

Ida Zasada^{1,2}, Krzysztof Maria Wilczyński^{1,2}, Mateusz Klauza², Joanna Hyrnik^{1,2},
Ireneusz Jelonek^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

Received: 01.12.2018

Accepted: 17.12.2018

Published: 20.02.2019

Dekompensacja psychotyczna w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, problem braku współpracy pacjentki w leczeniu – opis przypadku

Psychotic decompensation in the course of anorexia nervosa – a case study

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

² Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

Adres do korespondencji: Ida Zasada, Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, e-mail: ida.zasada@gmail.com

Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem charakteryzującym się istotnym spadkiem masy ciała, często współistniejącym z innymi chorobami psychicznymi. W jego przebiegu mogą się pojawiać objawy psychotyczne. Co więcej, istnieją badania wskazujące na to, iż objawy jadłowstrętu mogą stanowić prodrom psychozy. W artykule przedstawiono pacjentkę, u której rozpoznano jadłowstręt psychiczny, jednakże początkowe leczenie – ukierunkowane na przywrócenie odpowiedniej masy ciała – nie przynosiło efektów, zaś wyraźna poprawa nastąpiła dopiero po włączeniu neuroleptyku. W początkowej fazie pacjentka wycofała zgodę na hospitalizację i została wypisana z oddziału. Rodzice zwrócili się o skierowanie córki na leczenie w trybie wnioskowym. Sąd rodzinny zdecydował o zobowiązaniu do leczenia na podstawie zarządzeń opiekuńczych. Umożliwiło to wdrożenie dalszej terapii już po tygodniu od wycofania przez chorą zgody na hospitalizację. Przypadek ten stanowi tło do dyskusji o leczeniu na oddziale psychiatrii pacjentek o zbliżonym obrazie klinicznym bez ich zgody.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, zaburzenia psychotyczne, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Abstract

Anorexia nervosa is a disorder characterised by the significant reduction of body mass, usually with other coexisting psychiatric disorders. Psychotic symptoms may develop in its course and, furthermore, there are studies suggesting that sometimes anorexia may be a prodrome of psychosis. In this article, a case study is presented of the patient with diagnosed anorexia nervosa, in whom the initial treatment failed to restore the proper body mass, while a significant improvement was achieved only after antipsychotic treatment. In the initial phase of the treatment, the patient withdrew her consent to the treatment and demanded discharge from the ward. Her parents filed for commitment in the petition mode and the family court issued a compulsory treatment order. This allowed for further treatment to be initiated just one week after the patient's withdrawal of consent for hospitalisation. This case provides the background for discussion about the treatment of patients with similar clinical picture in the psychiatric ward without their consent.

Key words: anorexia nervosa, psychotic disorders, mental health protection act

WSTĘP

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*; dalej także: anoreksja) charakteryzuje się znaczną utratą masy ciała (wskaźnik masy ciała – *body mass index*, BMI – poniżej 17,5 kg/m²) połączoną z zaburzeniami jego postrzegania oraz nasilonym lękiem przed przytyciem, który manifestuje się unikaniem „tuczącego” jedzenia czy zachowaniami kompensacyjnymi (np. wymioty, przeczyszczanie) (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 1997). Ta istotna redukcja masy ciała może prowadzić do wystąpienia licznych powikłań somatycznych, przede wszystkim związanych z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego. Pacjentów cierpiących na jadłowstręt dotyczą m.in. zaburzenia układu krążenia (np. bradykardia czy hipotonia ortostatyczna) czy też osteopenia, zaś u dziewcząt obecne może być zatrzymanie miesiączki. Istotnym problemem w przypadku jadłowstrętu psychicznego jest różnicowanie go z innymi chorobami psychicznymi, które często przybierają maskę anoreksji, jak również mogą z nią współwystępować. Niektóre badania wskazują, iż objawy jadłowstrętu mogą być prodromem zaburzeń psychicznych (Rojo-Moreno *et al.*, 2011). Co więcej, w przebiegu samych zaburzeń odżywiania objawy psychotyczne obserwuje się nawet u 10–15% pacjentów, co dodatkowo utrudnia diagnostykę. Szczególnie narażone na ich wystąpienie są osoby chorujące na restrykcyjny podtyp jadłowstrętu psychicznego, u których zwraca uwagę podobieństwo deficytów neuropoznawczych do tych występujących w przebiegu schizofrenii (Delsedime *et al.*, 2013).

