

Barbara Remberk<sup>1</sup>, Agnieszka Gmitrowicz<sup>2</sup>, Małgorzata Janas-Kozik<sup>3</sup>,  
Irena Namysłowska<sup>4</sup>, Tomasz Wolańczyk<sup>5</sup>, Andrzej Rajewski<sup>6</sup>, Agnieszka Słopień<sup>7</sup>,  
Piotr Gorczyca<sup>8</sup>, Anita Bryńska<sup>5</sup>, Izabela Łucka<sup>9</sup>, Ireneusz Jelonek<sup>3</sup>, Piotr Sierakowski<sup>10</sup>

Received: 08.05.2018

Accepted: 24.05.2018

Published: 28.09.2018

## Stanowisko ekspertów w kwestii postępowania w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym o ciężkim przebiegu, którzy nie wyrażają zgody na leczenie

The opinion of experts with respect to dealing with patients suffering from severe anorexia nervosa who do not consent to treatment

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

<sup>2</sup>Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>3</sup>Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sosnowiec, Polska

<sup>4</sup>Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii, Warszawa, Polska

<sup>5</sup>Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

<sup>6</sup>Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Poznań, Polska

<sup>7</sup>Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska

<sup>8</sup>Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

<sup>9</sup>Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

<sup>10</sup>Katedra Prawa Rzymskiego, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Barbara Remberk, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel.: +48 22 458 26 31, e-mail: bremberk@tlen.pl

### Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny to zaburzenie, które w przypadku braku leczenia lub niekorzystnego przebiegu może doprowadzić do zgonu chorego. Elementem obrazu psychopatologicznego często jest obniżony krytycyzm, mogący skutkować brakiem zgody pacjenta na proponowane leczenie. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa sytuacje, w których dopuszczalne jest leczenie osoby chorej bez jej zgody. Zagadnieniu temu poświęcone było posiedzenie zespołu ekspertów powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. W toku dyskusji sformułowano następującą opinię: istnieje grupa pacjentów, u których objawy jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*) spełniają kryteria zaburzeń myślenia i spostrzegania odpowiadające pojęciu choroby psychicznej w rozumieniu art. 23 i 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a stan fizyczny i uporczywe kontynuowanie zagrażających zachowań stwarzają zagrożenie życia. Objawy spełniające kryteria zaburzeń myślenia i spostrzegania odpowiadające pojęciu choroby psychicznej najczęściej dotyczą oceny rzeczywistości (związków przyczynowo-skutkowych, oceny własnego stanu zdrowia, postrzegania swojego ciała). Przekonania te występują w kontekście chorobowym i są ewidentnie fałszywe (jak przekonanie o własnej tuszy u osoby skrajnie wyniszczonej), lecz odczuwane jako oczywiste. Nie podlegają refleksji ani też korekcji w przebiegu dyskusji, nawet wobec ewidentnych dowodów skrajnie złego stanu fizycznego w badaniach dodatkowych. Charakter i nasilenie objawów odpowiadają wówczas zaburzeniom treści myślenia i spostrzegania w postaci psychotycznej. Istnieje zatem grupa pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, w których przypadku choroba może być uznana za chorobę psychiczną w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i można stwierdzić spełnienie przesłanek art. 23 lub 29 tejże ustawy.

**Słowa kluczowe:** jadłowstręt psychiczny, zgoda na leczenie, leczenie wbrew woli, choroba psychiczna

### Abstract

Anorexia nervosa is a disorder which, in the absence of treatment or in an unfavourable course, can lead to the death of the patient. Frequently, reduced criticism is the element of the psychopathological picture which can result in lack of consent to the proposed treatment. The Mental Health Act specifies the situations in which the treatment without the person's consent is acceptable. A meeting of the team of experts appointed by the National Consultant in the field of Child and Adolescent Psychiatry was devoted to this issue. In the course of the discussion, the following opinion was formulated: there is a group of patients whose symptoms of anorexia nervosa meet the criteria for thought and perceptual disorders corresponding to the concept of mental illness within the meaning of article 23 and 29 of the Mental Health Act, while their physical condition and persistence in pursuing life-threatening behaviours pose danger to life. The symptoms meeting the criteria for thought and perceptual disorders corresponding to the concept of mental illness most often concern the assessment of reality (cause-and-effect relationships, assessment of one's own

