

PARTICULARITĂȚI CLINICE, TERAPEUTICE ȘI ETICE ÎN INTERNAREA NEVOLUNTARĂ

NON-VOLUNTARY ADMISSION - CLINICAL, THERAPEUTICAL AND ETHICAL

Petru Ifteni^{1,2}, Paula-Simina Petric^{2,}, Ana Aliana Fodor²,
Liliana Marcela Rogoza¹, Andreea Teodorescu^{1,2}*

¹Facultatea de Medicină Universitatea Transilvania din Brașov

²Spitalul Clinic de Psihiatrie și Neurologie Brașov

Autor corespondent: Paula-Simina Petric, e-mail paula_petric@yahoo.com

Abstract:

The involuntary admission is a complex process that involves many people and services and it is surrounded by many controversies. The aim of this study is to highlight the clinical and therapeutic aspects of involuntary admission of patients in a psychiatric setting.

Key-words: involuntary admission, mental health, psychiatry

Introducere

Următorul studiu își propune să evidențieze particularitățile clinice și terapeutice ale internărilor nevoluntare.

Una dintre controversele sistemului medical este reprezentată de internarea fără consimțământ a unui pacient. Deși Organizația Mondială a Sănătății dorește o standardizare a strategiilor de acordare a serviciilor de sănătate mintală, există o diferență semnificativă în ceea ce privește normele și reglementările privind internarea nevoluntară și tratamentul pacienților cu tulburări psihice. [4, 10, 13, 15]

Internarea nevoluntară este probabil singurul exemplu în care un individ este privat de libertate într-un context ne-criminal. [2, 3, 12, 14].

Conform legii 487 din 2002, internarea nevoluntară se realizează într-un spital de psihiatrie, doar după ce au fost epuizate toate încercările de internare voluntară.

O persoană poate fi internată prin procedura de internare nevoluntară numai dacă un medic psihiatru hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane ori în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat [8].

Scopul cercetării și metodele folosite:

Următorul studiu are ca scop evaluarea unui lot de 20 de cazuri de internare nevoluntară urmărind atât particularitățile clinice cât și cele terapeutice.

Pentru acest studiu retrospectiv au fost culese datele generale ale pacienților cum ar fi: vârsta, sexul, nivelul de educație, diagnosticul, motivul de internare nevoluntară, vârsta de debut a bolii, durata bolii, dacă s-a utilizat sau nu contenție fizică, prezența de comportamente nocive cum este consumul de alcool precum și tratamentul urmat.

Datele au fost obținute din foile de observație clinică ale pacienților internați în perioada 1 ianuarie 2015-31 decembrie 2017 în Spitalul Clinic de Psihiatrie și Neurologie Brașov.

Rezultate:

Au fost incluși în studiu 20 de pacienți, 50% bărbați cu vârsta medie de 40 ani (DS=±11,86).

Se poate observa o egalitate în repartiția după gen a pacienților (figura 1).

Majoritatea pacienților provin din mediul urban, probabil datorită accesului mai facil la sistemul de sănătate.

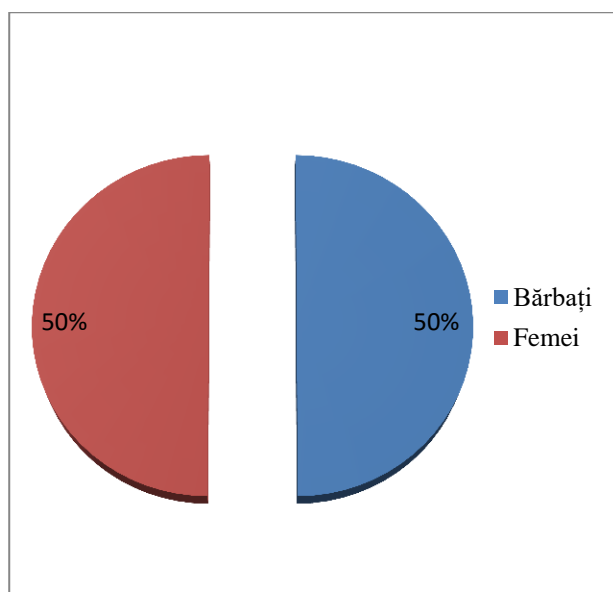


Figura 1: Repartiția după gen a pacienților

Incidența pe grupe de vârstă a fost majoritară în intervalul 40-50 de ani, cu o proporție de 40% fiind urmată de grupa de vârstă 30-40 de ani, cu o proporție de 30%. Cea mai mică pondere au avut-o cei din grupa de vârstă 20-30 de ani (de 10%) (figura 2).