Postępowanie terapeutyczne w przypadku anoreksji obejmuje zarówno leczenie żywieniowe, jak i oddziaływania psychoterapeutyczne. Czasami istnieją też wskazania do włączenia farmakoterapii. W praktyce klinicznej polega ona głównie na podawaniu niskich dawek neuroleptyków, przede wszystkim atypowych (Mehler-Wex *et al.*, 2008). Mają one wpłynąć na zaburzony obraz własnego ciała u pacjentów oraz zredukować ewentualne zniekształcenia poznawcze dotyczące jedzenia i rozluźnić sztywność myślenia. Obserwuje się przypadki, gdy niewielkie dawki leków przeciwpsychotycznych są niewystarczające i leczenie pacjenta z objawami psychotycznymi w przebiegu jadłowstrętu psychicznego staje się zbliżone do leczenia epizodu schizofrenii – chociażby w kontekście farmakoterapii. Istotną kwestią w tej grupie chorych jest pytanie, czy obserwowany obraz kliniczny jadłowstrętu jest pierwotny względem objawów psychotycznych, wtórny, czy też występuje niezależnie od nich. Odpowiedź uzyskać można dopiero w momencie przywrócenia odpowiedniej masy ciała (Delsedime *et al.*, 2013). Jest ona jednak niezwykle ważna, gdyż determinuje sposób dalszego postępowania z pacjentem. Aktualnie literatura dotycząca współwystępowania jadłowstrętu psychicznego i zaburzeń psychotycznych jest niezwykle uboga. Wskazuje to na konieczność poszerzenia wiedzy na ten temat w celu lepszego zrozumienia

całokształtu obrazu klinicznego – a więc i farmakoterapii zaburzeń psychotycznych współistniejących z jadłowstrętem psychicznym (Miotto *et al.*, 2010; Thorpe *et al.*, 2011). Odrębną kwestią – budzącą duże emocje w środowisku lekarskim – jest zagadnienie wyrażenia zgody na leczenie przez osobę chorą oraz związanej z tym możliwości przymusowej terapii na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (UoOZP) w tej grupie pacjentów. Symptomy jadłowstrętu psychicznego – a przede wszystkim zaburzone spostrzeganie własnego ciała połączone z nasilonym lękiem przed przytyciem – uniemożliwiają chorym uzyskanie wglądu we własny stan zdrowia somatycznego i psychicznego. To z kolei powoduje, że osoby te nie poszukują pomocy lekarskiej oraz często nie podejmują leczenia. Objęcie pacjenta opieką w warunkach szpitalnych przy braku zgody na leczenie reguluje UoOZP w artykule 23 – gdy dotychczasowe zachowanie pacjenta wskazuje na to, że **z powodu choroby psychicznej** zagraża bezpośrednio własnemu życiu – oraz w art. 29, kiedy dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Zatrzymanie na podstawie art. 29 dokonuje się na wniosek małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę oraz organu do spraw pomocy społecznej. Decyzję w tej kwestii wydaje sąd – w związku z tym leczenie zostaje odroczone do czasu rozpatrzenia sprawy, co może trwać nawet do kilku miesięcy. Podjęcie przez lekarza natychmiastowych działań możliwe jest natomiast na podstawie art. 23, niemniej muszą istnieć przesłanki do tego, że z powodu swej choroby psychicznej osoba badana zagraża bezpośrednio sobie lub innym. W tym jednak miejscu pojawia się problem, iż u znacznej części pacjentów obraz kliniczny nie spełnia kryteriów zaburzeń myślenia i spostrzegania, które odpowiadają pojęciu choroby psychicznej w rozumieniu art. 23 i 29 UoOZP – pomimo ewidentnego zagrożenia życia związanego z kontynuacją restrykcji pokarmowych czy też zachowań kompensacyjnych.

