



Monika Gwóźdź

Uniwersytet Śląski, Katowice | Instytut Nauk Teologicznych
ORCID: 0000-0001-7000-0688, e-mail: monika.gwozdz@us.edu.pl

ZNACZENIE MIĘDZYNARODOWEJ STATYSTYCZNEJ KLASYFIKACJI CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH W WERSJI ICD-11 W KONTEKŚCIE KANONICZNYCH PROCESÓW MAŁŻEŃSKICH

Streszczenie

Opracowanie stanowi analizę wpływu nowej wersji ICD-11 na proces wyrokowania w kanonicznych sprawach o stwierdzenie nieważności małżeństwa w takim zakresie, w jakim sędziowie mogą korzystać z danych opracowanych przez biegłych sądowych. ICD-11 stanie się punktem odniesienia w ocenie kondycji psychicznej stron, dlatego w opracowaniu przybliżone są nie tylko przykładowe praktyczne zmiany względem wersji ICD-10, ale omówiony jest nowy sposób przygotowania opinii, który automatycznie będzie wymagał nowego sposobu czytania i interpretacji danych dostarczonych przez biegłych w ramach procesów kanonicznych.

Słowa kluczowe: prawo kanoniczne małżeńskie, prawo kanoniczne procesowe, biegły sądowy, ICD-11

Abstract

THE RELEVANCE OF THE ICD-11 VERSION OF THE INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND HEALTH PROBLEMS IN THE CONTEXT OF CANONICAL MARITAL PROCESSES

The study is an analysis of the impact of the new version of the ICD-11 on the sentencing process in canonical annulment of marriage cases, to the extent that judges can use data produced by expert witnesses. The ICD-11 will become the benchmark for assessing the mental

condition of the parties, so the study not only describes examples of practical changes with respect to the ICD-10 version, but also discusses the new way of preparing opinions, which will automatically require a new approach to reading and interpreting the data provided by experts in canonical trials.

Keywords: matrimonial canon law, procedural canon law, expert witness, ICD-11

Wstęp

Proces jest postępowaniem prawnym, w którym sędziowie i trybunały wykonują swoją jurysdykcję w celu rozwiązania sporów, które zostały im powierzone zgodnie z prawem¹. Przebieg procesów prowadzonych w trybunałach Kościoła Rzymskokatolickiego prawodawca reguluje w księdze VII *Kodeksu Prawa Kanonicznego*². Szereg zmian cieszących się szczególnym zainteresowaniem w procesach o orzeczenie nieważności małżeństwa wprowadził papież Franciszek *Listem apostolskim motu proprio „Mitis Iudex Dominus Iesus”* z 15 sierpnia 2015 roku, regulując między innymi właściwość sądu mogącego rozpatrywać sprawę o nieważność małżeństwa, znosząc normy stanowiące, że konieczne są dwa zgodne wyroki w celu wykonania wyroku stwierdzającego nieważność małżeństwa i wprowadzając proces skrócony przed biskupem w sprawach o występowaniu okoliczności pozwalających stwierdzić nieważność małżeństwa bez prowadzenia instrukcji sprawy³. Reforma prawa procesowego nie podważyła normy wyrażonej w kan. 1060, zgodnie z którą „małżeństwo cieszy się przychylnością prawa, dlatego w razie wątpliwości należy uznać je za ważne, dopóki nie udowodni się czegoś przeciwnego”⁴. Przyczyną nieważności małżeństwa mogą być przeszkody, od których nie udzielono dyspens, defekty formy kanonicznej oraz anomalie zgody małżeńskiej. Wśród wad zgody małżeńskiej w praktyce często występują tytuły prawne wymagające badania psychicznej kondycji stron procesowych. W wymienionych sytuacjach wskazane jest powołanie biegłego, czyli eksperta z zakresu psychiatrii, psychologii, seksuologii lub innej specjalizacji. Do zadań powołanego biegłego należy wydanie opinii na temat istotnego, a jednocześnie wątpliwego faktu lub natury jakiejś rzeczy⁵. Wymieniona interpretacja dokonywana jest przez biegłych zazwyczaj na podstawie obowiązujących norm ujętych w klasyfikacjach chorób i problemów zdrowotnych. Kolejna wersja ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia

1 Daniel Cenalmor, Jorge Miras, *Prawo kanoniczne* (Warszawa: Wolters Kluwer 2022), 474.

2 *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 (Poznań: Pallottinum, 2022) (dalej KPK).

3 Franciszek, *List apostolski motu proprio „Mitis Iudex Dominus Iesus” reformujący kanony „Kodeksu Prawa Kanonicznego” dotyczące spraw o orzeczenie nieważności małżeństwa*. Tekst łacińsko-polski (Tarnów: Biblos, 2015); KPK, 1683–1687; Cenalmor, Miras, *Prawo kanoniczne*, 488.

4 KPK, kan. 1060.

5 KPK, kan. 1574; Ryszard Sztymmler, „Proces sporny”, w: *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego*, red. Józef Krukowski, t. 5, (Poznań: Pallottinum, 2007), 229–230; Monika Kornaszewska-Polak i in., *Kondycja współczesnej rodziny – ujęcie interdyscyplinarne* (Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2021), 76.

Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w wersji ICD-11 zawiera szereg nowych rozwiązań odnoszących się do zdrowia psychicznego i seksualnego.

Mając powyższe na uwadze, dokonana zostanie analiza wymienionego dokumentu pod kątem jego zastosowania przy sporządzaniu opinii przez ekspertów, które to opinie mogą stać się pomocą dla sędziów orzekających o ważności lub nieważności małżeństwa kanonicznego. Podstawowymi źródłami analizy będą kościelne dokumenty regulujące prawo małżeńskie oraz procesy kanoniczne i ustalenia Światowej Organizacji Zdrowia wraz z interpretacją wymienionej klasyfikacji. Przywołany kontekst rodzi pytanie, czy nowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych będzie miała wpływ na wyrokowanie w procesach kanonicznych?