health condition, perception of one's own body). These beliefs are pathological in nature and are patently false (such as the conviction of one's own obesity in an extremely emaciated person), despite being experienced as obvious. They are not subject to reflection or correction in the course of discussion, even in the face of clear evidence of exceedingly poor physical condition provided by additional tests. The character and severity of the symptoms correspond in such situations to the thought and perceptual disorders present in psychosis. There is, therefore, a group of patients with anorexia nervosa in whose case the disease can be considered a mental disorder within the meaning of the Mental Health Act and with respect to whom the fulfilment of the requirements stated in Art 23 or 29 of the Act can be established.

**Keywords:** anorexia nervosa, consent to treatment, treatment against the person's will, mental illness

## WSTĘP

Jak wynika z ustawy o zawodzie lekarza (Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry – tekst jednolity), ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (UoOZP) (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – tekst jednolity) oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) (Kodeks Etyki Lekarskiej. Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.) postępowanie diagnostyczne i lecznicze wymaga zgody pacjenta. Osoba dorosła (pełnoletnia) wyraża taką zgodę samodzielnie. W przypadku osoby niepełnoletniej, poniżej 16. roku życia, zgodę wyrażają opiekunowie prawni, przy czym UoOZP osobno rozpatruje sytuację pacjentów, których opiekunem prawnym nie jest rodzic. W KEL zaznaczono, że należy również uzyskać zgodę na leczenie od małoletniego, jeżeli jest on zdolny do świadomego jej wyrażenia. W przypadku niepełnoletnich, którzy ukończyli 16. rok życia, kwestię tę przepisy regulują jednoznacznie: na leczenie trzeba uzyskać zgodę zarówno rodzica, jak i pacjenta.

Zaburzenia psychiczne są szczególną grupą chorób, w ich przebiegu może bowiem dojść do zniekształcenia odbioru rzeczywistości. W konsekwencji osoby chore mogą podejmować nieracjonalne decyzje dotyczące swojego stanu zdrowia, a równocześnie stanowić zagrożenie dla siebie lub otoczenia. Kwestię zgody na leczenie reguluje w takich przypadkach UoOZP.

## LECZENIE PSYCHIATRYCZNE POMIMO BRAKU ZGODY PACJENTA W ŚWIELE UoOZP

UoOZP dopuszcza kilka sytuacji, w których pacjent może bez swojej zgody zostać zbadany i przyjęty do szpitala, a następnie być tam leczony. Poświęcone temu zagadnieniu są artykuły 21, 22, 23, 24, 28, 29 i 33 ustawy, podsumowane w tab. 1.

Podsumowując: leczone bez swojej zgody mogą być osoby, które są chore psychicznie i których stan stwarza odpowiednio nasilone zagrożenie.

|         |  |
|---------|--|
| Art. 21 | 1. Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.<br>[...]  |
| Art. 22 | [...]<br>4. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.<br>[...] |
| Art. 23 | 1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.<br>[...]   |
| Art. 24 | 1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.<br>2. Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.<br>[...]   |
| Art. 28 | Jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2–5 oraz art. 25–27.  |
| Art. 29 | 1. Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie:<br>1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź<br>2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.                |
| Art. 33 | 1. Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody.<br>[...]<br>4. Przepisy ust. 1 i 2 nie mają zastosowania do osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym w trybie art. 24.  |

## DEFINICJA CHOROBY PSYCHICZNEJ

Pojawia się zatem pytanie, kto jest, a kto nie jest chory psychicznie. Nie istnieje jednoznaczna definicja choroby psychicznej (Pużyński, 2007). W UoOZP sformułowanie „osoba chora psychicznie” pojawia się w art. 3 (tab. 2).

