



Ks. WIEŚŁAW KRAIŃSKI

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

krainskw@umk.pl

ORCID: orcid.org/0000-0002-6236-6652

Recenzja naukowa książki: Michael B. First, DSM-5-TR® *Diagnostyka różnicowa*, American Psychiatric Association 2024; wydanie polskie: Edra Urban & Partner, Wrocław 2025, red. Piotr Gałęcki, tłum. Sławomir Sidrowicz, ss. 412

Prezentowana publikacja, DSM-5-TR® Diagnostyka różnicowa, autorstwa Michaela B. Firsta, profesora psychiatrii klinicznej na Columbia University w Nowym Jorku, stanowi jedno z najnowszych i najbardziej użytecznych narzędzi współczesnej diagnostyki psychiatrycznej. Oryginalne wydanie amerykańskie zostało opublikowane w 2024 roku przez American Psychiatric Association, natomiast wydanie polskie, przygotowane pod redakcją prof. dr. hab. Piotra Gałęckiego, ukazało się nakładem wydawnictwa Edra Urban & Partner w roku 2025. Tłumaczenia dokonał prof. dr hab. Sławomir Sidrowicz. Całość obejmuje 412 stron starannie opracowanej treści, odpowiadającej aktualnemu stanowi wiedzy psychiatrycznej.

Wybór tej książki do recenzji podyktowany jest nie tylko jej znaczeniem medycznym, lecz także – a może przede wszystkim – jej wyjątkową użytecznością w pracy kanonistów, zwłaszcza tych, którzy zajmują się sprawami o nieważność małżeństwa z tytułu kan. 1095, n. 3 KPK, mówiącego o „niezdolności z przyczyn natury psychicznej do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich”. Jest to tytuł prawny niezwykle częsty i jednocześnie jeden z najbardziej złożonych, wymagający łączenia wiedzy prawnej, teologicznej i psychologiczno-psychiatrycznej. W licznych moich artykułach podkreślałem, że w praktyce sądowej niemal nigdy

nie spotyka się „czystej” formy zaburzenia – zarówno choroby psychicznej, jak i zaburzenia osobowości. W przeważającej większości przypadków mamy do czynienia z tym, co DSM określa jako rozpoznania różnicowe, czyli współwystępowanie objawów lub zaburzeń, które wzajemnie się nakładają, modyfikują i komplikują obraz kliniczny.

Kanonista, który ma orzekać o zdolności lub niezdolności konsensualnej, musi rozumieć to współwystępowanie zaburzeń. Sędzia kościelny – jako *peritus peritorem*, „biegły biegłych” – niejednokrotnie staje wobec sytuacji, w której to nie główne, dominujące zaburzenie osobowości (opisywane przez biegłego w najwyższym procencie), lecz zaburzenia towarzyszące, „różnicowe”, mają decydujący wpływ na niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Zdarza się bowiem, że zaburzenie frontalne pozostaje stosunkowo stabilne, a dopiero towarzyszący mu komponent – np. cechy unikające, zależne, narcystyczne, impulsywne czy paranoiczne – odgrywa kluczową rolę w ocenie dojrzałości psychicznej do aktu konsensu. Z tego względu znajomość diagnostyki różnicowej DSM jest dla kanonisty wręcz nieodzowna. O ile medycyna europejska posługuje się wciąż klasyfikacją ICD, o tyle Rota Rzymska i liczne trybunały kościelne – jak pokazuje praktyka sentencji rotalnych – powszechnie korzystają z systemu DSM, wypracowanego przez American Psychiatric Association. Niniejsza książka jest więc także swoistym „kluczem” do rozumienia orzeczeń i opinii psychiatrów oraz psychologów wykorzystujących tę klasyfikację.

Książka Firsta została napisana w formie precyzyjnych kroków diagnostycznych, prowadzących czytelnika od pierwszego etapu analizy klinicznej aż do ustalenia właściwego zaburzenia bądź jego wykluczenia. Szczególnie wartościowa jest część wprowadzająca, w której autor omawia diagnostykę różnicową krok po kroku, poczynając od: Wykluczenia symulacji zaburzenia (co ma znaczenie także w sprawach karnych i – choć rzadziej – w sprawach małżeńskich). Wykluczenia zaburzeń wywołanych substancjami psychoaktywnymi lub lekami, co ma znaczenie dla ustalenia, czy objawy mają charakter endogenne, czy reaktywne. Wykluczenia zaburzeń spowodowanych innym stanem medycznym, co w kanonistyce odpowiada rozróżnieniu między przyczynami natury psychicznej a somatycznymi. Ważnym elementem książki – niezwykle cennym również dla sądów kościelnych – jest bogaty zestaw opisów przypadków klinicznych, pozwalających czytelnikowi prześledzić cały tok diagnostyczny od pierwszej obserwacji do konkluzji medycznej.

