

Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku

The possibility or coercion treatment? Anorexia nervosa – legal regulations. A case report

Aneta Tylec, Marcin Olajossy, Halina Dubas-Ślemp,
Katarzyna Spychalska

Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

Summary

Anorexia nervosa is diagnosed on the basis of well-defined diagnostic criteria and requires treatment, as it is associated with the highest mortality rate of all mental illnesses. In Poland, anorexia nervosa is not considered a mental illness, although the opinion of researchers and clinicians are divided. To reduce the death rate of AN correct and early diagnosis, appropriate treatment starting immediately and the appropriate regulations to allow people to take the AN treatment against their will are necessary. In our work, we presented the treatment of patients with severe mental anorexia with a predominance of restrictive behavior as well as the issue of regulations relating to the compulsory treatment of people with eating disorders.

Słowa kluczowe: anoreksja psychiczna, przymusowe leczenie, uregulowania prawne

Key words: anorexia nervosa, compulsory treatment, legal regulation

Wstęp

W ciągu ostatnich 40 lat we wszystkich kulturach i narodowościach obserwuje się istotny wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania się [1], obniżanie się wieku zachorowania na anoreksję psychiczną (AP), coraz rzadsze występowanie restrykcyjnego typu jadłowstrętu psychicznego (JP). Być może jest to spowodowane zmianami kulturowo-społecznymi [2].

JP dotyczy około 2–3% populacji ogólnej [3]. Anoreksja psychiczna jest rozpoznawana na podstawie ściśle określonych kryteriów diagnostycznych (ICD-10 i DSM-IV). JP wiąże się z największą śmiertelnością spośród wszystkich zaburzeń psychicznych. Sięga ona 18% w grupie pacjentek w wieku 20–30 lat, w zależności od przyjętej metodologii badania, doboru grupy i kryteriów rozpoznawania AP [4]. W literaturze przedmiotu badań niewiele jest perspektywnych analiz śmiertelności populacji osób

leczonych z powodu JP w warunkach szpitalnych. Najbardziej wiarygodne są wyniki badań, w których obliczono ustandaryzowany współczynnik śmiertelności (standardized mortality ratio – SMR). SMR wyraża stosunek zgonów obserwowanych w trakcie badania do spodziewanych w tym okresie [5].

Przegląd wyników badań – opublikowanych w bazach medycznych (Medline/PubMed, PsycINFO i Embase oraz ScienceDirect, Ingenta Select, Ovidiusz, Wiley-BlackwellInterscience) w latach 1966–2010, analizujących śmiertelność w populacji osób z zaburzeniami odżywiania się – potwierdził najwyższy wskaźnik śmiertelności wśród pacjentów z JP. Standardowy wskaźnik umieralności dla AP wyniósł 5,86, dla bulimii – 1,9. SMR u pacjentów z BMI > 11,5 wyniósł 7, a dla osób z BMI < 11,5 – 30 [6]. Czynniki zwiększającymi umieralność są: postać AP z nasilonymi objawami, leczenie szpitalne (10-krotny wzrost ryzyka zgonu), starszy wiek, duże nasilenie objawów w chwili przyjęcia na oddział, dłuższy czas trwania zaburzenia, obecność prób samobójczych w anamnezie [7]. Natomiast predyktorami aktywności suicydalnej są: typ przeczyszczający JP, lęk, objawy zespołu depresyjnego [8], współwystępowanie alkoholizmu [9]. Główną przyczyną zgonów chorych na JP są samobójstwa (jedna na pięć osób ginie śmiercią samobójczą [10]) oraz powikłania somatyczne [11].

Na rozwój JP coraz większe znaczenie, także w Polsce, wywiera wirtualna społeczność pro-ana (łącząca osoby, które stosują restrykcyjną dietę i traktują ją jako sposób na życie) [5]. Społeczność pro-ana stanowi bezpieczną enklawę dla osób cierpiących z powodu AP, które nie podejmują leczenia [12]. W niektórych krajach proponowane i podejmowane są próby prawnych uregulowań zapobiegania promowaniu JP w środkach masowego przekazu. Na przykład francuskie Zgromadzenie Narodowe w 2008 roku przyjęło ustawę nakładającą karę w wysokości 35 tys. euro i dwóch lat więzienia za zachęcanie kobiet do restrykcyjnej diety oraz 45 tys. euro i trzech lat więzienia, jeśli skutkiem anoreksji jest śmierć.