Użyte w art. 3 określenie „wykazującej zaburzenia psychotyczne” wydaje się nie wyczerpywać złożoności zagadnienia. Do kwestii tej odnoszą się komentarze do ustawy. Jak stwierdzili Dąbrowski i Kubicki (1994): „W ustawie nie zawarto definicji żadnej z wyodrębnionych w art. 3 kategorii (choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe, inne zakłócenia czynności psychicznych), ponieważ pojęcia te nie powinny być ustalane w akcie normatywnym, lecz odzwierciedlać aktualny stan wiedzy medycznej”. Myśl tę rozwinęto w kolejnej publikacji (Dąbrowski i Pietrzykowski, 1998). Określając zakres pojęcia „osoba chora psychicznie”, autorzy zwracają uwagę na występowanie objawów heteronomicznych, czyli jakościowo różnych od doznań prawidłowych; warto na marginesie zaznaczyć, że we współczesnej psychiatrii odchodzi się od tradycyjnego podziału objawów na objawy heteronomiczne (jakościowe) i homonomiczne (ilościowe), czego wyrazem jest przykładowo koncepcja kontinuum psychozy (van Os *et al.*, 2009). Niemniej jednak we wspomnianej wyżej publikacji autorzy wymieniają następujące zespoły psychotyczne:

1. zespoły afektywne:
  - a. zespół depresyjny „typowy”: przygnębienie, idee (nie użyto słowa „urojenia”) depresyjne,
  - b. zespół maniakalny „typowy”: wzmożony nastrój, nietrwale idee wielkościowe,
  - c. zespół euforyczny;
2. zespoły schizofreniczne (urojeniowe, katatoniczne, hebefreniczne);
3. somatogenne zespoły psychotyczne: zespół majaczeniowy, onejroidalny, zespół omamowy, zespół otępienny (nasilenie lekkie i średnie – niepsychotyczne, znaczne i głębokie – psychotyczne);
4. psychogenne zespoły psychotyczne: reaktywny zespół urojeniowy, reaktywny zespół depresyjny, zespoły zamroczeniowe.

Jak wynika z powyższego, obecność tradycyjnie rozumianych objawów psychotycznych, czyli urojeń lub omamów, nie zawsze jest wymagana. Warto także zauważyć, że zaburzenia odżywiania nie są w tej publikacji omawiane – ani w dziale poświęconym chorobom psychicznym, ani w części dotyczącej zaburzeń psychicznych.

Podobne stanowisko zaprezentowano w kolejnym komentarzu do ustawy, pochodzącym z 2009 roku (Duda, 2009). Zgodnie z nim chorobami psychicznymi są: schizofrenia, choroby afektywne, inne zespoły urojeniowe, cięższe formy otępienia, zaburzenia świadomości. Również w tym komentarzu zaburzenia odżywiania nie są dyskutowane.

Najnowszy komentarz do UoOZP został opublikowany w 2016 roku (Gałęcki *et al.*, 2016). Autorzy zwracają uwagę na zmianę konstrukcji współczesnych systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a co za tym idzie – na pewną anachroniczność sformułowań użytych w art. 3 UoOZP. Zdaniem autorów najnowsze systemy klasyfikacyjne (DSM-5, ICD-11) odchodzą od pojęcia „choroba psychiczna” na rzecz pojęcia „zaburzenie psychiczne”. Podstawowe i jedyne rozpoznanie nozologiczne stanowi zespół psychopatologiczny, najistotniejszy jest wpływ obrazu klinicznego na funkcjonowanie danej osoby. Wobec obecnie obowiązującego podejścia do definicji zaburzeń psychicznych należałoby więc uznać „zaburzenia psychiczne” wymienione we współczesnych klasyfikacjach diagnostycznych za równoważne z tym, co ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 3 uznaje za „chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe czy inne zakłócenia zdrowia psychicznego”. Z kolei odnosząc się do określenia „choroba psychiczna” użytego w art. 23 ustawy, autorzy konkludują, że „zgodnie z art. 3 osoba chora psychicznie to osoba wykazująca objawy psychotyczne. [...] Nie zawsze jednak pojęcie choroby psychicznej musi się odnosić do choroby przebiegającej z objawami psychotycznymi, aby choroba spełniała przesłanki choroby psychicznej w ujęciu ustawy. Należać tu będzie na przykład stan ciężkiej depresji z myślami samobójczymi, w którym objawów psychotycznych nie stwierdza się”.

