

Capitolul 10 – De la azil la îngrijirea în comunitate; De la paternalism la luarea deciziilor autonome

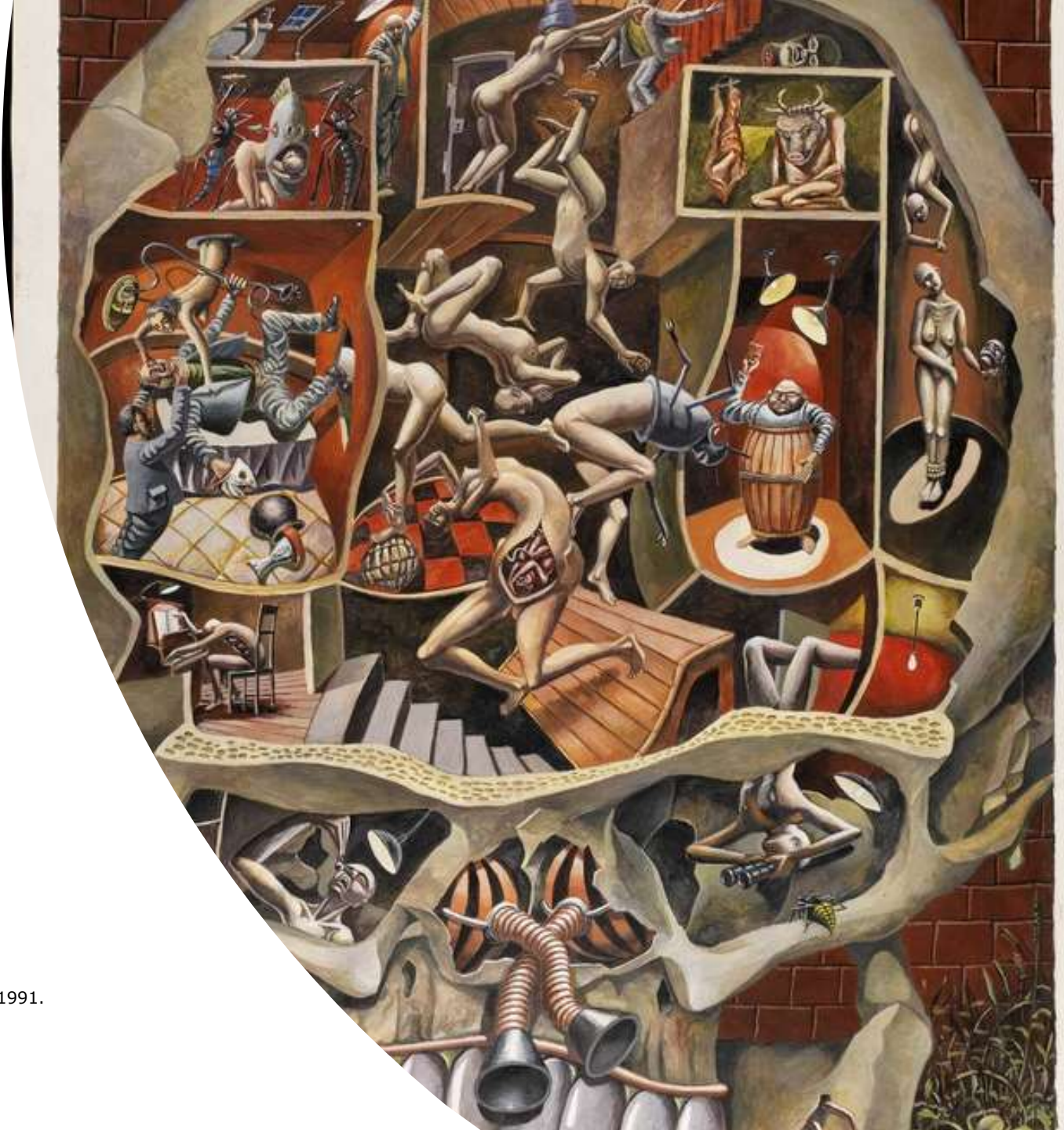


Universitatea din Bristol, Marea Britanie

Rezumat

- Examinează dezvoltarea aparatului social și juridic pentru a permite luarea deciziilor autonome cu privire la asistența medicală de către cei cu capacitate redusă
- Focusează în special pe tratamentul bolnavilor mintali
- Schimbarea pe termen lung de la abordarea paternalistă la încercările de a permite pacienților să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la bunăstarea lor
- Au devenit astfel pacienții neglijați?

