

Kinga Bączyk-Rozwadowska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

kbaczyk@umk.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6545-2671>

Podejmowanie czynności leczniczych wobec osób cierpiących na zaburzenia odżywiania (*anorexia nervosa*)

The Medical Treatment of Patients Suffering from Eating Disorders (*Anorexia Nervosa*)

Abstract: The aim of this study is to answer the question of whether the law allows for the coerced hospitalization and treatment of adult and non-incapacitated patients suffering from eating disorders. The analysis concerns anorexia nervosa as one of the most serious and dangerous of these disorders due to its high mortality. The considerations include two groups of provisions: Articles 30 and 33 of the Act on the Professions of Doctor and Dentist (Sejm of the Republic of Poland, 1996) and Articles 23–24 of the Act on Mental Health Protection (Sejm of the Republic of Poland, 1994). The author concludes that under the later Act, anorexic patients cannot be admitted to hospital against their will because they are not mentally ill; according to the view of most doctors, anorexia is not an illness but a disorder. The study ends with conclusions and *de lege ferenda* remarks (proposals for changes to the Act on Mental Health Protection).

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, psychiatric (mental) illness, mental disorders, life-threatening conditions, the state of necessity, coerced hospitalization, psychiatric treatment, coerced admission for psychiatric observation

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, zagrożenie życia, stan wyższej konieczności, przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, obserwacja psychiatryczna

Wprowadzenie

Anoreksja (jadłowstręt psychiczny, *anorexia nervosa*) jest skomplikowanym zespołem chorobowym, który przejawia się świadomym ograniczaniem przyjmowanych pokarmów i zmniejszaniem kaloryczności posiłków, prowadzącym do znaczącego spadku masy ciała i w konsekwencji – wychudzenia (Khalifa & Gold-

man, 2019, s. 107–108; Boratyńska, 2019, s. 920). Zaburzenie to rozpoznaje się na podstawie ściśle określonych kryteriów diagnostycznych, ujętych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (WHO, 2018)¹ oraz Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych DSM-V (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013; Gałęcki et al. (red.), 2018). Do podstawowych objawów anoreksji ujętych w klasyfikacjach należą: utrata wagi prowadząca do obniżenia masy ciała o co najmniej 15% (BMI poniżej 13.), świadome zachowania ograniczające spożywanie posiłków, silny lęk przed przytyciem pomimo wychudzenia, problemy hormonalne, metaboliczne i somatyczne. Intensywnej diecie towarzyszą wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, nadużywanie leków przeczyszczających i środków obniżających łaknienie oraz prowokowanie wymiotów. Osoba chora ma zaburzony obraz własnego ciała, ponieważ pomimo wychudzenia (niekiedy nawet skrajnego) uważa się za grubą, a nawet otyłą i obsesyjnie dąży do utraty wagi (Giusti & Gebhard, 2011, s. 711–715; Tylec et al., 2013, s. 531–539). Obawa przed przytyciem powoduje poważne zaburzenia poznawcze odnoszące się do procesu odżywiania, których rezultatem są zachowania dysfunkcyjne nakierowane na chudnięcie w postaci ukrywania jedzenia, wspomnianego prowokowania wymiotów oraz wzmożonej aktywności fizycznej (Attia & Walsh, 2009, s. 503)².

Anoreksja stanowi najczęstsze, a zarazem najpoważniejsze z zaburzeń odżywiania, do których zalicza się też bulimię (*bulimia nervosa*), napady obżarstwa (*binge eating disorder*), wymioty uwarunkowane psychologicznie oraz atypowe odmiany wymienionych schorzeń (*eating disorder not otherwise specified*). Na anoreksję choruje aż 4% populacji dziewcząt i kobiet oraz 0,3% populacji mężczyzn, którzy – jak dowodzą statystyki – cierpią na jadłowstręt zdecydowanie rzadziej, stanowiąc około 10% chorych (Damato et al., 2023, s. 367)³. Liczba chorych w ostatnich latach rośnie (o ok. 4% na dekadę) i dotyczy coraz młodszych pacjentów (w tym 8-letnich, którzy stanowią 6% wszystkich chorych). Trwałe wyleczenie jest możliwe jedynie w przypadku 1/3 pacjentów; u około 1/3 choroba przechodzi w stan chroniczny, natomiast 20–30% pacjentów umiera w następstwie powikłań, wyniszczenia organizmu bądź podjętej skutecznie próby samobójczej (Mitrany & Melamed, 2005, s. 188; Mitchell et al., 2011, s. 724 i nast.).⁴ W literaturze medycznej podkreśla się, że anoreksja wraz z innymi zaburzeniami odżywiania stanowi dwunastą z kolei przyczynę niepełnosprawności i zgonów na świecie (Attia & Walsh, 2009, s. 503; Chesney et al., 2014, s. 156).

1 Klasyfikacja obowiązuje od 1.01.2022 roku.

2 Osoby stosujące restrykcyjną dietę i traktujące odchudzanie jako sposób na życie tworzą w Internecie wirtualną społeczność o nazwie *Pro-ana*. Stanowi ona bezpieczną „enklawę” dla tych chorych, którzy nie podejmują leczenia (zob. Stochel & Janas-Kozik, 2010, s. 692–702).

3 Spośród zaburzeń odżywiania 42,3% przypadków stanowi anoreksja, 18,2% – bulimia, a 14,6% – napady obżarstwa.

4 Do tzw. predyktorów aktywności suicydalnej należą: lęk, objawy zespołu depresyjnego oraz współwystępowanie alkoholizmu (szerzej Suzuki et al., s. 326 i nast.).

Pomimo intensywnych badań przyczyny anoreksji nie zostały do końca wyjaśnione; wiadomo jednak, że tkwią w psychice i wynikają w dużej mierze z nieprawidłowych stosunków rodzinnych (sztywności relacji między bliskimi, nadopiekuńczości matki, blokowania procesu uzyskiwania przez dziecko autonomii i innych). Czynnikiem spustowym jest najczęściej uraz psychiczny spowodowany negatywną oceną własnego wyglądu, pojawiającą się w odpowiedzi na niekorzystny (krzywdzący) komentarz osoby trzeciej czy propagowany przez media ideał urody i atrakcyjności fizycznej. Czynniki te uruchamiają proces chorobowy, jeżeli trafią na określone predyspozycje osobowościowe, np. perfekcjonizm bądź cechy obsesyjno-kompulsywne. Ryzyko zachorowania dotyczy każdej osoby bez względu na wiek, rasę, grupę etniczną czy status społeczno-ekonomiczny (Rabe-Jabłońska et al., 2008, s. 22; Pilecki et al., 2013, s. 385 i nast.; Witkowska, 2013, s. 397 i nast.).

Leczenie anoreksji jest skomplikowanym procesem, wymagającym zaangażowania wielu specjalistów. Sposób niesienia pomocy zależy od nastawienia pacjenta, jego wieku i kondycji psychicznej, a także stopnia zaawansowania choroby i ogólnego stanu zdrowia. W pierwszej kolejności niezbędne jest wyrównanie niedoborów żywieniowych, przywrócenie prawidłowej masy ciała, a także złagodzenie fizycznych następstw długotrwałego wychudzenia (Żerańska et al., 2002, s. 581 i nast.). Leczenie w tym zakresie prowadzą placówki niepsychiatryczne – oddziały internistyczne, intensywnej opieki medycznej lub oddziały specjalistyczne (np. kardiologiczne, gastrologiczne) w zależności od rodzaju stwierdzonych powikłań somatycznych lub chorób współistniejących z anoreksją, np. cukrzycy, niewydolności serca (Rabe-Jabłońska et al., 2008, s. 27).

W momencie, w którym stan chorego na to pozwala, możliwe jest rozpoczęcie psychoterapii ukierunkowanej na zmianę przekonań, nieprawidłowych wzorców myślenia i wyobrażeń dotyczących obrazu własnej osoby oraz znaczenia wyglądu. Momentem przełomowym jest przekroczenie przez chorego „psychologicznej bariery niejedzenia”, a następnie – rezygnacja z odchudzania i utrzymanie takiego stanu rzeczy. Terapia jest wieloletnia, a czas jej trwania (wynoszący średnio od 2 do 5 lat) wyznacza indywidualne tempo uzyskiwania poprawy w zakresie stanu fizycznego, zmiany zachowań żywieniowych i poprawy ogólnego funkcjonowania organizmu.

