



## Odmowa leczenia cukrzycy – zaburzenia psychiczne czy świadomy wybór? Opis przypadku

*Refusal of treatment for diabetes  
– mental disorder or a conscious choice? Case report*

RADOSŁAW TWORUS, JOANNA WOJEWÓDZKA,  
ANNA GAJERSKA, PIOTR ILNICKI

Z Poradni Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego  
Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Autorzy analizują przyczyny odmowy właściwego leczenia cukrzycy przez pacjentkę, mimo pogarszającego się na przestrzeni miesięcy stanu somatycznego i zagrożenia życia. Rozważają lekarskie i prawne możliwości postępowania w takim przypadku (red.).

**SUMMARY.** The authors analyse reasons for a female patient's refusal of appropriate treatment for her diabetes, despite the fact that her physical health status has been systematically worsening for months, involving a risk to life. Possibilities of medical and legal action in such a case are considered (Ed.).

---

**Słowa kluczowe:** cukrzyca / odmowa leczenia / zaburzenia psychiczne / opis przypadku  
**Key words:** diabetes / refusal of treatment / mental disorders / case report

---

Cukrzyca jest jednym z głównych i narastających w swoim znaczeniu zdrowotnym problemów Europy; dotyczy ludzi w każdym wieku i we wszystkich krajach. Powoduje przewlekłe uszkodzenie zdrowia i przedwczesną śmierć. Zagroza co najmniej 10 mln. obywateli krajów europejskich.

Ten początkowy fragment deklaracji z Saint Vincent [3] pokazuje jak poważnym problemem jest ten rodzaj zaburzeń przemiany węglowodanowej. Cukrzyca nie leczona lub leczona nieprawidłowo prowadzi do szeregu powikłań. Można je podzielić na somatyczne i psychiczne. Do tych pierwszych zaliczamy mikroangiopatie (zmiany narządu wzroku i zmiany narządu moczowego), makroangiopatie (zaburzenia przemiany lipidów i miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, choroby mięśnia sercowego, zespół stopy cukrzycowej, choroby naczyń mózgu), neuropatie i inne powikłania cukrzycy (zmiany układu kostnego,

zespoły dermatologiczne, zmiany w obrębie jamy ustnej i zębów) [17, 18]. Zaburzenia psychiczne w przebiegu cukrzycy należą do tzw. endokrynopatii opisywanych po raz pierwszy przez Bleulera w roku 1963 [1, 15]. W przebiegu cukrzycy najczęściej obserwowanymi zaburzeniami psychicznymi są zmiany nastroju o obrazie zespołów subdepresyjnych i depresyjnych [4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16] i zaburzenia lękowe [2, 7, 13, 16]. Przy wieloletnim przebiegu choroby, szczególnie gdy poziom glikemii jest źle kontrolowany, dochodzi do ujawniania zaburzeń psychicznych, których pierwotnym podłożem są wyżej wymienione powikłania somatyczne. Większość zaburzeń psychicznych w przebiegu cukrzycy ustępuje w wyniku zastosowania właściwego leczenia i psychoterapii [10, 12, 15]. Jak jednak postępować z pacjentem, który odmawia leczenia doprowadzając się do skrajnego

wyniszczenia, a w jego zachowaniu brak wyraźnych zaburzeń psychicznych uprawniających do leczenia wbrew woli?