Un craniu uman cu scene reprezentând activități mentale. Pictura guașă de R. Ennis, 1991.
Sursa: [Wellcome Collection](#). [Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#)



Partea I: În azil: abordări paternaliste ale bolnavilor mintali

Partea II: Isteria: O modalitate de control?

Partea III: Dezinstituționalizare și îngrijire în comunitate

Partea IV: Autonomie în domeniul sănătății: procură durabilă și ordinele de a nu încerca resuscitarea

O notă despre terminologie

În această prelegere vor apărea mai mulți termeni care nu mai sunt considerați adecvați pentru utilizarea în practica medicală.

Acești termeni sunt folosiți în această prelegere pentru a rămâne fideli conținutului său istoric.

Procedând astfel, nu numai că va fi evidențiată dezvoltarea ideilor și practicilor cu privire la bolile mintale, dar și schimbările lor în modul în care discutăm acele idei și practici.

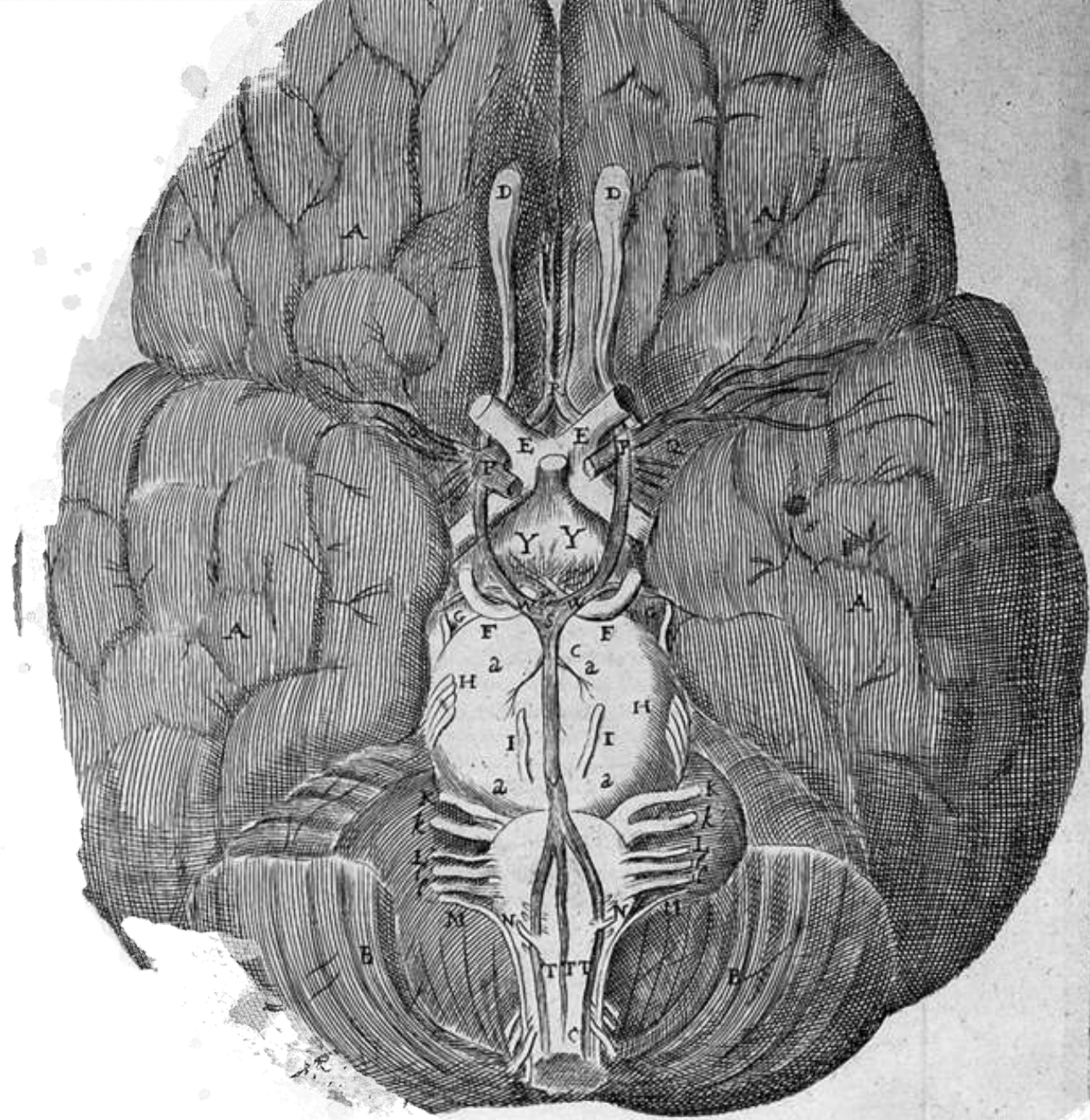
Tratamentul modern al bolnavilor mintali și termenii folosiți în discutarea acestuia se concentrează pe sensibilitate, înțelegere și respectarea demnității pacienților.