Podstawę udzielania świadczeń osobie dorosłej (pełnoletniej i nieubezpieczonej) cierpiącej na zaburzenia odżywiania stanowi swoisty *sui generis* kontrakt terapeutyczny między lekarzem a pacjentem. Stanowi on refleks prawa pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie, wynikającego z art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Sejm RP, 2008) oraz art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Sejm RP, 1996). W zawartym w ramach porozumienia i opracowanym wspólnie przez strony regulaminie pacjent świadomie akceptuje ograniczenie niektórych przywilejów i praw (np. do telefonicznego kontaktu z bliskimi, do odwiedzin, opuszczania szpitala w ramach tzw. przepustki), które następnie odzyskuje w miarę przybierania na wadze. Dobrowolne zawarcie porozumienia i ustalenie prze-

biegu terapii ma stanowić motywację do podjęcia i kontynuowania leczenia, a także zwiększyć szanse jego powodzenia i utrwalenia pozytywnych skutków (Świdorska & Twarowska, 2017, s. 109; Boratyńska, 2019, s. 921; Mitrany & Melamed, 2005, s. 185; Túry et al., 2019, s. 1445).

Anorexia nervosa jest jednak swoistym medycznym, ale też – jak zostanie wykazane w toku dalszych rozważań – prawnym paradoksem. Stanowi, wraz z innymi postaciami zaburzeń odżywiania, jedną z niewielu znanych medycynie chorób (zaburzeń), w przypadku których pacjenta *de facto* nie łączy z lekarzem wspólnota celów i interesów. Typowy „anorektyk” kwestionuje fakt istnienia choroby i neguje potrzebę leczenia, a w konsekwencji – odmawia udzielenia zgody na hospitalizację i stosowanie procedur medycznych. W praktyce więc osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania przyjmowane są do szpitala, zarówno ogólnego, jak i psychiatrycznego, bez zgody lub nawet wbrew swojej woli (Kmieciak, 2016, s. 63). Metody leczenia anoreksji są natomiast stosunkowo restrykcyjne i polegają na jednostronnym, odgórnym pozbawieniu pacjenta niektórych, wspomnianych wyżej uprawnień. Chorego co do zasady poddaje się tzw. reżimowi łóżkowemu do czasu uzyskania określonej wagi minimalnej, kontroluje się jego czynności fizjologiczne w celu wyeliminowania przypadków prowokowania wymiotów, a także sprawdza rzeczy osobiste w poszukiwaniu środków przeczyszczających. Nierzadkie są również przypadki stosowania przymusu bezpośredniego (fizycznego) w postaci przytrzymywania, przymusowego podania leków, a nawet unieruchomienia (Holm et al., 2012, s. 94).

Okoliczność, iż znakomita większość osób z zaburzeniami odżywiania odmawia niezbędnego w ich stanie leczenia, zarówno somatycznego, jak i psychiatrycznego, implikuje pytanie o to, czy i w jakim zakresie, przy braku przepisów odnoszących się do zaburzeń odżywiania, lekarz może (powinien?) i ewentualnie na jakich podstawach prawnych podjąć działania terapeutyczne bez zgody, a nawet wbrew woli pacjenta, stosując przymus leczenia (hospitalizacji). Przyjęcie określonych reguł w tej sferze wydaje się konieczne ze względu na występujące w praktyce problemy decyzyjne lekarzy, interes pacjentów oraz konieczność stworzenia stanu pewności prawa. Rozważaniami objęto pełnoletnich i nieubezważnowolnionych (a więc kompetentnych materialnie) pacjentów, u których anoreksja stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia i konieczne jest udzielenie im natychmiastowej pomocy. Pominięte zostały natomiast sytuacje, w których stan pacjenta jest na tyle stabilny, że możliwe jest przeprowadzenie postępowania sądowego o ubezważnowolnienie bądź przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Sejm RP, 1994)⁵.

5 Analizy dotyczące art. 23 ustawy są jednak aktualne także w odniesieniu do art. 29 ze względu na identycznie ujętą medyczną przesłankę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (choroba psychiczna).

1. Problem kolizji dóbr i ustalenia prawnych podstaw udzielenia świadczeń w obliczu odmowy leczenia

W przypadku anoreksji, ze względu na wynikającą z istoty zaburzenia negującą leczenie postawę chorego, pojawia się konflikt zasadniczych dóbr: autonomii pacjenta oraz spoczywającego na lekarzu obowiązku ratowania zdrowia i życia.

Przeciwko leczeniu przemawia niewątpliwie prawo do samostanowienia, wynikające z dokumentów międzynarodowych, ustawy zasadniczej oraz ustawodawstwa zwykłego. Art. 31 Konstytucji RP *expressis verbis* stanowi, że wolność człowieka podlega ochronie prawnej, a jej ograniczenie może nastąpić wyłącznie na mocy ustawy i tylko wówczas, gdy jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa, ochrony zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Z kolei z wspomnianych już art. 34 i nast. UZL, a także art. 16 UPP wynika, że podjęcie leczenia jest możliwe tylko wobec pacjenta, który wyraził na to zgodę. Na uwagę zasługuje także art. 5 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (Rada Europy, 1950), który przewiduje zakaz pozbawiania człowieka wolności w innych przypadkach niż te, które wynikają z przepisów prawa i dotyczą osoby umyślowo chorej. W prawie polskim przymusowe leczenie bądź hospitalizacja są możliwe wyłącznie na podstawie regulacji zawartych w ustawie psychiatrycznej i przy spełnieniu przewidzianych w niej przesłanek (art. 22 i nast.). Anoreksja sama w sobie nie jest natomiast chorobą psychiczną, lecz zaburzeniem (odżywiania), mającym jedynie podłoże w psychice człowieka (Boratyńska, 2019, s. 920).

Przeciwko leczeniu anoreksji wbrew woli pacjenta przemawiają także względy pozaprawne. Jak wskazują lekarze i terapeuci, stosowanie przymusu, zarówno w zakresie leczenia ogólnego, jak i psychiatrycznego, pomimo iż niekiedy konieczne, niweczy zaufanie pacjenta i utrudnia nawiązanie relacji terapeutycznej (Damato et al., 2023, s. 367). Przymus zmniejsza pewność siebie i poczucie własnej wartości, obniża i tak już zaburzony u osoby chorej samokrytycyzm, co z kolei utrudnia motywowanie jej do dalszej terapii. W konsekwencji utrudnione jest osiągnięcie zamierzonych efektów terapeutycznych (Damato et al., 2023, s. 367).

Z zastosowaniem przymusu w leczeniu anoreksji wiąże się również ryzyko nadużyć. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo, że terapia podejmowana wbrew woli w sytuacjach naprawdę wyjątkowych (w razie bezpośredniego zagrożenia życia) stanie się regułą. Pojawia się też obawa o instrumentalne traktowanie pacjenta i stosowanie przymusu w przypadku każdego zachowania irracjonalnego lub godzącego we własne zdrowie i życie (Tylec et al., 2013, s. 532 i nast.).

Procesy dotyczące anoreksji są wprawdzie nieliczne, lecz analiza wyroków karnych dowodzi, że lekarze (wzywani przez bliskich pacjenta) są raczej skłonni szanować sprzeciw osoby chorej. Nawet jeśli stan jest poważny (BMI poniżej 13, a nawet 7), chorego uznaje się za kompetentnego materialnie, tj. działającego z rozeznaniem niezbędnym do odmowy hospitalizacji. Niepodjęcie leczenia niejednokrotnie jednak skutkuje śmiercią pacjenta.

Za poddaniem terapii osoby chorej na anoreksję bez jej zgody, a nawet wbrew woli przemawia natomiast lekarski obowiązek niesienia pomocy i ratowania życia i zdrowia, a także konsekwencje przełamania sprzeciwu. Art. 30 UZL nakazuje lekarzowi podjęcie działań terapeutycznych w każdym przypadku, w którym zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Z kolei art. 162 Kodeksu karnego (Sejm RP, 1997) przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3 dla każdej osoby (a więc także lekarza) nieudzielającego pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo powstania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast lekarz, który udzieli pomocy i wbrew woli pacjenta podda go leczeniu, może zawsze – w celu uniknięcia odpowiedzialności karnej – powołać się na działanie w stanie wyższej konieczności (art. 26 § 1 k.k.). Autonomia pacjenta jawi się bowiem jako dobro niższej wartości niż zdrowie i życie ludzkie, które należy, w razie bezpośredniego zagrożenia, bezwzględnie ratować. Zespół objawów w anoreksji świadczy o tym, że w grę wchodzi poważny stan chorobowy, którego zlekceważenie może zakończyć się śmiercią pacjenta. *Prima facie* konieczne jest zatem natychmiastowe podjęcie leczenia, a tym nawet zastosowanie przymusu w razie, gdyby osoba chora nie chciała poddać się leczeniu dobrowolnie (Boratyńska, 2019, s. 920).