Kwestia niejasności dotyczących interpretacji UoOZP w kontekście możliwości zastosowania art. 23 i 29 u osób z jadłowstrętem psychicznym omawiana była podczas posiedzenia zespołu ekspertów powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dnia 1 grudnia 2017 roku. Zwrócono wówczas uwagę na fakt, iż u pewnej grupy pacjentów z jadłowstrętem psychicznym obecne są zaburzenia myślenia oraz spostrzegania, co uprawnia do rozpoznania choroby psychicznej – i tym samym do wykorzystania art. 23 i 29 UoOZP. Jako spełniające kryteria choroby psychicznej w rozumieniu art. 23 i 29 UoOZP określili oni objawy zaburzeń myślenia i spostrzegania dotyczące oceny rzeczywistości, występujące w kontekście chorobowym, ewidentnie fałszywe, odczuwane jako oczywiste i niepodlegające modyfikacji nawet wobec obiektywnych argumentów (Remberk *et al.*, 2018).

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie przypadku nastoletniej pacjentki, którą na podstawie decyzji sądu –

bez jej własnej zgody – leczono w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (OKPiPWR; dalej także: Oddziale) z powodu dekompensacji psychotycznej w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

OPIS PRZYPADKU

Szesnastoletnia pacjentka została przyjęta za zgodą własną i rodziców do OKPiPWR ze skierowaniem od lekarza pediatry, endokrynologa dziecięcego – z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania i z adnotacją o braku efektów w leczeniu ambulatoryjnym. Nigdy wcześniej nie była hospitalizowana psychiatrycznie. Przed przyjęciem do Oddziału dziewczynka przez okres czterech miesięcy pozostawała pod opieką poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz przez pięć miesięcy była objęta psychoterapią indywidualną. W tym czasie jednokrotnie konsultowano ją psychiatrycznie w ramach izby przyjęć szpitala pediatrycznego, gdzie zaproponowano hospitalizację psychiatryczną, jednakże pacjentka nie wyraziła na nią zgody. Trzy miesiące przed przyjęciem przebywała na oddziale endokrynologii dziecięcej, gdzie wykluczono podłoże somatyczne utraty masy ciała. Konsultujący ten przypadek psychiatra zdiagnozował wówczas współtowarzyszący epizod depresyjny, w związku z czym zaproponował leczenie fluoksetyną w dawce 10 mg rano – zgodnie z algorytmem obowiązującym w tej grupie wiekowej. Jednakże pacjentka nie wyraziła zgody na farmakoterapię.

Z relacji matki wynika, że córka „była wzorową uczennicą”, średnia jej ocen wynosiła 5,5. Dziewczynka zaczęła się odchudzać mniej więcej dziesięć miesięcy przed przyjęciem na Oddział, w okresie wakacyjnym. Decyzje tę miała argumentować słowami, iż „złe czuje się we własnym ciele”. Ważyła wtedy 66 kg, BMI wynosiło około 23 kg/m². Zintensyfikowała wysiłek fizyczny oraz ograniczyła ilość i jakością przyjmowane posiłki. W związku z tym następował systematyczny znaczny spadek masy ciała. Po upływie około dwóch miesięcy od rozpoczęcia odchudzania pojawiły się pierwsze konsekwencje redukcji wagi – pod postacią zatrzymania miesiączki. Z tego powodu pacjentka została hospitalizowana na oddziale endokrynologii dziecięcej. Przy przyjęciu do szpitala masa ciała dziewczynki wynosiła niecałe 51,8 kg (10.–25. pc), a wskaźnik BMI – 18,1 kg/m². Podczas piętnastodniowej hospitalizacji uzyskano przyrost do wartości odpowiednio 53,9 kg i 18,9 kg/m². Jednakże po wypisie pacjentka podjęła dalszą redukcję masy ciała.

