza jednak zmianę fenotypu w dorosłości: wygaszenie widocznej hiperaktywności ruchowej przy dominacji dezorganizacji, niestabilności uwagi i trudności w utrzymaniu ciągłości działań⁷, a wysoka współchorobowość z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, uzależnieniami i zaburzeniami osobowości dodatkowo komplikuje diagnostykę różnicową. Dla kanonisty istotna jest wreszcie kwalifikacja terminologiczna: współczesna polska literatura psychiatryczno-prawna sytuuje zaburzenia neurorozwojowe w szerokiej kategorii zaburzeń psychicznych, odróżnianej od tradycyjnie rozumianej choroby psychicznej [Gałęcki, Bobińska, i Eichstaedt 2016; Drembkowski, Kmieciak, i Tymiński 2023]. Ujęcie to koresponduje z konstrukcją kan. 1095, 3°, który odwołuje się nie do choroby, lecz do przyczyn natury psychicznej – kategoria ta bez trudu obejmuje ASD i ADHD, o ile spełniony jest wymóg ciężkości.

2.3. Zjawisko późnych diagnoz i „przepisanie biografii”

Drugim, obok zmiany klasyfikacyjnej, czynnikiem wymuszającym releksję kanonistyczną jest skala późnych diagnoz. Ostatnia dekada przyniosła w Polsce i na świecie bezprecedensowy wzrost liczby rozpoznań ASD i ADHD u osób dorosłych. Składa się na to kilka przyczyn: wspomniane otwarcie kryteriów diagnostycznych na dorosłość, rozwój sieci diagnostycznej, destygmatyzacja i popularyzacja wiedzy o neuroróżnorodności w mediach społecznościowych oraz, wreszcie, mechanizm kaskadowy – rodzic rozpoznaje własne cechy podczas diagnozy dziecka. Odrębnym, dobrze już opisanym problemem jest niedodiagnozowanie kobiet: zaburzenia ze spektrum autyzmu przez dziesięciolecia rozpoznawano u dziewcząt rzadko, co wiązano z niedoskonałością kryteriów budowanych na męskim obrazie klinicznym oraz ze zjawiskiem kamuflażu (maskowania) objawów. Kobiety otrzymują więc diagnozę statystycznie później – często już jako żony i matki.

Z perspektywy procesowej istotne jest, kiedy i w jakim kontekście życiowym diagnoza zapada. Doświadczenie praktyki wskazuje na powtarzalny wzorzec: impulsem diagnostycznym bywa kryzys – wypalenie zawodowe, diagnoza dziecka, a bardzo często właśnie rozpad małżeństwa. Strona, która w toku terapii lub diagnostyki okołorozwodowej dowiaduje się o własnej

⁷ DSM-5, s. 59-66.

lub małżonka neuroatypowości, dokonuje retrospektywnej reinterpretacji całej historii związku: zachowania dotąd niezrozumiałe zyskują wyjaśnienie, a diagnoza staje się kluczem porządkującym biografię. Zjawisko to – które proponuję nazywać przepisaniem biografii – jest psychologicznie zrozumiałe i częstokroć terapeutycznie cenne. Zarazem jednak wkracza ono do procesu kanonicznego w najczulszym jego punkcie: w pierwszej relacji strony, od której zaczyna się budowanie materiału dowodowego, a której szczerość i spontaniczność stanowią o jej szczególnej wartości poznawczej. Relacja złożona po diagnozie nie jest już relacją naiwną – jest relacją przefiltrowaną przez gotową ramę interpretacyjną.

3. Diagnoza postawiona po ślubie w procesie o stwierdzenie nieważności małżeństwa

3.1. Dwoiste znaczenie dowodowe diagnozy retrospektywnej

Rozważmy sytuację modelową: strona pozwana otrzymuje diagnozę ASD w wieku 38 lat, dziesięć lat po zawarciu małżeństwa, dwa lata po wyprowadzce powódki. Czy ta diagnoza dowodzi niezdolności konsensualnej istniejącej w chwili ślubu?