Pozostawienie pacjenta bez pomocy (zwłaszcza przy BMI poniżej 10) może prowadzić do poważnych konsekwencji z uwagi na fakt, iż nieleczoną anoreksję cechuje największa śmiertelność spośród wszystkich zaburzeń odżywiania (18% w grupie pacjentek w wieku 20–30 lat). Przymus leczenia może więc, jak podkreślają lekarze, znacząco zapobiegać zgonom, zwłaszcza u osób z wieloletnim przebiegiem choroby⁶.

Zastosowanie przymusu wobec osoby chorej na anoreksję wydaje się uzasadnione, a nawet konieczne także wówczas, gdy terapia może przynieść (przynosi) długofalową poprawę, nie zaś wyłącznie doraźną pomoc (np. w postaci wyrównania wagi). Metody leczenia osób z zaburzeniami odżywiania są wprawdzie kontrowersyjne, lecz mogą przynosić rezultaty nie tylko w postaci wzrostu masy ciała, lecz także uświadomienia sobie problemu przez osobę chorą. Problem jest poważny, ponieważ zgodnie ze statystykami coraz więcej osób (7 mln dziewcząt i 1 mln chłopców na świecie) cierpi na tej postaci zaburzenia odżywiania, a tendencja w tym zakresie jest wzrostowa. Praktyka natomiast dowodzi, że poddanie pacjenta terapii jest w stanie istotnie zmniejszyć liczbę przypadków śmiertelnych z 18–20% do 2–3% (Minuti et al., 2023, s. 206 i nast.). Nadto, z przeprowadzonych przez lekarzy badań wynika, że z czasem, w miarę poprawy zdro-

6 Najwyższy wskaźnik śmiertelności wśród pacjentów z jadłowstrętem potwierdziły badania z lat 1986–2020, analizujące zgony populacji osób z zaburzeniami odżywiania. Z badań tych wynika, że czynnikami zwiększającymi umieralność są m.in. starszy wiek, znaczne nasilenie objawów w chwili przyjęcia na oddział, dłuższy czas trwania zaburzenia oraz obecność prób samobójczych (zob. Huas et al., 2011, s. 62 i nast.). Natomiast do tzw. predyktorów aktywności suicydalnej należą: lęk, objawy zespołu depresyjnego, współwystępowanie alkoholizmu. Więcej na ten temat (Suzuki et al., 2011, s. 326; Mitchell et al., 2011, s. 724).

wia fizycznego i psychicznego, początkowy sprzeciw pacjenta zastępuje wola leczenia. Pacjent dostrzega bowiem problem i skłonny jest podjąć terapię (psychoterapię). W ten sposób możliwe staje się udzielenie pomocy przynajmniej 1/3 chorych. Nieleczona anoreksja przechodzi natomiast w postać przewlekłą (chroniczną) i – jak wyżej wspomniano – niejednokrotnie kończy się śmiercią, samobójczą lub stanowiącą następstwo skrajnego wyniszczenia (Kmieciak, 2016, s. 60–63).

W sytuacji konfliktu dóbr wypracowanie reguł postępowania dogodnych dla pacjentów i jednocześnie zabezpieczających interes lekarzy stanowi poważne wyzwanie. Sytuację utrudnia fakt, iż pacjent z anoreksją wymaga nie tylko leczenia somatycznego, lecz także pomocy psychiatrycznej. Stwierdzone zaburzenia mogą jednak nie spełniać wymogów zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Przepisy UOZP znajdują bowiem zastosowanie w ściśle określonych w niej stanach faktycznych, a ich gwarancyjny charakter wydaje się dodatkowo przemawiać przeciwko stosowaniu analogii oraz wykładni rozszerzającej (Boratyńska, 2019, s. 909; Postanowienie SN z 2009 r.), w szczególności chodzi o zawarcie w ustawie psychiatrycznej specyficznych zasad dotyczących stosowania przymusu. Nie wolno, z uwagi na ich funkcje i charakter, automatycznie przenosić ich na innego rodzaju postępowanie lecznicze, zwłaszcza zaś na somatyczne leczenie pacjentów z anoreksją (Boratyńska, 2019, s. 909; Damato et al., 2023, s. 367). Leczenie ogólne, podjęte bez zgody pacjenta na podstawie art. 30 u.z.l. samo w sobie nie zapewnia jednak poprawy, ponieważ to nie przywrócenie wagi, lecz przełamanie psychicznych barier niejedzenia stanowi o polepszeniu stanu. Rozważyć zatem trzeba zastosowanie zarówno art. 30 u.z.l., jak i art. 23 i 24 u.o.z.p., mając na uwadze wyjątkowy charakter takiego rozwiązania i konieczność rozstrzygnięcia *ad casum*. Uwzględnienia wymaga w szczególności wiek osoby chorej, stan nasilenia schorzenia oraz czas trwania zaburzeń odżywiania.

2. Pomoc doraźna na podstawie przepisów ustawy lekarskiej

Art. 33 u.z.l. pozwala lekarzowi podjąć działania medyczne w sytuacji, w której chory wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia nie może wyrazić zgody. Z kolei wspomniany już art. 30 u.z.l. nakazuje lekarzowi udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, w którym zwłoka w tym względzie mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Przepisy te, jak wskazano wyżej, korespondują z regulacją zawartą w kodeksie karnym (art. 162 k.k.).

Udzielenie pomocy osobie pełnoletniej i nieubezpieczonej cierpiącej na anoreksję na podstawie wskazanych regulacji u.z.l. może mieć miejsce nie tylko wówczas, gdy z powodu skrajnego niedożywienia chory straci przytomność i zajdzie konieczność ratowania jego życia. W sytuacji, gdy choroba postępuje (trwa dłuższy czas), a jej objawy są nasilone, pacjenta można uznać za niezdolnego do wyrażenia

oraz odmowy zgody na leczenie (hospitalizację). Zgodnie z poglądem wyrażonym w polskim piśmiennictwie, w rachubę wchodzi tu swoiście pojmowana niekompetencja materialna, ograniczająca się do jednej tylko sfery życia, która jednak ma znaczenie najistotniejsze, ponieważ decyduje o przetrwaniu (Boratyńska, 2019, s. 920). Na decyzję pacjenta o odmowie leczenia wpływ wywiera z jednej strony wygłodzenie, z drugiej zaś – irracjonalny lęk przed przybraniem na wadze. Lęk ten ma tak duże rozmiary, że eliminuje z pola widzenia inne aspekty życia, nawet obawę przed śmiercią. W pozostałych natomiast sferach życia pacjent jest kompetentny, myśli i postępuje racjonalnie oraz jest w stanie rozsądnie ocenić sytuację (Boratyńska, 2019, s. 920). Podobny pogląd przyjmują sądy angielskie. W wyroku z 2012 r. w sprawie *Re E (Medical Treatment Anorexia)* Sąd Opiekuńczy Anglii i Walii podkreślił, że osoba chora na anoreksję jest niekompetentna w sferze decyzji dotyczącej leczenia, pomimo iż ma świadomość swego stanu i potrafi zrozumieć konsekwencji niepodjęcia terapii. Zdolności decyzyjne chorego paraliżuje bowiem strach przed przybraniem na wadze, który przyjmuje tak znaczne rozmiary, że wyklucza możliwość ważenia wad i zalet jedzenia, a pragnienie pozostania szczupłym dominuje wszystkie inne myśli i potrzeby (Wyrok z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie *Re E*, 2012; zob. Wyrok Sądu Opiekuńczego w sprawie *Re L*, 2012, za: Jackson, 2016, s. 252).

Poddanie osoby chorej na anoreksję, bez jej zgody, terapii na podstawie art. 33 u.z.l., w zależności od okoliczności, na oddziale intensywnej opieki medycznej, oddziale gastrologicznym, kardiologicznym lub wewnętrznym, wchodzi w rachubę w przypadku znacznego wyniszczenia organizmu i skrajnego wychudzenia (wskaźnik BMI poniżej 10), a także w razie poważnych zaburzeń elektrolitowych, spadku ciśnienia, zaburzeń rytmu lub zatrzymania akcji serca (Mitrany & Melamed, 2005, s. 186; Rabe-Jabłońska et al., s. 22). Leczenie ma zmierzać do zażegnania niebezpieczeństwa wynikającego z niedoborów żywieniowych i polega najczęściej na nawodnieniu chorego i odżywianiu.