Înțelegerea acestui fenomen oferă o perspectivă importantă asupra motivului pentru care anumiți termeni nu mai sunt folosiți și considerați inacceptabili în practica modernă.

În azil: abordări paternaliste ale bolnavilor mintali

Enlightenment philosophy of the mind

- René Descartes (1596–1650) a susținut că mintea și corpul erau entități separate - cum erau ele conectate?
- Thomas Willis (1621–1675) a investigat cum a acționat sufletul asupra trupului prin disecție
- John Locke (1632–1704) susținea că mintea era goală la naștere - o ardezie goală pe care se creau impresii prin învățare și simțuri



Bolile mintale în secolul 18

- William Cullen (1710-1790) a folosit un cadru de tip Lockean al minții pentru a explica nebunia
- Unele tipuri de nebunie erau localizate anatomic în nervi
- Dar altele s-au datorat asocierii neobișnuite sau ilogice a „ideilor” din minte. Nebunia a fost, așadar, adesea o afecțiune psihologică care necesită tratamentul psihicului
- Au început să se țină înregistrări de cazuri ale pacienților nebuni pentru a îmbunătăți diagnosticul și tratamentul, la fel cum a funcționat medicina obișnuită



Azilurile

- Azilele private pentru „lunatici” și „nebuni” aveau o istorie lungă
- Tratamentele au fost adesea neglijente și de o cruzime mare
- Setul de printuri ale lui William Hogarth, „A Rake’s Progress”, a sfârșit în azilul notoriu „Bedlam”, unde vizitatorii plăteau pentru a vedea nebunii



*Madness, then Chains of Iron,
That art! That Plague give and Take
Tyranny of Fancy's Reign -
Mechanic Fancy; that can build
last Labyrinth, & Maze wild.*

*With Rule directed, Augustus Madam,
Still with Ropes, still with Plague -
Ropes of Horror, that would even
last Doubt of Mercy upon Heaven.*

*Shops of Pleasure, that but soon
Would split the Raking Side of Jesters
& Fanciful of Art: here see
The Stamp of Heaven effaced by Thee.*