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 31, urodzona i zamieszkała w Warszawie (miała zapewniony pełny dostęp do specjalistycznej pomocy medycznej). Pochodzi z rodziny rozbitej. Była wychowywana przez matkę. Rodzice rozwiedli się, kiedy była małym dzieckiem. Matka nie wyszła ponownie za mąż. Z ojcem nie utrzymywała i nie utrzymuje kontaktów. Kiedy się urodziła, jej matka miała 38 lat i była drugą żoną ojca. Po rozwodzie z matką ojciec pacjentki po raz trzeci ożenił się. Pacjentka ma dwóch przyrodnych braci, z pierwszego i trzeciego małżeństwa ojca. Spotkała się z braćmi, ale „tylko dlatego, że oni nalegali, ja nie chciałam”. Na temat dzieciństwa mówi niechętnie. Matka pracowała w systemie 3-zmianowym i zatrudniała różne dziewczyny, by zajmowały się pacjentką, gdy była małym dzieckiem. Potem, w szkole podstawowej, gdy matka szła do pracy – zostawała sama. Sądzi, że była dobrym i spokojnym dzieckiem, bo matka nigdy jej nie mówiła, że sprawia kłopoty. Ukończyła ZSZ optyczną. W szkole podstawowej i zawodowej uczyła się średnio, klas nie powtarzała. Szkołę optyczną wybrała dla niej matka, bo była blisko domu. Męża poznała przypadkowo – „był kolegą chłopaka, którego matka wynajmowała do zrywania śliwek w sadzie babci. Początkowo przychodzili razem, potem tylko mój obecny mąż”. Sądzi, że przychodził do niej dlatego, że w Warszawie nie miał żadnej rodziny i brak mu było domowej atmosfery. Na pytanie dlaczego za niego wyszła za mąż odpowiada, że kiedy w wieku 17 lat zachorowała na cukrzycę, to dowiedziała się, że im będzie starsza tym trudniej będzie jej urodzić dziecko (nie mówi nic o swoich uczuciach do męża). Po ślubie początkowo pracowała w Zakładach Optycznych, później przeszła na rentę. Twierdzi, że rodzina męża miała na niego duży wpływ. Gdy dostali nowe dwupokojowe mieszkanie

mąż wyraził zgodę, aby wprowadzili się tam jego siostra i brat. Ona była temu przeciwna. Uważa, że z powodu tego sprzeciwu oraz choroby nie jest akceptowana przez męża i jego rodzinę. Jednocześnie mówi, że nie ma żadnych uwag wobec męża, że jest dobry, że odwiedza ją w szpitalu co drugi dzień. Po chwili podaje, że przeciw mężowi wszczęła kilka postępowań o pobicie – prawdopodobnie za namową matki. Pytana o córkę mówi, że ta bardzo rzadko odwiedza ją w szpitalu, nie ujawnia jednak w związku z tym żadnych emocji, stwierdza, że może to wynikać z nadmiaru zajęć pozalekcyjnych.

Na cukrzycę zachorowała w 1985 r. Jest to cukrzyca typu I – insulinozależna. W rodzinie nikt nie chorował na cukrzycę. Nieznany jest przebieg choroby pacjentki od 1985 r. do 1992 r. Od samego początku leczenia w CSK WAM odmawiała współpracy z personelem. Nie zgadzała się na przyjmowanie zaleconych dawek insuliny. Tłumaczyła to obawami przed hipoglikemią. Twierdziła, że nie stosuje się do zaleceń lekarzy, ponieważ jest źle leczona. Tłumaczyła, że gdyby stosowała się do tych zaleceń jej stan byłby jeszcze gorszy. Uważała, że dieta szpitalna jest nieodpowiednia (w domu nigdy jej nie przestrzegała), że ma zlecane za duże dawki insuliny „bo mogę mieć hipoglikemię”. Na pytania dlaczego nie przyjmuje innych leków twierdziła, że „nie przyjmuję heparyny, bo mogę się wykrwawić”. Leków zlecanych przez psychiatrę nie przyjmuje „bo po nich nie byłabym sobą”.

W czasie badania zawsze w kontakcie powierzchownym. Na pytania odpowiada, brak jednak wypowiedzi samorzutnych. Martwi się swoim stanem zdrowia, jednocześnie jednak kategorycznie odmawia podporządkowania się wymogom leczenia. Zaprzecza myślom i tendencjom „S”. Nastrój nieznacznie obniżony, ale w czasie badania ulega wyrównaniu. W czasie badania poprawia się również kontakt z pacjentką. Afektywnie błada. W wypowiedziach znaczne zaburzenia toku myślenia pod postacią zwolnienia i licznych zahamowań. Wiele wypowiedzi rezonerskich i ambiwalentnych. Brak wyraż-

nych formalnych zaburzeń myślenia oraz zaburzeń spostrzegania. Brak wglądu w aktualny stan somatyczny i psychiczny, jedynie deklaratywne poczucie choroby.