Drugim, niezwykle interesującym i bardzo praktycznym elementem omawianej publikacji DSM-5-TR Diagnostyka różnicowa jest diagnostyka różnicowa oparta na tzw. drzewach decyzji. Ten rodzaj narzędzia diagnostycznego pozwala czytelnikowi w sposób uporządkowany, logiczny i klinicznie spójny prześledzić, jakie zaburzenia mogą współwystępować z danym objawem lub stanem psychicznym oraz jakie inne możliwe przyczyny należy brać pod uwagę. Drzewa decyzji ukazują – krok po kroku – spektrum zaburzeń, które mogą wyjaśniać określone zachowanie

lub objaw, i tworzą w ten sposób przejrzysty model rozpoznania różnicowego. Mechanizm działania drzew polega na analizie centralnego objawu, który stanowi „pień” drzewa, oraz na wskazywaniu możliwych kierunków diagnostycznych. Dobrym przykładem jest „drzewo decyzji dla braku należytych postępów w nauce”. Autorzy wskazują, że taki stan może być powiązany z szeregiem współwystępujących zaburzeń: deficytami funkcji intelektualnych, zaburzeniem rozwoju intelektualnego, spektrum autyzmu, specyficznymi zaburzeniami uczenia się, zaburzeniami językowymi, mutyzmem selektywnym, ADHD, zaburzeniami regulacji nastroju, zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym, używaniem substancji czy zaburzeniami lękowymi. W ujęciu DSM-5-TR wszystkie te elementy należą do rozpoznania różnicowego, które trzeba rozważyć, zanim orzecze się diagnozę zasadniczą. Niezwykle ciekawym przykładem jest także „drzewo decyzji dla problemów behawioralnych u dzieci i młodzieży”. Dane kliniczne odnoszą takie zachowania zarówno do możliwego używania substancji, jak i do stanów fizjologicznych, zaburzeń adaptacyjnych czy zaburzeń zachowania. Struktura ta umożliwia uporządkowanie obserwowanych objawów i wyjaśnienie ich potencjalnych źródeł, co jest szczególnie przydatne zarówno dla psychiatrów, jak i psychologów klinicznych. Jednym z najbardziej wartościowych drzew decyzji jest drzewo dla myśli i zachowań samobójczych, co ma dziś ogromne znaczenie z uwagi na wzrastające problemy psychiczne u dzieci i młodzieży. Autorzy wyraźnie rozróżniają:

- samookaleczanie bez pragnienia śmierci,
- zachowania, które mogą prowadzić do autoagresji,
- zachowania, w których pojawia się już choćby łagodnie wyrażone pragnienie śmierci.

Wskazane są również związki między myślami samobójczymi a innymi zaburzeniami psychicznymi: zaburzeniami depresyjnymi, urojeniami – zwłaszcza urojeniem winy – zaburzeniami spowodowanymi stanem medycznym, zaburzeniami nastroju (w tym zaburzeniem dwubiegunowym), zaburzeniami neurokognitywnymi, czy zaburzeniami zachowania i osobowości. Na szczególną uwagę zasługuje również wskazanie na możliwość wystąpienia objawów depresyjnych jako konsekwencji działania substancji psychoaktywnych lub leków oraz powiązania między uporczywym nastrojem depresyjnym a jego etiologią. Drzewo decyzji pozwala zrozumieć, że myśli samobójcze i zachowania autoagresywne mogą mieć rozmaite źródła i odmienny charakter – od zaburzeń adaptacyjnych, przez zaburzenia osobowości (antyspołeczne, borderline), aż po zaburzenia wywołane substancjami, stany medyczne, czy epizody depresyjne i maniakalne. Jest to zatem narzędzie bardzo wartościowe nie tylko klinicznie, ale także pedagogicznie i duszpastersko: pozwala wychowawcom, kapłanom oraz osobom pracującym z młodzieżą powiązać obserwowane zachowania z możliwymi przyczynami psychologicznymi i psychiatrycznymi.