Ze względu na rodzaj schorzenia odżywianie nie tylko można, ale i należy uznać za niezbędny element leczenia, zwłaszcza gdy przebiega ono z wykorzystaniem sprzętu i aparatury medycznej (kroplówki, gastrosondy). Realimentacja i nawodnienie niejednokrotnie stanowią jedyny sposób na uratowanie życia chorego i zarazem niezbędny warunek do prowadzenia jakiegokolwiek dalszego postępowania terapeutycznego (Boratyńska, 2019, s. 921). Wobec pacjenta poddanego leczeniu na podstawie art. 30 i 33 u.z.l. nie można natomiast stosować środków przymusu fizycznego w postaci przytrzymania, przymusowego podania leku czy unieruchomienia. Działania te są zawarowane dla ustawy psychiatrycznej, a poza szpitalem psychiatrycznym mogą być podjęte wyłącznie w razie choroby psychicznej. Anoreksja zaś, zgodnie z przeważającym poglądem środowisk medycznych, do takich chorób nie należy.

Środki terapeutyczne, których podjęcie jest uzasadnione na podstawie art. 30 i 33 u.z.l., mogą być stosowane wówczas, gdy sytuacja jest nagląca i wyłącznie do czasu ustania stanu niekompetencji, chyba że stan zagrożenia ustąpi wcześniej. W

literaturze pojawiła się w związku z tym wątpliwość, czy konieczne jest odzyskanie przez pacjenta masy ciała (BMI) umożliwiającej przeżycie, czy należy dążyć do osiągnięcia stanu, w którym chory z własnej woli zacznie się odżywiać (Boratyńska, 2019, s. 921). Względy terapeutyczne niewątpliwie przemawiają za przyjęciem drugiego stanowiska. W praktyce jednak, ze względu na ograniczony przedmiotowo i temporalnie zakres zastosowania art. 30 i art. 33 u.z.l., mało prawdopodobne (choć nie niemożliwe) jest to, by chory podczas krótkiego z reguły pobytu w szpitalu uświadomił sobie problem i przekroczył psychologiczną barierę niejedzenia. Dlatego, mając na uwadze długotrwałość zaburzeń i ich uporczywość, każde zaprzestanie odżywiania można traktować jako nawrót choroby, uzasadniający badanie kompetencji pacjenta do wyrażenia lub odmowy zgody (Boratyńska, 2019, s. 921).

W piśmiennictwie pojawił się pogląd, iż art. 33 u.z.l. nie może stanowić dostatecznej podstawy podjęcia leczenia u pacjenta z anoreksją ze względu na zbyt ogólny charakter. Ustawodawca dopuszcza w nim bowiem wykonanie badań oraz udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, którym nie może być ryzykowne działanie terapeutyczne. O dopuszczalności i przesłankach udzielenia świadczeń o podwyższonym ryzyku stanowią inne regulacje (art. 34 u.z.l.). W niektórych natomiast przypadkach karmienie (kolejne) przy użyciu gastrosondy może wiązać się z zagrożeniami, których rozmiar przewyższa korzyść terapeutyczną, zwłaszcza gdy chory po zakończeniu hospitalizacji wraca do wagi sprzed interwencji, a nawet chudnie jeszcze bardziej⁷. Podjęcie przewidzianych w art. 30 i art. 33 u.z.l. działań doraźnych w wielu przypadkach stanowi jednak pierwszy i najważniejszy etap w długim i skomplikowanym procesie leczenia, przebiegającym z epizodami nawrotów i znaczącego pogorszenia. Wielu chorych po ustaniu stanu zagrożenia zdrowia lub życia, gdy waga (BMI) osiąga bezpieczny poziom, dobrowolnie decyduje się na kontynuowanie leczenia. Niektórzy pacjenci uznają nawet, że leczenie przymusowe było konieczne i wpłynęło na decyzję o podjęciu psychoterapii oraz farmakoterapii.

W praktyce lekarze zazwyczaj szanują wolę chorego na anoreksję i nie podejmują wobec niego działań doraźnych ratujących zdrowie i życie w obawie przed odpowiedzialnością za naruszenie wolności i integralności cielesnej pacjenta. Sytuacja jest ocenna, a w razie sporu o to, czy udzielenie świadczeń było zasadne, to na lekarzu, a nie pacjentce spoczywa ciężar wykazania, że istniały podstawy do udzielenia pomocy ze względu na stan nagłości. Na odmiennym stanowisku opierają się sądy uznające sprze-

7 Na okoliczność tę zwrócił uwagę sąd angielski w sprawie *Re X (NHS Foundation vs Ms X)* z 2014 r. (EWCOP 35). W ocenie sądu w sytuacji, gdy wyniszczające cykle leczenia szpitalnego powtarzają się (ponad 45 razy), tworząc „błędne koło wyniszczających pobytów w domu (chudnięcia) i hospitalizacji połączonych z przymusowym karmieniem”, poddanie pacjentki przymusowemu karmieniu z użyciem gastrosondy może prowadzić do skrócenia jej życia. Sąd wziął pod uwagę długotrwałość leczenia (30 lat), wiek pacjentki (40 lat) oraz choroby współistniejące, zwłaszcza alkoholizm, z powodu którego sztuczne karmienie było bardziej ryzykowne (stwierdzone żylaki przełyku) (za: Karczeńska-Kamińska, 2018, s. 187–190).

ciw osoby z zaburzeniami odżywiania za nieskuteczny i pozbawiony prawnej doniosłości. W jednej ze spraw powoływanych w fachowej literaturze medycznej pacjentka w stanie skrajnego wyniszczenia (z BMI 6,9 i wadze 28 kg przy wzroście 1,62 m) odmówiła umieszczenia na oddziale internistycznym. Pogotowie, wzywane kilkakrotnie przez rodziców chorej, nie podjęło interwencji ze względu na wyraźny sprzeciw pacjentki. Dzień później chora trafiła na OIOM, gdzie po kilku godzinach zmarła, nie odzyskując przytomności. W opinii sporządzonej na potrzeby postępowania przed sądem biegli stwierdzili, że pacjentka nie była zdolna kierować swoim postępowaniem dotyczącym leczenia. Zaburzenia odżywiania wpłynęły na jej aktywność w innych dziedzinach życia. Mechanizmy obronne stosowane przez pacjentkę w istotnym stopniu zniekształcały percepcję własnej osoby i konsekwencji własnych zachowań. W tych okolicznościach sąd uznał odmowę leczenia za nieskuteczną, a lekarza, który zaniechał udzielenia pacjentce pomocy, obciążył odpowiedzialnością z art. 160 k.k., mając na uwadze – poza innymi okolicznościami – także fakt, iż na lekarzu spoczywał obowiązek opieki nad chorą (Tylec et al., 2013, s. 535–536).

3. Zastosowanie przymusu na podstawie ustawy psychiatrycznej

3.1. Uwagi ogólne

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje możliwość przymusowego przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego w stanach nagłych (art. 23 i art. 24) oraz w trybie wnioskowym (art. 29) wyłącznie wówczas, gdy łącznie spełnione zostaną trzy przesłanki: medyczna (choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne), behawioralna (bezpośrednie zagrożenia życia bądź niezdolności pacjenta do samodzielnego zaspokajania potrzeb życiowych) oraz jurydyczna (formalna), którą stanowi brak zgody. Przyjęcie w stanach nagłych może dotyczyć osoby chorej psychicznie, która z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób i wymaga leczenia (art. 23 u.o.z.p.), ewentualnie odnosić się do sytuacji, w której zagrożenie takie stwarza pacjent z zaburzeniami psychicznymi i konieczna jest obserwacja w celu potwierdzenia bądź wykluczenia choroby psychicznej (art. 24 u.o.z.p.).⁸ Art. 29 ust. 1 u.o.z.p. pozwala natomiast ściśle określonym osobom złożyć do sądu opiekuńczego wniosek o przymusową hospitalizację: osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala znaczenie pogorszy jej zdrowie psychiczne, oraz pacjenta niezdolnego do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych w sytuacji, gdy można racjonalnie zakładać, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu zdrowia.

8 Różnica między art. 24 i 23 u.o.z.p. wyraża się w tym, że zastosowanie art. 23 jest możliwe wyłącznie wówczas, gdy fakt istnienia choroby psychicznej nie budzi wątpliwości (zob. postanowienie SN z 2014 r.). Odmienne (i nieprzekonująco) – (Ciechorski, 2018, s. 112–118).

3.2. Przyjęcie do szpitala w trybie art. 23 ustawy psychiatrycznej

W przypadku anoreksji spełnienie formalnej i behawioralnej przesłanki przymusowego przyjęcia do szpitala z reguły nie stanowiłoby problemu. Brak zgody (wymaganej w art. 22 u.o.z.p.) odnosi się do sytuacji, w której pacjent – pełnoletni i kompetentny materialnie – odmawia przyjęcia do szpitala psychiatrycznego⁹, sprzeciwia się umieszczeniu na oddziale albo przyjmuje postawę milczącą (Żaczek, 2023; Bobińska & Gałęcki, 2016). Przyjęcie przymusowe jest jedynym rozwiązaniem wówczas, gdy pacjent stanowi dla siebie bezpośrednie zagrożenie, ustawa psychiatryczna nie przewiduje bowiem możliwości „przełamania” jego sprzeciwu przez sąd opiekuńczy (Janiszewska, 2013a). Jeśli zaś pacjent jest niezdolny (niekompetentny) do wyrażenia zgody z powodu stanu fizycznego bądź psychicznego (co może mieć miejsce w razie ciężkiej postaci anoreksji), zastosowanie ma art. 22 ust. 2 i nast., które przewidują przyjęcie do szpitala za zgodą sądu opiekuńczego oraz, w przypadku stanu nagłości, bez takiej zgody.