Dla pełnego przedstawienia „sposobu chorowania i podejścia pacjentki do jej leczenia” konieczne jest przedstawienie skróconego przebiegu wszystkich hospitalizacji w CSK WAM.

*I hospitalizacja* – 1992 r. Przyjęta z powodu luźnych stolców, stanów podgorączkowych i źle kontrolowanej cukrzycy. W czasie hospitalizacji poziom glikemii 518 mg%, cukromocz dobowy 120 mg%. Chora w klinice odmawiała przyjmowania insuliny – nie zgadzała się na podwyższenie dawek, nie pozwalała pielęgniarce podawać insuliny, iniekcje wykonywała sama w różnych porach dnia i dawce przez siebie ustalonej. Odmówiła przyjmowania płynów infuzyjnych (pomimo cech odwodnienia) oraz pobierania krwi żyłnej do badań. Konsultacja psychologiczna ujawniła pogłębione sytuacyjnie objawy depresyjne. W konsultacji psychiatrycznej stwierdzono: „zorientowana prawidłowo, nastroj nieznacznie obniżony, apetyt w normie, sen w normie, nieznacznie nasilony niepokój”. Rozpoznano zespół nerwicowy depresyjny, zalecono doksepinę 20 mg/die a po wypisie kontrolę w PZP.

*II hospitalizacja* – 1992 r. Przyjęta z powodu źle kontrolowanej cukrzycy i stanów gorączkowych. Przy przyjęciu lekarz dyżurny stwierdził objawy depresji. W klinice odmówiła przyjmowania antybiotyków i insuliny lub przyjmowała ją ustalając dawki według własnego uznania. Do iniekcji stosowała wielokrotnie sprzęt jednorazowego użytku. W czasie hospitalizacji poziom glikemii średnio 400 mg%. Wielokrotnie przeprowadzano z chorą rozmowy na temat jej postępowania (lekarz prowadzący, kierownik kliniki, diabetolog) nie uzyskując żadnych rezultatów. Ustalono, że powodem stanów gorączkowych jest fatalny stan uzębienia. Zaproponowano sanację. Chora początkowo wyraziła zgodę, a następnie odmówiła zabiegu. W czasie hospitalizacji konsultowana psychiatrycz-

nie: „małomówna w nastroju obniżonym, bez myśli „S”, martwi się swoim stanem zdrowia. Nie wyraża zgody na proponowaną hospitalizację psychiatryczną, odmawia przyjmowania leków zaleconych przez psychiatrę”. Ze względu na brak współpracy wypisana do domu.

*III hospitalizacja* – 1993 r. Przyjęta z powodu źle kontrolowanej cukrzycy i częstoskurczu nadkomorowego. Przed przyjęciem spożyła butelkę słodkiej Coca Coli. Przy przyjęciu w trudnym kontakcie. Glikemia 550 mg%, ciała ketonowe w moczu, cukromocz 1,9 g%. Nie wyraziła zgody na podłączenie kroplówek, dożylnie podawanie leków oraz domięśniowe podanie insuliny. Odmówiła podpisania w dokumentacji swojej decyzji. Odmawiała przyjmowania zaleconych dawek insuliny, nie godziła się na wyrównanie poziomu elektrolitów i kwasicy. Płyny przyjmowała jedynie doustnie, insulinę jedynie krótko działającą podskórną i domięśniowo w dawkach 3–4-krotnie mniejszych niż zalecane. Ze względu na brak współpracy z chorą wypisana do domu po udzieleniu informacji o stanie zdrowia i jego konsekwencjach. W zaleceniach wypisowych zalecono konieczną kontrolę w PZP.