W Polsce anoreksji psychicznej nie uważa się za chorobę psychiczną, choć zdania badaczy i klinicystów są podzielone. Definicja choroby psychicznej zawarta w „Wielkim słowniku medycznym” podaje, że choroba psychiczna (psychoza) obejmuje wszelkie zaburzenia typu psychotycznego, w których występują objawy psychotyczne (omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji) [13]. Jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd (poczucie choroby), zdolność radzenia sobie z wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością, w którym występują jakościowe zmiany myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu psychoruchowego, prowadzące do znacznych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym. W obowiązującej od 1994 roku Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (UoZP) za osobę z zaburzeniami psychicznymi uważa się osobę chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychotyczne), upośledzoną umysłowo lub wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych (które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych). Ustawodawca przyjął założenie, że wyżej wymienione pojęcia wyznaczone są przez aktualny stan wiedzy medycznej (dlatego ich znaczenie i zakres nie powinny być ustalane w akcie normatywnym), a zaliczanie danej osoby do określonej kategorii jest czynnością lekarską (diagnozą) [14].

W obu klasyfikacjach – międzynarodowej ICD-10 i amerykańskiej DSM-IV – termin „choroba psychiczna” zastąpiono określeniem „zaburzenie”. Podobnie w publikacjach naukowych. Termin „zaburzenie” (ang. disorder) pełni nadrzędną rolę w odniesieniu do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria. Definicja zaburzenia psychicznego sformułowana w największych klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) jest podobna, od dawna stabilna i prawdopodobnie nie ulegnie zmianie w ICD-11. Zgodnie z nią o zaburzeniu psychicznym mówimy w przypadku wystąpienia zespołu czterech powiązanych ze sobą zjawisk: objawów psychopatologicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń funkcjonowania i wewnętrznego stresu patologicznego [15].

Postawienie diagnozy choroby psychicznej wiąże się z określonymi zasadami postępowania medycznego, społecznego czy prawnego. W Polsce osoby chore psychicznie w porównaniu z tymi z zaburzeniami psychicznymi mają większy dostęp do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych i wyłącznie wobec nich możliwe jest postępowanie lecznicze bez ich zgody (art. 23 i 29 UoZP). Brak definicji choroby psychicznej oraz osoby chorej psychicznie w UoZP może być przyczyną nadużyć czy nietrafnych decyzji mających określone skutki dla osób przejawiających zaburzenia psychiczne. Również w innych polskich regulacjach prawnych, takich jak kodeksy: karny (kk), cywilny (kc), rodzinny czy opiekuńczy (krio), brak definicji powyższych terminów. Ich następstwa mogą okazać się poważniejsze i trwalsze w skutkach niż sytuacje, których dotyczy UoZP [16].

Opis przypadku

W naszej pracy przedstawiliśmy postępowanie wobec pacjentki z ciężką postacią anoreksji psychicznej, z przewagą zachowań restrykcyjnych, jak również problem uregulowań prawnych związanych z przymusowym leczeniem osób z zaburzeniem odżywiania się.

Chora zaczęła odchudzać się w wieku 14 lat na skutek komentarzy koleżanek, że jest gruba. W pierwszym roku odchudzania się nastąpił spadek masy ciała o 18 kg. Najniższe, odnotowane podczas wszystkich hospitalizacji BMI wyniosło 12,2, a najwyższe – 19,9. Pacjentka początkowo ograniczała ilość posiłków, a następnie stosowała restrykcyjną dietę. Według matki po każdym wypisie ze szpitala córka natychmiast odchudzała się. Pojawiły się napady bulimiczne z wymiotami oraz okresy głodówek.

