



---

**Ginter Dzierżon, Kinga Szymańska, *Wpływ zespołu stresu pourazowego na kanoniczną niezdolność do zawarcia małżeństwa*, Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa 2020, ss. 208.**

---

Ks. prof. Ginter Dzierżon i dr Kinga Szymańska podjęli badania nad wpływem zespołu stresu pourazowego na zdolność do zawarcia małżeństwa kanonicznego (Czy nie korzystniej brzmiałby nieco inaczej sformułowany tytuł książki: „Wpływ zespołu stresu pourazowego na niezdolność do zawarcia małżeństwa kanonicznego?”), co należy przyjąć z dużym uznaniem. Jest to bowiem pionierskie przedsięwzięcie, które wymagało żmudnej kwerendy zarówno w obszarze nauk medycznych, jak i prawa kanonicznego.

Wyjaśniając termin „zespół stresu pourazowego”, stosowany zazwyczaj w piśmiennictwie medycznym (w opracowaniach z zakresu psychologii jego odpowiednikiem jest termin: „Zespół stresu post-traumatycznego”), Autorzy monografii zaznaczają, iż posługują się przede wszystkim terminem: *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD).

Struktura opracowania obejmuje trzy rozdziały, poświęcone kolejno: historii badań nad zespołem stresu pourazowego (s. 13-36), zespołowi stresu pourazowego w naukach medycznych (s. 37-109) oraz wpływowi zespołu stresu pourazowego na niezdolność do zawarcia małżeństwa w orzecznictwie Roty Rzymskiej (s. 109-171). Jak widać, dwa pierwsze rozdziały, określone jako „tło do rozważań pryncypialnych” (s. 11), poświęcono samemu zjawisku zespołu stresu pourazowego (w polskiej wersji DSM-5), trzeci zaś analizie orzeczeń rotalnych, w których występuje wątek PTSD.

W rozdziale pierwszym: „Historia badań na zespołem stresu pourazowego” Autorzy informują, iż w ujęciu medycznym objawy PTSD

określono w DSM-I z 1952 roku jako *gross stress reaction*. Tę nową jednostkę chorobową zamieszczono w rozdziale jako „przejściowe, wywołane zaistniałą sytuacją zakłócenia osobowości”; w roku 1968 w DSM-II zastosowano termin: „reakcja sytuacyjna dorosłych” (kod 307.3). Do sklasyfikowania tej formy zaburzenia głównie przyczyniły się doznania skutkujące poważnymi ubytkami w psychice żołnierzy amerykańskich biorących udział w wojnie wietnamskiej (koszmary senne, zaburzenia nastroju, upośledzenia reakcji, agresywne i auto-destrukcyjne działania oraz utrata kontroli nad zachowaniem agresywnym). Badania nad grupą weteranów wojennych wracających z Wietnamu znalazły oddźwięk w DSM-III, w którym od 1980 roku oficjalnie zaczęto stosować termin „zespół stresu pourazowego”. Intensywne badania podjęte w stanach Zjednoczonych wskazywały m.in., że mimo upływu czterdziestu lat od zakończenia działań zbrojnych w Wietnamie, niemal u 271 tysięcy żyjących weteranów tej wojny stwierdzono nadal występowanie objawów PTSD, głównie zaburzeń depresyjnych.

Jak stwierdzają Autorzy, badania specjalistyczne (przeprowadzone w Ariel University) wykazały, że pierwsze opisy objawów PTSD (stan psychiczny żołnierzy) pochodzą sprzed trzech tysięcy lat przed naszą erą w Sumerii: w następstwie śmierci króla Ur-Nammu (2011-2095 p.n.e.) oraz zniszczenia miasta Ur (2026-2003 p.n.e.). Z kolei badacze z Uniwersytetu w Londynie udokumentowali, iż na PTSD cierpieli już żołnierze ze starożytnej Asyrii (po bitwie pod Maratonem, rok 490 p.n.e.); badania współczesne natomiast wykazały, że objawy charakterystyczne dla współczesnego PTSD występowały u wojowników po bitwach z lat 1300-609 p.n.e. (w czasach panowania dynastii asyryjskiej w Mezopotamii).