*IV hospitalizacja* – 1995 r. Przyjęta z powodu źle kontrolowanej cukrzycy. Przy przyjęciu poziom glikemii 440 mg%, chora płacząca, zgłaszała bóle głowy. Od czasu poprzedniej hospitalizacji nie miała kontrolowanego poziomu cukru. W dniu przyjęcia odmówiła założenia wenflonu, podłączenia kroplówek, pobrania krwi żyłnej do badań. Podpisała „świadomą” odmowę po poinformowaniu o konsekwencjach zdrowotnych swojego postępowania. Odmawiała przyjmowania insuliny. Konsultowana neurologicznie z rozpoznaniem *polyneuropathia diabetica*. Konsultacja okulistyka – *angiopathia diabetica*. Kilkakrotnie konsultowana psychologicznie – „zgłasza problemy rodzinne, ostry konflikt z mężem, poczucie braku bezpieczeństwa, narastające objawy depresyjne, stałe uczucie lęku przed epizodami hipoglikemii, jednocześnie lęku przed śmiercią

i proponowanym leczeniem. Boi się pozostawania samotnie w domu, bo obawia się załości cukrzycowej. Mówi, że od pewnego czasu zaniedbuje obowiązki domowe, zaniedbuje córkę, nie dba o higienę osobistą. W ocenie stanu psychicznego – w dobrym kontakcie, prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie, bez objawów wytwórczych, wypowiedzi spontaniczne skoncentrowane na objawach, tzw. neurotyczne błędne koło, brak reakcji na próbę racjonalnej argumentacji, I.I. w granicach ociążałości intelektualnej”. Rozpoznanie: zespół nerwicowy. W czasie konsultacji psychiatrycznej rozpoznano zespół lękowo-depresyjny o charakterze nerwicowym, uwarunkowany sytuacyjnie. Zalecono doksepinę 30 mg/die oraz pracę terapeutyczną z psychologiem szpitalnym. Ze względu na brak współpracy wypisana z kliniki bez zadowalającej poprawy.

*V hospitalizacja* – 1995 r. Przyjęta z powodu źle kontrolowanej cukrzycy i zapalenia ucha środkowego. Glikemia 378 mg%. Chora odmówiła pobrania krwi żyłnej do badań oraz podania płynów i leków drogą dożylną. W czasie hospitalizacji odmawiała leczenia. Była negatywnie nastawiona do otoczenia i personelu. Kilkakrotnie podpisała „świadomą” odmowę leczenia. Mimo nie uzyskania zgody pacjentki, lekarz prowadzący ze względu na głęboką kwasicę zagrażającą życiu zdecydował o konieczności podania dwuwęglanów drogą dożylną. Chora zareagowała pobudzeniem oraz czynną agresją wobec personelu. Podano jej 10 kropli haloperydolu oraz domięśniowo 1 ampulkę diazepamu. Po lekach pacjentka uspokoiła się i zezwoliła na podanie leków drogą dożylną. Otrzymała również właściwe dawki insuliny. W czasie dalszej hospitalizacji ponownie odmawiała leczenia. Nie zgodziła się na konsultacje stomatologiczną i okulistyczną. Wyraziła zgodę na konsultację laryngologiczną, psychologiczną i psychiatryczną. W badaniu psychologicznym stwierdzono cechy mikroorganiki o.u.n. pod postacią sztywności schematów poznawczych i małej podatności na perswazję. W czasie badania dobrze współpracowała,

była w dobrym kontakcie emocjonalnym w relacji psycholog – pacjent. Dekompensowała się w czasie rozmowy na temat leczenia cukrzycy. Rozpoznano cechy mikroorganiki o.u.n. oraz zespół nerwicowy. Zalecono konsultację psychiatryczną oraz zasugerowano skierowanie do Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W konsultacji psychiatrycznej rozpoznano zespół nerwicowy subdepresyjny i skierowano do IPiN. Ze względu na brak współpracy wypisana do domu bez zadowalającej poprawy.