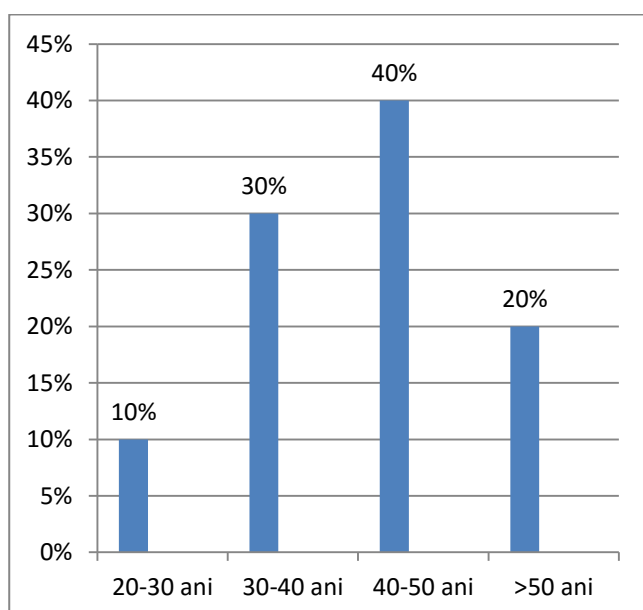


Figura 2: Repartiția pacienților pe grupe de vârstă

În ceea ce privește nivelul de educație, majoritatea pacienților sunt absolvenți de liceu, în proporție de 25%, 20% dintre ei au absolvit studii superioare și 15% sunt fără studii (Figura 3).

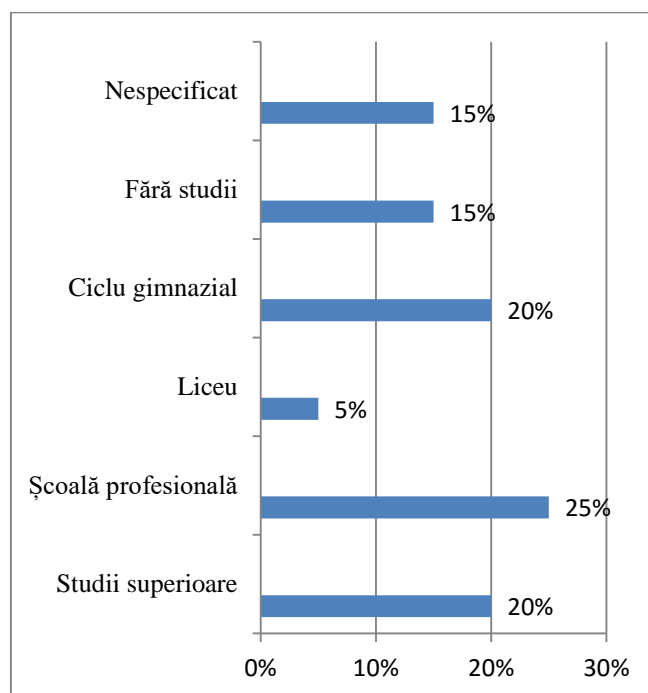


Figura 3: Repartiția pacienților privind nivelul academic.

Jumătate dintre pacienții internați nevoluntar au diagnosticul de schizofrenie. (tabelul 1) Printre celelalte afecțiuni întâlnite se numără tulburarea afectivă bipolară, în proporție de 20%, urmată de tulburarea psihotică acută și tulburarea psihotică indusă de substanțe, ambele cu un procent de 10% și tulburarea schizo-afectivă și tulburarea mixtă de personalitate la 5% dintre pacienți.