Pacjentka pochodzi z rodziny, w której jej ojciec w 2004 roku został skazany za jej molestowanie seksualne oraz za fizyczne i psychiczne znęcanie się nad nią i jej matką. Od tej pory „starał się być opiekuńczy mimo gwałtownego charakteru”, ale nadal relacje między domownikami nie były poprawne. W ciągu 23 lat życia chorej odnotowano liczne jej hospitalizacje, początkowo w klinice pediatrii, endokrynologii i neurologii, następnie na oddziałach psychiatrycznych i internistycznych, z powodu anoreksji psychicznej. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce w 15 r.ż. Rozpoznanie, jakie postawiono podczas kolejnych hospitalizacji (poza AP), obejmowały wtórna anemię, wtórny brak miesiączki, osteopenię, obserwację układu moczowego, ropień prawego dołu pachowego, samobójcze zatrucie lekami (pierwsze w 18 r.ż.). Chora

kilkakrotnie kończyła hospitalizację w szpitalu psychiatrycznym, uciekając z oddziału lub nie wracając z przepustek. Pobyt na oddziale nerwic zakończył się wypisem z powodu braku współpracy.

Podczas jednej z hospitalizacji (2007 r.) u pacjentki zaobserwowano dodatkowo objawy psychotyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania pod postacią: urojeń prześladowczych, ksobnych, wrażenia oddziaływania, psedohalucynacji słuchowych, chwiejności afektywnej, dezorganizacji, ambiwalencji, nasilonego lęku, braku dystansu, uskokowości i rozkojarzenia toku wypowiedzi.

W czerwcu 2009 roku do sądu okręgowego wpłynął w trybie pilnym wniosek rodziców o ubezwłasnowolnienie córki z powodu długotrwałej anoreksji, braku zgody chorej na leczenie oraz pogarszającego się stanu jej zdrowia. Podczas badania na zlecenie sądu (17.12.2009 r.) matka pacjentki podała, że córka gwałtownie chudnie, ogranicza posiłki, spożywając wyłącznie owoce i warzywa, waży około 28 kg przy wzroście 162 cm (BMI = 10,6). Matka miała kłopoty z umieszczeniem córki na oddziałach internistycznych. Pogotowie ratunkowe odmawiało interwencji ze względu na brak zgody chorej na leczenie. W czasie badania psychiatrycznego (17.12.2009 r.) uwagę badającego zwracała kacheksja chorej oraz bladeść jej powłok skórnych. Pacjentka była prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie. Zaprzeczyła obecności objawów wytwórczych, zaburzeń nastroju, snu czy funkcjonowania społecznego. Potwierdziła odczuwanie zimna. Ze znacznym wysiłkiem, ale sprawnie odpowiadała na pytania, czasem zdawkowo. Pomimo wyniszczenia odmówiła leczenia szpitalnego. W opinii sądowo-psychiatrycznej (21.12.2009 r.) biegli stwierdzili, że pacjentka nie jest zdolna kierować swoim postępowaniem odnośnie leczenia. Zaburzenie odżywiania się wpływało na aktywność w innych dziedzinach życia. Chora podejmowała próby funkcjonowania poza domem, co było znacznie utrudnione przez chorobę i stosunek do niej samej pacjentki. Mechanizmy obronne stosowane przez chorą w istotnym stopniu zniekształcały percepcję własnej osoby i percepcję konsekwencji własnych zachowań. Anoreksja i spowodowane nią wyniszczenie organizmu w znacznym stopniu wpływały na jej funkcjonowanie w innych sferach życia (pacjentka nie była w stanie ukończyć podjętych studiów psychologicznych), które było podporządkowane zaburzeniu odżywiania się, którego konsekwencją mogła być śmierć opiniowanej.

Dnia 11.01.2010 roku, po odmowie hospitalizacji na oddziale internistycznym jednego ze szpitali powiatowych, pacjentka została przyjęta na oddział intensywnej opieki medycznej przy szpitalu psychiatrycznym w stanie skrajnego wyniszczenia (BMI = 6,9). Dzień później zmarła. Tydzień później rodzina, nie mogąc pogodzić się ze śmiercią jedyne dziecko, wszczęła postępowanie karne przeciwko lekarzom, którzy odmówili hospitalizacji chorej.