1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

Nowa wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia, zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2022 roku i dostępna jest na oficjalnej stronie internetowej WHO⁶. W każdym państwie trwa pięcioletni okres na jej wdrożenie, w którym to czasie obowiązuje wcześniejsza kwalifikacja, a do nowej można jeszcze zgłaszać propozycje zmian⁷.

ICD jest zbiorem kryteriów umożliwiających ustalanie diagnoz⁸. ICD-11 ma stać się ogólnodostępnym źródłem na skalę światową, które ma służyć jako narzędzie dla praktyków klinicznych, badaczy, pacjentów, administratorów, decydentów i rządów⁹. Zdaniem Wolfganga Gaebela¹⁰, zaangażowanego w przygotowanie wersji ICD-11, status otwartego, ogólnoswiatowego źródła wiedzy sprawia, że może ona być wykorzystana w podstawowej opiece zdrowotnej, w celach badawczych oraz prowadzeniu statystyk zachorowalności i śmiertelności, chociaż głównym celem przygotowanego dokumentu jest poprawa klinicznej użyteczności systemu klasyfikacji i jego przydatności do zmniejszenia globalnego obciążenia chorobami związanymi z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, co możliwe staje się właśnie między innymi poprzez zapewnienie lepszego

6 World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, dostęp 2.11.2023, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (dalej WHO, ICD-11).

7 Piotr Gałecki, „Schemat badania psychiatrycznego”, w: *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*, red. Piotr Gałecki (Wrocław: Edra Urban & Partner, 2022), XVII; Piotr Gałecki, „Psychopatologia”, w: *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*, red. Piotr Gałecki (Wrocław: Edra Urban & Partner, 2022), 34.

8 Piotr Krawczyk, Łukasz Świącicki, „ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO”, *Psychiatria Polska* 54, 1 (2020): 8, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103876>.

9 Wolfgang Gaebel, Jürgen Zielasek, Geoffrey M. Reed, „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status”, *Psychiatria Polska* 51, 2 (2017): 171, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/69660>.

10 Wolfgang Gaebel – członek Międzynarodowej Grupy Doradczej WHO, przewodniczący Grupy Roboczej WHO do spraw schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych oraz członek Grupy Koordynującej Badania WHO.

narzędzia do identyfikacji osób¹¹. Nowa klasyfikacja może dostarczyć danych, które swoje konsekwencje mogą mieć także w świetle badania zdolności do zawarcia małżeństwa kanonicznego, które jest zainteresowane opisywaną płaszczyzną funkcjonowania człowieka, co wprost zaznacza prawodawca, wskazując na niezdolność do zawarcia małżeństwa w sytuacji wystąpienia poważnych braków w sferze psychicznej¹².

Nowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych zawiera 26 rozdziałów głównych, w których ujęto kody poszczególnych schorzeń układów i narządów, i 2 rozdziały dodatkowe odnoszące się do wyjątkowych okresów i wydarzeń w życiu człowieka¹³. Nowością wprowadzoną w wersji ICD-11 jest zmiana sposobu klasyfikowania kategorii zaburzeń, czyli odejście od klasyfikacji kategoryjnych i przejście na demensjonalne, co w efekcie ma ułatwić pracę kliniczną z uwagi na szersze spektrum możliwości, które dostosowane są do nasilenia i wymiarowości objawów¹⁴. Podejście demensjonalne pozwala na rozpoznanie zaburzenia za pomocą zbioru różnych cech w chwili, kiedy w kategoryjnym podejściu każde zaburzenie stanowi oddzielną jednostkę¹⁵. Tak mocne profilowanie może rodzić niejasności na etapie wyboru ścieżki leczenia, ponieważ nie będzie już łączyło się z konkretną jednostką chorobową. Na podstawie kwalifikacji w wersji ICD-11 diagnozę stawia się po wykazaniu jednego wskaźnika ogólnego nasilenia zaburzenia osobowości i pięciu wskaźników dysfunkcyjnych cech osobowości z uwzględnieniem możliwości zastosowania dodatkowego kwalifikatora wzorca borderline. W efekcie osoby ze złożoną patologią osobowości nie mają przypisanych kilku jednostek diagnostycznych, ale mają stworzony indywidualny profil z oszacowanym poziomem nasilenia konkretnych zaburzeń i rys, co daje informacje o poziomie ryzyka i prognozie terapii¹⁶.

2. Wybrane zaburzenia psychiczne i seksualne

Z punktu widzenia małżeńskich procesów kanonicznych warte uwagi stają się między innymi zmiany dokonane na płaszczyźnie zagadnień psychiatrycznych oraz psychologicznych, którym w wersji ICD-11 poświęcony jest rozdział szósty. Następnie wymienione zostaną przykładowe zaburzenia seksualne opisane w rozdziale siedemnastym ICD-11.

11 Gaebel, Zielasek, Reed, „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status”, 171.

12 KPK, kan. 1095 n. 1–3.

13 WHO, ICD-11; Krawczyk, Świącicki, „ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO”, 8.

14 Jan Ciecichowski i in., „Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD”, *Psychiatria Polska* 56, 6 (2022): 1186, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138563>.

15 Katarzyna Nowak, „Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości – osobowość w DSM-5”, *Psychiatria* 12, 2 (2015): 100, dostęp 2.11.2023, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria>.

16 Ciecichowski i in., „Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD”, 1186–1187; David Goldberg, „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11”, *Psychiatria po dyplomie* 8, 3 (2011): 27, dostęp 2.11.2023, www.podyplomie.pl/psychiatria.

2.1. Zaburzenia psychiczne

W celu zarysowania zmian uwaga zostanie skupiona na przykładowych zaburzeniach analizowanych w kontekście kanonicznej zdolności do małżeństwa, którymi staną się: zaburzenia lękowe, związane często z zaburzeniami depresyjnymi, zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia psychotyczne.