Interesująco zostały ukazane opisy objawów traumy psychologicznej w dziełach literackich do XVIII stulecia, a nawet w Piśmie Świętym (m.in. przeżycia Hioba). Badacze wskazują również na dzieła Homera, sagi skandynawskie z XIII wieku i twórczość W. Szekspira.

Szczególne zainteresowanie czytelnika budzi fragment rozdziału poświęcony badaniom nad traumą w naukach medycznych, prowadzonych poczynając od *Dissertatio Medica de Nostalgia, oder Heimveh*

Johannesa Hofera (+1752), dzieło opublikowane w Bazylei w 1688 roku, poprzez epokę wojen napoleońskich, wiek XIX (ewolucja przemysłowa, która doprowadziła, że szok pourazowy zaczęto diagnozować nie tylko u żołnierzy, ale także u osób cywilnych, doznających niejednokrotnie urazów w wyniku nieszczęśliwych wypadków; wojna secesyjna z lat 1861-1865, w wyniku której u jej weteranów zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, głównie nostalgię), a kończąc na wieku XX (m.in. Z. Freud, uczeń J.M. Charcota i H. Oppenheim). Autorzy akcentują szczególne wydarzenia traumatyczne XX wieku: obie wojny światowe, które spowodowały wyjątkowe traumy, m.in. więźniów obozów koncentracyjnych (badania Antoniego Kępińskiego).

Czytelnik ma możliwość zapoznania się w rozdziale zarówno ze zjawiskami powodującymi przeżycia traumatyczne, jak i z prowadzonymi od ponad dwustu lat badaniami nad wpływem tychże zjawisk na psychikę ludzką. Zwieńczeniem tych badań było uznanie PTSD przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 1980 roku za odrębną jednostkę nozologiczną.

Rozdział II: „Zespół stresu pourazowego w naukach medycznych” jest prezentacją dokonań nauk medycznych w zakresie zespołu, jakim jest PTSD, w odniesieniu do objawów, kryteriów diagnostycznych oraz etiopatogenezy.

Gdy chodzi o objawy PTSD, Autorzy stwierdzają na wstępie, iż początkowe symptomy zespołu stresu pourazowego dają się zauważyć z reguły w ciągu pierwszych trzech miesięcy od pojawienia się urazu, niekiedy jednak mogą się uwidocznic po kilku miesiącach a nawet po kilku latach. W pracach naukowych z tego zakresu wyróżnia się cztery kategorie objawów PTSD: 1) intruzja (jej przejawem są koszmary senne, retrospekcje, uporczywe ponowne przeżywanie traumy); 2) unikanie dyskusji na temat przeżytej tragedii; 3) kategoria określana jako „podniecenie i reaktywność” (trudności ze snem, drażliwość, wybuchy gniewu, nadwrażliwość, uczucie napięcia i niepokoju); 4) symptomy wpływające na nastrój i myślenie (poczucie winy, trudności z koncentracją, zmniejszenie zainteresowania życiem i otoczeniem, problemy ze zdrowiem psychicznym, jak depresja, lęk czy fobia, problemy z układem odpornościowym, poczucie ciągłego

zmęczenia, problemy z układem krążeniowo-oddechowym, mięśniowo-szkieletowym, żołądkowo-jelitowym oraz immunologicznym).

Czytelnik zapoznaje się następnie z objawami PTSD obserwowanymi u czterech kategorii podmiotów szczególnie podatnych na wymieniony zespół: weteranów wojennych, więźniów, osób zawodowo udzielających pomocy (policjanci, strażacy, ratownicy medyczni, lekarze, pielęgniarki) oraz dzieci. Gdy chodzi o kategorię przedostatnią, zespół naukowców polskich, po badaniu stu ratowników medycznych, stwierdził występowanie PTSD u 40%.

Co się tyczy kryteriów diagnostycznych, Autorzy informują, iż PTSD uwzględniono zarówno w DSM-5, jak i w ICD-10 (pomiędzy treściami zawartymi w obu klasyfikacjach istnieją pewne różnice). Zauważają, że klasyfikacja DSM, będąca w tym zakresie przeciwieństwem ICD, odznacza się wysokim stopniem szczegółowości, przy jednoczesnej elastyczności w sferze diagnozowania. Zwracają też uwagę, że funkcjonowanie dwóch rozbieżnych modeli diagnozowania PTSD może mieć negatywny wpływ na podejście do etiologii zespołu oraz kwestii zapobiegania mu i leczenia, prowadzić do dysharmonii doktrynalnej, a przede wszystkim do obniżenia wskaźnika rozpoznawania syndromu. Szczegółowo zostały przedstawione kryteria diagnostyczne przyjęte zarówno w ICD-10, jak i w DSM-5.