Z relacji rodziców wynikało, że w ostatnie dni przed przyjęciem na OKPiPWR dziewczynka prawie całkowicie odmawiała przyjmowania posiłków, jedynie pod przymusem przyjmowała nutridrinki. W momencie przyjęcia na Oddział ważyła 43,3 kg, BMI wynosiło 15,1 kg/m². W badaniu stanu psychicznego odnotowano wówczas obniżenie nastroju i napędu psychoruchowego oraz słabo modulowany afekt. Zaobserwowano też zaburzony obraz

własnego ciała. Pacjentka relacjonowała halucynacje ce-nestetyczne, „z ciała” – wrażenie rozrastania się, poszerzania ciała po spożytym posiłku. Zagrożąco interpretowała kwestię przyjmowania jedzenia, wydawała się zafiksowana na tej tematyce. Ze względu na obserwowane obniżenie nastroju, urojeniową interpretację intencji personelu, chorobowe, zagrożające zdrowiu przeżywanie przyjmowania posiłków i leczenia farmakologicznego oraz zaburzony tok myślenia włączono do leczenia atypowy lek przeciwpsychotyczny risperidon, w maksymalnej dawce 2 mg/dobę, oraz lek przeciwdepresyjny sertralinę, w dawce 50 mg/dobę. Powyższe leki wybrano ze względu na korzystniejszy profil działań niepożądanych, zwłaszcza w obrębie układu sercowo-naczyniowego, który w przebiegu jadłowstrętu psychicznego pozostaje dodatkowo obciążony – m.in. poprzez przesiek do worka osierdziowego czy zaburzenia elektrolitowe.

W badaniu fizykalnym zwracały uwagę ogólne wyniszczenie organizmu, słabo wykształcona tkanka podskórna, sucha, łuszcząca się skóra, występowanie meszku (nadmierne rozwinięte było owłosienie nad górną wargą), nieprawidłowa, pochylona postawa ciała. W badaniach laboratoryjnych odnotowano obniżony poziom hemoglobiny, erytrocytów i hematokrytu. Okresowo poniżej normy znajdował się też poziom fosforu. Dziewczynka była konsultowana kardiologicznie – w badaniach echokardiograficznych (UKG) uwidoczniono istotną ilość płynu w osierdziu, maksymalnie w skurczu do 20 mm, w elektrokardiograficznym (EKG) – bradykardię zatokową – zwolnienie akcji do około 40 uderzeń/min.

W trakcie pobytu na Oddziale pacjentka dalej unikała przyjmowania pokarmów, co skutkowało postępującym spadkiem masy ciała oraz pogarszaniem stanu somatycznego. W związku z tym zdecydowano o włączeniu żywienia dietą przemysłową za pomocą zgłębnika dożołądkowego. Nie przyniosło to jednak pożądanego rezultatu w związku z regularnym wylewaniem treści sondy przez pacjentkę. Dodatkowo w trakcie pobytu stale podważała ona zasadność stosowanej terapii. Wielokrotnie w ciągu dnia dopytywała personel medyczny o kwestie dotyczące sensu leczenia farmakologicznego oraz przyrostu masy ciała. Pytania o niemal identycznej treści powtarzała wielokrotnie – nawet kilkadziesiąt razy w ciągu dnia – pomimo uzyskiwania jasnych odpowiedzi od lekarzy oraz terapeutów.

Mimo włączonego leczenia farmakologicznego, żywieniowego i oddziaływań terapeutycznych nie uzyskano widocznej poprawy stanu zdrowia. Po pięciu tygodniach hospitalizacji psychiatrycznej pacjentka w trakcie konsultacji rodzinnej odmówiła dalszego przyjmowania leków. Przyznała się też do ich unikania poprzez chowanie pod językiem i wypluwanie oraz wycofała zgodę na hospitalizację, żądając wypisu z Oddziału. W związku z tym – i w obliczu braku wynikających z UoOZP przesłanek do zatrzymania pacjentki – została ona wypisana z Oddziału z wagą 42,4 kg i BMI równym 14,9 kg/m². Najniższa masa ciała pacjentki odnotowana podczas pobytu na Oddziale

wynosiła 42,0 kg. Przy wypisie poinformowano rodziców o możliwości leczenia córki w trybie wnioskowego zobowiązania do leczenia szpitalnego.