Dokonanie prawidłowej oceny klinicznej do pewnego stopnia utrudniać może zapis zawarty w ustawie, która w swoim literalnym brzmieniu – wbrew powyżej wskazanym zastrzeżeniom – w cytowanym art. 3 ust. 1 pkt a zdaje się utożsamiać pojęcie choroby psychicznej z istnieniem objawów psychotycznych. Należy również mieć na uwadze rygor poważnej odpowiedzialności prawnej, która ciąży na psychiatrze w przypadku niewłaściwego zastosowania omawianych przepisów ustawy. Orzecznictwo Sądu Najwyższego dowodzi, że wadliwe uznanie stanu pacjenta za chorobę psychiczną i na tej podstawie zatrzymanie go w szpitalu bez zgody wiązać się może z odpowiedzialnością cywilnoprawną lekarza za bezprawne naruszenie dóbr osobistych pacjenta, a także z odpowiedzialnością karnoprawną w związku z bezprawnym pozbawieniem wolności (art. 189 Kodeksu karnego).

|        |  |
|--------|--|
| Art. 3 | Ilekczo przepisy niniejszej ustawy stanowią o:<br>1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:<br>a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),<br>b) upośledzonej umysłowo,<br>c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym [...] |
|--------|--|

Tab. 2. Art. 3 UoOZP

| ICD-10  | DSM-5  |
|---|--|
| <p><b>A.</b> Spadek wagi lub, u dzieci, brak przybytku wagi prowadzący do masy ciała o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej stosownie do wieku i wzrostu.</p> <p><b>B.</b> Spadek wagi jest narzucony samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”.</p> <p><b>C.</b> Ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem, co prowadzi do narzucania samemu sobie niskiego progu masy ciała.</p> <p><b>D.</b> Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne osi przysadkowo-gonadальной przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn – utratą seksualnych zainteresowań i potencji (wyraźnym wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień z pochwy u kobiet anorektycznych stosujących substytucyjne leczenie hormonalne, najczęściej w postaci leków antykoncepcyjnych).</p> <p><b>E.</b> Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B dla załocności psychicznej.</p> | <p><b>A.</b> Ograniczenie podaży energetycznej posiłków prowadzące do znacząco obniżonej wagi ciała (odpowiednio do płci, wieku, zdrowia fizycznego).</p> <p><b>B.</b> Intensywna obawa przed przybraniem na wadze lub otyłością albo utrzymujące się zachowania uniemożliwiające przybranie na wadze, nawet przy znacząco obniżonej wadze ciała.</p> <p><b>C.</b> Zaburzone doświadczenie wagi lub kształtu ciała, nadmierny wpływ wagi ciała na samoocenę lub utrzymująca się nieświadomość znaczenia obecnej, zbyt niskiej wagi ciała.</p> <p>Klasyfikacja DSM-5 wyróżnia cztery stopnie nasilenia jadłowstrętu, w zależności od wskaźnika masy ciała (body mass index, BMI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• łagodny (BMI <math>\geq 17</math> kg/m<sup>2</sup>);</li> <li>• umiarkowany (BMI 16–16,99 kg/m<sup>2</sup>);</li> <li>• ciężki (BMI <math>\geq 15</math>–15,99 kg/m<sup>2</sup>);</li> <li>• bardzo ciężki (BMI <math>&lt; 15</math> kg/m<sup>2</sup>).</li> </ul> |

Tab. 3. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego w różnych systemach klasyfikacyjnych

## ZEBRANIE EKSPERTÓW, 1 GRUDNIA 2017 ROKU

Zaburzenia odżywiania, w szczególności jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), to stany, w których nierzadko dochodzi do zagrożenia życia pacjenta. Kryteria diagnostyczne anoreksji zostały podsumowane w tab. 3. Chorych z nasilonymi objawami anoreksji cechuje zwykle brak krytycznej oceny własnej sytuacji i stanu zdrowia. Mają oni też utrwalone, sztywne i nieodpowiadające rzeczywistości przekonania dotyczące spożywanych posiłków i wyglądu swojego ciała. Przedstawiona sytuacja rodzi niejasności interpretacyjne w kontekście UoOZP. Zagadnieniu temu poświęcone było posiedzenie zespołu ekspertów powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dr hab. n. med. Barbarę Remberk. W posiedzeniu wzięli udział: prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska, prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk, prof. dr hab. n. med. Andrzej Rajewski, dr hab. n. med. Agnieszka Słopeń, dr hab. n. med. Piotr Gorczyca, dr hab. n. med. Anita Bryńska, dr n. med. Izabela Łucka oraz dr Ireneusz Jelonek. Posiedzenie ekspertów odbyło się 1 grudnia 2017 roku w Katowicach.