Za odpowiedzią twierdzącą przemawia sama natura zaburzenia. ASD i ADHD są zaburzeniami neurorozwojowymi: z definicji ich podłoże istnieje od wczesnego dzieciństwa, a więc istniało również *tempore matrimonii*. W tym sensie późna diagnoza różni się zasadniczo od rozpoznania choroby o początku dorosłym: nie powstaje pytanie, czy stan istniał w chwili konsensu, lecz jedynie – z jakim nasileniem się wówczas wyrażał i czy osiągał próg ciężkości wymagany przez art. 209 DC. Diagnoza postawiona po ślubie może więc stanowić mocny punkt zaczepienia dowodu, którego w klasycznych sprawach z kan. 1095 często brakuje: potwierdzenia przez uprawniony podmiot, że anomalia w ogóle istnieje i ma charakter trwały.

Przeciw automatycznemu przyjęciu wniosku dowodowego przemawiają jednak co najmniej trzy okoliczności. Po pierwsze, diagnoza dorosłego jest w przeważającej mierze diagnozą retrospektywną, opartą na wywiadzie – a więc na relacji samego badanego, niekiedy uzupełnionej relacją członka rodziny. Jeżeli badanie odbywa się w kontekście rozpadu małżeństwa lub bezpośrednio na potrzeby procesu, powstaje ryzyko konfirmacji: badany, zmotywowany do uzyskania rozpoznania, nieświadomie selekcjonuje

wspomnienia pod kątem kryteriów, o które jest pytany. Po drugie, diagnoza określa stan aktualny i całonocowy wzorzec, ale nie odpowiada wprost na pytanie procesowe – o stopień, w jakim zaburzenie ograniczało rozeznanie lub zdolność do podjęcia obowiązków w konkretnym dniu, wobec konkretnej osoby i konkretnej decyzji. Po trzecie, wreszcie, między diagnozą a niezdolnością nie zachodzi implikacja: jak trafnie wskazano jeszcze na gruncie ICD-10, zróżnicowanie nasilenia objawów w spektrum autyzmu wyklucza generalny wniosek o niezdolności osób nim dotkniętych, a osoby o niewielkiej intensywności objawów mogą przejawiać jedynie trudności w podjęciu obowiązków małżeńskich [Mazurkiewicz 2017, 107-21]. Ten wniosek zachowuje pełną aktualność w modelu wymiarowym ICD-11, który wręcz wymusza pytanie o nasilenie zamiast o etykietę.

3.2. Standard badania a ocena wartości dowodowej rozpoznania

Z powyższego wynika dyrektywa praktyczna: diagnoza postawiona po ślubie powinna być traktowana jako początek, nie koniec dowodzenia. Jej wartość rośnie proporcjonalnie do możliwości zakotwiczenia jej w materiale niezależnym od aktualnej narracji stron: dokumentacji z okresu dzieciństwa i adolescencji (opinie poradni psychologiczno-pedagogicznych, świadectwa i uwagi szkolne, dokumentacja leczenia), zeznaniach świadków znających stronę przed ślubem, korespondencji z okresu narzeczeństwa. Sędzia, oceniając opinię biegłego stosownie do kan. 1579 § 1 KPK/83, powinien badać, na jakich źródłach – poza wywiadem od zainteresowanego – biegły oparł retrospektywną część rozpoznania, oraz czy odniósł nasilenie zaburzenia do chwili konsensu, a nie jedynie do chwili badania. Opinia poprzestająca na przytoczeniu diagnozy i ogólnej charakterystyki zaburzenia nie dostarcza jeszcze przesłanek pewności moralnej.