2.1.1. Zaburzenia lękowe i związane ze strachem oraz zaburzenia nastroju

Nawiązując do stosunkowo często występujących w procesach kanonicznych zaburzeń związanych z lękiem, trzeba wskazać, że obecnie zostały one wpisane do rozdziału szóstego i stanowią samodzielny blok, są kwalifikowane pod nazwą: zaburzenia lękowe i związane ze strachem. We wskazanej grupie znajdują się podgrupy zaburzeń psychicznych, do których zaliczają się: uogólnione zaburzenia lękowe, lęk napadowy, agorafobia, specyficzna fobia, fobia społeczna, zespół lęku separacyjnego, mutyzm wybiórczy, a także zaburzenia lękowe wywołane substancjami, hipochondria i inne określone oraz nieokreślone zaburzenia lękowe lub zaburzenia związane ze strachem. To od razu ukazuje, że pozostałe zaburzenia przeniesione zostały do innych rozdziałów i tym sposobem na przykład zaburzenia lękowe mieszane i depresyjne trafiły do grupy zaburzeń depresyjnych należącej do bloku zaburzeń nastroju, gdzie zapisane są jako mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe¹⁷. Przytoczone przykłady potwierdzają, że nie każdy objaw chorobowy, ani nawet zespół objawów, wskazuje na konkretną jednostkę chorobową¹⁸, jednak z punktu widzenia praktyki kanonicznej można powiedzieć też odwrotnie, że wykluczenie konkretnej jednostki chorobowej nie wyklucza występowania objawów i cech, które mogą mieć znaczenie w ocenie zdolności konsensualnej. Odnosząc się do przywołanego przykładu związanego z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, kanonicznej analizie jest poddawany każdy objaw, który może wpłynąć na zaburzenie myślenia i może prowadzić do kreowania niewłaściwego, bo na przykład depresyjnego obrazu świata. Mimo sprawności intelektualnych badany może mieć ograniczone zdolności poznawcze, wykazywać zubożenie emocjonalne oraz doświadczać paraliżującego działania woli, co uniemożliwi podjęcie decyzji na poziomie zawierania małżeństwa. Wywołane zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi myśli destrukcyjne mogą jednak nie tylko uniemożliwić ocenę małżeństwa jako takiego. W praktyce badany może zamykać się w sobie i w świecie swojego egzystencjalnego cierpienia i strachu, co w konsekwencji może przyczynić się do niezdolności podjęcia i zrealizowania przedmiotu zgody małżeńskiej¹⁹. Z opisaną sytuacją mamy do czynienia, kiedy zbiór cech, anomalii psychicznych faktycznie przyczyni się do braku możliwości wzięcia na siebie obowiązków małżeńskich w sposób zobowiązujący i odpowiedzialny,

17 WHO, ICD-11 – rozdz. 6; Gaebel, Zielasek, Reed, „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status”, 179–180.

18 WHO, ICD-11 – rozdz. 6; Gałecki, „Psychoopatologia”, 2.

19 KPK, kan. 1055; Grzegorz Leszczyński, „Zaburzenia depresyjne jako przyczyna niezdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa”, *Prawo Kanoniczne* 58, 2 (2015): 43–44.

czyli kiedy przyczyna psychiczna stanie się źródłem niemożności podjęcia obowiązków małżeńskich, ponieważ właśnie wspomniana niemożność podjęcia obowiązków jest niezdolnością konsensualną, czyli podstawą stwierdzenia nieważności małżeństwa²⁰.

2.1.2. Zaburzenia dysocjacyjne

Analogicznie jak wspomniane zaburzenia lękowe i depresyjne zaburzenia dysocjacyjne wskazują na możliwość wystąpienia u badanego takich objawów, które pozbawią go zdolności zawarcia ważnego małżeństwa kanonicznego. Niezależnie od jednostki chorobowej, bo część cech charakterystycznych dla zaburzeń dysocjacyjnych może występować też przy innych zaburzeniach, właśnie analiza objawów może wykluczyć zdolności poznawcze oraz zdolności podjęcia obowiązków małżeńskich. Zaburzenia dysocjacyjne polegają na częściowej lub całkowitej utracie integracji między wspomnieniami z przeszłości, poczuciem własnej tożsamości oraz bezpośrednimi wrażeniami i kontrolą dowolnych ruchów ciała, które to objawy są reakcją na traumatyczne wydarzenia z przeszłości, do których należą nadużycia seksualne, bycie ofiarą lub świadkiem przemocy, uczestnikiem wojny, katastrofy lub eksperymentów medycznych. Najczęstszym objawem zaburzeń jest amnezja, jednak mogą wystąpić też zaburzenia transowe albo transowe z opętaniem i inne. Wymienione objawy mogą towarzyszyć też innym zaburzeniom i występować na przykład przy ostrej reakcji na stres, schizofrenii czy zaburzeniach osobowości²¹. W rozdziale dotyczącym zaburzeń dysocjacyjnych, który w stosunku do wcześniejszej wersji ICD został wyłączony spod zaburzeń nerwicowych na rzecz samodzielnej jednostki, poza usunięciem punktów na przykład o osłupieniu dysocjacyjnym, przesunięciami typu przeniesienie dysocjacyjnych zaburzeń ruchu do grupy zaburzeń związanych z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi, we wspomnianym bloku zaburzeń dysocjacyjnych pojawiły się zupełnie nowe jednostki takie jak: częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości, dysocjacyjne zaburzenie tożsamości oraz zaburzenie depersonalizacja–derealizacja²². Wcześniej wykazano, że ani w świetle terapeutycznym, ani kanonicznym sama jednostka chorobowa nie będzie miała takiego znaczenia, jak opis cech i stworzenie profilu osoby badanej, co zgodnie z założeniem powinno ułatwić pracę na obydwu wymienionych płaszczyznach.

2.1.3. Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne

Przekształceniom uległa też dawna grupa schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych na rzecz rozdziału: schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, chociaż zmiany akurat w tej jednostce dotyczą głównie kodowania oraz rezygnacji

20 *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Edycja polska na podstawie wydania hiszpańskiego*, red. Piotr Majer (Kraków: Lex a Wolters Kluwer business, 2011), 815.