W toku dyskusji zwrócono uwagę na wysoką śmiertelność w anoreksji (według niektórych badań – do 22%). Śmierć następuje najczęściej w wyniku wyniszczenia lub powikłań wyniszczenia, które jest bezpośrednim skutkiem zachowań mających na celu obniżenie masy ciała (Jagielska i Kacperska, 2017). Wspomniane zachowania są skutkiem objawów psychopatologicznych charakterystycznych dla tego zaburzenia.

Ekspersi wskazali także, iż zmiany treści myślenia w anoreksji mogą osiągać znaczne nasilenie. Przypomniano definicję urojeń, rozumianych jako przekonania charakteryzujące się tym, że: „1. Są fałszywe. 2. Występują w kontekście chorobowym. 3. Dotyczy ich niezwykle silne odczucie oczywistości. 4. Są niekorygowalne” i dodatkowo „5. Charakter treści jest wyobcowujący społecznie”

(nie są uwarunkowane kulturowo) (Wciórka, 2002, s. 351). Z kolei omamy to „sposrządzenia nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów, którym towarzyszy błędny sąd realizujący” (Wciórka, 2002, s. 343). Zacytowano również publikację (Mountjoy *et al.*, 2014), w której opisano nasilenie przekonań urojeniowych u pacjentek z anoreksją jako podobne do ich nasilenia u chorych z rozpoznaniem schizofrenii.

Wynikiem dyskusji jest następująca opinia ekspertów:

**Istnieje grupa pacjentów, u których objawy jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*) spełniają kryteria zaburzeń myślenia i spostrzegania odpowiadające pojęciu choroby psychicznej w rozumieniu art. 23 i 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a stan fizyczny i uporczywe kontynuowanie zagrażających zachowań stwarzają zagrożenie życia.**

**Objawy spełniające kryteria zaburzeń myślenia i spostrzegania odpowiadające pojęciu choroby psychicznej najczęściej dotyczą oceny rzeczywistości (związków przyczynowo-skutkowych, oceny własnego stanu zdrowia, postrzegania swojego ciała). Przekonania te występują w kontekście chorobowym i są ewidentnie fałszywe (jak przekonanie o własnej tuszy u osoby skrajnie wyniszczonej), lecz odczuwane jako oczywiste. Nie podlegają refleksji ani też korekcji w przebiegu dyskusji, nawet wobec ewidentnych dowodów skrajnie złego stanu fizycznego w badaniach dodatkowych. Charakter i nasilenie objawów odpowiadają wówczas zaburzeniom treści myślenia i spostrzegania w postaci psychotycznej.**

**Istnieje zatem grupa pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, w których przypadku choroba może być uznana za chorobę psychiczną w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i można stwierdzić spełnienie przesłanek art. 23 lub 29 tejże ustawy.**

### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

## Piśmiennictwo

- Dąbrowski S, Kubicki L: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1994.
- Dąbrowski S, Pietrzykowski J: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998.
- Duda J: Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. LexisNexis, Warszawa 2009.
- Gałecki P, Bobińska K, Eichstaedt K: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Jagielska G, Kacperska I: Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręcie psychicznym. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 205–218.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.
- Mountjoy RL, Farhall JF, Rossell SL: A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 2014; 220: 507–512.
- van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al.: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009; 39: 179–195.
- Pużyński S: Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatr Pol* 2007; 41: 299–308.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty - sty – tekst jednolity. *Dz.U. z 2017 roku poz. 125.*
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – tekst jednolity. *Dz.U. z 2017 roku poz. 882.*
- Wciórka J: Psychopatologia. In: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J et al. (eds.): *Psychiatria*. Vol. 1, Urban & Partner, Wrocław 2002.