*VI hospitalizacja* – 1997 r. Przyjęta z powodu zakrzepowego zapalenia żył uda lewego z towarzyszącą gorączką, wysokiego poziomu glikemii z towarzyszącym cukromoczem i obecnością ciał ketonowych w moczu. Lekarz prowadzący stwierdził u pacjentki cechy zespołu depresyjnego. Pacjentka początkowo zgodziła się na leczenie Claforanem i Clexanem. Po 6 dniach odmówiła leczenia heparyną, a następnie przyjmowania dożylnie antybiotyków. W czasie całej hospitalizacji odmawiała przyjmowania zaleconych dawek insuliny utrzymując glikemię na poziomie 300–500 mg%. Okresowo odmawiała przetaczania albumin. Nie zgadzała się na przyjmowanie doustnie Ticlidu i Enapu. Wyraziła jedynie zgodę na przyjmowanie Hemoferu. Odmówiła konsultacji stomatologicznej, wykonania CT jamy brzusznej i USG narządu rodowego. Zgodziła się na konsultację ginekologiczną, nefrologiczną, psychologiczną. W czasie badania psychologicznego zgłaszała lęk przed obniżonymi poziomami glikemii, skargi na ból kończyny dolnej, który uniemożliwia jej chodzenie i spanie. Twierdziła, że w szpitalu czuje się bezpieczna. Nie potrafiła wyjaśnić dlaczego obawia się zaleconego leczenia. Twierdziła, że chce jak najszybciej wyleczyć nogę i wrócić do domu, do córki. W stanie psychicznym z odchylen od stanu prawidłowego stwierdzono jedynie nieznaczne obniżenie nastroju. Rozpoznanie: reakcja depresyjna u osoby z cukrzycą.

*VII hospitalizacja* – 1998 r. Przyjęta z powodu źle kontrolowanej cukrzycy. Przy przyjęciu poziom glikemii powyżej 700 mg%.

W czasie hospitalizacji odmówiła przyjmowania insuliny dożylnie oraz leków doustnych. Jak zawsze podpisała deklaracje „świadomej” odmowy. Pomimo licznych rozmów nie potrafiła wy tłumaczyć odmowy leczenia. W czasie hospitalizacji płacziwa, w obniżonym nastroju. Wypisana z kliniki z powodu braku współpracy.

*VIII hospitalizacja* – 1998 r. Przyjęta z powodu złego stanu ogólnego. W badaniu dna oka stwierdzono cechy angiopatii proliferacyjnej. W czasie hospitalizacji odmawiała jakiegokolwiek współpracy. Wypisała się na własną prośbę.

*IX hospitalizacja* – 1998 r. Przyjęta z powodu złej kontroli glikemii. W czasie hospitalizacji chora odmawiała wszelkich procedur medycznych. Odmawiała przyjmowania płynów doustnie. Posiłki spożywała wg własnego uznania. Często spożywała cukier. Insulinę przyjmowała jak zawsze wg własnego uznania. Odmówiła przetaczania aminokwasów oraz masy erytrocytarnej. Konsultacji okulistycznej i nefrologicznej nie można było przeprowadzić, bo chora poszła na spacer poza oddział. Lekarz prowadzący stwierdzał u pacjentki objawy depresji. Odmawiała przyjmowania leków doustnych twierdząc, że tak duża ilość tabletek może jej szkodzić. Nie wyraziła zgody na gastrokopię. Zgodziła się na konsultację psychologiczną, nefrologiczną i psychiatryczną. W czasie tych konsultacji nie stwierdzono zaburzeń psychicznych wymagających leczenia psychiatrycznego. Wypisana z kliniki ze względu na brak współpracy.

*X hospitalizacja* – 1998 r. Przyjęta z powodu źle kontrolowanej glikemii oraz cech niewydolności nerek. W klinice odmówiła współpracy z personelem oraz odmawiała wszelkich metod leczenia. Zażądała wypisu do domu na własną prośbę, ale odmówiła podpisania odpowiednich dokumentów.