21 Agata Świerkosz i in., „Zaburzenia dysocjacyjne czy psychotyczne. Stupor u 23-letniej pacjentki”, *Psychiatria* 12/3 (2015): 202, dostęp 2.11.2023, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria>.

22 WHO, ICD-11 – rozdz. 6; Krawczyk, Święcicki, „ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO”, 15.

z podziału schizofrenii na podtypy²³. W celu umożliwienia odpowiedniego kodowania różnego rodzaju typów klinicznych schizofrenii wprowadzono specyfikatory dla pierwotnych zaburzeń psychotycznych i właśnie one uwzględniają objawy pozytywne, negatywne, depresje, manie, objawy psychomotoryczne i objawy poznawcze. Dodatkowo wprowadzone zostały opisy przebiegu poszczególnych objawów pozwalające na różnicowanie między pierwszymi i kolejnymi epizodami pierwotnych zaburzeń, ale też nieepizodycznymi typami przebiegu objawów. Nawet przy występowaniu ostrych epizodów możliwe staje się różnicowanie między stanami ostrymi pełnoobjawowymi oraz częściowej lub pełnej remisji. Kolejną zmianą jest nowe zdefiniowanie zaburzenia schizoafektywnego jako czasowego współwystępowania schizofrenii i zaburzenia nastroju, które klinicznie nie muszą nakładać się w tym samym czasie²⁴.

W orzecznictwie kościelnym samo stwierdzenie schizofrenii lub innej jednostki chorobowej nie jest wystarczającym dowodem do stwierdzenia nieważności małżeństwa, ponieważ konieczne jest wskazanie jej wpływu na niezdolność podjęcia decyzji o zawarciu małżeństwa, braku rozeznania oceniającego lub niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Przedmiotem podjętej analizy musi być więc określenie realnych wpływów konkretnych objawów na podjęcie decyzji małżeńskiej, a w kontekście niezdolności podjęcia obowiązków małżeńskich stwierdzenie, czy akt zgody faktycznie będzie możliwy do podjęcia z zamiarem zrealizowania go w czasie trwania związku²⁵. Kanoniści, pochylając się nad konkretnym badanym, muszą dokonać analizy w świetle obowiązującego prawa, jednak opinia biegłych w zakresie psychiatrii, a szczególnie wskazanie przez nich form i stadium omawianego zaburzenia, jest cenną pomocą, dlatego wydaje się, że jej uszczegółowienie będzie dostarczało wielu ważnych informacji na temat funkcjonowania stron procesowych²⁶.

2.2. Stany związane ze zdrowiem seksualnym

Zmiany wprowadzone w wersji ICD-11, zdaniem psychologów i seksuologów, są efektem postępów w badaniach i praktyce klinicznej, a także zmian w postawach społecznych i prawach człowieka²⁷. Fundamentem zmian stała się eliminacja dualizmu umysł–ciało oraz brak podziału na organiczne i nieorganiczne dysfunkcje seksualne, a także zmiana

23 Krawczyk, Święcicki, „ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO”, 10–11.

24 Gaebel, Zielasek, Reed, „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status”, 178.

25 KPK, kan. 1095 nr 1–3; Leszczyński Grzegorz, „Schizofrenia jako przyczyna nieważności małżeństwa”, *Prawo Kanoniczne* 59, 3 (2016): 94–95.

26 Ginter Dzierżon, „Wpływ schizofrenii na ważność małżeństwa kanonicznego”, *Ius Matrimoniale* 10, 16 (2005): 48–52.

27 Magdalena Smaś-Myszczyszyn, Remigiusz Rzyziński, „Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11”, *Przegląd psychologiczny* 65, 2 (2022): 9, DOI: 10.31648/przegldpsychologiczny.7678; Marta Dora, „Niezdolność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11”, *Przegląd psychologiczny* 65, 2 (2022): 35–36, DOI: 10.31648/przegldpsychologiczny.7750;

nazewnictwa w obrębie zaburzeń parafialnych, co wiąże się z uznaniem różnorodności płciowej, związkowej i seksualnej za normatywną²⁸. W efekcie wprowadzonych zmian oraz połączenia dysfunkcji organicznych i nieorganicznych prawie wszystkie problemy związane ze zdrowiem seksualnym ujęte są w oddzielnym rozdziale na temat zdrowia seksualnego i nie podlegają już oddzielnie zaburzeniom psychicznym i behawioralnym oraz chorobom układu moczowo-płciowego²⁹. Wyjątek stanowią zaburzenia preferencji seksualnych (parafialnych) i kompulsywne zachowania seksualne, które pozostały w rozdziale szóstym³⁰. Fundamentem wcześniej wspomnianych zmian jest nie tylko wprowadzenie otwartego systemu numeracji, ale szczególnie nowe zdefiniowanie problemów natury seksualnej, które przez seksuologów „opisuje się jako interakcja czynników psychologicznych, interpersonalnych, społecznych, kulturowych, fizjologicznych i związanych z płcią”³¹. Uwzględniając klasyfikację jednostek związanych ze zdrowiem seksualnym, należy, za katalogiem ujętym w ICD-11 w rozdziale siedemnastym, wyróżnić trzy bloki, na które składają się: w punkcie pierwszym dysfunkcje seksualne, do których zaliczają się zaburzenia pożądania seksualnego o charakterze hipoaktywnym, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu, zaburzenia wytrysku i inne dysfunkcje; w punkcie drugim zaburzenia bólowe związane z seksualnością, czyli zaburzenia związane z bólem seksualnym podczas penetracji i inne łączące się z bólem oraz wymieniona w punkcie trzecim niezgodność płci dzielona na okres dojrzewania i dorosłości³².

Mimo wielu zmian wprowadzonych względem poprzednich edycji ICD szczególną uwagę przykuwa zastąpienie diagnozy transseksualizmu niezgodnością płci i zapisanie jej w rozdziale, który został poświęcony zdrowiu seksualnemu, które to przesunięcie traktowane jest jako wydarzenie historyczne³³. Obecnie niezgodność płci staje się pojęciem neutralnym, które zakłada brak zgodności płci nadanej przy narodzinach z płcią odczuwaną. Diagnoza nie wymaga nawet odczuwania cierpienia, które stanowiło kryterium

Bartosz Grabski, „Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów”, *Psychiatria Polska* 187 (2020): 1–8, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785>.