Po upływie tygodnia ponownie stawili się z córką w izbie przyjęć. Przedłożyli lekarzowi dyżurnemu postanowienie sądu, iż na czas toczącego się postępowania dotyczącego zarządzeń opiekuńczych nakazuje niezwłocznie umieścić pacjentkę w tutejszym oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży – celem dalszej diagnostyki i leczenia. Rodzice podawali, iż w okresie, gdy przebywała w domu, nie przyjmowała zaleconych leków. Lekarzowi dyżurnemu na izbie przyjęć relacjonowała, iż obawiała się zmian w mózgu, które mogłyby te leki spowodować, oraz dopytywała o możliwą zmianę osobowości wskutek zażywania leków przeciwpsychotycznych. Przy ponownym przyjęciu masa ciała pacjentki wynosiła 42,3 kg, BMI: 14,8 kg/m². Stan psychiczny nie uległ znaczącej zmianie w stosunku do stanu z zakończenia poprzedniej hospitalizacji. Pacjentka prezentowała znaczne obniżenie nastroju i napędu, słabą modulację afektu, brak poczucia choroby oraz ewidentne zaburzenia toku myślenia. Podjęto decyzję o modyfikacji leczenia, poprzez zmianę risperidonu na inny neuroleptyk – olanzapinę w formie tabletki rozpuszczalnej w jamie ustnej, w maksymalnej dawce 15 mg/dobę. Wybór ten podyktowany był hipotezą depresyjnego wpływu risperidonu na pacjentkę oraz brakiem poprawy w zakresie obserwowanych zaburzeń toku myślenia – pomimo stosowania leku w dawce terapeutycznej przez pięć tygodni. Po konsultacji kardiologicznej zamieniono go na lek o wyższym ryzyku działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego, lecz o działaniu potencjalnie stabilizującym nastrój oraz o odmiennym od risperidonu profilu działania receptorowego. Czasowo zastosowano też w leczeniu benzodiazepiny w celu redukcji lęku, sedacji pacjentki.

W początkowej fazie drugiej hospitalizacji ponownie obserwowano dalszą redukcję masy ciała. Najniższa odnotowana wówczas waga wynosiła 40,9 kg, co odpowiadało BMI równemu 14,3 kg/m². Wobec niskiej masy ciała oraz poważnego stanu somatycznego ponownie podjęto decyzję o wprowadzeniu żywienia dietą przemysłową za pomocą sondy żołądkowej i stopniowego zwiększania kaloryczności mieszanek. W trakcie dalszej hospitalizacji odnotowano postępującą poprawę stanu psychicznego oraz zwiększanie masy ciała. Pacjentka zaczęła prezentować powierzchowny krytycyzm wobec swojego stanu zdrowia i swobodnie się wypowiadać. Tok jej myślenia także się poprawił i stał się bardziej spójny. Jej wypowiedzi przestały być skupione wyłącznie na tematyce jedzenia. Wobec odnotowanej poprawy podjęto próbę redukcji dawki olanzapiny, jednak zaobserwowano wówczas ponowne pogorszenie stanu psychicznego. Objawiało się ono usztywnieniem myślenia i większym zaabsorbowaniem tematyką związaną z jedzeniem. Po częściowej odbudowie masy ciała przeprowadzono ponowną konsultację kardiologiczną, w trakcie której UKG wykazało jedynie ślad płynu w worku osierdziowym oraz rytm zatokowy o prawidłowej częstotliwości. W momencie

uzyskania przez pacjentkę masy ciała na poziomie 49,5 kg – przy BMI równym 17,3 kg/m² – oraz po ustabilizowaniu jej stanu somatycznego i psychicznego w stopniu umożliwiającym kontynuację leczenia w warunkach ambulatoryjnych wystosowano do sądu informację z prośbą o zwolnienie pacjentki z leczenia szpitalnego. Sąd przychylił się do tego wniosku. Pacjentka została wypisana z Oddziału w stabilnym stanie psychicznym oraz somatycznym i kontynuuje leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Omówienie przebiegu hospitalizacji

