

# RAZLIKE U KLINIČKIM FAKTORIMA PRISILNO I DOBROVOLJNO HOSPITALIZOVANIH PACIJENATA

Veroljub Petrović<sup>1</sup>  
Silvana Jovanović<sup>1</sup>  
Olivera Savić<sup>1</sup>  
Aleksandar Jovanović<sup>2,3</sup>  
Srđan Milovanović<sup>2,3</sup>

UDK: 614.2:615.859

- 1 Specijalna Bolnica za Psihijatrijske Bolesti „Kovin“, Kovin, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 3 Klinika za Psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

## Kratak sadržaj

**Uvod:** Savremeni psihijatrijski tretman koji se bazira na hospitalizaciji mentalno obolelih osoba, takođe podrazumeva neophodnost unapređenja njihovog kvaliteta života. Uloga prinudne hospitalizacije u savremenoj doktrini od posebne je važnosti.

**Cilj rada:** Cilj ovog rada je da se analizom ispoljene psihopatologije prilikom prijema na bolničko lečenje, te socio-demografskih karakteristika u Specijalnoj Bolnici za Psihijatrijske bolesti (SPBP „Kovin“) utvrde faktori koji opredeljuju za prinudnu hospitalizaciju.

**Materijal i metode:** Osnovni metodološki princip istraživanja bio bi komparativna analiza opredeljujućih razloga za dobrovoljnu ili prinudnu hospitalizaciju mentalno obolelih lica u SBPB Kovin. Hospitalizovani pacijenti su bili razvrstani u dve grupe ispitanika starijih od 18 godina radi hospitalnog tretmana na akutnim odeljenjima. Instrumenti istraživanja su podaci iz protokola na prijemu, istorije bolesti, lista opredeljujućih razloga za prijem pacijenata na hospitalizaciju.

**Rezultati:** Značajno češće su dovođeni u bolnicu u pratnji policije i službe hitne pomoći zbog ispoljene fizičke agresivnosti i straha okoline. Više od polovine prisilno hospitalizovanih bolesnika (56%) svrstano je u okviru dijagnostičke grupe F20-F29. Prisilno hospitalizovani pacijenti su značajno ispoljili suicidalnost (29%). Bolničko lečenje je kod prisilno hospitalizovanih bolesnika trajalo 45 dana a kod dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika je trajalo nešto duže (64 dana) i ova razlika je statistički visoko značajna. Veliki broj prisilno hospitalizovanih bolesnika nema uvid u bolest (89%) niti smatra da je potrebno psihijatrijsko lečenje (69%), što je statistički značajno različito u odnosu na dobrovoljno hospitalizovane bolesnike.

**Zaključak:** Istraživanja faktora povezanih sa prisilnim hospitalnim tretmanom omogućavaju adekvatnije kreiranje psihofarmakoterapijskih, psihoterapijskih i socioterapijskih postupaka. Potrebno je standardizovano uvodjenje protokola kao i njegovo striktno poštovanje u radu sa prisilno hospitalizovanih pacijenata. Agresivnost predstavlja jedan od važnijih faktora koje je potrebno proceniti pri dolasku na lečenje bolesnika.

**Cljučne reči:** prisilna hospitalizacija, agresivnost, procedura

## UVOD

Hospitalizacija kao faza u lečenju i socijalizaciji duševnih bolesnika predstavlja dinamički i multidimenzionalan interakcijski proces u kome sudeluju mnogi faktori koji utiču na tok bolesti u pozitivnom, ali i negativnom pravcu [1]. Hospitalizacija može biti dobrovoljna i prinudna. Dobrovoljna hospitalizacija je prihvatanje lečenja svojom voljom [2]. Prinudna hospitalizacija je prisilno dovođenje i prisilno zadržavanje psihički bolesnih osoba u psihijatrijskoj ustanovi [3].

Prisilna hospitalizacija predstavlja akt oduzimanja slobode i zahvat u lični integritet pojedinca, pri čemu se ova mera primenjuje prema pojedincu koji nije izvršio bilo kakvo kažnjivo delo [4, 5], a gde se ograničava pravo na ličnu slobodu, garantovano čl. 27. Ustava Republike Srbije, kao i pravo na slobodu kretanja predviđeno čl. 39. Ustava Republike Srbije. To je mera kojom se vrši zahvat u osnovna ljudska prava i individualne slobode.

Problem prisilno hospitalizovanih osoba jedan je od kontroverznih i kompleksnih medicinskih, etičkih, socijalnih i pravnih problema. Prisilna hospitalizacija ni u jednoj zemlji nije zvanično ukinuta i predstavlja granični problem između psihijatrije i prava. Danas se prisilna hospitalizacija smatra prihvatljivom metodom društvene kontrole osoba sa mentalnim poremećajem, pod uslovom da je to jedini način njihove zaštite, te da je sprovođenjem odgovarajućih sudskih postupaka otklonjena svaka mogućnost zloupotrebe i arbitrarnosti, da su prisilno hospitalizovanim osobama obezbeđeni adekvatni smeštaj, uslovi života i medicinski tretman, kao i da se u maksimalnoj meri poštuju njihova ljudska prava [6].

Postoje različiti stavovi u pogledu društvene opravdanosti prisilne hospitalizacije od stava da je treba zabraniti, što se potkrepljuje drastičnim primerima njene zloupotrebe, do stava da je prisilna hospitalizacija legitimno sredstvo odbrane društva [7].

Indikacije za prisilnu hospitalizaciju su:

1. Kada osoba zbog manifestnog psihotičnog stanja ugrožava svoj život, zdravlje ili imovinu.

2. Kada osoba zbog manifestnog psihotičnog stanja ugrožava život i egzistencijalne interese drugih osoba (opasna po okolinu) [1, 2].