Omówienie

Jadłowstręt psychiczny jest trudną w terapii jednostką chorobową z uwagi na częsty brak współpracy i prawdziwej motywacji do wyzdrowienia ze strony pacjentek, wypieranie oczywistych treści dotyczących choroby, manipulowanie rodziną i terapeutami. Leczenie zaburzeń odżywiania się opiera się głównie na psychoterapii,

która w niektórych sytuacjach klinicznych powinna być wsparta farmakoterapią (np. w przypadku obecności objawów psychotycznych czy depresji) [17]. Pomimo wielu prób terapii anoreksji lekami przeciwdepresyjnymi czy neuroleptykami nadal niewiele wiadomo na temat ich długoterminowej skuteczności [18, 19]. W rokowaniu efektów leczenia zaburzeń odżywiania się obowiązuje reguła trzech: jedna trzecia chorych zdrowieje całkowicie, jedna trzecia – częściowo, a u jednej trzeciej obserwuje się chroniczność zaburzenia.

Predyktory niekorzystnego przebiegu JP to przewlekły charakter zaburzenia, późny wiek zachorowania, późne rozpoczęcie leczenia, zaburzenia osobowości, częste hospitalizacje, niskie BMI, obecność elementów bulimicznych (wymiotów, przeczyszczenia się), lęk podczas przyjmowania posiłków w towarzystwie, szybki spadek masy ciała, złe przystosowanie społeczne w dzieciństwie, złe stosunki między rodzicami, płęć męska [20]. Leczenie AP powinno odbywać się w warunkach ambulatoryjnych, choć w określonych sytuacjach klinicznych niezbędna jest hospitalizacja na oddziale somatycznym, która powinna być częścią globalnego planu terapeutycznego [21]. Przyjmuje się, że BMI < 13,5 jest stanem bezpośredniego zagrożenia utraty życia i taka osoba powinna być natychmiast poddana leczeniu ze względu na duże zagrożenie nagłym zgonem. W świetle UoZP hospitalizacja psychiatryczna wbrew woli osoby z AP jest niemożliwa. Natomiast Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 30) daje możliwość hospitalizacji takich osób na oddziale intensywnej terapii lub chorób wewnętrznych, traktując takie postępowanie jako stan wyższej konieczności. Przymus leczenia może mieć istotne znaczenie w zapobieganiu zgonom u osób z wieloletnim przebiegiem AP i obecnością objawów psychotycznych.

Należy pamiętać, że przymus leczenia w omawianej jednostce chorobowej jest kontrowersyjny [22]. Trzeba wziąć pod uwagę pewne niebezpieczeństwa związane z procedurą wyższej konieczności, która jest sprzeczna z prawem pacjenta do samostanowienia. Ponadto istnieje niebezpieczeństwo jej nadużywania (mogłaby się stać regułą, a nie wyjątkiem) oraz instrumentalnego traktowania życia i zdrowia pacjenta (co prowadzi do zaburzenia prawidłowych relacji terapeutycznych) [23]. Przeciwno stosowaniu omawianej procedury przemawiają argumenty odwołujące się do funkcji oraz ujęcia prawnego samej instytucji stanu wyższej konieczności. Wynika z nich, iż ratować „cudzego dobra” nie należy, gdy sam zainteresowany sprzeciwia się temu. W prawie karnym nie ma zasady „uszcześliwiania” ludzi wbrew ich woli. Działanie w stanie wyższej konieczności nie ma miejsca, gdy podmiot ratowanego dobra nie życzy sobie jego utrzymania. Pojawiają się również argumenty, iż instytucja ta nie ma zastosowania w przypadku kolizji dwóch dóbr przysługujących tej samej osobie [24].

Przymusowe leczenie na oddziale somatycznym w początkowej fazie polega na karmieniu chorego wbrew jego woli, co może być przyczyną zmniejszenia jego pewności siebie i poczucia własnej wartości. To z kolei utrudnia istotny cel motywowania do poddania się psychoterapii. W aktach normatywnych niektórych państw, np. niemieckiej konstytucji, znajduje się zapis uniemożliwiający przymusowe leczenie z powodu łamania zasady nietykalności fizycznej pacjenta [25].