Z punktu widzenia kanonistyki – zwłaszcza w kontekście kan. 1095, n. 3 KPK – drzewa decyzji stanowią niezwykle użyteczną pomoc. Pozwalają bowiem zrozumieć, że określone zachowania, także te obecne przed ślubem, mogą wynikać z szerokiego wachlarza zaburzeń różnicowych, które wpływają na dojrzałość emocjonalną, poczucie odpowiedzialności, zdolność do relacji i podejmowania decyzji. Model drzewa decyzji ukazuje, że objaw, który z pozoru wydaje się jednoznaczny, może być elementem złożonego obrazu, który wymaga pogłębionej analizy. Tym samym DSM-5-TR Diagnostyka różnicowa wprowadza do praktyki diagnostycznej czytelną, systematyczną i klinicznie uzasadnioną metodę interpretowania objawów, którą można z sukcesem stosować również w procesach kanonicznych. Dzięki drzewom decyzji kanonista może lepiej zrozumieć opinie biegłych, a biegły – przedstawić swoje wnioski w sposób logiczny i przejrzysty. Jest to przykład znakomitego połączenia perspektywy medycznej i prawnej, które w dziedzinie niezdolności konsensualnej są absolutnie kluczowe.

Trzecią, obszerną część książki – obejmującą strony od 193 do 343 – stanowi diagnostyka różnicowa z zastosowaniem tabel. To kolejne, niezwykle praktyczne rozwiązanie, uzupełniające opisane wcześniej kroki kliniczne i drzewa decyzji. Układ tabel jest przejrzysty, logiczny, systematyczny oraz metodologicznie spójny. Można powiedzieć, że w tej części autor wprowadza porządek strukturalny w złożony świat zaburzeń psychicznych, pozwalając czytelnikowi w szybki sposób zestawzić ze sobą cechy różnicujące poszczególne jednostki diagnostyczne. Już na początku tej części, na stronie 195, autor zaznacza ważne zastrzeżenia metodologiczne, które należy mieć na uwadze przy korzystaniu z tabel. Cytując: „Opisy w tabelach koncentrują się na cechach różnicujących zaburzeń, gdyż tylko nieliczne z nich – jak na przykład zaburzenie dwubiegunowe typu I i ciężka depresja – można wzajemnie wykluczyć wyłącznie na podstawie definicji. Z tego względu w tabelach brakuje diagnostyki współchorobowości.” To istotne przypomnienie, ponieważ – jak trafnie zauważa autor – praktyka kliniczna pokazuje, że wiele obrazów psychopatologicznych odpowiada jednocześnie kilku precyzyjnie zdefiniowanym w DSM-5 zaburzeniom psychicznym. Oznacza to, że diagnoza nie może opierać się wyłącznie na schemacie tabelarycznym, lecz musi uwzględniać doświadczenie klinicysty, złożoność pacjenta oraz możliwą współchorobowość.

Z punktu widzenia kanonisty jest to przypomnienie fundamentalne. Nie tylko biegły psycholog czy psychiatra, ale również sędzia – jako *peritus peritorum* – powinien pamiętać, że zaburzenia rzadko występują w postaci „czystej”. To, co bywa określane w opiniach jako „zaburzenia różnicowe”, często pojawia się procentowo w mniejszym natężeniu niż zaburzenie główne, a jednak może odgrywać kluczową rolę dla zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095, n. 3). Wśród licznych tabel diagnostycznych szczególnie interesująca, z perspektywy procesów o nieważność małżeństwa, jest tabela dotycząca zaburzenia osobowości typu *borderline* (osobowości chwiejnej emocjonalnie), przed-

stawiona na stronie 336 podręcznika. Autor podkreśla, że zaburzenie to charakteryzuje się utrwalonym wzorcem niestabilnych relacji, zmiennego obrazu siebie, wahaniami emocji oraz wyraźnej impulsywności. Wymaga ono zróżnicowania m.in. z: Histrionicznym zaburzeniem osobowości, które również może obejmować zachowania manipulacyjne i potrzebę skupiania uwagi na sobie, lecz ma inne podłoże emocjonalne. Schizotypowym zaburzeniem osobowości, w którym częściej występują odniesienia irracjonalne czy myślenie quasi-psychotyczne, jednak w mniejszym stopniu dotyczą one dynamiki relacji interpersonalnych.