Nr.	Diagnostic	Procent
1	schizofrenie	50%
2	tulburarea afectivă bipolară	20%
3	tulburarea psihotică indusă de substanțe	10%
4	tulburarea psihotică acută	10%
5	tulburarea schizo-afectivă	5%
6	tulburarea mixtă de personalitate	5%

Tabel 1: Diagnosticul pacienților

Principalul motiv de internare nevoluntară a fost heteroagresivitatea, în jumătate dintre cazuri. Comportamentul perturbant și problemele legale care au necesitat intervenția poliției se regăsesc și ele în proporție de 20%. În 10% din cazuri internarea nevoluntară a fost făcută din cauza riscului suicidal. (figura 5)

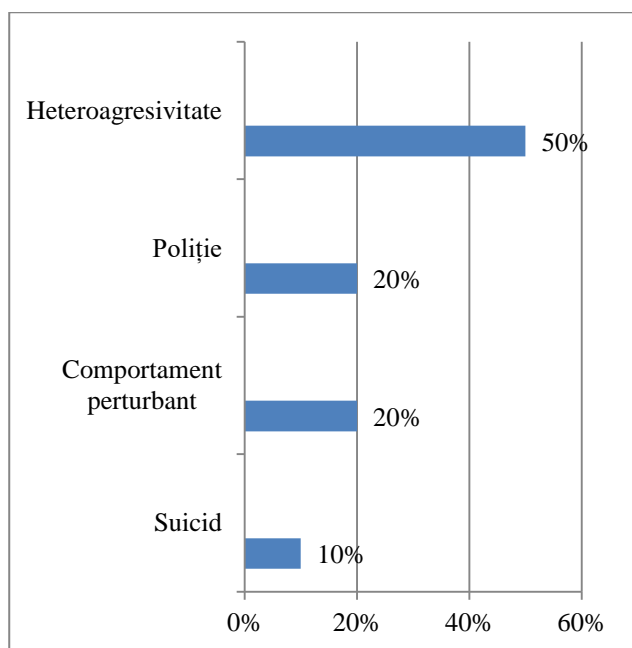


Figura 5: Principalul motiv de internare nevoluntară

Majoritatea pacienților incluși în studiu au avut vârsta de debut a bolii între 18 și 30 de ani, fiind urmată de grupa de vârstă 40-50 de ani cu 30% și cei mai puțini au avut vârsta peste 50 de ani, 10% (figura 6).

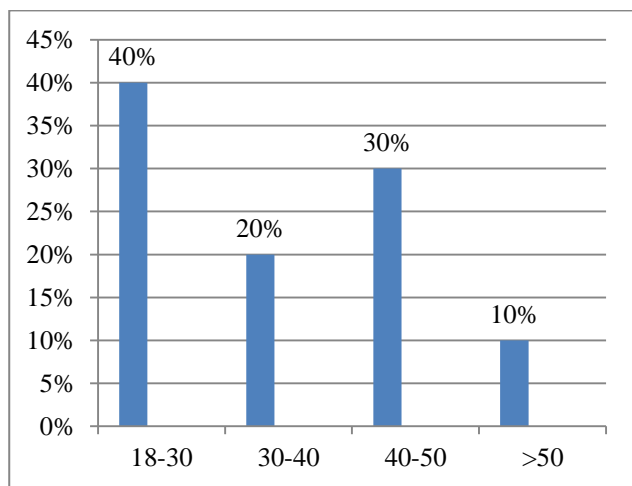


Figura 6: Vârsta de debut a bolii

25% dintre pacienți se află la prima internare într-un serviciu de psihiatrie, 40% au o durată a bolii mai mică de 10 ani și 35% au fost diagnosticați cu mai mult de 10 ani în urmă (figura 7).

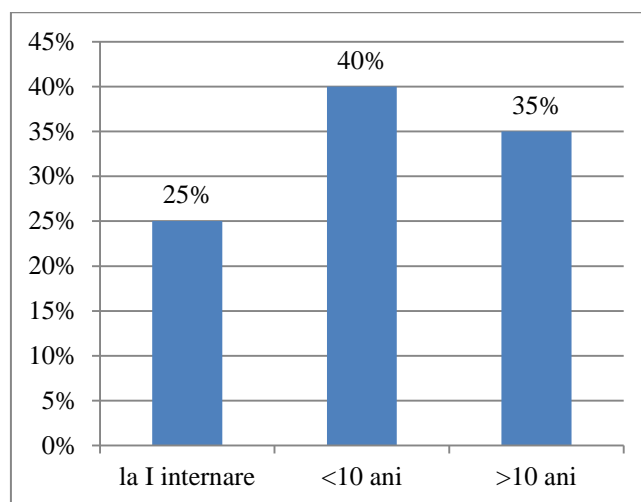


Figura 7: Durata bolii

La 25% dintre pacienți a fost necesară utilizarea conțenției fizice ca măsură de protecție până la instalarea efectului sedativ al medicației psihotrope (figura 8).