Przesłanka behawioralna w postaci bezpośredniego zagrożenia życia wchodzi w rachubę, gdy pacjent zagraża własnemu życiu, a nie „jedynie” zdrowiu. O tym, czy dane zachowanie stanowi zagrożenie dla zdrowia czy życia pacjenta, decyduje lekarz przyjmujący do szpitala psychiatrycznego (Kubiak, 2021, s. 303). Bezpośredniość zagrożenia ma z kolei miejsce, gdy jest ono wysoce prawdopodobne, realne i konkretne, a nie jedynie potencjalne i hipotetyczne (Postanowienie SN z 2016 r.) Zagrożenie musi być również natychmiastowe i nieodległe, tzn. mogące wystąpić w najbliższym czasie. Z tego względu art. 23 u.o.z.p. odnosi się do sytuacji naprawdę ekstremalnych (np. zamachu samobójczego). Z uwagi na konieczność zachowania obiektywizmu, lekarz powinien oceniać występowanie zagrożenia na podstawie całokształtu dostępnych mu danych i informacji uzyskanych z wielu źródeł, od członków rodziny, opiekunów i innych osób z najbliższego otoczenia pacjenta, ale także np. innych lekarzy, zespołu ratownictwa medycznego, pracowników pomocy społecznej (Dąbrowski & Pietrzykowski, 1998, s. 139). Poza tym, jak trafnie podkreśla piśmiennictwo, źródło stanu zagrożenia musi stanowić choroba psychiczna pacjenta. Sam fakt występowania zaburzeń psychotycznych nie stanowi wystarczającej podstawy przymusowego przyjęcia. Przesłanka behawioralna nie jest również spełniona, gdy zagrażające życiu zachowanie osoby chorej psychicznie jest wywołane innymi czynnikami niż choroba psychiczna, np. współwystępującymi zaburzeniami somatycznymi (Balicki, 2024; Janiszewska, 2013a).

Problemem w przypadku anoreksji może być natomiast wykazanie przesłanki medycznej w postaci choroby psychicznej, której istnienie jest niezbędne dla zastosowania art. 23 (a także art. 29) u.o.z.p. W doktrynie przyjmuje się, że stwierdzone u pacjenta za-

9 W ocenie psychiatrów brak zgody pacjenta z jadłowstrętem na leczenie wynika często z obniżonego krytycyzmu, który jest elementem psychopatologicznego obrazu anoreksji (Remberk i et al., 2018, s. 229).

burzenia psychiczne muszą zostać uprzednio zdiagnozowane jako choroba psychiczna, ewentualnie ich obraz kliniczny powinien być na tyle wyraźny, by można było postawić stanowczą diagnozę (Żaczek, 2023; Karczewska-Kamińska, 2018, s. 187; Kubiak, 2021, s. 302; Wojcieszak, 2022; Janiszewska, 2013a; Duda, 2012; Bobińska & Gałęcki, 2016; postanowienie SN z 2014 r.). *Anorexia nervosa* jednak, zgodnie z dominującym poglądem środowisk medycznych, sama w sobie nie jest ani chorobą psychiczną, ani upośledzeniem umysłowym, a jedynie zaburzeniem (odżywiania) o podłożu psychicznym (Tylec et al., 2013, s. 532 oraz powołana tam literatura).

Polski ustawodawca nie zdefiniował pojęcia choroby psychicznej w przepisach u.o.z.p., co powoduje, że należy posilkować się terminologią stosowaną w medycynie (Fiutak, 2024). W fachowej literaturze medycznej przyjmuje się natomiast, że choroba psychiczna (psychoza) obejmuje wszelkie zaburzenia typu psychotycznego, w których występują objawy psychotyczne w postaci omamów, urojeń, ciężkich zaburzeń nastroju i emocji. Jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające poczucie choroby (tzw. wgląd), zdolność radzenia sobie z wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością. U pacjenta występują jakościowe zmiany myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć i napędu psychoruchowego, co prowadzi do poważnych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym. Pojęcie choroby psychicznej jest wyznaczane przez aktualny stan wiedzy medycznej, a uznanie danej osoby za chorą psychicznie lub cierpiącą na zaburzenia psychiczne jest kwestią diagnozy lekarskiej (Dąbrowski & Kubicki, 1995, s. 15; Duda, 2012, s. 32).

Niektórzy lekarze wskazują jednak, że anoreksja w określonych przypadkach może być chorobą psychiczną. Zespół ekspertów powołany przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na posiedzeniu we Wrocławiu dnia 1 grudnia 2017 r. stanął na stanowisku, iż istnieje grupa pacjentów, u których objawy jadłowstrętu spełniają kryteria zaburzeń myślenia i postrzegania, odpowiadające pojęciu choroby psychicznej w rozumieniu art. 23 i art. 29 u.o.z.p. (Remberk et al., 2018, s. 229). Charakter i nasilenie takich objawów odpowiadają zaburzeniom treści myślenia i postrzegania w postaci psychotycznej. Przy założeniu, że stan fizyczny pacjenta i uporczywe kontynuowanie ryzykownych zachowań stwarzają zagrożenie dla jego życia, możliwe jest zastosowanie przymusu przewidzianego w tych przepisach. W opinii ekspertów objawy te najczęściej dotyczą oceny związków przyczynowo-skutkowych, własnego stanu zdrowia i postrzegania swojego ciała. Przekonania chorego (np. o nadwadze czy nawet tuszy w sytuacji skrajnego wyniszczenia) są ewidentnie fałszywe, lecz odczuwane jako oczywiste i nie podlegają refleksji ani korekcie, nawet jeśli skrajnie zły stan fizyczny jest ewidentny (Remberk et al., 2018, s. 229).

Ponadto, obecnie obowiązujące klasyfikacje diagnostyczne: ICD-11 i DSM-V nie posługują się już uznawaną za anachroniczną (także w publikacjach naukowych) kategorią choroby psychicznej – *psychiatric disease* (Balicki, 2024; zob. także wyrok TK z 2016 r.). Pojęcie to zastąpiono ogólniejszym (pojemniejszym) określeniem zaburzeń psychicznych: *disorder* (Pużyński, 2007, s. 304–306). Określenie to pełni nad-

rzędą funkcję wobec ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria, i obejmuje wszystkie zaburzenia przebiegające z objawami psychotycznymi: omamami, urojeniami oraz ciężkimi zaburzeniami nastroju i emocji (Pużyński, 2007, s. 304–306; Postanowienie SA w Krakowie z 2016 r.). Co więcej, klasyfikację ICD-11 uzupełniono o nowe, nieujęte w ICD-10 zaburzenie polegające na ograniczaniu lub unikaniu przyjmowania pokarmów (*eating disorder*, kategoria zaburzeń jedzenia i odżywiania się, kod 6B83). Nadto, Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy Nr Rec(2004)10, dotyczące ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi, w art. 17 (określającym kryteria kwalifikujące do przymusowego umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym) wymaga, aby u takich osób występowały zaburzenia, nie zaś choroba psychiczna¹⁰.

Powołanie się na standardy diagnostyczne zawarte w ICD-11 i DSM-5 umożliwia przynajmniej przyjęcie osoby chorej na anoreksję na przymusową 10-dniową obserwację w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 24 u.o.z.p. (o czym dalej). W literaturze pojawił się jednak pogląd, w myśl którego zaburzenia psychiczne wymienione w ICD-11 i DSM-5 można (a w ocenie niektórych autorów – należy) uznać za podobne do wskazanych w ustawie psychiatrycznej, w tym również za chorobę psychiczną (Gałęcki & Szulc, 2023, s. 1). Ponadto, w opinii ekspertów, w przypadku zaburzeń odżywiania, zwłaszcza zaś jadłowstrętu, nasilenie objawów psychopatologicznych może osiągać poziom choroby psychicznej (Sierakowski & Remberk, 2017, s. 190).