Osobnej wzmianki wymaga kwestia autodiagnoz oraz rozpoznań uzyskanych w trybie pojedynczej konsultacji, których liczba rośnie wraz z komercjalizacją diagnostyki dorosłych. Trybunał nie może odmówić im a priori wszelkiej wartości, ale powinien odróżniać pełnowymiarowy proces diagnostyczny od zaświadczenia wystawionego w okolicznościach sugerujących diagnozę na zamówienie narracji – w tym narracji procesowej. Punktem odniesienia może tu być standard badania psychiatrycznego osoby dorosłej opisany w podstawowym polskim piśmiennictwie klinicznym: wielokontekstowy wywiad obejmujący dzieciństwo, edukację oraz funkcjonowanie zawodowe i relacyjne, uwzględnienie danych od osób bliskich jako

informatorów oraz ocena aktualnego stanu psychicznego z rozróżnieniem objawów podmiotowych i przedmiotowych [Jarema 2016]. Im dalej konkretne rozpoznanie odbiega od tego standardu, tym niższa jego samodzielna wartość dowodowa i tym większa potrzeba weryfikacji przez biegłego powołanego w procesie.

3.3. Sędzia i biegły wobec znikających jednostek – postulat opisu funkcjonalnego

Nieprzystawalność siatek pojęciowych ujawnia się najostrzej w dialogu sędziego z biegłym, którego wzorcowy kształt doktryna wypracowała na kanwie alokucji z 1987 r. [Góralski 1990, 28-29]. Sędzia formułujący pytania do biegłego według utrwalonych wzorów – o „zespół Aspergera”, o przyporządkowanie do typu zaburzenia osobowości – otrzyma dziś odpowiedź w języku, którego te wzory nie przewidują; biegły młodszego pokolenia, wykształcony już na ICD-11 i DSM-5, może z kolei nie rozpoznawać kategorii, którymi operuje cytowana w aktach jurysprudencja. Grozi to dwiema patologiami procesowymi: albo pozorną komunikacją, w której te same słowa znaczą co innego dla pytającego i odpowiadającego, albo mechanicznym tłumaczeniem dawnych etykiet na nowe kody, bez refleksji nad tym, że zmiana klasyfikacji nie była zmianą czysto nominalną.

Wyjściem, które proponuję, jest konsekwentne przeniesienie ciężaru z etykiety na opis funkcjonalny. Przedmiotem zainteresowania trybunału nie jest bowiem nazwa zaburzenia, lecz odpowiedź na pytania ściśle skorelowane z istotnymi obowiązkami małżeńskimi: czy i w jakim stopniu strona w chwili konsensu była zdolna do wzajemności emocjonalnej i poznawczej warunkującej relację międzyosobową skierowaną ku dobru małżonków; czy była zdolna do krytycznej oceny decyzji o wyborze tej osoby i tego stanu życia; czy jej mechanizmy samoregulacji pozwalały na stabilne, trwałe zobowiązanie. Taki sposób pytania jest neutralny wobec zmian klasyfikacyjnych – i, co więcej, jest głęboko zgodny z samą konstrukcją kan. 1095, który nie wymienia żadnej jednostki chorobowej, lecz mówi o przyczynach natury psychicznej ocenianych przez skutek, jaki wywierają w sferze konsensu. Model wymiarowy ICD-11, pytający o nasilenie i profil funkcjonowania zamiast o typ, jest tu paradoksalnie sprzymierzeńcem kanonisty: obie perspektywy spotykają się na gruncie oceny stopnia, w jakim konkretna osoba mogła sprostać konkretnym zobowiązaniom.

Postulat opisu funkcjonalnego nie zwalnia biegłego z obowiązku postawienia rozpoznania – art. 209 DC wymaga wskazania anomalii możliwej do zdiagnozowania – ani sędziego z obowiązku samodzielnej oceny prawnej, której biegłemu przekazać nie wolno. Chodzi o właściwe rozłożenie akcentów: rozpoznanie jest przesłanką, opis funkcjonalny odniesiony do chwili konsensu jest właściwym pomostem między wiedzą psychiatryczną a subsumpcją kanoniczną.

4. Kwalifikacja kanoniczna przypadków ASD i ADHD

4.1. Kan. 1095, 2° czy 3°?

Przyjęcie, że zaburzenie osiągało w chwili konsensu wymaganą ciężkość, otwiera pytanie o właściwy tytuł nieważności. Odpowiedź nie może być schematyczna, ale można wskazać typowe linie kwalifikacji.