Po pitanju procene društvene opasnosti, pravnici zbog zaštite slobode ličnosti građana ističu termin „teza opasnost“ gde se radi o opasnosti od koje u najkraćem vremenu treba da nastupi šteta, sama mogućnost nije dovoljna [3].

Prema stavu SZO osnovne indikacije (kriterijumi) za prisilnu hospitalizaciju prema principu 16 iz Principa Ujedinjenih nacija za zaštinu osoba obolelih od duševnih oboljenja i poboljšanje brige o mentalnom zdravlju (United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care-principle 16)[8].

Postojanje ozbiljnog mentalnog poremećaja, zatim dokaz postojanja oštećenog rasudjivanja i razumna pretpostavka da ukoliko osoba ne bi bila primljena i lečena u psihijatrijskoj ustanovi, to bi dovelo do ozbiljne deterioracije mentalnog zdravlja te osobe. Tip, ozbiljnost i stepen mentalnog poremećaja koji su neophodni da bi se obavila prisilna hospitalizacija su različiti u okviru zakonskih regulativa u raznim državama. Neke države podrazumevaju, u okviru svojih zakonskih regulativa o obavljanju prisilnih hospitali-

zacija, isključivo mentalne poremećaje iz kruga psihoza. Druge pominju „ozbiljne mentalne poremećaje“, pri tome podrazumevajući širu definiciju mentalnih poremećaja koji su uključeni u kriterijume za prisilnu hospitalizaciju.

Problem prisilne hospitalizacije mentalno obolelih osoba u Republici Srbiji je regulisan pravnom regulativom, odnosno jedinstvenim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti duševno obolelih osoba. Prema Zakonu o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama regulisana je prisilna hospitalizacija, kao i sva proceduralna pitanja vezana za status i prava duševno obolelih osoba. Do donošenja ovog zakona u oktobru 2013 god. u Srbiji problemi mentalno obolelih osoba regulisani su kroz više zakona i to: Zakon o vanparničnom postupku od 4.3.1982 godine i Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije od 25. 3. 1992 godine. Osim navedenih zakona primenjuju se i pojedine odredbe Zakona o braku i porodici, Zakona o obligacionim odnosima i Krivičnog zakonika Republike Srbije. Problemi prisilnog prijema u psihijatrijske ustanove regulisani su sa 11 članova Zakona o vanparničnom postupku kao i članom 10. Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji se odnosi samo na prinudnu hospitalizaciju [2]. Zbog svega navedenog ukazala se potreba regulisanja pomenute problematike jedinstvenim zakonskim aktom.

Prediktori koji se izdvajaju, prema podacima iz literature prisilna hospitalizacija je češća kod mlađeg uzrasta, muškog pola, nižeg stepena obrazovanja, nezaposlenih, neoženjenih ili razvedenih koji žive sami [9, 10, 11], dok prema istraživanju Folnegović-Šmalc V. i saradnika [12] prisilno hospitalizovane žene su uglavnom starijeg uzrasta.

Kod prisilno hospitalizovanih bolesnika znatno češće je zastupljeno ranije agresivno (nasilno) ponašanje koje je važan faktor od uticaja na učestalost ponovnih hospitalizacija [13, 14, 15]. Utvrđeno je da su prisilno hospitalizovani bolesnici imali više epizoda ranijeg nasilnog ponašanja [16].

Najbolji prognostički faktor za ponovnu hospitalizaciju je broj prethodnih prisilnih hospitalizacija [17] da su prisilne hospitalizacije najčešće kod bolesnika koji su ranije prisilno hospitalizovani [18] da postoji povezanost prisilne hospitalizacije pri prvoj prisilnoj hospitalizaciji bolesnika sa prisilnim statusom i brojem sledećih prisilnih hospitalizacija, tj. da je prisilni status pri prvoj hospitalizaciji značajan faktor u proceni verovatnoće da će i sledeća buduća hospitalizacija biti prisilna [11].

Prisilno hospitalizovani bolesnici imaju lošiji uvid u stanje svoje bolesti u odnosu na dobrovoljno hospitalizovane bolesnike; prisilne hospitalizacije su dužeg trajanja kod bolesnika koji se nisu slagali sa hospitalizacijom [18]. U studiji Bakli i sar. (Buckley et al) [20] kod agresivnih bolesnika postoji ozbiljan nedostatak uvida, kao i da postoji pozitivna korelacija između nedostatka uvida u svoju bolest sa ozbiljnošću i izraženošću simptomatologije prilikom prijema u psihijatrijsku ustanovu.

Istraživanja pokazuju da prisilno hospitalizovani bolesnici odbijaju i izbegavaju da dolaze na zakazane kontrolne preglede, dok se dobrovoljno hospitalizovani bolesnici statistički značajnije izražavaju o potrebi dolaženja na redovne kontrolne preglede i daljeg nastavka lečenja. Bolesnici koji su kontinuirano dolazili na kontrolne preglede i redovno uzimali propisane psihofarmake ređe su bili pri-

nudno hospitalizovani nego oni koji nisu imali ili su imali neredovne kontrolne preglede [1].

U odnosu na promenu iskaza prilikom veštačenja zbog prisilne hospitalizacije u smislu da su bolesnici promenili svoje mišljenje i da su smatrali da su trebali da budu hospitalizovani i lečeni, studije ukazuju da skoro polovina bolesnika prisilno hospitalizovanih u daljem toku hospitalizacije smatraju da im je bio neophodan tretman i lečenje [21, 22].