Długoletnią anoreksję z ciężkim przebiegiem klinicznym uznają za chorobę psychiczną, wbrew ścisłym kryteriom diagnostycznym, sądy zagraniczne, np. angielskie. Rozwiązanie to pozwala bowiem uratować przynajmniej część chorych, którzy odmawiają leczenia (Tylec et al., 2013, s. 537; Millar et al., 2005, s. 755). Praktyka natomiast dowodzi, że wielu pacjentów, początkowo wyrażających opór wobec leczenia w szpitalu psychiatrycznym, z perspektywy czasu uznaje ten etap terapii za potrzebny, a nawet przełomowy.

Aktualnie, z uwagi na literalne brzmienie art. 23 u.o.z.p., przyjęcie do szpitala osoby chorej na anoreksję nie budzi zastrzeżeń wyłącznie wówczas, gdy jadłowstrętowi towarzyszy zdiagnozowana uprzednio choroba psychiczna, ze względu na którą pacjent zagraża bezpośrednio swojemu życiu. W przebiegu anoreksji stosunkowo zaś często pojawiają się depresje, myśli i próby samobójcze, zaburzenia lękowe, objawy psychotyczne, alkoholizm, a także choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD)¹¹. Hospitalizacja jest wówczas nie tylko możliwa, lecz nawet konieczna, chociaż z literal-

10 Art. 17 Zalecenia należy jednak odczytywać z uwzględnieniem memorandum wyjaśniającego, w którym *expressis verbis* stwierdzono, że przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym co do zasady jest uzasadnione i uznawane za właściwe w przypadku niektórych rodzajów zaburzeń psychicznych, np. psychoz lub innych ciężkich zaburzeń psychicznych (Rada Europejska, 2004).

11 Zaburzenia afektywne (w tym depresje, dystymie i ChAD) dotyczą 25% chorych na anoreksję, zaburzenia lękowe – 13%, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD) – 12,5%, zaś schizofrenia – 5% (za: Rabe-Jabłońska et al., 2008, s. 30; Hudson et al., 2007, s. 348 i nast.).

nego brzmienia art. 23 u.o.z.p. wynika, iż przyjęcie do szpitala stanowi prawo, a nie obowiązek lekarza (Pawełczyk, 2018, s. 27 i 29; Paprzycki, 1996, s. 36–37; Kmiecik, 2015, s. 188).

Pacjenta z anoreksją, przyjętego do szpitala w trybie art. 23 u.o.z.p., można jednak poddać leczeniu wyłącznie ze względu na chorobę stanowiącą podstawę przyjęcia i zastosować tylko takie metody terapii i środki (w tym przymusowe), które realizują cel przyjęcia bez zgody z art. 33 ust. 1 oraz art. 34 u.o.z.p. (Balicki, 1999, s. 49; Konieczniak, 2019, s. 892). Na udzielenie świadczeń o podwyższonym ryzyku chory musi wyrazić odrębną zgodę (Balicki, 1999, s. 49; Konieczniak, 2019, s. 892). Zgody wymaga również podjęcie jakichkolwiek działań mających na celu terapię zaburzeń odżywiania, bez względu na ich postać, tj. podanie leków, psychoterapia i inne (Rabe-Jabłońska et al., 2008, s. 28). Poza tym, jak już wspomniano, po ustaniu stanu bezpośredniego zagrożenia życia, gdy niebezpieczeństwo zostanie zażegnane, pacjenta należy ze szpitala wypisać, chyba że zgodzi się na dalsze leczenie choroby psychicznej lub wyrazi wolę pozostania na oddziale ze względu na anoreksję.

Brak możliwości poddania przymusowemu leczeniu osób z jadłowstrętem na podstawie przepisów u.o.z.p. może zatem, w sytuacjach zagrożenia życia, skłaniać lekarzy do „poszukiwania” u pacjenta choroby psychicznej tylko po to, by umieścić chorego na oddziale w trybie art. 23 u.o.z.p. Jedynie bowiem w ten sposób można pomóc choremu, kiedy zawodne okażą się inne rozwiązania. Tryb przewidziany w art. 23 u.o.z.p. stanowi wprawdzie rozwiązanie doraźne i co do zasady nie przynosi najbardziej pożądanych długofalowych efektów dla zdrowia pacjenta z jadłowstrętem. Jeśli jednak pacjent znajduje się już na oddziale, możliwe (a nawet konieczne) jest podjęcie przez lekarza próby przekonania chorego do podjęcia bądź kontynuowania terapii zaburzeń odżywiania. Istotne znaczenie ma w tym względzie udzielenie pacjentowi szerokiej, wykraczająca poza standardowe ramy, informacji o istocie zaburzeń odżywiania i skutkach zaniechania ich leczenia (Bączyk-Rozwadowska, 2011, s. 88–89).

3.3. Tryb nagły diagnostyczny (art. 24 ustawy psychiatrycznej)

Jak już wspomniano, m.in. ze względu na standardy diagnostyczne ujęte w ICD-11 oraz DSM-5, wobec osoby chorej na anoreksję można rozważać zastosowanie art. 24 ustawy psychiatrycznej. Przepis ten pozwala na przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi (przesłanka medyczna), który – z powodu tych zaburzeń – zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (przesłanka behawioralna). Przyjęcie na maksymalnie 10-dniową obserwację ma na celu wyjaśnienie tych wątpliwości, w szczególności zaś ustalenie, czy pacjent cierpi na chorobę psychiczną (Janiszewska, 2013b, s. 159). Jak trafnie podkreśla

piśmiennictwo, art. 24 u.o.z.p. dotyczy wyłącznie sytuacji niejasnych diagnostycznie (Balicki, 2024; por. też Janiszewska, 2013b; s. 159; Wojcieszak, 2022)¹².

Osoba chora na anoreksję może, w określonych okolicznościach, spełniać przesłanki przyjęcia w trybie art. 24 u.o.z.p. Jeśli ograniczanie lub unikanie przyjmowania pokarmów (*eating disorder*, kod 6B83 wg klasyfikacji ICD-11) trwa dłuższy czas (a BMI spadnie poniżej 13) lub przybiera na intensywności, zachowania pacjenta stanowią bezpośrednie zagrożenie dla jego życia. Na korzyść osoby dotkniętej jadłowstrętem przemawia nie tylko treść standardów diagnostycznych ICD-11 i DSM-5, ale także literalna wykładnia art. 24 u.o.z.p., zgodnie z którą zachowanie osoby przyjmowanej do szpitala ma (ale nie musi – podkreśl. autorki) wskazywać na zaburzenie psychiczne. Brak więc wymogu stwierdzenia tych zaburzeń w sposób pewny (Balicki, 2024; Janiszewska, 2013b, s. 159; Wojcieszak, 2022).

W okresie obserwacji chorego nie wolno poddawać żadnym procedurom medycznym, zwłaszcza inwazyjnym, ani podawać mu leków (Dąbrowski, 1997, s. 147; Wojcieszak, 2022; Janiszewska, 2013a, s. 321–323)¹³. Stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania, przymusowego zaaplikowania leków, unieruchomienia lub izolacji jest możliwe jedynie w okolicznościach przewidzianych w art. 18 u.o.z.p., tzn. m.in. wówczas, gdy pacjent dopuszcza się zamachu na życie lub zdrowie własne bądź innej osoby (np. podejmuje próbę samobójczą). Chory może być natomiast leczony na zasadach ogólnych, jeśli wyrazi zgodę na zastosowanie określonych procedur medycznych (Balicki, 2024). Lekarz rozstrzyga o tym, czy pacjent cierpi na chorobę psychiczną na podstawie obserwacji stanowiącej niewerbalną część badania psychiatrycznego, ale także wyników badań psychiatrycznych prowadzonych za zgodą lub bez zgody osoby hospitalizowanej (Bobińska & Gałęcki, 2016).

W razie stwierdzenia braku choroby psychicznej konieczne jest wypisanie pacjenta ze szpitala. Zaniechanie w tym względzie stanowi bezprawne naruszenie wolności i naraża lekarza (szpital) na odpowiedzialność cywilną (art. 445 k.c.), a lekarza także na odpowiedzialność karną (art. 189 k.k.). Pacjent z anoreksją, u którego nie wykryto choroby psychicznej (np. depresji), może jednak podczas pobytu na 10-dniowej obserwacji uświadomić sobie rozmiar zagrożenia wynikającego z restrykcyjnej diety i wyrazić wolę podjęcia leczenia na podstawie art. 22 u.o.z.p. (Świderska & Twarowska, 2017, s. 109). Szanse na pomoc mogą wzrosnąć, gdy osoba chora uzyska wyczerpujące informacje na temat zagrożeń wynikających z wychudzenia. Duże znaczenie ma w tym względzie postawa i zaangażowanie lekarza. W toku

12 Jak wynika z literalnego brzmienia przepisu, zachowanie osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego ma wskazywać na zaburzenie psychiczne, a w konsekwencji brak wymogu stwierdzenia tego w sposób pewny.