U przedstawionej chorej znaczącą przeszkodą w procesie leczenia był brak współpracy, który wynikał z braku poczucia choroby oraz urojeniowego, zagrażającego jej postrzegania wprowadzonego leczenia – zarówno farmakologicznego, jak i żywieniowego. Nasilenie objawów psychotycznych prezentowanych przez dziewczynkę także znacząco wpływało na proces terapii. Podczas hospitalizacji pacjentka starała się ukrywać przed personelem medycznym fakt nieprzyjmowania leków, wylewała mieszanki żywieniowe podawane przez sondę dożołądkową oraz finalnie wycofała całkowicie zgodę na leczenie farmakologiczne i zażądała wypisu z Oddziału. Dopiero wskutek postanowienia sądu o ponownym umieszczeniu dziewczynki w szpitalu udało się wprowadzić adekwatne leczenie – w pierwszej kolejności farmakoterapię dosyć wysokimi dawkami leków przeciwpsychotycznych. Pozwoliło to na zredukowanie nasilenia objawów psychotycznych oraz uzyskanie u pacjentki powierzchownego krytycyzmu wobec objawów choroby. To z kolei umożliwiło wprowadzenie oddziaływań psychoterapeutycznych, które skutkowały przywracaniem odpowiedniej masy ciała i stabilizacją stanu zdrowia.

Ważniejsze uwagi z perspektywy psychoterapeutycznej

Leczenie pacjentki obejmowało dwa etapy. Na pierwszym, poprzedzającym przyjęcie na OKPiPWR, pacjentka uczestniczyła w indywidualnej psychoterapii w trybie ambulatoryjnym, pozostając jednocześnie pod kontrolą specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży. Dominującymi obszarami trudności były skrajnie zaburzony obraz ciała oraz wrogie i niebezpieczne wyobrażenia na temat pożywienia. Ponadto doświadczała istotnych trudności separacyjnych. Jej funkcjonowanie w grupie rówieśniczej było bardzo ograniczone, w zakresie relacji z osobami znaczącymi funkcjonowała w symbiotycznej relacji z matką, a ojca odbierała jako wrogiego, surowego i oprawczego. W obrazie siebie samej dominowało poczucie bezwartościowości; często wypowiadała treści o charakterze nihilistycznym. Istotnymi wątkami były również rywalizacja z rodzeństwem oraz funkcjonowanie pacjentki w środowisku szkolnym, gdzie uzyskiwanie dobrych wyników stawało się ideą nadwartościową. W relacji terapeutycznej obserwowano znaczną trudność w stworzeniu pozytywnego przymierza terapeutycznego –

ze względu na wrogie projekcje pacjentki. Niemożliwe było osiągnięcie takiego poziomu współpracy, który gwarantowałby przekroczenie lęku przed przytęciem. Wobec postępującej utraty masy ciała oraz prezentowanych skrajnie sztywnych nastawień i wrogich wyobrażeń na temat intencji innych – w tym rodziny, terapeuty i lekarza prowadzącego – zdecydowano o konieczności zerwania kontraktu w trybie ambulatoryjnym i, przy obopólnej zgodzie, o dalszym leczeniu w warunkach szpitalnych.

Psychoterapia indywidualna prowadzona w warunkach stacjonarnych, w oddziale całodobowym, stanowiła drugi etap leczenia. Praca terapeutyczna w tym czasie dzieliła się na dwie części: pierwsza stanowiła okres pięciu tygodni od przyjęcia planowego do żądania wypisu, a druga obejmowała dwanaście tygodni hospitalizacji na podstawie postanowienia sądu.