*XI hospitalizacja* – 1998 r. Przyjęta z powodu zakrzepicy żył głębokich lewej goleni. Przy przyjęciu lekarz stwierdził znaczne obniżenie nastroju. W czasie pobytu w klinice odmawiała wszelkich zabiegów leczniczych

(kończyna była zagrożona amputacją). Konsultowana psychiatrycznie z rozpoznaniem – zespół nerwicyowy subdepresyjny. Ze względu na ciężki stan somatyczny, tj. niewydolność nerek, nadciśnienie, retinopatie, kardiomiopatie, niedokrwistość, decyzją konsultanta internisty przeniesiona do kliniki nefrologii. W czasie pobytu w klinice nefrologii nadal odmawiała leczenia i domagała się wypisu na własną prośbę. Lekarze nefrologicy poprosili o konsultację psychologiczno-psychiatryczną w celu ustalenia „czy pacjentka jest poczytalna i może świadomie kierować swoim postępowaniem”. Pacjentka była trzykrotnie badana psychologicznie i psychiatrycznie. Podczas jednego z badań psychologicznych dokonano oceny skalą WISKAD. Badanie było trudne do przeprowadzenia. Psycholog musiał czytać wszystkie pytania z powodu znacznego osłabienia wzroku pacjentki. Wnioski z badania skalą: „konfiguracja profilu klinicznego sugeruje rozpoznanie zespołu subdepresyjnego u osoby z trudnościami w kontaktach interpersonalnych i cechami osobowości schizoidalnej”. Po konsultacjach zalecono skierowanie pacjentki na obserwację psychiatryczną wbrew woli z rozpoznaniem: zaburzenia osobowości – obserwacja w kierunku schizofrenii. Powodem skierowania wbrew woli było zagrożenie życia pacjentki.

Pacjentka została przyjęta do kliniki psychiatrycznej bez zgody. W trakcie tej hospitalizacji nie stwierdzono objawów uprawniających do hospitalizacji wbrew woli, a pacjentka nie wyraziła zgody na hospitalizację. Z powodu znacznych wahań poziomu glikemii została przeniesiona do kliniki chorób wewnętrznych.

*XII hospitalizacja* – 1999 r. Przyjęta z powodu obustronnego zapalenia płuc. Od początku hospitalizacji w trudnym kontakcie, w obniżonym nastroju, okresowo agresywna słownie. Odmawiała leczenia. Konsultowana psychiatrycznie z rozpoznaniem zespołu depresyjnego. Wypisana do domu na własną prośbę po udzieleniu informacji o stanie zdrowia i ewentualnym zagrożeniu życia.

## KOMENTARZ

Wg prof. Tatonia

obciążenie rokowania w cukrzycy, powodowane przez powikłania tej choroby, jest ciągle olbrzymie. Dotyczy to zarówno inwalidztwa i cierpień odczuwanych w życiu codziennym przez chorych, jak i ich umieralności. Jednak, jak wynika z wielu badań, zarówno pierwotne, jak i wtórne zapobieganie powikłaniom cukrzycy stało się możliwe i należy na niego kłaść praktyczny nacisk. Mur niemożliwości w tym zakresie znika pod naporem nowych informacji patofizjologicznych oraz terapeutycznych [18].

Wobec tego stwierdzenia należy postawić kilka pytań dotyczących przebiegu choroby omawianej pacjentki.

- Jak wytłumaczyć postępowanie osoby, która ma rodzinę, dziecko, deklaruje chęć leczenia i życia, a jednocześnie odmawia tego leczenia pomimo deklaracyjnych zapewnień o konsekwencji takiego postępowania?
- Czy zachowanie pacjentki można traktować jako jej świadomy wybór, czy głębokie, ale skąpoobjawowe zaburzenia psychiczne?
- Czy zaburzenia psychiczne były wtórnym powikłaniem choroby somatycznej, czy może cukrzyca była maską choroby psychicznej?
- Czy my – lekarze psychiatry zrobiliśmy wszystko, aby nie dopuścić do nieuniknionej śmierci tak młodej osoby?

Analiza linii życiowej pacjentki, jej funkcjonowania społecznego, rodzinnego oraz podejścia do choroby sugeruje występowanie u niej zaburzeń psychicznych. Wszyscy konsultanci psychiatry i psycholodzy, a także lekarze interniści rozpoznawali u chorej zaburzenia depresyjne lub nerwicowe. Jednak szczegółowa analiza 7 lat leczenia i dane z autoanamnezy wskazują, naszym zdaniem, że są to zaburzenia głębsze. Nie jesteśmy w stanie ocenić, czy jest to osobowość schizoidalna czy już schizofrenia prosta. Przeciwnie tezie, że przejawiane przez pacjentkę zaburzenia są wynikiem powikłań cukrzycy świadczy

fakt dziwaczności jej zachowań od początku choroby. Rozpoznane obniżenie poziomu intelektualnego było, naszym zdaniem, wynikiem mikrouszkodzeń mózgu w przebiegu angiopatii cukrzycowej.