W przypadku ADHD o znacznym nasileniu na pierwszy plan wysuwają się deficyty funkcji wykonawczych: impulsywność decyzyjna, niezdolność odraczania gratyfikacji, dezorganizacja, niestabilność motywacyjna. Kierują one uwagę w dwie strony. Ku 2° – gdy materiał wskazuje, że decyzja o zawarciu małżeństwa zapadła impulsywnie, bez proporcjonalnej do jej wagi oceny krytycznej, w mechanizmie charakterystycznego dla zaburzenia działania bez rozważenia następstw; trzeba jednak od razu zastrzec, że sama impulsywność temperamentalna, niesięgająca poważnego zniesienia rozeznania, nie wystarcza – próg z 2° jest wysoki i orzecznictwo konsekwentnie odróżnia decyzję nierozważną od decyzji podjętej bez rozeznania. Ku 3° – gdy chroniczna dezorganizacja i niestabilność czynią stroną niezdolną do świadczenia stałej wspólnoty życia: do przewidywalnego współdziałania w sprawach rodziny, do odpowiedzialności za potomstwo, do wierności rozumianej nie tylko negatywnie, lecz jako stała dyspozycja relacyjna. W praktyce częstsza i pewniejsza wydaje się droga przez 3°, ponieważ całożyciowy wzorzec funkcjonowania łatwiej wykazać niż stan rozeznania w jednej chwili.

W przypadku ASD naturalnym polem odniesienia jest 3°: rdzeniowy deficyt wzajemności społeczno-emocjonalnej może – przy znacznym nasileniu – uniemożliwiać ustanowienie relacji międzysobowej, która po Soborze Watykańskim II stanowi jądro rozumienia wspólnoty całego życia skierowanej ku dobru małżonków. Nie należy jednak przeoczyć potencjału 2°: sztywność poznawcza, dosłowność rozumienia i naiwność społeczna

mogą w konkretnym przypadku zniekształcać samą ocenę tego, czym jest małżeństwo i co strona rzeczywiście przyjmuje – zwłaszcza gdy decyzję o ślubie strona podejmuje w schemacie realizacji skryptu społecznego, bez uchwycenia relacyjnej istoty zobowiązania. Wybór tytułu musi pozostać wiernym odbiciem materiału dowodowego, a nie strategią maksymalizacji szans; łączenie obu numerów w jednej skardze bez zróżnicowanej argumentacji – praktyka nierzadka – osłabia, a nie wzmacnia pozycję strony, skoro tytuły te są odrębne i autonomiczne.

4.2. Trudność a niezdolność – granice orzekania wobec osób neuroatypowych

Ostatnia część rozważań dotyczy granicy, której przekroczenie groziłoby przekształceniem kan. 1095 w narzędzie dyskryminacji. Rozróżnienie *incapacitas* – *difficultas* z alokacji z 1987 r. nabiera wobec zaburzeń neurorozwojowych szczególnej ostrości. ASD i ADHD są bowiem zaburzeniami o wybitnie zróżnicowanym nasileniu; znaczna część osób nimi dotkniętych zawiera małżeństwa, wychowuje dzieci i tworzy trwałe, satysfakcjonujące związki, choć okupione większym niż przeciętny wysiłkiem adaptacyjnym. Wniosek, jakoby diagnoza sama w sobie przesądzała o niezdolności konsensualnej, byłby nie tylko sprzeczny z *favor matrimonii* (kan. 1060 KPK/83) i z prawem do małżeństwa (kan. 1058 KPK/83), lecz także naukowo bezpodstawny.

Trybunały powinny więc zachować czujność wobec dwóch symetrycznych pokus. Pierwszą jest automatyzm: potraktowanie modnej i coraz częstszej diagnozy jako wygodnego skrótu dowodowego, zwalniającego ze żmudnej rekonstrukcji funkcjonowania strony w okresie przedślubnym. Drugą jest odruch przeciwny: dyskwalifikacja wszelkich diagnoz późnych jako koniunkturalnych. Obie pokusy omijają istotę zadania, którą pozostaje indywidualna ocena, czy u tej strony, w tej chwili i wobec tych obowiązków zachodziła poważna anomalia znosząca – a nie tylko utrudniająca – zdolność konsensualną. Warto przy tym pamiętać, że perspektywa neuroróżnorodności, ujmująca ASD i ADHD jako warianty neurorozwojowe, a nie defekty, nie stoi w sprzeczności z możliwością orzeczenia nieważności w przypadkach ciężkich; opisuje ona populację, podczas gdy trybunał orzeka o osobie.