- 28 Usunięte zostały: kategoria wcześniej poświęcona zaburzeniom identyfikacji płciowej i transwestytyzmu oraz kategoria zaburzeń psychicznych i zachowań związanych z rozwojem i orientacją seksualną, a nowością stało się wprowadzenie kategorii kompulsywnych zaburzeń seksualnych. Smaś-Myszczyzyn, Rzyziński, „Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11”, 10–11.
- 29 Smaś-Myszczyzyn, Rzyziński, „Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11”, 12–13.
- 30 Wojciech Merk, Jarosław Stusiński, „Zastosowanie klasyfikacji ICD-11 w diagnostyce problemów zdrowotnych związanych z seksualnością”, w: *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne*, red. Zbigniew Lew-Starowicz (Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2022), 54.
- 31 Smaś-Myszczyzyn, Rzyziński, „Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11”, 13.
- 32 WHO, ICD-11 – rozdz. 17; Galecki, „Psychopatologia”, 38–39.
- 33 Fakt umiejscawiania diagnozy w obszarze różnorodności płciowych w rozdziale zaburzeń psychicznych miał ponad czterdziestoletnią historię. Dora, „Niezdgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11”, 35–36.

w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 2013 roku³⁴. Zdaniem seksuologów zmiana z transseksualizmu na proponowaną niezgodność płci u adolescentów i dorosłych ma doprowadzić do zmniejszenia stygmatyzacji osób transseksualnych i transpłciowych poprzez podkreślenie ich prawa do działań terapeutycznych³⁵. Diagnoza niezgodności płci staje się kwalifikującą do hormonoterapii, mastektomii, plastyki penisa lub pochwy i innych zabiegów³⁶. Warto jednak pamiętać, że diagnoza niezgodności płci powinna być poprzedzona badaniami pod kątem innych zaburzeń, bo może być efektem na przykład zaburzeń urojeniowych lub innych jednostek chorobowych. Mimo opisanej zmiany część seksuologów zgłasza kolejne postulaty, uważając, że transpłciowość ma wymiar tożsamościowy, a nie seksualny, a tym samym jest cechą osoby, a nie jej stanem³⁷. Nie jest wykluczone, że efektem praktycznej zmiany podejścia staje się problem wspomniany przez część krajowych seksuologów, którzy zauważają, że do poradni bardzo często już teraz zgłaszane są dzieci oraz dorastająca młodzież w skali przekraczającej ogólne statystyki³⁸.

Podsumowując wprowadzone zmiany, za seksuologami można powiedzieć, że uwzględniono postulowane „usunięcie kategorii F66, tj. «zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną», usunięcie kodów F64.1, tj. «transwestytyzmu podwójnej roli», oraz F65.1, tj. «transwestytyzmu fetyszystycznego», a przede wszystkim zmianę nazwy kodu F64.0, tj. «transseksualizmu», i przesunięcie tej diagnozy z rozdziału «zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania» do innej, niezwiązanej ze zdrowiem psychicznym sekcji (...). Zagadnienia dotyczące identyfikacji płciowej umieszczono w nowym rozdziale, pt. «stany związane ze zdrowiem seksualnym» (...), gdzie miejsce «transseksualizmu» zastąpiła «niezgodność płciowa w adolescencji i dorosłości»³⁹.

34 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* opracowało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, dokument ogłoszono 18 maja 2013 roku, dostęp 2.11.2023, www.psychiatry.org/dsm5; Grabski, „Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów”, 2; Piotr Gałecki i in., „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”, w: *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*, red. Piotr Gałecki (Wrocław: Edra Urban & Partner, 2022), 236.

35 Tomasz Jakubowski, „Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku”, *Psychiatria Polska* 55,1 (2021): 72, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/112442>; Gałecki i in., „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”, 236.

36 Smaś-Myszczyszyn, Rzyński, „Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11”, 16–17.

37 Dora, „Niezgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11”, 36; Gałecki i in., „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”, 236.

38 Marta Dora, Bartosz Grabski, Bartłomiej Dobroczyński, „Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne”, *Psychiatria Polska* 55, 1 (2021): 24, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009>.

39 Niezgodność powinna charakteryzować się „wyraźną i trwałą niezgodnością między doświadczaną przez daną osobę płcią a płcią, jaka została jej przypisana, co często skutkuje pragnieniem tranzycji, aby żyć i być akceptowanym jako osoba płci doświadczanej. Odbyna się to na drodze leczenia hormonalnego, zabiegów chirurgicznych lub

Przytoczony obszerny cytat streszcza kierunek zmian w jednym z ważniejszych obszarów w kontekście małżeńskich procesów kanonicznych. Jak wyżej zaznaczono, obecna wiedza i analiza dysfunkcji seksualnych w kontekście interakcji między czynnikami fizycznymi i psychicznymi przyczyniła się do wyodrębnienia oddzielnego rozdziału na temat zaburzeń zdrowia seksualnego⁴⁰. Mimo tego wyodrębnienia i kodu wskazującego na pierwotną kategorię dysfunkcje seksualne zostały dodatkowo wprowadzone jako wtórne w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. Status wtórnej kategorii potwierdza, że dysfunkcje seksualne we wskazanym w klasyfikacji zakresie zostają poddane praktyce psychiatrów i innych specjalistów zdrowia psychicznego⁴¹. Przytoczone zmiany warto jednak rozważać nie tylko w świetle kanonów odnoszących się do natury psychicznej, ale wydaje się, że również w kontekście samego określenia małżeństwa, które opisane jest jako „małżeńskie przymierze, przez które mężczyzna i kobieta tworzą ze sobą wspólnotę całego życia, skierowaną ze swej natury na dobro małżonków oraz na zrodzenie i wychowanie potomstwa”⁴², co w zestawieniu z ICD-11 w praktyce może rodzić niejasności interpretacyjne u poszczególnych wiernych.