În ceea ce privește comportamentele dăunătoare am putut observa faptul că 35% dintre pacienți consumă alcool (figura 8). Se poate observa că la 46% dintre pacienții internați ce consumă alcool s-a folosit conțenția mecanică (figura 9).

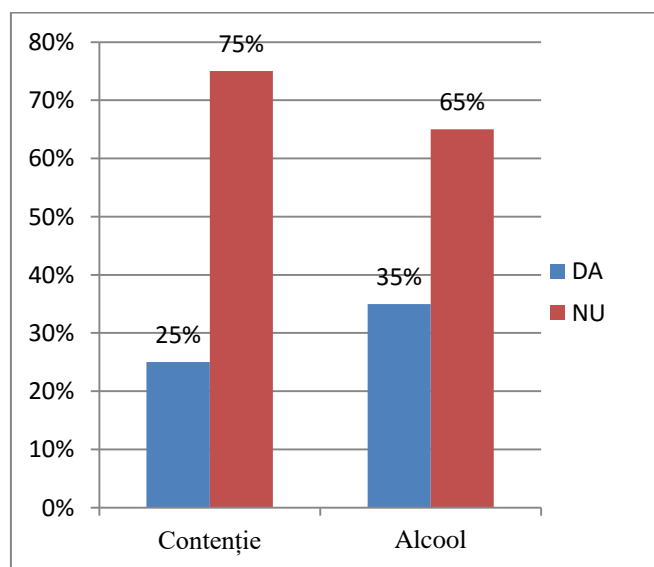


Figura 8: Numărul de pacienți conțenționați, fumători și consumatori de alcool.

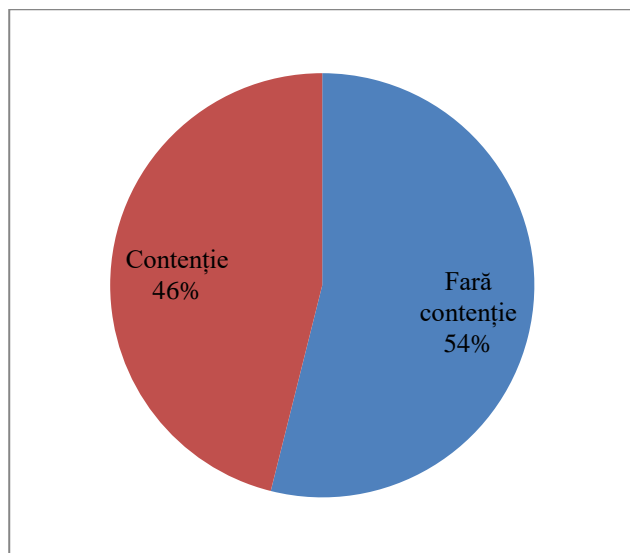


Figura 9: Utilizarea conțenției la consumatorii de alcool

Tratamentul de primă intenție în 95% din cazuri a fost administrarea de haloperidol, în restul de 5% dintre cazuri de primă intenție s-a administrat quetiapina. În cazul a 85% dintre pacienți s-a apelat la un alt antipsihotic pe perioada internării, cel mai des folosindu-se levomepromazina la 23% din cazuri. Alte alternative terapeutice au fost reprezentate de risperidonă (18%), amisulprid (18%), olanzapină, clozapină, sau quetiapină în (12%) și de aripiprazol (6%) (figura 9). Pe lângă medicația antipsihotică, în toate cazurile s-a administrat și un sedativ, în principal diazepam iar în 80% dintre cazuri s-au folosit stabilizatoare de dispoziție, în principal valproat de sodiu.