13 Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 8 listopada 2016 r. (III CZP 66/16) podkreślił, że podczas obserwacji nie jest dopuszczalne prowadzenie przymusowego leczenia na podstawie art. 33 ust. 1–3 u.o.z.p., ponieważ pobyt w szpitalu ma służyć przede wszystkim celom diagnostycznym.

obserwacji nie wolno mu bowiem poddawać pacjenta terapii, zachowuje on jednak prawo (a nawet ma obowiązek) udzielania informacji, zwłaszcza w odpowiedzi na wyraźnie postawione pytania. Powinien również, pozostając w kontakcie z chorym, podejmować próby przekonania go do podjęcia terapii. Jak już wspomniano, osoby z anoreksją z reguły zaprzeczają chorobie i potrzebie leczenia, a wirtualna społeczność *Pro-ana* stanowi dla nich w tym zakresie znaczące wsparcie (polegające m.in. na udzielaniu porad i instrukcji dotyczących tego, w jaki sposób rozmawiać z lekarzem, by otrzymać wypis ze szpitala). Niektórych chorych, umieszczonych w szpitalu w trybie art. 24 u.o.z.p., z pewnością da się jednak ocalić.

Przyjęcie pacjenta na przymusową obserwację, podobnie jak przymusowe umieszczenie w szpitalu w trybie art. 23 u.o.z.p. podlega kontroli, która ma na celu stworzenie odpowiednich gwarancji i zapewnienie pacjentowi ochrony. O przyjęciu do szpitala zawsze postanawia lekarz (niekoniecznie psychiatra) po osobistym zbadaniu chorego i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa¹⁴. Druga opinia, której uzyskanie powinno być standardem w dużych szpitalach (zwłaszcza w godzinach ich pracy), ma dodatkowo zabezpieczać pacjenta przed ewentualną pomyłką. Jak trafnie podkreśla doktryna, lekarze powinni dokładać wszelkich starań w zakresie należytej oceny stanu pacjenta po to, by wyeliminować ewentualne błędy w ocenie przesłanek uzasadniających przymusową hospitalizację. Stanowi ona bowiem daleko idącą ingerencję w wolność człowieka (Balicki, 2024).

W ramach zabezpieczenia interesów pacjenta ustawodawca zobowiązał również lekarza do wyjaśnienia choremu przyjmowanemu w trybie art. 23 (art. 24 u.o.z.p.) przyczyn umieszczenia w szpitalu bez zgody i poinformowania go o przysługujących mu prawach. Informacja ta powinna odnosić się w szczególności do zasad przyjęcia i wypisania ze szpitala, do prawa do uzyskania pomocy w ochronie swoich praw oraz do zakresu działania i sposobu kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Należyte wypełnienie obowiązku informacyjnego jest szczególnie istotne dla pacjenta z anoreksją, ponieważ pozyskanie wiedzy o przyczynach hospitalizacji bez zgody oraz o przysługujących prawach może wpłynąć na decyzję o wyrażeniu zgody na hospitalizację i dalsze leczenie (Balicki, 2024).

Każde umieszczenie pacjenta w szpitalu bez jego zgody wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (innego lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Na kierowniku szpitala spoczywa ponadto obowiązek zawiadomienia o przyjęciu, w ciągu 72 godzin, sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala. W judykaturze podkreśla się, że wydanie przez sąd opiekuńczy postanowienia stwier-

14 Opinia ma charakter konsultacyjny i nie jest wiążąca dla lekarza przyjmującego. W razie rozbieżności stanowisk między lekarzem przyjmującym a drugim lekarzem lub psychologiem ostateczna decyzja należy do lekarza wyznaczonego do czynności przyjęcia. Decyzja ta powinna zostać podjęta na podstawie oceny całokształtu okoliczności i uwarunkowań dotyczących konkretnego pacjenta (Balicki, 2024).

działającego zasadność przyjęcia do szpitala oznacza, że w ocenie składu orzekającego zaistniały wszystkie przesłanki określone w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. oraz w art. 24 u.o.z.p. (Postanowienie SN z 1996 r.).

Wnioski

Nie ulega wątpliwości, że aktualna sytuacja prawna dotycząca leczenia anoreksji jest niezadowolająca zarówno z punktu widzenia pacjentów i ich potrzeb zdrowotnych, jak i lekarzy. W sytuacji braku regulacji lekarze muszą bowiem podejmować niełatwe decyzje terapeutyczne i ratować osoby chore wówczas, gdy nie są one w stanie same zadbać o swoje interesy w dalszej, długofalowej perspektywie. Sankcje za hospitalizację i poddanie leczeniu bez zgody (wbrew woli) pacjenta są natomiast poważne. Tym bardziej konieczna wydaje się zatem postulowana od dłuższego czasu w polskiej doktrynie (Pużyński, 2015, s. 147 i powołana tam literatura) i zgodna z tendencjami światowymi w dziedzinie psychiatrii rezygnacja przez legislatora z pojęcia choroby psychicznej na rzecz zaburzeń psychicznych. Argumentów w tym względzie dostarczają nie tylko potrzeby praktyki, lecz także reguły zawarte w standardach diagnostycznych ICD-11 i DSM-5. Nie można bowiem zmuszać lekarzy do szukania u pacjenta dotkniętego zaburzeniami odżywiania choroby psychicznej wyłącznie po to, by możliwe stało się umieszczenie go w szpitalu i udzielenie pomocy w momencie, gdy sam dla siebie stanowi poważne zagrożenie. Tego rodzaju pomoc, być może *prima facie* nadmierna i niepożądana, może odgrywać istotną rolę w procesie podejmowania przez chorego dalszych decyzji dotyczących swojego zdrowia. Odpowiednia informacja uzyskana od lekarza w sytuacji poważnego zagrożenia może pokierować pacjenta na prawidłowe tory terapeutyczne, zwłaszcza w obliczu faktu, iż anoreksję cechuje wysoka śmiertelność.

Zamiana przez legislatora terminologii ustawy psychiatrycznej nie może jednak polegać na prostym zastąpieniu pojęć. Pojęcie choroby psychicznej w dotychczasowym rozumieniu przepisów u.o.z.p. jest bowiem znaczeniowo węższe od ogólniejszej kategorii zaburzeń psychicznych. Zbyt szerokie ujęcie przesłanki behawioralnej może natomiast sprzyjać nadużyciom, na które pacjenci psychiatryczni są szczególnie narażeni (Nesterowicz, 2018, s. 226). Użyte w ustawie określenia powinny zatem nie tylko być zgodne ze współczesną terminologią psychiatryczną, lecz także pozostawać adekwatne do celów i funkcji konkretnych regulacji (Pużyński, 2007, s. 308).

Niezależnie od zmian terminologicznych ustawodawca powinien rozważyć zawarcie w ustawie psychiatrycznej wyraźnego odesłania do zaburzeń odżywiania wraz z określeniem dodatkowych przesłanek, jakie ewentualnie powinny zostać spełnione, by dane zaburzenie uzasadniało odpowiednie zastosowanie przepisów o przymusowym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego (np. znaczące nasilenie stanu chorobowego, długotrwałość zaburzeń i inne). Ewentualną nowelizację u.o.z.p. w tym zakresie

należałoby poprzedzić we współpracy ze środowiskami medycznymi (specjalistami z zakresu zaburzeń odżywiania). Paradoks anoreksji polega bowiem na tym, że chory, przynajmniej do pewnego momentu, nie współpracuje z lekarzem i neguje fakt choroby. Przymus leczenia potęguje zaś to negatywne nastawienie. Rezygnacja z pojęcia choroby psychicznej, której stwierdzenie bywa niekiedy stygmatyzujące i stanowi powód dyskryminacji społecznej, jest z pewnością korzystne dla osób dotkniętych jadłowstrętem. Pozostaje jednak problem pozyskania zaufania do lekarza, ponieważ zastosowanie przymusu niweczy *ratio* kontraktu terapeutycznego i nie sprzyja współpracy. Rozwiązanie go jest niełatwe, lecz w bliższej lub dalszej przyszłości możliwe z uwagi na intensywny postęp medycyny i jej coraz dalej idące możliwości.