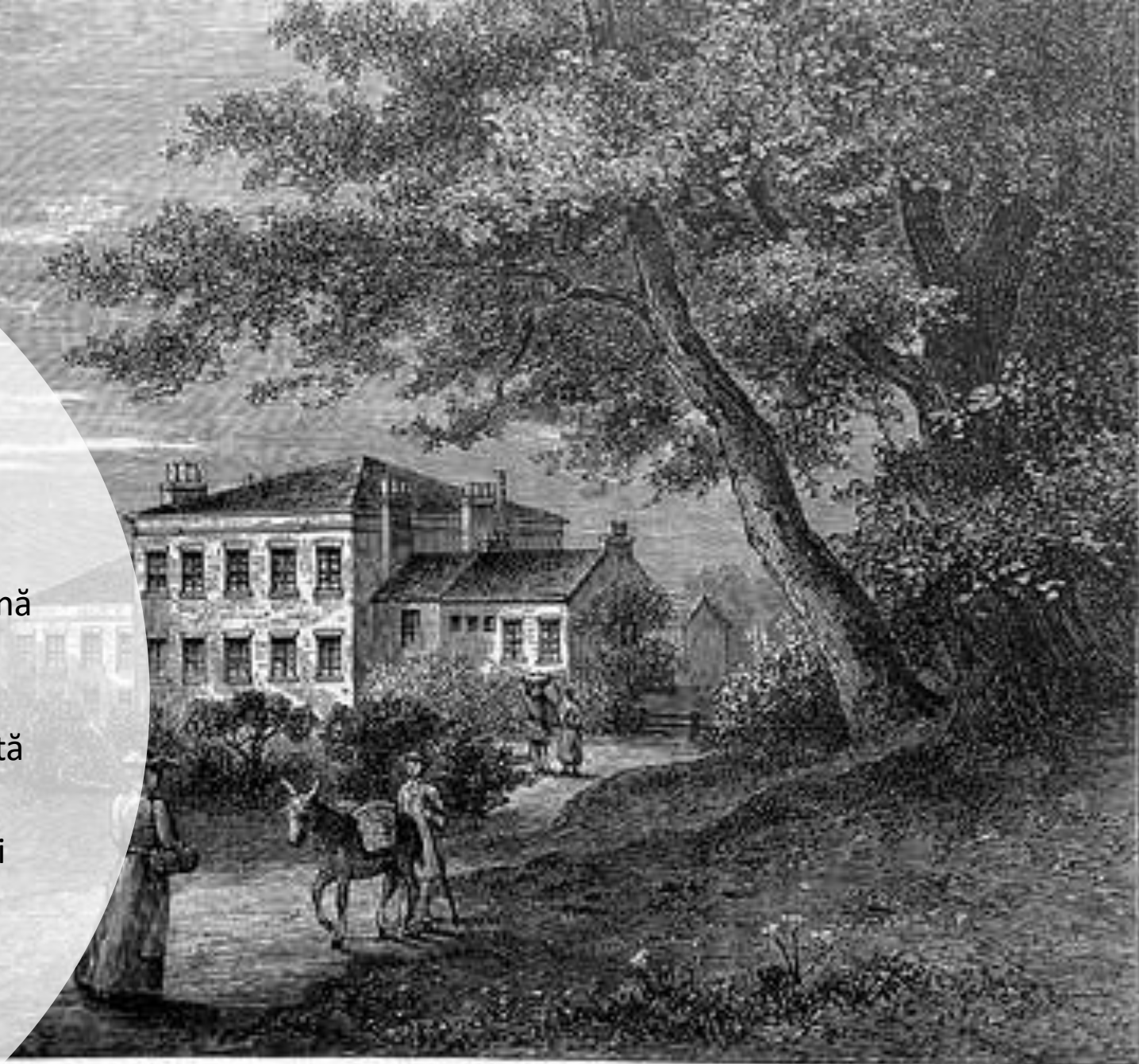
*The headstrong course of Youth that runs,
What Comfort from this darkling View?
No nothing draws with Force, but
Behold! Death grappling with Despair,*

*See him by Thee, to Ruin sold,
And curse thy self, & curse thy Gold.*

Success to the Author & Publisher according to Act of Parliament, June 4th 1719

'Tratament Moral'

- De la sfârșitul secolului al XVIII-lea, au fost încercate diferite moduri de a trata nebunii (deși nu complet noi)
- „Tratamentul moral” s-a axat pe tratarea umană a deținuților, evitarea reținerii și încurajarea obiceiurilor „sănătoase”
- Pacienții au fost ținuti sub supraveghere atentă în orice moment
- Azilul York, deschis în 1796 de omul de afaceri quaker William Tuke (1732-1822) a fost unul dintre primele azile construite special pentru această practică