De lege lata i dla praktyki formułuję w tym miejscu cztery postulaty. Po pierwsze, pytania do biegłego powinny *explicite* wymagać odniesienia rozpoznania do klasyfikacji ICD-11 wraz z określeniem nasilenia oraz opisem

funkcjonalnym w chwili konsensu. Po drugie, instrukcja sprawy powinna od początku zmierzać do zgromadzenia dokumentacji przedślubnej, niezależnej od aktualnej narracji stron. Po trzecie, formacja stała sędziów, obrońców węzła i adwokatów kościelnych powinna objąć zmiany klasyfikacyjne i problematykę późnych diagnoz, aby dialog z biegłym nie odbywał się w dwóch nieprzystających językach. Po czwarte, w ocenie zeznań należy uwzględniać moment diagnozy jako cezurę wiarygodnościową: relacje złożone przed nią i po niej mają odmienny status poznawczy i wymagają odrębnej krytyki.

Zakończenie

Kanon 1095, celowo otwarty na rozwój nauk o człowieku, po raz kolejny w swojej historii spotyka się z przemianą paradygmatu w psychiatrii. Przejście od kategorii do wymiaru w ICD-11 oraz fala późnych diagnoz ASD i ADHD nie wymagają zmiany prawa – wymagają zmiany praktyki: porzucenia myślenia etykietami na rzecz funkcjonalnego opisu zdolności strony w chwili konsensu, krytycznej oceny retrospektywnego charakteru diagnoz dorosłych oraz konsekwentnego respektowania granicy między trudnością a niezdolnością. Diagnoza postawiona po ślubie może być cennym dowodem – pod warunkiem, że trybunał potraktuje ją jako pytanie, a nie jako odpowiedź. W przeciwnym razie proces o stwierdzenie nieważności małżeństwa, którego jedynym celem jest prawda o węźle, zostanie podporządkowany gotowej narracji, jaką strona przynosi wraz z rozpoznaniem – a więc temu, przed czym prawodawca i orzecznictwo rotalne konsekwentnie go bronią.

PIŚMIENNICTWO

- Drembkowski, Paweł, Błażej Kmiecik, i Radosław Tymiński (red.). 2023. *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*. Wyd. 2. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gałecki, Piotr, Kinga Bobińska, i Krzysztof Eichstaedt. 2016. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Wyd. 2. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Góralski, Wojciech. 1990. „Dialog sędziego z biegłym w sprawach o nieważność małżeństwa z tytułu niezdolności psychicznej w świetle przemówienia papieża Jana Pawła II do Roty Rzymskiej z 5 II 1987 r.” W *Mazowieckie Studia Kościelne*, t. 1, red. Michał M. Grzybowski. Płock: Biblioteka Diecezjalna.
- Góralski, Wojciech. 1996. „Niezdolność do zawarcia małżeństwa według kan. 1095, nn. 1-3 KPK. Próba syntezy.” *Prawo Kanoniczne* 39, nr 3-4:25-42.

- Góralski, Wojciech. 2025. „Wykluczenie bonum coniugum w doktrynie i orzecznictwie Roty Rzymskiej.” *Biuletyn Stowarzyszenia Kanonistów Polskich* XXXV, nr 38:63-79. <https://doi.org/10.32077/bskp.8699>
- Jarema, Marek (red.). 2016. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mazurkiewicz, Dariusz. 2017. „Zdolność osób z zespołem Aspergera do zawarcia małżeństwa w świetle kan. 1095 n. 3 Kodeksu Prawa Kanonicznego.” *Studia Paradyckie* 27:107-21.
- Paździor, Stanisław. 1999. *Przyczyny psychiczne niezdolności osoby do zawarcia małżeństwa w świetle kan. 1095*. Lublin: Wydawnictwo KUL.