Cilj ovog rada je utvrđivanje socio-demografskih i kliničkih razlika između pacijenata koji indikovanih za prinudnu hospitalizaciju i grupe pacijenata kod koje je sprovedena dobrovoljna hospitalizacija.

## MATERIJAL I METODE

Osnovni metodološki princip istraživanja bio bi komparativna analiza opredeljujućih razloga za dobrovoljnu ili prinudnu hospitalizaciju mentalno obolelih lica u SBPB Kovin. Hospitalizovani pacijenti bili razvrstani u dve grupe (prisilno i dobrovoljno hospitalizovani) ispitanika starijih od 18 godina, radi hospitalnog tretmana na akutnim odeljenjima u pomenutoj ustanovi.

Istrumenti istraživanja bi bili: podaci iz protokola na prijemu, istorije bolesti, lista opredeljujućih razloga za prijem pacijenata na hospitalizaciju. Ovom studijom je prospektivno praćen period 2009-2013 god, tipa slučaj - kontrola, bilo je obuhvaćeno 200 bolesnika koji su lečeni u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti "Kovin" u periodu od 5 god., sa dijagnozama iz grupa: organski mentalni poremećaji (F00 - 09); zavisnost od psihoaktivnih supstancija (F10 - F19); shizofrenija i drugi psihotični poremećaji

(F20 - F29); afektivni poremećaji (F30 - F39); poremećaji ličnosti (F60 - F69); mentalna retardacija (F70 - F79), prema kriterijumima MKB-10 [23]

Uzorak se sastojao od dve grupe ispitanika: grupe prisilno hospitalizovanih osoba (N=100) i grupe uparenih dobrovoljno hospitalizovanih osoba, koji su odgovarali prvoj grupi u odnosu na dijagnozu, pol i uzrast ( $\pm 5$  godina starosti) (N= 100)

Grupu prisilno hospitalizovanih bolesnika sačinjavali su bolesnici sa ili bez ranije potvrđene dijagnoze. U odnosu na postojanje ranije potvrđene dijagnoze kod prisilno hospitalizovanih bolesnika, kontrolna grupa dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika formirana je na sledeći način:

- ukoliko se radi o prisilno hospitalizovanoj osobi sa ranije potvrđenom dijagnozom, tada bi posle svake prisilne hospitalizacije u skupinu dobrovoljno hospitalizovanih ušla prva dobrovoljno hospitalizovana osoba, primljena posle prisilno hospitalizovane osobe, a koja po dijagnozi, polu i uzrastu odgovara prisilno hospitalizovanoj osobi,
- ukoliko se radi o prisilno hospitalizovanoj osobi bez ranije potvrđene dijagnoze, u tom slučaju je u skupinu dobrovoljno hospitalizovanih ušla prva dobrovoljno hospitalizovana osoba, primljena dan posle otpusta (ili kasnije) prisilno hospitalizovane osobe.

U grupu dobrovoljno hospitalizovanih osoba bili su uključeni samo bolesnici sa ranije potvrđenom dijagnozom. Dijagnoze bolesnika prilikom otpusta sa prethodnih bolničkih lečenja postavljene su prema MKB-10 kriterijumima. Prvih

100 prisilno hospitalizovanih bolesnika, evidentiranih u ispitivanom periodu je bilo uključeno u ovo istraživanje, kao i 100 dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika, koji su bili upareni po polu, uzrastu i dijagnozi.

### Izvori podataka i opis varijabli

U ovom istraživanju korišćeni su sledeći izvori podataka:

1. Protokol bolesnika Prijemne ambulante Specijalne bolnica za psihijatrijske bolesti „Kovin”. Protokol je dokument koji sadrži određene informacije o bolesniku koji se javio na pregled. Sadrži sociodemografske (pol, godina rođenja, mesto stanovanja, radni odnos, socijalno osiguranje) i medicinske (dijagnoza, tok lečenja, terapija) informacije za svakog bolesnika. U ovom istraživanju iz Protokola su korišćeni podaci o hospitalizovanim prisilno i dobrovoljno primljenim bolesnicima koji su uključeni u ovo istraživanje.

2. Istorije bolesti hospitalizovanih bolesnika. Iz istorija bolesti su korišćeni (ekstrahovani) podaci pomoću studijskog upitnika. Studijski upitnik konstruisan u svrhu provođenja istraživanja. Upitnik je sadržavao pitanja grupisana u tri dela, koja nalažiraju predoktore za prisilnu hospitalizaciju i to: socio-demografska obeležja, podaci vezani za sadašnje bolničko lečenje i forenzička obeležja.

Socio-demografska obeležja su obuhvatala sledeće podatke: godine, pol, školsku spremu, zanimanje, zaposlenost, i bračni status. Medicinska obeležja su se odnosila na ranija psihijatrijska lečenja, dijagnostičku kategoriju, trajanje bolničkog lečenja, samovoljno napuštanje lečenja, pokušaj samoubistva i postojanje psihijatrijskog herediteta. Podaci vezani

sa sadašnje lečenje su obuhvatali: neposredan povod dolaska u bolnicu, okolnosti dolaska u bolnicu, dominantno obeležje psihičkog stanja pri prijemu, fizička intervencija pri prijemu u bolnicu, znakove intoksikacije pri prijemu u bolnicu, abstinencijalni simptomi pri prijemu u bolnicu, sadašnje psihijatrijsko lečenje, trajanje bolničkog lečenja, dijagnostička kategorija (otpusne dijagnoze), procena uvida u bolest, odnos prema potrebi psihijatrijskog lečenja i ambulantno lečenje između prethodnog i sadašnjeg lečenja.

Forenzička obeležja su se odnosila na: ranije nasilno ponašanje, ranije kažnjavanja, ranije veštačenje i izjašnjenje prilikom veštačenja vezanog za prisilnu hospitalizaciju.