Lekarzowi, który opiekuje się chorym i został wezwany do udzielenia pomocy, przypisywany jest status gwaranta. Nie w każdych okolicznościach medykowi można go jednak przypisać. Lekarz gwarant karnie odpowiada za skutki swojego zaniechania. Odpowiedzialność karna wymaga weryfikacji relacji łączącej danego lekarza z konkretną osobą potrzebującą pomocy. Z art. 162 kk wynika, że „kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośredniemu niebezpieczeństwu utraty życia albo ciężkiemu uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy (...) podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. W art. 2 kk mowa jest m.in. o gwarancie: „odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi”. Lekarz musi mieć świadomość, że ciąży na nim szczególny obowiązek opieki nad daną osobą. Jego odpowiedzialność z tytułu nieudzielenia pomocy należy rozpatrywać na dwa sposoby. W przypadku lekarza, który uświadamia sobie stan zagrożenia osoby potrzebującej pomocy, wobec której nie pełni funkcji gwaranta, odpowiedzialność ogranicza się do art. 162 kk. Jeżeli jednak zaniechanie dotyczy lekarza gwaranta, wtedy możliwe są konsekwencje prawne zależne od skutku zaniechania: od narażenia na niebezpieczeństwo po odpowiedzialność za skutek śmiertelny [26]. Nieudzielenie pomocy przestaje wywoływać jednoznaczne skojarzenie z zaniechaniem działania w stanach nagłych.

Zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro pacjenta, którym jest jego życie i zdrowie [27]. Odżywianie osoby chorej na JP jest leczeniem.

Prawo do odmowy pomocy medycznej jest jednym z podstawowych praw człowieka. Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 z późn. zm.) oraz kodeks etyki lekarskiej podkreślają, że udzielanie jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych jest uwarunkowane zgodą odpowiednio poinformowanego pacjenta, który zawsze ma prawo odmówić leczenia. Ustawodawca kładzie nacisk na prawo pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie, co sugeruje, że w naszym prawie nad pierwotną zasadą prymatu dobra chorego dominuje zasada woli pacjenta. Wyjątkowe przypadki, które dopuszczają podjęcie działań medycznych pomimo sprzeciwu pacjenta, zostały enumeratywnie wyszczególnione w ustawach [28]. Brak takich uregulowań w stosunku do osób z zaburzeniami odżywiania się stanowi poważny problem. Art. 32. Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (stan prawny z 2012 roku) stanowi, iż lekarz może udzielić świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody pacjenta. Punkt 6 tego artykułu zakłada, że przy istnieniu choroby psychicznej i sprzeciwu wobec czynności medycznych wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Zdarza się, że rodziny pacjentek z zaburzeniami odżywiania się, których życie jest zagrożone, dążą do ich ubezwłasnowolnienia. W zwykłej procedurze sąd rozstrzyga o jego rodzaju: częściowym lub całkowitym tylko z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa i narkomanii oraz wynikającego z nich braku możliwości kierowania swoim postępowaniem. Jeśli pijaństwo i narkomania zostały wymienione jako możliwy inny rodzaj zaburzeń psychicznych, dający podstawę orzeczenia ubezwłasnowolnie-

nia, teoretycznie istnieje więc możliwość skorzystania z powyższej procedury także w przypadku JP. Psychiatrzy pytani przez sąd, czy pacjentka może kierować swoim postępowaniem odnośnie swojego leczenia, zazwyczaj odpowiadają negatywnie, biorąc pod uwagę zagrożenie życia, stosowane przez chorą praktyki, dotychczasowe efekty leczenia, postrzeganie kachektycznej sylwetki jako zbyt grubej. Dotyczy to najcięższej przebiegającej, restrykcyjnej postaci jadłowstrętu psychicznego, w której skrypt dominujący według analizy transakcyjnej brzmi: nie żyj.

W przebiegu zaburzeń odżywiania się mogą pojawić się objawy psychotyczne. W literaturze przedmiotu badań niewiele jest prac analizujących współwystępowanie AP z psychozą w porównaniu z tymi wskazujących na współwystępowanie lęku czy zaburzenia nastroju [29].