3. Ekspertyza biegłego w kanonicznych procesach małżeńskich

Korzystając ze wsparcia ekspertów w kontekście badania ważności kanonicznego małżeństwa, należy mieć na uwadze, że poszczególne funkcje psychiki ludzkiej stanowią nierozzerwalną całość, chociaż czynności psychiczne opisywane będą zawsze oddzielnie. W celu dokonania odpowiedniej oceny konieczna jest znajomość czynności psychicznych człowieka zdrowego, ponieważ tylko ona umożliwi stwierdzenie, która czynność jest zaburzona, bo „sprawność czynności psychicznych zależy od biologicznego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, od czynników psychologicznych i społecznych oddziałujących na jednostkę. Powyższe czynniki wpływają na siebie wzajemnie. Granica między zjawiskiem psychopatologicznym a prawidłową reakcją psychiki jest płynna”⁴³.

innych usług mających na celu dostosowanie ciała osoby do płci doświadczanej w takim zakresie, w jakim tego pragnie. Diagnozy nie można postawić przed rozpoczęciem okresu dojrzewania. Zachowania i preferencje odmienne od stereotypowych (...) same w sobie nie stanowią podstawy do postawienia diagnozy”. Dora, Grabski, Dobroczyński, „Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne”, 27–28.

40 Przykładem interakcji może być zaburzenie podniecenia seksualnego wyływające z rygoryzmu religijnego. Wpływ przekonań może być tak silny, że może zdominować pragnienie aktywności seksualnej, a powody moralne mogą przyczynić się do zmniejszenia reakcji narządów płciowych, a następnie powodować, że żaden rodzaj stymulacji seksualnej nie będzie wywoływał podniecenia. Inną przyczyną może być lęk, który analogicznie może być stanem przejściowym, a może wynikać z zaburzeń osobowości i wówczas jego pokonanie będzie nieprzekraczalne. Gałecki i in., „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”, 236–239.

41 Gaebel, Zielasek, Reed, „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status”, 187–188.

42 KPK, kan. 1055 §1.

43 Gałecki, „Psychopatologia”, 1.

Nie każdy objaw chorobowy (zaburzenie funkcji psychicznej) ani nawet zespół chorobowy (zbiór objawów) wskazuje na konkretną jednostkę chorobową, ponieważ mogą być tylko charakterystycznym objawem danej jednostki albo występować w zaburzeniach psychicznych o odmiennej etiologii. W celu ustalenia objawów psychopatologicznych konieczne jest sprawdzenie i stwierdzenie, że objaw jest źródłem cierpienia, zakłóca indywidualne funkcjonowanie, związany jest z nieprawidłowością zachowań albo nawet utratą kontroli nad swoim zachowaniem, doprowadza obserwatora do dyskomfortu, związany jest z naruszeniem norm społecznych, dziwnym lub nieracjonalnym zachowaniem lub zachowaniem rzadko spotykanym⁴⁴.

Z samego stwierdzenia opisanego wyżej zjawiska psychopatologicznego nie można wprost wyprowadzić wniosku o nieważności kanonicznego związku małżeńskiego. Zaburzenie psychiczne, inna jednostka chorobowa lub zespół objawów, aby stały u podstaw stwierdzenia nieważności małżeństwa, muszą na przykład przyczynić się do braku wystarczającego używania rozumu, poważnego braku rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich lub niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095 n. 1–3)⁴⁵. W kontekście uwarunkowań natury psychicznej przyczyną nieważności małżeństwa jest tylko niezdolność konsensualna w momencie jego zawierania⁴⁶. Niezdolność, a nie trudność odpowiedniego wyrażenia i następnie realizacji zgody małżeńskiej może stać u podstaw nieważności⁴⁷, dlatego w terminologii kanonicznej nie stosuje się klasyfikacji natury medycznej i psychiatrycznej⁴⁸. Mimo wszystko w niektórych procesach o stwierdzenie nieważności małżeństwa wskazane i cenne jest powołanie biegłego z ważnej dla sprawy specjalizacji, dlatego prawodawca stanowi, że „z pomocy biegłych należy skorzystać, ilekroć ich badanie i opinia, oparte na zasadach fachowości lub wiedzy, są wymagane na podstawie nakazu prawa lub sędziego do potwierdzenia jakiegoś faktu lub poznania prawdziwej natury jakiejś rzeczy”⁴⁹. Biegły nie ma żadnych podstaw do wydawania opinii na temat ważności lub nieważności małżeństwa⁵⁰. Jak stanowi prawodawca, „sędzia, biorąc pod uwagę to, co zostało ewentualnie wskazane przez strony, powinien określić swoim dekretem poszczególne kwestie, które mają zostać uwzględnione w opinii biegłego”⁵¹. Biegły staje się świadkiem z wiedzy, a jego opinia ma pomóc sędziom

44 Gałecki, „Psychopatologia”, 1–2.

45 KPK, kan. 1095, n. 1–3.

46 Cenalmor, Miras, *Prawo kanoniczne*, 416. Zgoda jest przyczyną sprawczą każdego małżeństwa. Dotykając sfery stanowienia o sobie, nie może być uzupełniona przez żadną władzę zewnętrzną, tym samym za ważne nie może być uznawane małżeństwo, jeśli jego zawieraniu towarzyszyła wada, która czyni je nieważnym na skutek defektu. *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Edycja polska na podstawie wydania hiszpańskiego*, red. Piotr Majer, 782. KPK, kan. 1057 §1–2.

47 Tomasz Rozkrut, *Jan Paweł II do Roty Rzymskiej* (Tarnów: Biblos, 2003), 113–121.

48 Cenalmor, Miras, *Prawo kanoniczne*, 415.

49 KPK, kan. 1574.

50 Kornaszewska-Polak i in., *Kondycja współczesnej rodziny – ujęcie interdyscyplinarne*, 76; Sztuchmiller, „Proces sporny”, 229–230.