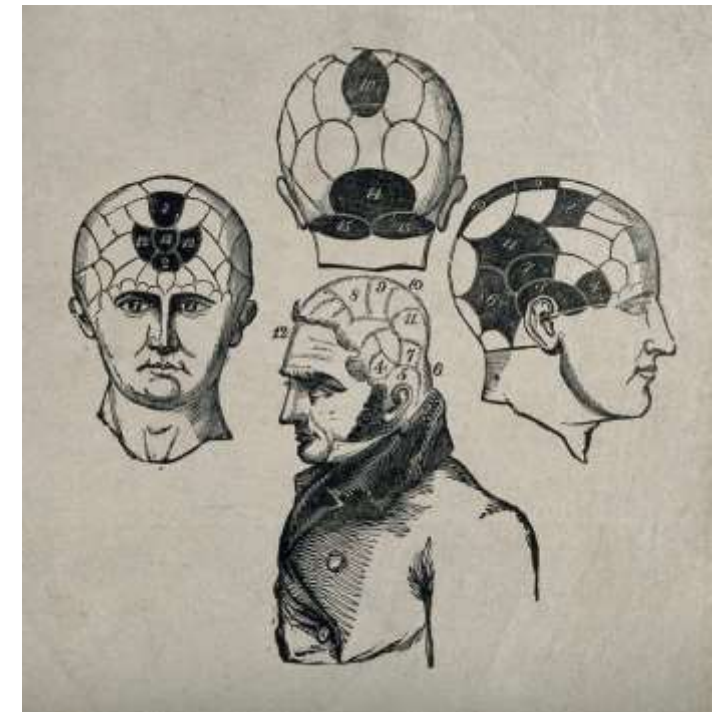


Optimismul terapeutic

- Trecerea de la restricționarea persoanelor la supraveghere a fost reflectată de o trecere la încercarea de a trata și vindeca în mod corespunzător pacienții
- Încurajarea experimentării în diferite moduri de vindecare a bolnavilor mintali
- Mesmerismul și frenologia au fost două moduri populare, dar în cele din urmă discreditate, de a înțelege bolile mintale



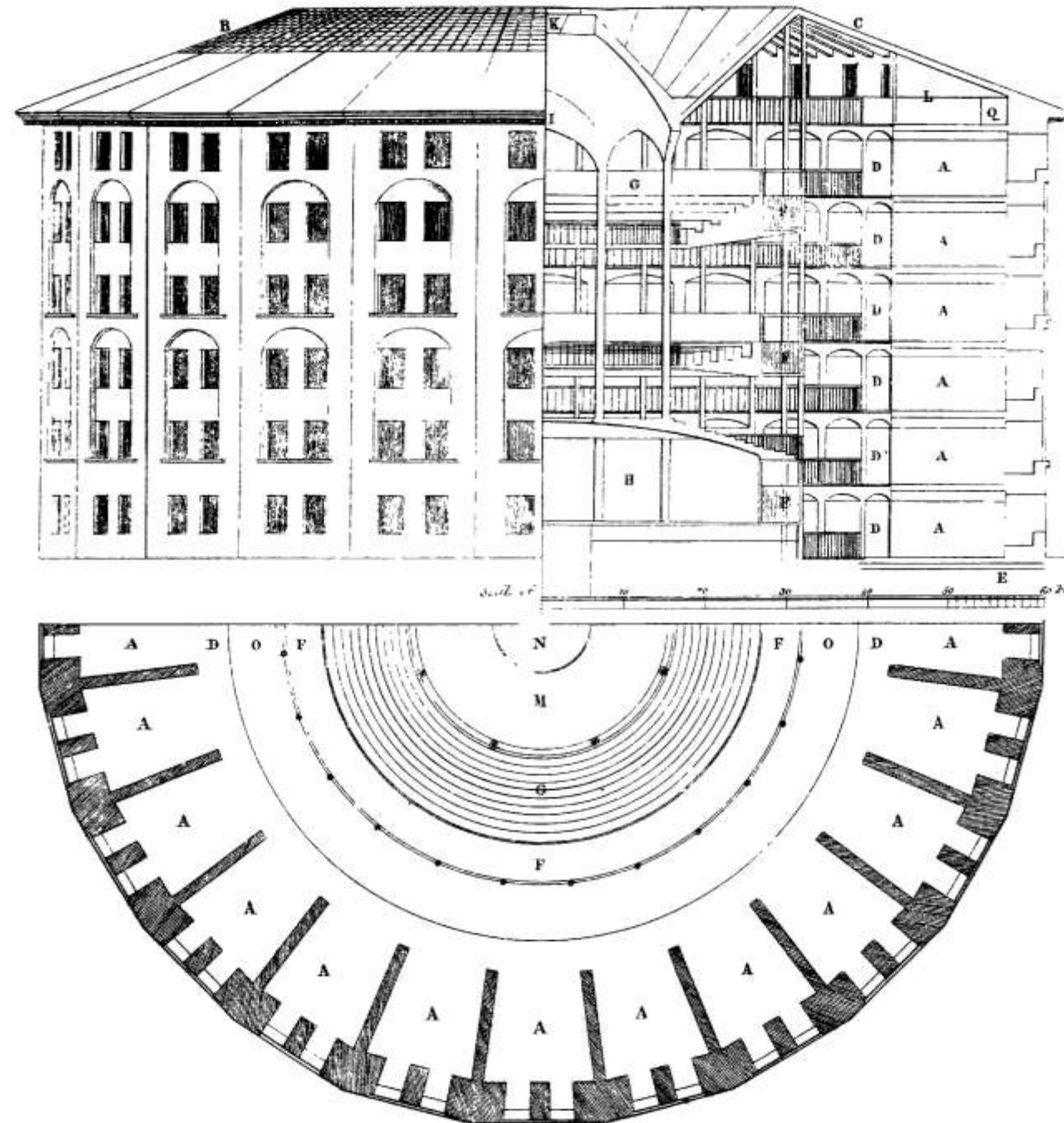
A practitioner of Mesmerism using Animal Magnetism. Credit: Wellcome Collection. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)