Wprawdzie art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia”, jednak naszym zdaniem zdolność opisywanej pacjentki do świadomego podejmowania decyzji była wątpliwa.

Zgodnie z art. 15 tego Kodeksu „jeśli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażania swej zgody powinien ją wyrazić przedstawiciel ustawowy bądź osoba stale opiekująca się pacjentem”. Dlatego podczas jednej z kolejnych hospitalizacji lekarze interniści zwracali się z prośbą do konsultanta psychiatry o ocenę „poczytalności pacjentki”. Ponieważ w naszej ocenie zachowanie pacjentki na przestrzeni kilku lat jej choroby wskazywało na bliżej nieokreślone zaburzenia psychiczne zdecydowaliśmy się skierować ją do szpitala w trybie art. 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jednak w oddziale psychiatrycznym stwierdzono brak podstaw do zatrzymania pacjentki wbrew jej woli. Hospitalizacja na podstawie art. 29 tej Ustawy oraz ubezwłasnowolnienie pacjentki nie były możliwe ze względu na brak współpracy z jej rodziną.

Pomimo, że pacjentka w czasie hospitalizacji zgadzała się chętnie na konsultacje psychologiczne i psychiatryczne, jednak po wypisie nigdy nie podjęła żadnej formy terapii. Podczas pobytu w szpitalu konsekwentnie odmawiała farmakoterapii psychiatrycznej.

Sumując, można stwierdzić, że wyczerpaliśmy wszelkie możliwości udzielenia pomocy pacjentce.

Jednak zawsze, gdy umiera tak młoda osoba z powodu schorzenia, którego przebieg można skutecznie kontrolować, pozostaje pytanie gdzie popełniliśmy błąd.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bleuler M: Endokrinologische Psychiatrie. Thieme Verlag, Stuttgart 1963.
2. Berlin I, Bisslerbe JC, Eiber R, Balssa N, Sachon C, Bosquet F, Grimaldi A: Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type I diabetic adults. *Diabetes Care* 1997, 20, 176–178.
3. Diabetes Care and Research in Europe. The Saint Vincent Declaration. *Gior It. Diab.* 1990, supl., 139.
4. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE: Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care* 1996, 19, 1097–1102.
5. Jacobson AM, de Groot M, Samson JA: The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Qual. Life Research* 1997, 6, 11–20.
6. Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H: Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. *Diabetes Care* 1999, 22, 1071–1076.
7. Kohen D, Burgess AP, Catalan J, Lant A: The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Qual. Life Research* 1998, 7, 197–204.
8. Lernmark B, Persson B, Fisher L, Rydelius PA: Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. *Diabetic Medicine* 1999, 16, 14–22.
9. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, Carney RM, Freedland KE: Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine* 1997, 59, 24–31.
10. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE: Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1998, 20, 302–306.
11. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE: The course of major depression in diabetes. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1997, 19, 138–143.
12. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE: Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann. Internal Medicine* 1998, 129, 613–621.
13. Peyrot M, Rubin RR: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997, 20, 585–590.
14. Peyrot M, Rubin RR: Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care* 1999, 22, 448–452.
15. Pużyński S: Leksykon psychiatrii. PZWL, Warszawa 1993.
16. Ritholz MD, Jacobson AM: Living with hypoglycemia. *J. Gen. Intern. Med.* 1998, 13, 799–804.
17. Tatoń J (red.): *Diabetologia kliniczna*. PZWL, Warszawa 1986.
18. Tatoń J (red.): *Powikłania cukrzycy*. PZWL, Warszawa 1995.

*Adres: Dr Radosław Tworus,*

*Poradnia Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej,  
ul. Szaserów 128, 00-909 Warszawa*