### Statistička obrada

Informacije prikupljene u gore opisanom studijskom upitniku bile su unete u bazu podataka oformljenu u SPSS statističkom paketu. U kros-tabulacionoj analizi formirane su apsolutne i relativne frekvencije za svaku ispitivanu varijablu atributivnog karaktera, a za numeričke varijable izračunavana je aritmetička sredina sa merama disperzije. T test je korišćen za poređenje dve grupe kontinuiranih varijabli, a Hi kvadrat test je korišćen za testiranje statistički značajne razlike po pojedinim varijablama između dve grupe, sa graničnom vrednosti statističke značajnosti gde je verovatnoća greške manja od 5%.

### REZULTATI

U periodu od 2009 god. do 2013 godine, ukupan broj primljenih bolesnika u Specijalnu bolnicu za psihijatrijske bolesti „Kovin” bio je 7610, od čega je

na akutnim odeljenjima hospitalizovano u istom periodu od toga na akutnom muškom odeljenju 1080 a na akutnom ženskom odeljenju 925. Od tog broja ostvareno je 125 (6,24%) bilo prisilnih hospitalizacija, sa dijagnozama iz grupa: organski mentalni poremećaji (F00 - 09); zavisnost od psihoaktivnih supstancija (F10 - F19); shizofrenija i drugi psihotični poremećaji (F20 - F29); afektivni poremećaji (F30 - F39); poremećaji ličnosti (F60 - F69); mentalna retardacija (F70 - F79), prema kriterijumima MKB-10.

Kada je u pitanju psihičko stanje pri prijemu, kod prisilno hospitalizovanih bolesnika dominiraju sledeća obeležja

psihičkog stanja: halucinatorna doživljavanja (49%), agresivnost prema okolini (16%), disocirani misaoni tok (15%), paranoidnost (10%) i suicidalnost (8%). U odnosu na dobrovoljno hospitalizovane bolesnike, ova obeležja psihičkog stanja su statistički značajno češća kod prisilno hospitalizovanih bolesnika. Kod dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika dominira depresivnost (14%) Ostala obeležja psihičkog stanja pri prijemu bila su ređe prisutna.

U ovom istraživanju bolesnici u kontrolnoj i eksperimentalnoj grupi su bili upareni i prema dijagnozi. Učestalost dijagnostičkih grupa bila je sledeća: kod prisilno hospitalizovanih bolesnika naj-

**Tabela 1. Struktura ispitanika prema tipu hospitalizacije i okolnostima dolaska**  
**Table 1. Structure of examinees by type of hospitalization and circumstances of arrival**

Okolnosti dolaska Circumstances of arrival	Tip hospitalizacije Type of hospitalization	
	Prisilna Involuntary N=100	Dobrovoljna Voluntary N=100
Sam Alone	0%	18 %
Porodica Family	12%	36% *
Hitna pomoć Emergency	7 %	12%
Hitna pomoć i policija Ambulance and police	45%	16% *
Hitna pomoć i porodica Ambulance and family	7 %	4%
Hitna pomoć, policija i porodica Ambulance, police and family	30%	9% *
Socijalni radnik Social worker	1 %	0%
Zadržan na kontroli Detained in control	1%	4%

\* p<0,01



veći broj je dijagnostikovano u okviru dijagnostičke grupe F20-F29, i to 56 %. Isti broj (N=56) dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika je dijagnostikovano u okviru navedene grupe.

U okviru dijagnostičke grupe F10-F19 prisilno hospitalizovanih bolesnika je bilo 15%, a dobrovoljno hospitalizovanih je bilo 16%. U okviru dijagnostičke grupe F00-F09 bio je isti broj i prisilno i dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika njih 11% . U okviru dijagnostičke grupe F 30-F39 bilo je 11 prisilno hospitalizovanih bolesnika (11%), a

dobrovoljno hospitalizovanih je bilo 10%.

Prema podacima o postojanju uvida u bolest postoji statistički značajna razlika u obe ispitivane grupe bolesnika. U grupi prisilno hospitalizovanih uvid u bolest nema 89%, a u grupi dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika uvid u bolest nema 43%. Delimičan uvid u bolest u grupi prisilno hospitalizovanih ima 11% bolesnika a u grupi dobrovoljno hospitalizovanih 52 % bolesnika.

**Tabela 2. Struktura ispitanika prema tipu hospitalizacije i povodu dolaska bolnicu**

**Table 2. Structure of examinees by type of hospitalization and cause of hospital arrival**

Struktura ispitanika prema tipu hospitalizacije i povodu dolaska bolnicu Structure of respondents by type of hospitalization and cause of hospital arrival	Tip hospitalizacije Type of hospitalization	
	Prisilna Involuntary N=100	Dobrovoljna Voluntary N=100
Fizička agresivnost prema članovima porodice Physical aggression toward family members	25 %	11 % *
Verbalna agresivnost prema članovima porodice Verbal aggression toward family members	17%	9 % *
Fizička agresivnost prema drugim osobama Physical aggression toward others	17 %	4 % *
Verbalna agresivnost prema drugim Verbal aggression toward others	14 %	8 % *
Strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika porodice The fear of the inability to control the environment conduct patient families	19 %	31 % *
Pokušaj suicida Suicide attempt	8 %	4 %
Intoksikacija Intoxication	2 %	4 %
Drugo Other	2 %	24 %

\* p<0,01

Obzirom na podatke o odnosu prema potrebi psihijatrijskog lečenja dobijena je statistički značajna razlika u dve posmatrane grupe bolesnika. U grupi prisilno hospitalizovanih pacijenata 4 % je smatralo da je psihijatrijsko lečenje potrebno i 43 % dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika. U grupi prisilno hospitalizovanih 11 % nije bilo sigurno da je potrebno lečenje i 14% dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika. U grupi prisilno hospitalizovanih 15 % je smatralo da nema potrebe za psihijatrijskim lečenjem (dovoljno je ambulantno leče-

nje) i 3 % dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika. U grupi prisilno hospitalizovanih 69 % kao i 41% dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika smatralo je da nema potrebe za bilo kakvim psihijatrijskim lečenjem.