A male figure and three phrenological heads. Wood engraving. Credit: Wellcome Collection. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Dezvoltarea azilelor

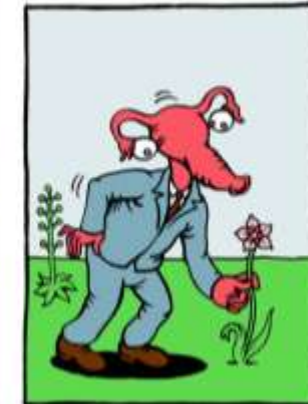
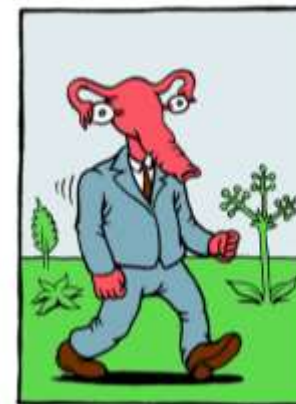
- Azilele au fost construite în Marea Britanie în secolul al XIX-lea, creând o capacitate enormă de a adăposti bolnavii mintali departe de societate
- Populația totală din azile a crescut de la 5.000 de pacienți în 1826 la peste 74.000 în azilele publice numai până la sfârșitul secolului
- Michel Foucault: Aceasta a fost extinderea controlului statului asupra persoanelor considerate deviate
- Mai puțin frecvent ca pacienții să plece odată ce sunt înăuntru
- Azilele au urmat adesea principiile proiectării „panopticonului” - pacienții puteau fi observați în orice moment



Isteria: O modalitate de Control?

Isteria

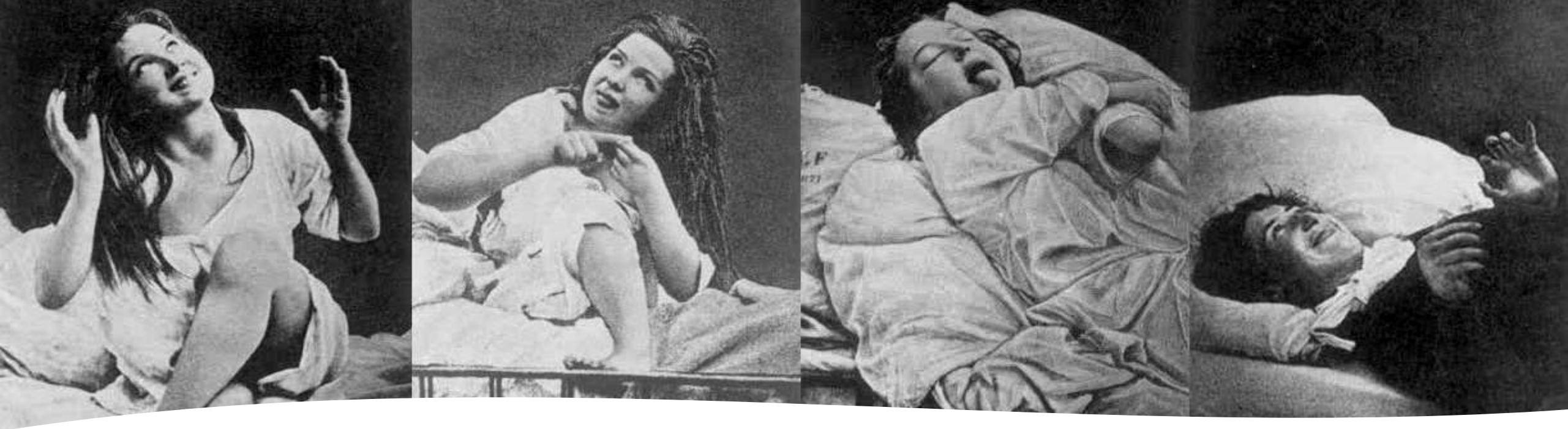
- Descrisă pentru prima dată în Grecia antică, dar a câștigat o importanță deosebită în diagnosticul psihiatric în secolul al XIX-lea
- Înțeleasă ca o boală care a afectat în primul rând femeile. Termenul isterie derivă din cuvântul grecesc pentru uter, „isteră”
- Înțelegerea cauzalității bolii s-a schimbat treptat: 1) ginecologic 2) demonologic 3) neurologic 4) psihologic



Matteo Farinella ...