W 2005 roku parlament brytyjski uchwalił ustawę o zdrowiu psychicznym, pozwalającą ubezwłasnowolnić osobę nie będącą chorą psychicznie i podjąć leczenie wbrew jej woli, gdy zagraża jej bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia. Mimo że według ścisłych kryteriów osoby chore na JP nie są chore psychicznie, w wielu krajach przyjmowane jest takie rozwiązanie. Pozwala to ocalić część chorych. Aby ograniczyć śmiertelne żniwo JP, niezbędne są: prawidłowa i wczesna diagnoza, niezwłoczne rozpoczęcie właściwej terapii oraz odpowiednie regulacje prawne umożliwiające podjęcie leczenia osób z AP wbrew ich woli.

Opisany przez nas problem leczenia chorych na JP może stanowić wstęp do rozważań, w jakich sytuacjach może znaleźć się lekarz, zwłaszcza wobec jednoznacznych żądań rodziny i postaw pacjentek z ciężką postacią AP oraz niejednoznacznych uregulowań prawnych dotyczących stanu zagrożenia życia pacjentek z JP.

„Возможность или принудительное лечение?”. Психическая анорексия –юридические регуляции. Описание наблюдения.

Содержание

Психическая анорексия диагностируется на основе точно определенных критерий диагностики и требует лечения, поскольку связывается с наибольшей смертностью среди всех психических болезней. В Польше психическая анорексия не считается психической болезнью, хотя мнения исследователей и клиницистов неоднородны. Чтобы ограничить смертность при этом расстройстве необходим правильный и ранний диагноз, безотлагательное начало лечения и соответственные юридические регуляции, обуславливающие предприятие лечения таких больных вопреки их воли. В настоящей работе представлено терапевтическое воздействие у пациентки с тяжелой формой психической анорексии, с превалированием рестриктивного поведения и проблемой юридической регуляции, связанных с принудительным лечением лиц с нарушениями питания.

Ключевые слова: психическая анорексия, юридическая регуляция, принудительное лечение

Behandlung – Möglichkeit oder Zwang? Anorexia nervosa – rechtliche Regulierungen. Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Anorexia nervosa ist aufgrund von bestimmten diagnostischen Kriterien zu diagnostizieren und bedarf einer Behandlung, weil sie mit größter Sterblichkeit unter allen psychischen Krankheiten

verbunden ist. In Polen wird die Anorexia nervosa nicht als eine psychische Krankheit betrachtet, aber die Meinungen der Wissenschaftler und der klinischen Ärzte sind geteilt. Um die Sterblichkeit in der Anorexia nervosa zu beschränken sind unentbehrlich: eine frühe und richtige Diagnose, sofortiger Anfang mit der richtigen Therapie und entsprechende rechtliche Regulierungen, die die Behandlung der Personen mit Anorexia nervosa gegen ihren Willen ermöglichen. In unserer Arbeit beschrieben wir die Behandlung einer Patientin mit schwerer Form der Anorexia nervosa, mit den meisten restriktiven Verhaltensweisen und das Problem der rechtlichen Regelungen, die mit dem Zwang der Behandlung der Personen mit Essstörungen verbunden sind.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, Zwangsbehandlung, rechtliche Regulierungen

« La possibilité ou la coercition ? » L'anorexie mentale – réglementations législatives.

La description d'un cas

Résumé

L'anorexie mentale est diagnostiquée à la base des critères diagnostiques bien définis et elle exige d'être traitée à cause de sa grande mortalité. En Pologne l'anorexie mentale n'est pas considérée comme maladie mentale bien que les opinions des experts et des cliniciens soient diverses. Pour réduire le nombre des cas mortels à cause de l'anorexie mentale il faut la bien diagnostiquer et aussi très tôt, il faut la bien traiter et il faut avoir de bonnes réglementations législatives pour user légitimement la force. Ce travail présente le cas d'une patiente souffrant de l'anorexie mentale sévère, avec les comportements restrictifs ainsi que les problèmes liés avec la thérapie obligatoire de cette maladie.