## DISKUSIJA

Ovom kliničkom studijom obuhvaćeno je 200 psihijatrijskih bolesnika, od toga 100 prisilno hospitalizovanih i 100 dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika u SBPB „Kovin“ i to u periodu od 2009 do

**Tabela 3. Struktura ispitanika prema tipu hospitalizacije i prethodnog pokušaja suicida**

**Table 3. Structure of examinees according to type of hospitalization and previous suicide attempt**

Struktura ispitanika prema tipu hospitalizacije i prethodnog pokušaja suicida Structure of examinees according to type of hospitalization and previous suicide attempt	Tip hospitalizacije Type of hospitalization	
	Prisilna Involuntary N=100	Dobrovoljna Voluntary N=100
Pokušan suicid Suicide attempt	29 %	19 % *
Nije pokušan suicid No suicide attempt	71%	81 %

\* p<0,05

**Tabela 4. Prikaz prisilno i dobrovoljno hospitalizovanih ispitanika prema trajanju bolničkog lečenja**

**Table 4. Involuntary and voluntary hospitalized patients by duration of hospitalization**

Prikaz prisilno i dobrovoljno hospitalizovanih ispitanika prema trajanju bolničkog lečenja Involuntary and voluntary hospitalized patients by duration of hospitalization	Tip hospitalizacije Type of hospitalization	
	Prisilna Involuntary N=100	Dobrovoljna Voluntary N=100
Trajanje bolničkog dana-srednja vrednost (M±SD) Duration of mean hospital days (M±SD)	45,44±23,54	64,47±53,17*

\* p<0,01



2013 godine. U navedenom periodu ukupno je primljeno akutnim odeljenjima hospitalizovano u istom periodu od toga na akutnom muškom odeljenju 1080 a na akutnom ženskom odeljenju 925. Od tog broja ostvareno je 125 (6,24%) bilo prisilnih hospitalizacija

Prema rezultatima ove studije u okviru istraživanih/ispitivanih faktora prisilno dovođenje bolesnika u bolnicu, kao i broj prethodnih hospitalizacija utiču na donošenje odluke psihijataru o određivanju vrste aktuelne hospitalizacije dobrovoljna/prisilna, što je u skladu sa drugim istraživanjima [2, 10, 11]. Najčešći povod dolaska u bolnicu bio je fizička agresivnost prema članovima porodice u obe grupe ispitanika, a sledeći najčešći povod dolaska u bolnicu bio je strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika. Pojam agresivnost se definiše kao „svaka akcija fizička ili verbalna preduzeta sa namerom da se nekom drugom nanese šteta ili povreda bilo koje vrste, bez obzira da li je ta namera do kraja realizovana“. Agresivnost može biti verbalna i fizička, impulsivna i instrumentalna, latentna i manifestna [24]. Todorov deli agresivnost na: 1) agresiju izraženu samo u mislima, 2) verbalnu, 3) predmetnu, i 4) prema drugim osobama [25].

„Istraživanja drugih autora ističu manifestnu agresivnost sa pogoršanjem duševne bolesti kao najčešći razlog prisilne hospitalizacije“ [2, 26]. Kao prediktor prisilne hospitalizacije ovaj faktor se pojavljuje vrlo često u različitim studijama [27, 28]. Neuroanatomske studije ukazuju da je povećan rizik za ispoljavanje agresivnog ponašanja povezan sa loše organizovanim egzekutivnim funkcijama - abstraktnim mišljenjem, rešavanjem problema, poremećajem pažnje kao i radne memorije, što se odražava deficitom u socijalnim veštinama komunikacije, a koje se

ispoljava kroz verovanje da je agresivno ponašanje opravdano, nesposobnošću da se obradjuje i kontroliše osećanje ljutnje i besa, pogrešnom interpretacijom namera i ponašanja drugih ljudi [14, 24]. Prema rezultatima istraživanja Grasija i sar. (Grassija et al.) prethodno agresivno ponašanje duševnih bolesnika je značajno povezano sa povećanim rizikom od ponovnih agresivnih epizoda, ozbiljnošću ispoljavanja simptoma duševne bolesti, kao i brojem i dužinom trajanja prethodnih hospitalizacija. Navedeni klinički faktori i njihovo pažljivo praćenje mogu biti od značajne pomoći u radu psihijataru sa bolesnicima koji su pod rizikom da ispolje i ponove agresivno ponašanje. Rano prepoznavanje ovih kliničkih faktora bi omogućilo poboljšanje psihijatrijske nege tokom lečenja kao i preduzimanje adekvatnih preventivnih mera, zatim formiranje protokola, vodiča za adekvatan pristup ovakvim bolesnicima [13]. Bernštajn i Saladino (Bernsetin & Saladino) predlažu: obezbeđenje adekvatnih, posebnih prostorija na odeljenju za ovakve bolesnike, pisani raspored dnevnih aktivnosti na odeljenju kao i vremena davanja terapije, zatim vreme obrokovanja, vizita. Strukturisane aktivnosti i konzistentan milje na odeljenju smanjuju anksioznost bolesnika, kao i mogućnost konflikta sa osobljem. Potrebno je sprovesti edukaciju bolesnika u smislu razvoja adekvatnih koping mehanizama koji bi prevenirali agresivno ponašanje, prepoznavanje situacija i događaja koji izazivaju strah, ljutnju, bes, agresivnost. Važno je i davanje objašnjenja bolesniku o bolesti, primenjenoj terapiji, očekivanim pozitivnim efektima terapije kao i pojavi eventualnih neželjenih dejstava lekova, što povećava komplijansu sa bolesnikom. Predlažu primenu relaksacionih tehnika i intervencija za smanjenje redukcije tenzije: usmeriti i ohrabri-