51 KPK, kan. 1577 §1.

uzyskać pewność moralną⁵². Ekspertyza powinna mieć formę konsultacji, ponieważ biegły nie dostarcza nowych dowodów, tylko interpretuje informacje zgromadzone na drodze postępowania procesowego⁵³, a „sędzia powinien uważnie rozważyć nie tylko wnioski biegłych, choćby były zgodne, lecz także pozostałe okoliczności sprawy”⁵⁴. Gdyby materiał zawierał dokument lub zeznania, które pozwoliłyby sędziemu zyskać pewność moralną, wówczas opinia biegłego nie byłaby konieczna, tak samo jak wtedy, kiedy z samych akt wynikałoby na tyle poważny defekt uniemożliwiający zawarcie małżeństwa, że sędzia miałby pewność moralną co do nieważności małżeństwa, bo prawodawca stanowi, że „w sprawach z tytułu impotencji lub wady konsensu z powodu choroby umysłowej lub niezdolności, o których w kan. 1095, sędzia powinien skorzystać z pomocy jednego lub kilku biegłych, chyba że z okoliczności wydaje się to w sposób oczywisty niepotrzebne”⁵⁵.

Zakończenie

Ocena zdolności konsensualnej nigdy nie była efektem prostego uznania, że osoby, u których występuje konkretne zaburzenie lub choroba, nie mają na przykład zdolności podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. W 1987 roku papież Jan Paweł II, przemawiając do członków Roty Rzymskiej, podkreślał, że sędziowie nie mogą domagać się od biegłych osądu na temat nieważności małżeństwa i odwrotnie, nie są zobligowani do uznania osądu wyrażonego przez biegłego⁵⁶. W tym kontekście wydaje się, że obecne rozwiązanie psychologiczno-psychiatryczne ułatwi praktyczne oddzielenie opinii psychologicznej lub psychiatrycznej od wyników badania kanonicznego. Przywołane w treści przykłady nowej klasyfikacji lub brak ujęcia cech łączonych, jak dotąd, z konkretnymi zaburzeniami, obrazują, że głębokiej analizie będzie musiał być poddany niepowtarzalny, bo indywidualny rys, czyli wykaz cech badanego z uznaniem poziomu nasilenia jego zaburzenia lub zespołu objawów, które nie muszą być spięte w jedną kategorialną jednostkę chorobową. Z praktycznego punktu widzenia wykaz cech z oszacowanym poziomem ich nasilenia ma dać pełny obraz kondycji psychicznej badanego, a opis ten będzie mógł być brany pod uwagę

52 Marian Kowalski, *Problem nieważności małżeństwa w świetle kanonu 1095 n. 2 KPK* (Wrocław: Studio Graphito, 2012), 264, 267.

53 Kornaszewska-Polak i in., *Kondycja współczesnej rodziny – ujęcie interdyscyplinarne*, 76; Wojciech Góralski, „Dowodzenie w sprawach o nieważność małżeństwa z kan. 1095 nn. 103 KPK”, w: *Niezdolność konsensualna do zawarcia małżeństwa kanonicznego*, red. Wojciech Góralski, Ginter Dzierżon, (Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 2001), 273; Andrzej Dzięga, „Powołanie biegłego do udziału w kanonicznym procesie o nieważność małżeństwa”, *Ius Matrimoniale* 3 (1992): 70–79.

54 KPK, kan. 1579 §1.

55 Papieska Rada ds. Tekstów Prawnych, „Instrukcja *Dignitas Connubii* z dnia 25 stycznia 2005 roku”, *Communications* 37 (2005): art. 203, w: *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Edycja polska na podstawie wydania hiszpańskiego*, red. Piotr Majer, 1564; Kowalski, *Problem nieważności małżeństwa w świetle kanonu 1095 n. 2 KPK*, 268.

56 Rozkrut, *Jan Paweł II do Roty Rzymskiej*, 116.

do badania pod kątem przyjętej formuły wątpliwości procesowej. Wydaje się, że nowy sposób klasyfikowania polegający na opisywaniu cech i tworzeniu profilu konkretnej osoby ułatwi ocenę wpływu jej stanu psychicznego na zdolność podjęcia decyzji o zawieraniu małżeństwa oraz zdolność podjęcia obowiązków z niego wynikających, chociaż wskazane wydają się badania, czy i które rysy osobowości będą wpływały na zdolność konsensualną. Jednostki chorobowe i cechy będą opisywane według przyjętych norm. W kontekście oceny ważności małżeństwa za dr. n. med. Robertem Pudło można powiedzieć, że „na obecnym poziomie wiedzy o zaburzeniach psychicznych żadna klasyfikacja nie będzie doskonała (...). Błędem jest każdorazowe traktowanie obowiązującej klasyfikacji jako wyroczni i nadmierne przywiązywanie się do tymczasowych rozwiązań”⁵⁷, jednak ICD-11 wkrótce będzie stanowiła punkt odniesienia w sytuacji konieczności interpretacji stanu psychicznego badanego, dlatego wskazane wydaje się już teraz poznanie nie tylko wprowadzonych zmian, ale szczególnie nowego sposobu opisu, który jednocześnie będzie kluczem na czas interpretacji efektów badań prowadzonych przez biegłego.

Bibliografia

- Cenalmor, Daniel, Jorge Miras. *Prawo kanoniczne*. Warszawa: Wolters Kluwer 2022.
- Cieciuch, Jan, Patryk Łakuta, Włodzimierz Strus, Joshua R. Oltmanns, Thomas Widiger. „Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD”. *Psychiatria Polska* 56, 6 (2022): 1185–1202. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138563>.
- Dora, Marta. „Niezgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11”. *Przegląd psychologiczny* 65, 2 (2022): 35–40. DOI: 10.31648/przegldpsychologiczny.7750.
- Dora, Marta, Bartosz Grabski, Bartłomiej Dobroczyński. „Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne”. *Psychiatria Polska* 55/1 (2021): 23–37. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009>.
- Dzierżon, Ginter. „Wpływ schizofrenii na ważność małżeństwa kanonicznego”. *Ius Matrimoniale* 10, 16 (2005): 29–52.
- Dzięga, Andrzej. „Powołanie biegłego do udziału w kanonicznym procesie o nieważność małżeństwa”. *Ius Matrimoniale* 3 (1992): 70–79.
- Franciszek. *List apostolski motu proprio „Mitis Iudex Dominus Iesus” reformujący kanony „Kodeksu Prawa Kanonicznego” dotyczące spraw o orzeczenie nieważności małżeństwa. Tekst łacińsko-polski*. Tarnów: Biblos, 2015.
- Gaebel, Wolfgang, Jürgen Zielasek, Geoffrey M. Reed. „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status”. *Psychiatria Polska* 51, 2 (2017): 169–195. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/69660>.