W pierwszym okresie podstawę kontaktu stanowiło poznanie problemów pacjentki i podjęcie próby nawiązania przy mierza terapeutycznego. W tym czasie dziewczynka prezentowała obniżony nastrój i skłonność do płaczliwości, była nieco spowolniona, wypowiadała się częściowo niespójnie i nielogicznie – mimo iż sprawiała wrażenie osoby o ponadprzeciętnych możliwościach intelektualnych (co zdawały się potwierdzać informacje z wywiadu i jej dotychczasowe funkcjonowanie szkolne). Była silnie zafiksowana na tematyce jedzenia i twierdziła, iż nie otrzymała logicznego argumentu dla konieczności przytęcia. Broniła zniekształconego obrazu własnego ciała, utrzymując, że jej aktualna waga jest prawidłowa i że potrzebuje jedynie więcej czasu na powrót miesiączki oraz ustanie innych problemów somatycznych wynikających z niedożywienia. Pacjentka silnie prześladowczo przeżywała leczenie, a konfrontowana z podejmowanymi przez siebie strategiami kompensacyjnymi (wylewanie treści sondy, chowanie jedzenia w bieliznie) dewaluowała personel Oddziału i zdecydowanie zaprzeczała faktom. W miarę upływu czasu widoczne były u niej nasilająca się wściekłość i przerażenie. Urojenia prześladowcze na temat procesu leczenia i silna projekcja złości na osobę terapeuty stwarzały przeciwprzeniesieniowe poczucie, że „jest krzywdzona, a personel medyczny chce jej coś odebrać”. W podobny sposób opisywała relację z rodzicami. Ponieważ przed hospitalizacją córki przeżywali bezradność, przerażenie i wściekłość – o których wspomnieli też podczas konsultacji rodzinnych – kilkakrotnie w warunkach domowych uciekali się do prób zmuszania jej do przyjmowania pokarmów. Pierwszą część leczenia szpitalnego zakończyło wycofanie przez dziewczynkę zgody na hospitalizację podczas konsultacji rodzinnej. Stanowiło to dla niej znaczny wysiłek psychiczny i zdawało się stanowić formę obrony własnego destrukcyjnego indywidualizmu. Można było odnieść wrażenie, że zaburzenie odżywiania pacjentki stanowi jedyne „osiągnięcie” separacji i sprzeciwu w relacji z rodzicami.

Drugą fazę leczenia pacjentki rozpoczęła niezwykle trudna dla niej konfrontacja z własną bezsilnością wobec przymusu leczenia i karmienia przez sondę. Dziewczynka jeszcze

silniej przeżywała poczucie „oszukania i skrzywdzenia” przez rodziców oraz personel medyczny, który w odczuciu pacjentki zdawał się stanowić ich symboliczne przedłużenie. Kontakt werbalny z chorą był w tym okresie silnie utrudniony – z uwagi na jej uporczywe przekonanie o tym, że leki zmieniają jej osobowość, a przybranie na wadze jest zupełnie niepotrzebne. Na tym etapie na poziomie przeciwprzeniesienia terapeuty najsilniej odczuwane były bezradność i poczucie bezsensu. Pacjentka zdawała się prowadzić z terapeutą beznadziejną walkę w obronie zniekształconego obrazu siebie, a jej deklarowany lęk przed zmianą osobowości można było interpretować w kategorii lęku anihilacyjnego lub lęku przed utratą swojego jestestwa.

W miarę stopniowego przywracania odpowiedniej masy ciała oraz pojawiającego się u pacjentki krytycyzmu wobec swojego stanu zdrowia możliwe było podjęcie z nią bardziej wglądowej pracy terapeutycznej. Obserwowano wówczas coraz słabsze skupienie na tematyce jedzenia i lęku przed przybraniem na wadze. Na sesjach omawiano problematykę własnej tożsamości pacjentki, tego, co chciałaby robić zawodowo i jak wyobraża sobie swoje życie prywatne. Terapeuta poruszał także kwestie adaptacyjnych form buntu i indywidualizacji. Próbował uwydatnić zasoby pacjentki oraz ich rolę w budowaniu spójnego obrazu własnego „ja” oraz „ja” w relacji do innych. Podkreślał też istotność brania przez dziewczynkę odpowiedzialności za własne wybory oraz poszukiwania kierunków rozwoju w sobie samej, a także znaczenie korzystania z zasobów złości w budowaniu własnego indywidualizmu.

Dziewczynka na tym etapie intensywnie fantazjowała i snuła mniej lub bardziej realistyczne plany związane z własnym rozwojem i karierą zawodową. Nawiązała także kontakt z kolegą spoza oddziału, czego wcześniej mocno się obawiała. Widoczna była stopniowa satysfakcja związana z osiąganiem kolejnych etapów kontraktu terapeutycznego, przybieraniem na wadze – które utożsamiała z powrotem do zdrowia – oraz nawiązywaniem powierzchownych relacji rówieśniczych (nie tylko z osobami z zaburzeniami odżywiania). Poprawiły się także wygląd zewnętrzny i higiena dziewczynki. Pacjentka relacjonowała lęk przed nawrotem wymuszających zachowań ze strony rodziców. Farmakologiczne i psychoterapeutyczne leczenie szpitalne opisaną chorej stanowiło wstęp do dalszych oddziaływań terapeutycznych, mających na celu wsparcie jej w zdrowym dążeniu do separacji i indywidualizacji.