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)





Definirea isteriei în secolul XIX

- Jean-Martin Charcot (1825–1893) a lucrat pentru a îmbunătăți definiția isteriei, așa cum a făcut pentru o serie de tulburări neurologice
- Boala nu a lăsat nici o urmă fizică, așa că a folosit o fotografie „obiectivă” în încercarea de a identifica diferitele etape ale bolii: 1) crize epileptoide 2) contorsiuni și mișcări mărețe 3) „atitudini pasionale” 4) delir final
- A crezut că aceste etape ar putea fi provocate de hipnoză





2018-1-ES0



Lectie clinică la Salpêtrière, André Brouillet 1887



Tratamentul isteriei

- Puține descoperiri în tratamentul isteriei în secolul al XIX-lea
- Cura de odihnă fusese creată de Silas Weir Mitchell (1829–1914)
- Odihnă la pat izolată, impusă timp îndelungat, hrană cu o dietă grasă, pe bază de lapte, interzis orice activitate
- Mitchell credea că acest lucru îi ajuta pe pacienți din punct de vedere fizic și moral
- Istoricii au susținut că scopul a fost să distrugă voința pacienților
- Cura de odihnă a fost detestată de Virginia Woolf (1882-1941) și a făcut subiectul nuvelei *The Yellow Wallpaper* de Charlotte Perkins Gilman (1860-1935)



Alte tratamente

- Au fost încercate câteva terapii noi:
- Isaac Baker Brown (1811–1873), notoriu pentru realizarea de clitoridectomii la pacienții isterici în anii 1860
- A fost expulzat din societatea de obstetrică pentru munca sa
- Subliniază legăturile strânse dintre isterie și presupusă devianță sexuală la femei
- Vibratoarele nu au fost dezvoltate pentru a vindeca femeile isterice, dar tehnologia a fost uneori promovată ca un panaceu



Psihanaliza



În secolul al XX-lea, psihanaliza a oferit o nouă înțelegere și abordare a isteriei



„Cura de vorbit” a fost dezvoltată de Sigmund Freud (1856-1939), mentorul său Josef Breuer (1842-1925) și pacientul lor „Anna O” (1859-1936)



Dacă se vorbește despre apariția simptomelor până se ajunge la un eveniment traumatic, s-ar declanșa un fenomen de catharsis care ar face ca simptomele să dispară.



Freud a susținut că simptomele erau expresii somatice ale suferinței psihologice, adesea de natură sexuală

Psihanaliza în secolul 20



Teoriile lui Freud sunt în mare vogă



Devine subminat de natura lor pseudo- științifică (orice opoziție la teorie ar putea fi explicată prin teorie)



Apar noi probleme in psihanaliza, ca de ex. psihozele traumatice de la război



Sexualitatea femeilor începe să fie altfel înțeleasă



Paternalismul este pus sub semnul întrebării



Isteria redusă treptat ca diagnostic

Dezinstituționalizarea și Îngrijirea în comunitate



Critici ale îngrijirii în azile



- Se pare că a eșuat terapeutic
- Rata de vindecare foarte scăzută pentru pacienți
- Moștenirea noilor dezvoltări terapeutice discutabilă
 - Lobotomie
 - Terapie electrică
- Întrebări despre moralitatea blocării oamenilor pe termen lung



Atitudini în schimbare

- Respingerea eugeniei
- Traumatizarea în masă a soldaților
- Boli mintale luate în serios
- Noi cercetări asupra problemei
- Revoluția farmaceutică a dus la medicamente eficiente
- Noi tratamente precum terapia cognitivă a comportamentului

Deinstitutionalisation

- Move away from asylum care to ‘care in the community’
- Asylums attacked from the political right and left

The Left

Argued against the control the asylum exerted over the individual

Worked to tackle the stigma of mental illness—though it might be chronic, it was manageable and individuals with such issues were able to contribute to society

The Right

Primarily concerned with the costs of housing so many patients

Care in the community

Day hospitals became places of treatment and support for the mentally ill without being the permanent, controlling environments asylums had sometimes become

Emphasis on self-care and self-medication, trusting patients

Increased range of treatments

Residential policies changed: 'open door' policies literally left doors open to the outside and within the hospital

Transitional homes

Numbers of in-patients reduced

Eșecul dezinstituționalizării?