W odniesieniu do etiopatogenezy PTSD czytelnik dowiadyuje się, że generalnie obejmuje ona samo zdarzenie traumatyczne, a ponadto tzw. predyktory (czynniki) psychologiczne środowiskowe oraz genetyczne. Gdy chodzi o zdarzenie traumatyczne, to za główny czynnik etiologiczny uznaje się traumę, który to termin występuje w obu klasyfikacjach psychiatrycznych: ICD oraz DSM, w znaczeniu doświadczenia przytłaczającego swoim ciężarem niemal każdego człowieka, np. poważne zagrożenie życia lub fizycznej integralności własnej czy innej, zwłaszcza osoby bliskiej. Uraz psychiczny może więc być wywołany szerokim wachlarzem zdarzeń. Znacząca jest tutaj informacja Autorów, w myśl której jakkolwiek w DSM-5 określono enumeratywnie wydarzenia stanowiące „zdarzenie traumatyczne” (narażenie na śmierć, narażenie na zagrożenie śmiercią, narażenie na poważne obrażenia bądź zagrożenie obrażeniami, narażenie

na przemoc seksualną lub groźba przemocy seksualnej), to jednak w praktyce katalog sytuacji jest otwarty.

Zatrzymując się nad katalogiem wspomnianych predyktorów psychologicznych, Autorzy wskazują na czynniki rodzinne i genetyczne.

Wydaje się, że „Podsumowanie” (s. 107-108) tak bogatego w treść rozdziału jest zbyt lakoniczne.

W rozdziale trzecim: „Wpływ zespołu stresu pourazowego na niezdolność do zawarcia małżeństwa w orzecznictwie Roty Rzymskiej” (tytuł ten brzmi niemal identycznie z tytułem monografii) ukazano dorobek judykatury rotalnej w uznaniu wpływu PTSD na niezdolność konsensualną.

W pierwszej części przedstawiono PTSD w motywach prawnych (*In iure*) wyroków (w ogólności i w szczególności). Gdy chodzi o stwierdzenia ogólne, uwzględniono tutaj fragmenty dwóch wyroków: z 1986 i 2010 roku, natomiast w obszarze „w szczególności” wskazano na trzy wyroki: z 1980 roku (udział w wojnie), z 2007 roku (nadużycia seksualne) i z 2018 roku (wypadek komunikacyjny).

W części drugiej zaprezentowano PTSD w motywach faktycznych (*In facta*) orzeczeń, według objawów PTSD: 1. *udział w wojnie* (dwa wyroki: z 2009 i 2015 roku, w których odniesienie do zespołu stresu pourazowego występuje incydentalnie, oraz 4 wyroki: z 1980, 2008, 2009 i 2013 roku, i jeden dekret: z 1996 roku, w których to rozstrzygnięciach zespół ten miał w dowodzeniu znaczenie istotne); 2. *pobyt w więzieniu* (dwa wyroki: z 1997 i 2013 roku); 3. *rodzina dysfunkcyjna* (7 wyroków: z 2006, 2009, 2011, 2013, 2014 i 2015 /dwa/ roku); 4. *nadużycia seksualne* (8 wyroków: z 1996, 1999, 2007, 2008, 2011, 2013, 2014, 2016 roku); 5. *wypadek komunikacyjny* (dwa wyroki: z 1994 i 2018 roku); 6. *morderstwo* (wyrok z 2006 roku); 7. *pobicie* (wyrok z 2018 roku).

Poszczególne orzeczenia zostały przedstawione w swoich istotnych fragmentach, ukazując uznanie przez dany turnus rotalny wpływu danej formy PTSD na konsens małżeński (w rozstrzygnięciach pozytywnych) lub też brak takiego uznania (w rozstrzygnięciach negatywnych).