ti bolesnika da se obrati za pomoć od strane osoblja bilo u smislu razgovora, dodatne terapije, omogućavanje šetnji bolesniku, dostupnost časopisa ili gledanja televizije što omogućuje distrakciju pažnje bolesniku [29].

Podaci koji pokazuju suicidalne pokušaje pokazuju razliku statistički, što bi se moglo tumačiti da suicidalnost takođe predstavlja jedan od prediktora za prisilnu hospitalizaciju [29], dok pasivne suicidalne misli takođe mogu stojati u pozadini ovog prediktora kao značajan faktor [28].

U ovom istraživanju bolesnici u kontrolnoj i eksperimentalnoj grupi su bili upareni i prema dijagnozi. Najveći broj bolesnika bio je sa dijagnozom shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja, zatim slede dijagnoze zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, demencije, poremećaja raspoloženja. Istraživanja drugih autora potvrđuju rezultate ovoga rada da je najčešća dijagnostička grupa bila shizofrenia, praćena hetero ili auto agresijom pri prijemu [4, 31], potom slede afektivni poremećaji, uz komorbiditetni alkoholizam i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci. Komorbiditetna zloupotreba supstanci vodi u poremećaj ponašanja, može precipitirati nastanak akutnih psihotičnih epizoda i dovesti do pogoršanja osnovne duševne bolesti [28, 32, 33]. Keown i saradnici u svom istraživanju koje je sprovedeno u Engleskoj u periodu od 1996 do 2006 navode da se više od 50% prisilnih prijema bolesnika odnosilo na dijagnostičke kategorije iz grupe psihoza i afektivnih poremećaja. Broj prisilnih prijema bolesnika se nije menjao u istraživanom periodu za dijagnoze shizofrenie i maničnog afektivnog poremećaja, a povećao se za dijagnoze zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i alkoholizam, dok se smanjio za bolesnike sa dijagnozom depresije i demencije [34].

Oboleli od depresije obično imaju dobar uvid u ozbiljnost svoje bolesti, pa su zbog toga češće dobrovoljno hospitalizovani i sami se obraćaju psihijatru za hospitalno lečenje [33, 35]. Selize i Dresing takođe u svom istraživanju navode da je 30 do 50% prisilnih hospitalizacija obavljeno sa bolesnicima obolelim od shizofrenije i drugih psihoza, dok proporcija grupa bolesnika sa dijagnozama kao što je demencija, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i afektivnih poremećaja značajno varira u okviru zemalja Evropske Unije [36]. Rizik za ispoljavanje agresivnog ponašanja povećan je ukoliko je prisutna produktivna psihotična simptomatologija u vidu halucinacija, paranoidnih sumanutih ideja, zatim ekspanzivnih sumanutih ideja koje su praćene osećajem grandioznosti, superiornosti, povećanim samopouzdanjem. Prisutni su simptomi agitacije u vidu povećanja motorne aktivnosti, osetljivosti na stimuluse, hipervigilnom pažnjom i afektivnom labilnošću [37].

Bolničko lečenje je kod prisilno hospitalizovanih bolesnika trajalo oko 45 dana, a kod dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika je trajalo nešto duže. U istraživanju Kozamplika navodi se da je prosečno trajanje prisilne hospitalizacije 54 dana [38]. Takođe u svom radu Krov i Kompton navode dužinu trajanja hospitalizacije ispitivanih grupa bolesnika u opsegu od 36 do 67 dana, kao i da je razlika među ispitivanim grupama bolesnika bila visoko statistički značajna. Kraće trajanje hospitalizacije nije dovoljno za stabilizaciju psihičkog stanja kao i za ispoljavanje pozitivnog dejstva psihofarmakoterapije i uspostavljanje remisije [21]. Povećanje rizika za prisilnu hospitalizaciju je povezano sa kraćim trajanjem hospitalizacije [39, 40].

Prema podacima o postojanju uvida u bolest postoji statistički značajna razlika u

obe ispitivane grupe bolesnika. U grupi prisilno hospitalizovanih uvid u bolest nema skoro 90%, a u grupi dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika uvid u bolest nema nešto manje od polovine.

U ovom radu uvid u bolest, redovnost ambulantnog lečenja i potreba za psihijatrijskim lečenjem su se pokazale kao visoko statistički značajne varijable koje su povezane sa prisilnim hospitalizovanjem. Uvid predstavlja važan fenomenološki konstrukt i relevantnu meru ishoda psihijatrijskog lečenja. Postojanje uvida u bolest podrazumeva: svesnost o postojanju bolesti, sposobnost samostalnog prepoznavanja simptoma bolesti i svesnost o značaju i neophodnosti psihijatrijskog lečenja. Iako su ove tri komponente uvida povezane međusobno, one se ne moraju istovremeno i poklapati kod bolesnika. Na kontinuumu između potpunog uvida u bolest do nepostojanja uvida, bolesnici mogu ispoljavati različito preklapanje ovih komponenti [20]. Agresivnost se i javlja kod bolesnika koji ispoljavaju simptome akutne psihoze a kao posledicu imaju nedostatak uvida. Gubitak uvida je izgleda povezan sa nastankom „sindroma agitacije” odnosno „sindrom biheviornalne diskontrole ponašanja” pod kojim se podrazumeva povećanje uzbuđenja, impulsivnost, psihomotorna agitacija i nesadržljivost bolesnika [41, 42]. U Istraživanju Bekleja i saradnika bolesnici sa dijagnozom shizofrenije koji su ispoljili agresivnost i počinili krivična dela imaju značajno lošije psihosocijalno funkcionisanje, prisutne produktivne simptome bolesti kao i ozbiljan nedostatak uvida u bolest. Takođe ispoljavaju i nedostatak tzv. „forenzičkog uvida” to jest legalnih posledica sopsptvenog ponašanja, što podrazumeva nesposobnost prihvatanja odgovornosti za učinjeno krivično delo, kao i nespo-