- Îngrijirea comunitară a început să excludă cu totul spitalul începând cu anii 1970 și 1980. În anii 1990, vechiul sistem de azil județean a fost abolit și a crescut rolul serviciilor sociale în îngrijirea bolnavilor mintali
- Ideea nu se potrivește cu realitatea?
- Nu există suficientă asistență disponibilă
- Reduceri bugetare de la consiliile locale
- Dependența excesivă de sectorul voluntar
- Șederea medie a celor internați pentru îngrijiri psihiatrice este acum de doar două săptămâi



Search ID: forn3141

There's no money to provide 'Care in the Community'
...but we **HAVE** just enough to move him into
the carpark!

Autonomie în domeniul sănătății: procură durabilă și ordinele de a nu încerca resuscitarea



Changing legal frameworks of care

Legea privind capacitatea mentală (2005) a fost elaborată în timp ce s-a produs dezinstituționalizarea și au apărut problemele sale inițiale



Raportul Comisiei de drept (1995) a afirmat că cadrul legal existent era „unul de incoerență, inconsecvență și accident istoric” - reforma era necesară și urgentă!



În noul model de îngrijire în comunitate, a existat puțină claritate cu privire la cine, ce sau cum s-ar putea lua decizii în numele pacienților, ceea ce a dus la cazuri de abuzuri de putere

Procură durabilă (APL) și măsura de a nu încerca resuscitarea (DNAR)



Exemple importante de încercări moderne de a permite pacientului să aleagă în domeniul asistenței medicale



Procură durabilă: acordă unui alt adult autoritate legală de a lua anumite decizii pentru cineva dacă aceștia își și pierd capacitatea de a face acest lucru ei înșiși



Instruiește profesioniștii din domeniul sănătății să nu încerce resuscitarea cardiopulmonară (RCP) în caz de stop cardiopulmonar brusc



Principiul de bază al ambelor este că persoanele ar trebui să aibă voie să aleagă singuri, fie printr-o declarație prealabilă, fie printr-o persoană de încredere care le va îngriji interesele.

Cinci principii pentru directive în avans

1) Capacitatea trebuie întotdeauna asumată. Diagnosticul, comportamentul sau aspectul unui pacient nu trebuie să vă determine să presupuneți absența capacității.

2) Capacitatea unei persoane de a lua decizii trebuie optimizată înainte de a concluziona că capacitatea este absentă. Trebuie luate toate măsurile practice, cum ar fi acordarea unui timp suficient pentru evaluări; repetarea evaluărilor dacă capacitatea fluctuează; și, dacă este relevant, folosind interpreți, limbajul semnelor sau imagini

3) Pacienții au dreptul să ia decizii neînțelepte. Nu decizia, ci procesul prin care se ajunge, determină dacă capacitatea este absentă.

4) Deciziile (și acțiunile) luate pentru persoanele fără capacitate trebuie să fie în interesul lor.

5) Astfel de decizii trebuie să fie și opțiunea (opțiunile) cel mai puțin restrictivă (e) pentru drepturile și libertățile lor de bază

Problematică

Deciziile și evaluarea capacității sunt dificil de luat și necesită interpretare, ceea ce poate fi foarte dificil în situațiile în care starea unui pacient se deteriorează rapid sau brusc

Posibila împotrivire a familiei

Celor ce nu dau directive anticipate s-ar putea să nu le fie urmate dorințele, chiar și atunci când erau bine-cunoscute din timp

O așteptare nerealistă de a putea controla procesul de moarte?

Concluzii

- Mișcare socială și legală pe termen lung către autonomie personală și îngrijire în comunitate- abordări pentru cei cu capacitate redusă (nu numai pacienții bolnavi mintal)
- Modificări majore ale modului în care bolnavii mintali au fost tratați, adăpostiți și înțeleși de societate
- Problemele actuale privind îngrijirea în comunitate și directivele avansate pun sub semnul întrebării simpla noțiune de progres în îndepărtarea de abordările paternaliste
- Este necesar să se asigure că nu apare „neglijare din partea comunității”