BIBLIOGRAFIA

- Attia, E., & Walsh, B.T. (2009). Behavioral Management for Anorexia Nervosa. *New England Journal of Medicine*, 360, 500–506.
- Bączyk-Rozwadowska, K. (2011). Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia*, IX, 59–100.
- Balicki, M. (1999). Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka. *Prawo i Medycyna*, 1, 40–60.
- Balicki, M. (2024). Komentarz do art. 24. w: M. Balicki, A. Fiutak, & T. Gardocka, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (223–239). C.H. Beck.
- Bobińska, K., & Gałęcki, P. (2016). Komentarz do art. 23, 24. w: P. Gałęcki, K. Bobińska, & K. Eichstaedt (red.), *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (wyd. II) (133–194). Wolters Kluwer.
- Boratyńska, M. (2019). Przymus psychiatryczny. w: M. Boratyńska, & P. Konieczniak (red. tomu), E. Zielińska (red. serii), *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych* (t. II, cz. 1) (877–928). Wolters Kluwer.
- Chesney, E., Goodwin, G.M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta review. *World Psychiatry Official Journal of the World Psychiatric Association*, 2(13), 153–160.
- Ciechorski, J. (2018). Kontrola przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Glosa od uchwały SN z 8.11.2016 r., III CZP 66/16. *Glosa*, 3, 128–132.
- Dąbrowski, S., & Kubicki, L. (1995). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Dąbrowski, S. (1997). Komentarz do art. 23. w: S. Dąbrowski, & J. Pietrzykowski (red.), *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (138–140). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Damato, F.M., Ricci, P., & Rinaldi, R. (2023). Informed consent and compulsory treatment on individuals with severe eating disorders: a bioethical and juridical problem. *Clinical Therapeutics*, 4(174), 365–369.
- Duda, J. (2012). *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Lexis Nexis.
- Fiutak, A. (2024). Komentarz do art. 23. w: M. Balicki, A. Fiutak, & T. Gardocka (red.), *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (223–235), C.H. Beck.

- Gałecki, M., Pilecki, Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S. & Wciórka, J. (red.), *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Edra Urban & Partner.
- Gałecki, P., & Szulc, A. (2023). *Psychiatria. Rozpoznanie według ICD-11* (t. 1). Edra Urban & Partner.
- Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., & Wciórka, J. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Edra Urban & Partner.
- Giusti, V., & Gebhard, S. (2011). Anorexia somatic assessment and management. *Revue Médicale Suisse*, 7(288), 711–715.
- Holm, J.S., Brixen, K., Andries, A., Hørdér, K., & Støving, R.K. (2012). Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: a review of five cases. *International Journal of Eating Disorders*, 1(45), 93–100.
- Huas, C., Caille, N., Godart, N., & Foulon, C. (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1(123), 62–70
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, J.H., & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 3(61), 348–358.
- Jackson, E. (2016). *Medical Law: Text, Cases, Materials*. Oxford University Press.
- Janiszewska, B. (2013a). *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsistemowe*. C.H. Beck.
- Janiszewska, B. (2013b). Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji. *Monitor Prawniczy*, 3, 158–160.
- Karczewska-Kamińska, N (2018). *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*. Wolters Kluwer.
- Khalifa, I., & Goldman, R.D. (2019). Anorexia nervosa requiring admission in adolescents. *Canadian Family Physician*, 2(65), 107–108.
- Kmiecik, B. (2015). Prawno-etyczne wyzwania hospitalizacji psychiatrycznej pacjentów po próbach samobójczych. *Prawo i Medycyna*, 2, 178–193.
- Kmiecik, B. (2016). „Przepis na granicy”, czyli współczesne wyzwania w obszarze ochrony praw pacjenta psychiatrycznego. *Prawo i Medycyna*, 4, 49–71.
- Konieczniak, P. (2019). Przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej. w: M. Boratyńska, & P. Konieczniak (red. tomu), E. Zielińska (red. serii), *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych* (889–896). Wolters Kluwer.
- Kubiak, R. (2021), *Prawo medyczne* (wyd. IV). C.H. Beck.
- Millar, H.R., Wardell, F., Bybyan, J.P., Naji, S.A., Prescott, G.J., Eales, J.M., & Phil, M. (2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland 1965–1999. *American Journal of Psychiatry*, 4(162), 753–757.
- Minuti, A., Bianchi, S., Pula, G., Perlangeli, A., Tardani, M., Cuzzucoli, L., Pastorino, L., Menculini, G., & Moretti, P. (2023). Coercion and compulsory treatment in anorexia nervosa: a systematic review of legal and ethical issues. *Psychiatria Danubina*, 35(2), 206–216.
- Mitchell, A., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 7(68), 724–731.

- Mitrany, E., & Melamed, Y. (2005). Compulsory Treatment of Anorexia Nervosa. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 3(42), 185–190.
- Nesterowicz, M. (2018). *Prawo medyczne* (wyd. XII). Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa.
- Paprzycki, L.K. (1996). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Wprowadzenie*. Kantor Wydawniczy „Zakamycze”.
- Pawelczyk, T. (2018). Zagrożenie samobójstwem – praktyczne postępowanie. *Psychiatria po Dyplomie*, 6, 25–30
- Pilecki, M.W., Józefik, B., & Sałapa K. (2013). Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się. *Psychiatria Polska*, XLVII(3), 385–393.
- Postanowienie SA w Krakowie z dnia 14 marca 2016 r., II AKz 53/16, Legalis.
- Postanowienie SN z dnia 14 lutego 1996 r., II CRN 201/95, Legalis.
- Postanowienie SN z dnia 16 kwietnia 2009 r., I CSK 402/08, Legalis.
- Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r., V KK 342/15, LEX nr 1977834.
- Postanowienie SN z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14, LEX nr 1504765.
- Pużyński, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, 3(41), 299–308.
- Pużyński, S. (2015). *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne*. Eneteia.
- Rabe-Jabłońska, J., Pawelczyk, T., Żechowski, C., & Jarema, M. (2008). Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 8(1), 20–40.
- Rada Europejska. (2004). Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy Nr Rec(2004)10 dotyczące ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi. <https://niepelnospawni.gov.pl/container/dokumenty-miedzynarodowe/dokumenty-rady-europejskiej/Zalecenie%20Rec.2004.10.pdf>
- Remberk, B. Gmitrowicz, A., Janas-Kozik, M., Namysłowska, I., Wolańczyk, T., Rajewski, A., Słopeń, A., Gorczyca, P., Bryńska, A., Łucka, I., Jelonek, I., & Sierakowski, P. (2018). Stanowisko ekspertów w kwestii postępowania w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym o ciężkim przebiegu, którzy nie wyrażają zgody na leczenie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(3), 229–233.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1950). Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r (Dz.U. z 1993 r., nr 61, poz. 284).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1994). Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1996). Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2008). Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1997). Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024, poz. 17).

- Sierakowski, P., & Remberk, B. (2017). Aspekty prawne leczenia zaburzeń odżywiania. w: K. Kucharska (red.), *Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania. Wiedza ekspercka* (179–185). Instytut Psychiatrii i Neurologii. Ministerstwo Zdrowia.
- Stochel, M., & Janas-Kozik, M. (2010). Przyjaciółki wirtualnej Any – zjawisko proanoreksji w sieci internetowej. *Psychiatria Polska*, 5(44), 693–702.
- Suzuki, K., Takeda, A., & Yoshino, A. (2011). Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 4(65), 326–332.
- Świderska, E., & Twarowska, E. (2017). Problematyka poszanowania autonomii osób chorych na anoreksję. *Prawo i Medycyna*, 2, 94–114.
- Túry, F., Szalai, T., & Szumska, I. (2019). Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. *Journal of Clinical Psychology*, 8(75), 1444–1454.
- Tylec, A., Olajossy, M., Dubas-Ślęp, H., & Spychalska, K. (2013). Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 3(47), 531–539.
- Uchwała SN z dnia 8 listopada 2016 r., III CZP 66/16, Legalis.
- WHO. (2018). Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>
- Witkowska, B. (2013). Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Psychiatria Polska*, XLVII(3), 397–407.
- Wojcieszak, A. (2022). Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie diagnostycznym. w: A. Wojcieszak. *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi* (304–307). C.H. Beck.
- Wyrok Sądu Opiekuńczego w sprawie *Re L; The NHS Trust vs L*. z 2012 r., EWHC 2741 (COP), [2012] MHLO 159.
- Wyrok Sądu Opiekuńczego w sprawie *Re X (NHS Foundation vs Ms X)* z 2014 r. (EWCOP 35).
- Wyrok TK z dnia 22 listopada 2016 r., K 13/15, OTK-A 2016, nr 88.
- Wyrok z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie *Re E (Medical Treatment Anorexia)*. <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCOP/2012/1639.html>
- Żaczek, J. (2023). Komentarz do art. 23. w: P. Drembkowski, B. Kmiecik, & R. Tymiński (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz* (567–590). Wolters Kluwer.
- Żerańska, M., Tomaszewicz-Libudzik, C., Jagielska, G., & Komender, J. (2002). Powikłania chirurgiczne w trakcie szpitalnego leczenia jadłowstrętu psychicznego – przegląd piśmiennictwa i omówienie trzech przypadków. *Psychiatria Polska*, 36(4), 579–589.