Mots clés : anorexie mentale, réglementations législatives, thérapie obligatoire

Piśmiennictwo

1. Weiselberg E, Gonzalez M, Fisher M. *Eating disorders in the twenty-first century*. *Minerva Ginecol.* 2011; 63 (6): 531–545.
2. Bomba J, Józefik B. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003.
3. Giusti V, Gebhard S. *Anorexia: somatic assessment and management*. *Rev. Med. Suisse* 2011; 7 (288): 711–715.
4. Bissada H, Tasca G, Barber A, Bradwejn J. *Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 1281–1288.
5. Rabe-Jabłońska J. *Powikłania somatyczne jadłowstrętu psychicznego*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
6. Rosling A, Sparén P, Norring C, von Knorring A. *Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000*. *Int. J. Eat. Disord.* 2011; 44 (4): 304–310.
7. Huas C, Caille N, Godart N, Foulon C i in. *Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2011; 123: 62–70.
8. Forcano L, Alvarez E, Santamaría J, Jimenez-Murcia S i in. *Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes*. *Compr. Psychiatry* 2011; 52 (4): 352–358.
9. Suzuki K, Takeda A, Yoshino A. *Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism*. *Psych. Clin. Neurosci.* 2011; 65 (4): 326–332.
10. Arcelus J, Mitchell A, Wales J, Nielsen S. *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011; 68 (7): 724–731.

11. Gueguen J, Godart N, Chambry J, Brun-Eberentz A i in. *Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality*. Int. J. Eat. Disord. 2012; 45 (4): 537–545.
12. Stochel M, Janas-Kozik M. *Przyjaciółki wirtualnej Any – zjawisko proanoreksji w sieci internetowej*. Psychiatr. Pol. 2010; 46 (5): 693–702.
13. *Wielki słownik medyczny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 1996.
14. Dąbrowski S, Kubicki L. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*. Warszawa: IPiN; 1995.
15. Łoza B, Heitzman J, Kosmowski W. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11*. Psychiatr. Pol. 2011; 45: 942–950.
16. Pużyński S. *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. Psychiatr. Pol. 2007; 41 (3): 299–308.
17. Andersen A. *Males with eating disorders*. New York: Brunner-Routledge; 1990.
18. Bomba J, Józefik B. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: PTP 2003.
19. Dadić-Hero E, Ruziń K, Pernar M, Kabalin M, Medved P. *Olanzapine treatment in anorexia nervosa: case report*. Psychiatr. Danub. 2009; 21 (1): 122–125.
20. Rajewski A. *Czynniki predykcyjne zgonu w odległej obserwacji u chorych na jadłowstręt psychiczny o dużym nasileniu objawów*. Med. Prakt. Psychiatr. 2012; 2: 86–88.
21. Żerańska M, Tomaszewicz-Libudzić C, Jagielska G, Komender J. *Powikłania chirurgiczne w trakcie szpitalnego leczenia jadłowstrętu psychicznego - przegląd piśmiennictwa i omówienie trzech przypadków*. Psychiatr. Pol. 2002; 36 (4): 579–589.
22. Holm JS, Brixen K, Andries A, Hørdler K, Støving RK. *Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: a review of five cases*. Int. J. Eat. Disord. 2012; 45 (1): 93–100.
23. Wąsek A. *Prawnokarna problematyka samobójstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1982.
24. Zielińska E. *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*. Prawo Med. 2000; 5: 80–81.
25. Thiel A, Paul T. *Compulsory treatment in anorexia nervosa*. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 2007; 57 (3–4): 128–135.
26. Czarnecki M. *Nieudzielenie pomocy*. Medical Tribune 2010;9: .
27. *Kodeks etyki lekarskiej*. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. Warszawa: NRL; 2004.
28. Szeroczyńska M. *Czy pacjent ma prawo do śmierci?* Standardy Med. 2000; 2 (5): 48–53.
29. Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Sisti D, Rocchi MB, Preti A. *Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa*. Psychiatry Res. 2010; 175 (3): 237–243.

Adres: Aneta Tylec
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 6.05.2012
Zrecenzowano: 15.10.2012
Otrzymano po poprawie: 10.12.2012
Przyjęto do druku: 6.04.2013
Adiustacja: L. Sz.