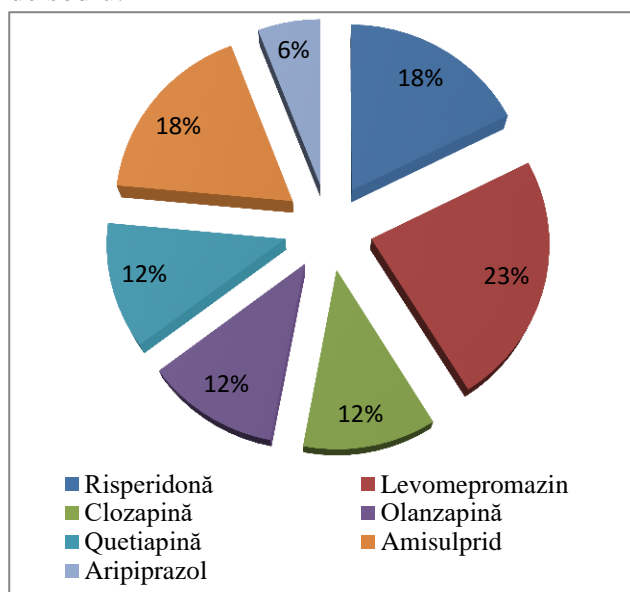


Figura 9: Antipsihotice utilizate

Discuții:

Prezentul studiu a analizat un lot de 20 de pacienți internați nevoluntar în Spitalul Clinic de Psihiatrie și Neurologie Brașov pe o durată de 3 ani (2015-2017).

Alte studii europene au arătat o proporție mai mare a genului masculin ca pacienți internați nevoluntar, comparativ cu studiul prezent unde ponderea a fost egală [5, 9].

La fel ca în prezentul studiu, și în alte studii internaționale principalul diagnostic de internare nevoluntară este o tulburare psihotică, doar 25% dintre pacienți fiind internați din cauza unor afecțiuni nos psihotice [6,16].

Principalul motiv de internare nevoluntară în literatura de specialitate este același ca în prezentul studiu. Cele mai multe cazuri au fost cauzate de heteroagresivitate. De asemenea unele studii arată o incidență mai mare a tentativei de suicid în unele țări europene. [6, 1].

Majoritatea pacienților sunt tratați cu neuroleptice iar în 28,37 % din cazuri se ia decizia de schimbare a neurolepticului pe perioada internării din mai multe motive printre care amintim: efectele extrapiramidale, lipsă formă injectabilă sau lipsa eficacității. De asemenea în cele mai multe cazuri este asociată și o benzodiazepină [11,7].

Concluzii:

Internarea nevoluntară presupune o colaborare între mai multe instituții și persoane. Este necesară cunoașterea aspectelor medicale, legale și etice legate de internarea nevoluntară. Numărul internărilor nevoluntare este în scădere ca o consecință a creșterii rigorilor legate de acest tip de internare.

Bibliografie:

- [1] Austin WJ, Kagan L, Rankel M, et al. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Med Health Care Philos.* 2008;11(1):89-97
- [2] Dawson J, Kämpf A. Incapacity principles in mental health laws in Europe. *Psychol Public Policy Law* 2006, 12: 310-331
- [3] Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39: 797-803.
- [4] Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I,

- Johannessen JO, Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry*. 2013; 36: 136–143.
- [5] Janofsky JS, Tamburello AC. Diversion to the mental health system: emergency psychiatric evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(3):283–291
- [6] Jepsen B, Lomborg K, Engberg M. GPs and involuntary admission: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2010; 60: 604–606.
- [7] Kallert TW, Glöckner M, Schützwahl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258: 195–209.
- [8] http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_s_anatatii_mintale.php, Legea 208 din 2002: articolele 53, 54, 54
- [9] Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP, Röttgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany—a questionnaire analysis. *Eur Psychiatry*. 2004; 19: 91–95.
- [10] Myklebust LH, Sørgaard K, Røtvold K, Wynn R. Factors of importance to involuntary admission. *Nord J Psychiatry*. 2012; 66: 178–182.
- [11] O’Donoghue B, Lyne J, Hill M, et al. Involuntary admission from the patients’ perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(6):631–638.
- [12] Rogozea L, Purcaru D, Preda A, Popa D, Moga MA, Informed consent: how much awareness is there? *PLoS One*. 2014 Oct 16; 9(10):e110139.
- [13] Shao Y, Xie B, Wu Z. Psychiatrists’ attitudes towards the procedure of involuntary admission to mental hospitals in China. *International Journal of Social Psychiatry*. 2012; 58(4):440–7.
- [14] Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what’s in the data? *Can J Psychiatry*. 2004; 49(9):585–591.
- [15] Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2006; 10:247–251.
- [16] Wynn R, Høiseth MH, Pettersen G. Psychopathy in women: theoretical and clinical perspectives. *Int J Womens Health*. 2012; 4:257–263.