sobnost da shvate povezanost između bolesti i počinjenog dela. Postoji značajna povezanost između nedostataka uvida i ozbiljnosti ispoljene simptomatologije. Nedostatak uvida u vreme hospitalizacije jeste važan faktor ispoljavanja agresivnosti. Navedeni autori predlažu primenu mereprisilnog ambulantnog lečenja, uz primenu kognitivno - biheviornalne psihoterapije koja povećava komplijansu i uvid bolesnika [20]. Ovo je u skladu sa rezultatima istraživanja drugih autora koji navode da prisilna hospitalizacija i mere primene prisilnog lečenja nisu diskriminišuće u psihijatriji već se primenjuju u slučajevima ozbiljnih duševnih poremećaja povezanih sa izraženim gubitkom uvida u bolest i komplijansom u lečenju [39, 36].

## ZAKLJUČAK

Dobijene su statistički značajne razlike za: prethodno psihijatrijsko lečenje, prethodne prisilne hospitalizacije kao i prve prisilne hospitalizacije. Prisilno hospitalizovani bolesnici značajno češće nisu dali podatke o psihijatrijskom hereditetu u odnosu na dobrovoljno hospitalizovane bolesnike. Značajno češće su dovođeni u bolnicu u pratnji policije i službe hitne pomoći zbog ispoljene fizičke agresivnosti i straha okoline. Više od polovine prisilno hospitalizovanih bolesnika svrstano je u okviru dijagnostičke grupe F20-F29. Prisilno hospitalizovani pacijenati su značajno ispoljili suicidalnost. Bolničko lečenje je kod dobrovoljno hospitalizovanih bolesnika je trajalo značajno duže u odnosu na grupu prisilno hospitalizovanih Veliki broj prisilno hospitalizovanih bolesnika nema uvid u bolest niti smatra da je potrebno psihijatrijsko lečenje, što je statistički značajno različito u odnosu na dobrovoljno hospitalizovane bolesnike.

# DIFFERENCES IN CLINICAL FACTORS BETWEEN VOLUNTARILY AND INVOLUNTARILY HOSPITALIZED PATIENTS

Veroljub Petrović<sup>1</sup>  
Silvana Jovanović<sup>1</sup>  
Olivera Savić<sup>1</sup>  
Aleksandar Jovanović<sup>2,3</sup>  
Srđan Milovanović<sup>2,3</sup>

- 1 Special Psychiatric Hospital for Psychiatric Diseases "Kovin", Kovin, Serbia
- 2 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 3 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

## Summary

**Introduction:** The modern psychiatric treatment that is based on the hospitalization of mentally ill persons, also implies the necessity of improving their quality of life. The role of involuntary hospitalization in modern doctrine is of particular importance.

**Objective:** The aim of this study is to analyse the psychopathology at the admission, and determine the factors related to involuntary hospitalization of the Special Hospital for Psychiatric Diseases Kovin (SBPB Kovin).

**Material and method:** The basic methodological principle study was the comparative analysis of factors for voluntary or involuntary hospitalization of mentally ill persons in SBPB Kovin. Hospitalized patients were classified into two groups of subjects older than 18 years, for the purpose of hospital treatment in acute wards in our institution.

Instruments of research were: data from the protocol on admission, medical history, list deceiving factors for admission of patients to be hospitalized.

**Results:** Significantly more frequently were brought to the hospital accompanied by police and emergency services due to its physical aggression and fear from environment. More than half of involuntary hospitalized patients (56%) were classified within diagnostic groups F20-F29. Involuntary hospitalized patients have manifested significant suicidality (29%). Hospitalization of the involuntary hospitalized patients lasted 45 days and in hospitalized patients voluntarily took slightly longer (64 days) and this difference was statistically significant. A large number of involuntary hospitalized patients have no insight into the their illness (89%) nor considered it as necessary psychiatric treatment (69%), which was significantly different compared to voluntarily hospitalized patients.

**Conclusion:** Exploring factors related to involuntary hospitalization provides adequate basis for application of psychopharmacotherapy, psychotherapy and socio-therapeutic procedures. It is necessary include and apply guidelines in dealing with involuntary hospitalized patients. Aggressiveness is one of the important factors that needs to be assessed upon patient admission