OMÓWIENIE

Poważnymi przeszkodami w skutecznym leczeniu jadłowstrętu psychicznego są wątpliwości istniejące wokół przepisów dotyczących hospitalizacji pacjentów psychiatrycznych bez ich zgody oraz trudności w diagnostyce objawów psychotycznych w tej grupie osób. Czas trwania choroby i utrzymywanie się krytycznie niskiej masy ciała ma istotny wpływ na ogólny stan somatyczny. Może prowadzić do licznych powikłań, utrzymujących się także już po zakończeniu

leczenia. W przypadku takich pacjentów jak opisana dziewczynka nie ma jednoznacznych przesłanek do hospitalizacji w trybie art. 23 UoOZP. Odnosząc się do wytycznych zespołu ekspertów psychiatrii dzieci i młodzieży, można powiedzieć, że stan zdrowia psychicznego oraz objawy prezentowane przez pacjentkę upoważniały do rozpoznania u niej choroby psychicznej i zastosowania art. 29 UoOZP. Jednakże procedura hospitalizacji w trybie wnioskowym jest często długotrwała i może skutkować znacznym odroczeniem prawidłowego leczenia. To zaś może doprowadzić do powikłań utrzymujących się nawet wiele lat po przywróceniu odpowiedniej masy ciała – takich jak zaburzenia endokrynologiczne, gastrologiczne, kardiologiczne (Kuwabara *et al.*, 2018; Westmoreland *et al.*, 2016).

Dlatego należy szczególnie podkreślić pilną potrzebę doprecyzowania i nowelizacji przepisów dotyczących hospitalizacji pacjentów psychiatrycznych wbrew ich woli. Konieczne jest wypracowanie lepszego kompromisu pomiędzy paternalizmem a prawem pacjenta do decydowania o swoim losie. Zanim jednak opracowane zostaną nowe rozwiązania legislacyjne, należy zwrócić uwagę na inne możliwości interwencji w tego typu sytuacjach. Przykładowo w przypadku opisanej dziewczynki sąd rodzinny zdecydował o zobowiązaniu jej do leczenia nie na podstawie UoOZP, lecz na bazie zarządzeń opiekuńczych. Umożliwiło to dalsze leczenie już po tygodniu od wycofania przez pacjentkę zgody na hospitalizację, przy równocześnie toczącej się procedurze uruchomionej na podstawie art. 29 UoOZP.

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

- Delsedime N, Nicotra B, Giovannone MC *et al.*: Psychotic symptoms in a woman with severe Anorexia Nervosa: psychotic symptoms in Anorexia Nervosa. *Eat Weight Disord* 2013; 18: 95–98.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997.
- Kuwabara M, Niwa K, Yamada U *et al.*: Low body mass index correlates with low left ventricular mass index in patients with severe anorexia nervosa. *Heart Vessels* 2018; 33: 89–93.
- Mehler-Wex C, Romanos M, Kirchheiner J *et al.*: Atypical antipsychotics in severe anorexia nervosa in children and adolescents – review and case reports. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16: 100–108.
- Miotto P, Pollini B, Restaneo A *et al.*: Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatry Res* 2010; 175: 237–243.
- Remberk B, Gmitrowicz A, Janas-Kozik M *et al.*: Stanowisko ekspertów w kwestii postępowania w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym o ciężkim przebiegu, którzy nie wyrażają zgody na leczenie. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 229–233.
- Rojo-Moreno L, Plumed JJ, Fons MB *et al.*: Auditory hallucinations in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 494–500.
- Thorpe M, Nance M, Gilchrist P *et al.*: Symptoms of psychosis in a patient with anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 791.
- UoOZP. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 1878).
- Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS: Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Am J Med* 2016; 129: 30–37.