Narcystycznym zaburzeniem osobowości, gdzie dominującymi cechami są poczucie własnej wielkości, potrzeba podziwu i brak empatii – co również wymaga starannego różnicowania. Zaburzeniami z kręgu obsesyjno-kompulsywnego, gdzie perfekcjonizm może imitować niektóre zachowania z pogranicza dysregulacji emocjonalnej. Warto podkreślić, że według logiki DSM, zaburzenia osobowości dzielą się na grupy: poznawcze, lękowe oraz emocjonalne. Zaburzenie borderline należy do zaburzeń emocjonalnych, co dodatkowo podkreśla konieczność precyzyjnego różnicowania go z zaburzeniami schizotypowymi lub paranoicznymi, które korespondują bardziej z zakłóceniami poznawczymi niż emocjonalnymi. Podobną zasadę stosuje się w diagnostyce różnicowej osobowości narcystycznej. Tu również tabela przedstawia konieczność zróżnicowania z zachowaniami histrionicznymi, obsesyjno-kompulsywnymi, cechami paranoicznymi czy epizodami maniakalnymi – które mogą naśladować objawy narcystyczne, choć mają zupełnie inną etiologię. Wszystkie te elementy mają bezpośredni wpływ na ocenę kanoniczną, ponieważ nawet „mniejsze”, współistniejące rysy osobowości mogą w praktyce pozbawić osobę zdolności do relacji, dojrzałości emocjonalnej czy możliwości podjęcia odpowiedzialności – a więc istotnych elementów zgody małżeńskiej.

Na uwagę zasługuje również zamieszczony w końcowej części zestaw klasyfikacji DSM-5-TR wraz z odpowiednimi kodami diagnostycznymi. Choć istnieją inne podręczniki zawierające podobne zestawienia, warto docenić, że autor umieścił tę klasyfikację w jednym miejscu, co znacząco ułatwia korzystanie z książki w praktyce klinicznej i sądowej.

Ostatnią część książki stanowi niezwykle starannie opracowany skorowidz, który – w mojej opinii – jest ważnym elementem całej publikacji. To właśnie od niego powinien rozpoczynać swoją pracę każdy klinicysta, psycholog, psychiatra, a także sędzia kościelny czy kanonista, pragnący szybko odnaleźć właściwe hasło, opis zaburzenia lub jego powiązania w strukturze DSM-5-TR. Skorowidz nie tylko porządkuje ogrom materiału, ale przede wszystkim staje się narzędziem, które pozwala natychmiast przejść od konkretnego objawu lub zachowania do odpowiednich fragmentów podręcznika, a następnie do ich możliwych interpretacji diagnostycznych.

W praktyce sądowej, szczególnie w sprawach opartych na kan. 1095, n. 3 KPK, skorowidz pełni funkcję swoistego „klucza dostępu” – umożliwia szybkie dotarcie

do opisu zaburzeń, które mogą mieć znaczenie dla oceny zdolności do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. W rzeczywistości procesów kanonicznych, w których sędzia musi rozumieć nie tylko zaburzenie główne, ale również wszystkie zaburzenia różnicowe i współwystępujące, tak skonstruowany skorowidz staje się narzędziem cennym.

Muszę podkreślić, że jako psycholog kliniczny i kanonista od dawna czekałem na polskie wydanie tak obszernej i tak dobrze przygotowanej publikacji poświęconej diagnostyce różnicowej. Jest to bowiem jeden z najtrudniejszych obszarów zarówno psychiatrii, jak i psychologii klinicznej. Jak już wspomniałem, nie da się – w bardzo wielu przypadkach – jednoznacznie przyporządkować pacjenta do jednej, czystej kategorii diagnostycznej. Obrazy psychopatologiczne są złożone, wielowymiarowe, często mieszane, a komorbidność jest raczej regułą niż wyjątkiem. Dlatego tak istotne jest narzędzie, które nie tylko opisuje zaburzenia, ale również pokazuje ich złożone współzależności.

Publikacja Michaela B. Firsta DSM-5-TR® Diagnostyka różnicowa doskonale spełnia tę funkcję. Jest napisana w sposób jasny, usystematyzowany, zgodny z najnowszą wiedzą kliniczną, a jednocześnie praktyczny i niezwykle użyteczny zarówno dla klinicystów, jak i dla kanonistów. Z pełnym przekonaniem mogę polecić ją wszystkim, którzy potrzebują solidnej, wiarygodnej i nowoczesnej pomocy w zrozumieniu złożoności zaburzeń psychicznych oraz ich znaczenia dla funkcjonowania człowieka – także w perspektywie kanonicznej.