**Keywords:** involuntary hospitalization, aggression, guidelines

## Literatura

1. Paunović G. Mediko-legalni problemi prinudne hospitalizacije shizofrenih bolesnika. Doktorska disertacija. Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu 1994.
2. Medenica Milanović S. Sudsko psihijatrijski aspekti prinudne hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika. Rad uže specijalizacije. Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu. 2002.
3. Jovičić S. Prislina hospitalizacija-etičke i pravne dileme. *Engrami* 2002; 24: 49-52.
4. Paunović G. Shizofrenija. Beograd:Želnid 1996.
5. Diseth R, Hoglend A. Potential legal protection problems in the use of compulsory commitment in mental health care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry* 2011; 34:393-399.
6. Petrušić N. Postupak za prinudnu hospitalizaciju osoba sa mentalnim poremećajem u svetlu standarda zaštite ljudskih prava. *Temida* 2007; 25-39.
7. Kaličanin P. Medicinska etika i medicinsko pravo. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 1999.
8. World Health Organisation. Mental health legislation & human rights (Mental health policy and service guidance package). Geneva: World Health Organisation; 2003.
9. Mihanović M, Restek Petrović B, Babić et al. Involuntary hospitalizations in the psychiatric hospital "Jankomir" before and following the alterations and amendments made to ZZODS. *Collegium Antropologicum* 2004;28:385-391.
10. Potkonjak J, Karlović D. Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients-retrospective study of five-year experience with croatian act on mental health. *Acta Clinica Croatia* 2008;47: 141-147.
11. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission od patients with schizophrenia as a predistor of future admissions. *Psychiatric Services* 1999; 8:1049-1052.
12. Folnegović Šmalc V, Uzun S, Ljubin T. Sex-specific characteristics of involuntary hospitalization in Croatia. *Nordic Journal of Psychiatr* 2000;54:55-59.
13. Grassi L, Biancosino B, Marmai L. et al. Violence in psychiatric units. A 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 698-703.
14. Tarter R, Kirisci L, Vanyukov M., et al. Predicting adolescent violence: impact of family histoy, substance use, psychiatric history, and social adjustment. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159(9):1541-1547.
15. Phillips H, Gray N, MacCulloch S, et al. Risk assessment in offenders with mental disorders: relative efficacy of personal demographic, criminal history, and clinical variables. *Journal of Interpersonal Violence* 2005; 20: 833-847.
16. Perlman BP, Kentera A, Thornton JC, et al. Involuntary and voluntary psychiatric patients: a pilot study of resorce consumption. *American Journal of Public Health* 1987; 78:1347-1348.
17. Valevski A, Olfson M, Weizman A, et al. Risk of readmission in compulsorily and voluntarily admitted patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007;42: 916-922.
18. McFarland BH, Brunette M, Steketee K, et al. Long-term follow-up of rural involuntary clients. *Journal of Menthal health Administration* 1993; 20:46-57.
19. Krivoy A, Fischel T, Zahalka H, et al. Outcomes of compulsorily admitted schizophrenia patients who agreed or disagreed to prolong their hospitalization. *Compr Psychiatry* 2012; 53(7):995-9.
20. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, et al. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Brief Report. American Journal Psychiatry* 2004; 161:1712-1714.
21. Craw J, Compton M. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiolog* 2006; 41: 981-988.
22. Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, et al. Patients revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1385-1391.



23. Svetska zdravstvena organizacija. MKB-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1998.
24. Jovanović A. Sudskopsihijatrijska ekspertiza. U: Ekspertizna medicina. Ur. : Dunjić, D. Beograd: Evropski centar za mir i razvoj (ECPD) Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija; 2008, 243-258.
25. Ćirić Z. Osnovi sudske psihijatrije. Niš: GIP Bona fides; 2004.
26. Association of Mental Health of Ireland. Mental Health: Legal Issues. Glasgow: Association Mental Health of Ireland; 2000.
27. Kallert T. Involuntary psychiatric hospitalization: current status and future prospects. Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo 2011; 139(1): 14-20.
28. Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, et al. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. Int J Law Psychiatry 2013;36(2):136-43.
29. Bernstein KS, Saladino J. Clinical assessment and management of psychiatric patients violent and aggressive behaviors in general hospital. Medsurg Nursing 2007; 5: 301-331.
30. Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 2008. 258(4):195-209.
31. Jagodič Korošec H, Korošec B, Lajlar D, et al. Hospitalizacija brez bolnikove privolitve. Zdravniski vestnik 2008; 77(4): 45-9.
32. Wheeler A, Robinson E, Robinson. G. Admissions to acute psychiatric inpatient services in Aucland, New Zealand:a demographic and diagnostic review. The New Zealand Medical Journal 2005; 118-9
33. Cornaggia, C. M., Beghi, M, Pavone, F., et al. Agresion in psychiatry wards: A systematic review. Psychiatry Research; 2011.189, 10-20.
34. Keown P, Mercer G, Scott J. Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the mental health act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006. British Medical Journal 2008; 337:a 1873.
35. Bauer A, Rosca P, Grinshpoon A, et al. Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. International Journal of Law and Psychiatry 2007;30:60-70.
36. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. The British Journal of Psychiatry 2004; 184:163-168.
37. Swanson J, Swartz M, Van Dorn R, et al. A antional study of violent behavior in persons with schizophrenia. Archives of General Psychiatry; 2009; 63:490-499.
38. Kozumplik O. Ćimbenici u primjeni mera prisilnog lećenja osoba s duševnim smetnjama. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2005.
39. Lay B, Nordt C, Rossler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. European Psychiatry, 2011. 26, 244-251.
40. Wallsten T. Compulsory psychiatric care: perspectives from the Swedish coercion study. Patients experiences, documented measures, next of kins attitudes and outcome. Acta Universitatis Upsaliensis. Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine 326. Uppsala: Uppsala University; 2008.
41. Montemagni C, Badř A, Castagna F, et al. Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: excitement, insight, emotion perception. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2011;35(1):137-45.
42. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, et al. PROGRES-Acute Group. Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. J Nerv Ment Dis 2009; 197(10):772-82.

---

Veroljub Petrović  
vako@beotel.ne  
Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti  
„Kovin”  
Cara Lazara 253  
26220 Kovin, Srbija