57 Robert Pudło, „Komentarz”, w: David Goldberg, „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11”, *Psychiatria po dyplomie* 8, 3 (2011): 30, dostęp 2.11.2023, www.podyplomie.pl/psychiatria.

- Gałecki, Piotr. „Psychopatologia”. W: *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, red. Piotr Gałecki, 1–39. Wrocław: Edra Urban & Partner, 2022.
- Gałecki, Piotr. „Schemat badania psychiatrycznego”. W: *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, red. Piotr Gałecki, I–XXVII. Wrocław: Edra Urban & Partner, 2022.
- Gałecki, Piotr, Aleksandra Lewandowska, Joanna Mossakowska-Wójcik, Marlena Zajączkowska. „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”. W: *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, red. Piotr Gałecki, 235–248. Wrocław: Edra Urban & Partner, 2022.
- Goldberg, David. „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11”. *Psychiatria po dyplomie* 8, 3 (2011): 24–30. Dostęp 2.11.2023. www.podyplomie.pl/psychiatria.
- Góralski, Wojciech. „Dowodzenie w sprawach o nieważność małżeństwa z kan. 1095 nn. 1–3 KPK”. W: *Niezdolność konsensualna do zawarcia małżeństwa kanonicznego*, red. Wojciech Góralski, Ginter Dzierżon, 257–297. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 2001.
- Grabski, Bartosz. „Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów”. *Psychiatria Polska* 187 (2020): 1–8. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785>.
- Jakubowski, Tomasz. „Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku”. *Psychiatria Polska* 55, 1 (2021): 71–83. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/112442>.
- 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.* Poznań: Pallottinum, 2022.
- Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Edycja polska na podstawie wydania hiszpańskiego*, red. Piotr Majer. Kraków: Lex a Wolters Kluwer business, 2011.
- Kornaszewska-Polak, Monika, Monika Gwóźdź, Marek Wójtowicz, Leokadia Szymczyk. *Kondycja współczesnej rodziny – ujęcie interdyscyplinarne.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2021.
- Kowalski, Marian. *Problem nieważności małżeństwa w świetle kanonu 1095 n. 2 KPK.* Wrocław: Studio Graphito, 2012.
- Krawczyk, Piotr, Łukasz Świącicki. „ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO”. *Psychiatria Polska* 54, 1 (2020): 7–20. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103876>.
- Leszczyński, Grzegorz. „Schizofrenia jako przyczyna nieważności małżeństwa”. *Prawo Kanoniczne* 59, 3 (2016): 73–95.
- Leszczyński, Grzegorz. „Zaburzenia depresyjne jako przyczyna niezdolności konsensualnej do zawarcia małżeństwa”. *Prawo Kanoniczne* 58, 2 (2015): 31–45.
- Merk Wojciech, Jarosław Stusiński. „Zastosowanie klasyfikacji ICD-11 w diagnostyce problemów zdrowotnych związanych z seksualnością”. W: *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne*, red. Zbigniew Lew-Starowicz. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2022.

- Nowak, Katarzyna. „Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości – osobowość w DSM-5”. *Psychiatria* 12, 2 (2015): 99–103. Dostęp 2.11.2023. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria>.
- Papieska Rada ds. Tekstów Prawnych. „Instrukcja *Dignitas Connubii* z dnia 25 stycznia 2005 roku”. *Communicationes* 37 (2005): 11–92. W: *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Edycja polska na podstawie wydania hiszpańskiego*, red. Piotr Majer, 1497–1596. Kraków: Lex a Wolters Kluwer business, 2011.
- Robert, Pudło. „Komentarz”. W: David Goldberg, „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11”. *Psychiatria po dyplomie* 8, 3 (2011): 29–30. Dostęp 2.11.2023. www.podyplomie.pl/psychiatria.
- Rozkrut, Tomasz. *Jan Paweł II do Roty Rzymskiej*. Tarnów: Biblos, 2003.
- Smaś-Myszczyżyn, Magdalena, Remigiusz Rzyński. „Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11”. *Przegląd psychologiczny* 65, 2 (2022): 9–27. DOI: <https://doi.org/10.31648/przeglądpsychologiczny.7678>.
- Sztuchmiller, Ryszard. „Proces sporny”. W: *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego*, red. Józef Krukowski. T. 5, 123–324. Poznań: Pallottinum, 2007.
- Świerkosz, Agata, Ada Frankowska, Aleksander Turek, Marcin Siwek, Dominika Balachowska, Dominika Dudek. „Zaburzenia dysocjacyjne czy psychotyczne. Stupor u 23-letniej pacjentki”. *Psychiatria* 12, 3 (2015): 201–207. Dostęp 2.11.2023. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria>.
- World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Dostęp 2.11.2023. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

Cytowanie chicagowskie:

- Gwóźdź, Monika. „Znaczenie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w wersji ICD-11 w kontekście kanonicznych procesów małżeńskich”. *Studia Koszalińsko-Koło-brzeskie* 31 (2024): 277–291. DOI: 10.18276/skk.2024.31-14.

Cytowanie oksfordzkie:

- Gwóźdź M., *Znaczenie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w wersji ICD-11 w kontekście kanonicznych procesów małżeńskich*, „Studia Koszalińsko-Koło-brzeskie” 31 (2024), s. 277–291. DOI: 10.18276/skk.2024.31-14.