Pożyteczne jest podsumowanie tego znaczącego rozdziału, w którym zaznaczono, iż problem PTSD znacznie częściej wystąpił w częściach wyroków *In facto* niż w częściach *In iure*. Czymś znamionym, a przy tym zupełnie zrozumiałym dla przebadanych orzeczeń jest ukazanie roli biegłych występujących w procesach. Równie oczywiste jest i to, że za przyczynę niezdolności konsensualnej (poważnego braku rozeznania oceniającego lub niezdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich) audytorzy rotalni uznawali jedynie zespół stresu pourazowego o charakterze ciężkim. W niektórych orzeczeniach sędziowie odnieśli się krytycznie do opinii biegłych.

Godne uwagi jest przypomnienie zawarte w „Podsumowaniu”, iż o niezdolności konsensualnej kontrahenta nie decyduje sam PTSD, lecz jego wpływ na zdolność tego ostatniego.

Za szczególny przedmiot refleksji, podkreślono, sędziowie uznawali niezbędną wolność wyboru przy zawieraniu małżeństwa (wolność tzw. autodeterminacji).

Na postawione we „Wstępie” pytanie o zachowanie przez audytorów rotalnych (w aplikowaniu osiągnięć nauk medycznych do sfery kanonicznej) „czystości metodologicznej”, Autorzy odpowiadają twierdząco.

Tytułem przykładu rozstrzygnięcia pozytywnego może być wyrok c. Bruno z 18 kwietnia 1980 roku („udział w wojnie”), który zapadł w stosunku do żołnierza, uczestnika drugiej wojny światowej, który w czasie działań zbrojnych „niemal cudem” został uratowany przed utonięciem w morzu; w wyniku tego wydarzenia popadł w depresję, wielokrotnie hospitalizowany. Jego małżeństwo zawarte kilka lat po zakończeniu wojny zostało – tak w pierwszej, jak i w drugiej instancji (rotalnej) – uznane za nieważne, biegli bowiem obu instancji stwierdzili, iż przez pewien czas „traumatyczna neuroza wojenna”, którą mężczyzna był dotknięty, istniała w formie utajonej, a następnie ujawniła się. Okolicznością znamioną był tutaj krótki okres pomyślnego życia małżeńskiego.

Z kolei przykładem rozstrzygnięcia negatywnego sprawy może być orzeczenie c. Erlebach z 24 marca 2011 roku („rodzina dysfunkcyjna”). Pozwana w sprawie, która doświadczyła przemocy domowej

ze strony ojca, zdiagnozowana przez biegłego pierwszej instancji, została przezeń uznana za dotkniętą PTSD, lecz tylko hipotetycznie. Gdy biegły występujący w instancji rotalnej zlecił biegłemu miejsca przeprowadzenie testu osobowości, okazało się to niemożliwe, gdyż kobieta nie odpowiadała na jego pisma. W zaistniałej sytuacji biegły rotalny dokonał jedynie analizy opinii biegłych niższych instancji konstatując, iż nie są one zgodne. Jego zdaniem, zgromadzona dokumentacja medyczna nie pozwalała na przyjęcie realnego zaburzenia osobowości pozwanej, tym bardziej, że okazała się ona zdolna do „organizowania życia małżeńskiego”; o jej niezdolności konsensualnej można było mówić wyłącznie w stosunku do okresu po zawarciu małżeństwa.

Zakończenie publikacji (s. 173-175) stanowi reasumpcję treści zawartych w jej trzech rozdziałach. Wypada podpisać się pod postulatem dotyczącym potrzeby prowadzenia dalszych badań nad wpływem innych zespołów chorobowych na niezdolność konsensualną do zawarcia małżeństwa (s. 175).

Wykaz bibliografii (s. 179-199), streszczenie w jęz. angielskim (s. 201-203) oraz spis treści w tymże języku (s. 205-208) stanowią formalne uzupełnienie wywodów Autorów zawartych w trzech rozdziałach monografii.

Należy stwierdzić, iż zaprezentowana praca ks. prof. Gintera Dzierżona i dr Kingi Szymańskiej stanowi niewątpliwie wkład w dzieło rozwoju badań nad wpływem jednostek chorobowych na zdolność konsensualną nupturientów w świetle najnowszego orzecznictwa Roty Rzymskiej.

*ks. Wojciech Góralski*  
ORCID 0000-0001-6548-4120