

**UNIUNEA SOCIETĂȚILOR DE ȘTIINȚE MEDICALE
DIN REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA**

Revista profesională a specialiștilor

Dr. Teodoru I. Ștefănescu

Coordonator de editură: dr. Ștefan Ștefănescu

**NEUROLOGIE, PSIHIATRIE,
NEUROCHIRURGIE**

**REVISTĂ A SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE,
NEUROCHIRURGIE**

EXTRAS

1

IANUARIE — MARTIE 1988

Recuperarea profesională a schizofrenilor

M. Lăzărescu I. Boroș, Ioana Răducu

Clinica de Psihiatrie (șeful clinicii: dr. M. Lăzărescu), Timișoara

REZUMAT

Autorii studiază capacitatea de muncă a bolnavilor schizofreni, comparând loturi de bolnavi care se mențin în activitate (la peste 5 ani de la debut), bolnavi care au fost pensionați, reușind să fie recuperați total sau parțial și bolnavi la care recuperarea eșuează. Se constată că în primii ani de la debut se pensionează 60% din bolnavi. O bună recuperare după pensionare se poate obține predominant la persoane cu o calificare medie bună, căsătorite la debutul bolii, la care se scurg în medie 4 ani de la debut la pensionare și tot aproximativ 4 ani de la pensionare la depensionare. Buna colaborare cu medicul și utilizarea ergoterapiei ambulatorii sînt factori favorizanți ai recuperării.

Schizofrenie Recuperare

Cercetările moderne longitudinale, catamnestică și prospective, indică o mare variabilitate evolutivă a schizofreniei, atît în ceea ce privește tabloul clinic, cit și adaptarea socială și randamentul profesional (1, 3, 4). Cu toate programele terapeutice din ultimele decenii, studiile actuale indică faptul că schizofrenia continuă să determine la multe cazuri un handicap profesional (2). În județul Timiș (aproximativ 700 000 locuitori), între anii 1980—1986, s-au pensionat anual în medie 47 cazuri cu diagnostic de schizofrenie, ceea ce reprezintă 43% din totalul cazurilor noi de pensionări pentru boli psihice și 3,5% din totalul cazurilor noi de pensionări de boală din județ (7). Deoarece schizofrenia afectează vîrstele tinere, credem că este important să se studieze factorii care condiționează handicapul profesional și cei care permit recuperarea acestuia (5, 6, 7, 8).

IPOTEZĂ (Design)

Am pornit de la ipoteza că există diferențe în ceea ce privește datele demografice, caracteristicile bolii, acțiunile terapeutice și recuperatorii la schizofrenii care își păstrează timp îndelungat capacitatea de muncă, cei ce și-o pierd fără a o putea recupera și cei la care se poate realiza o recuperare parțială sau totală.

Ne-am bazat pe următoarea definiție operațională a „recuperării capacității de muncă” = „reciștigarea și exercitarea acesteia continuu cel puțin 2 ani, după ce ea a fost pierdută din cauza bolii, tot cel puțin 2 ani” (7).

Am considerat că „reabilitarea” (recuperarea) profesională este bună dacă pacientul își reia activitatea și muncește la fel ca ceilalți oameni nebolnavi în cadrul instituțiilor sociale. El poate munci cu pro-

gram obișnuit (recuperare completă) sau cu program redus (recuperare parțială, pacientul rămânând pensionat de gradul III). Am considerat că recuperarea este „acceptabilă”, dacă pacientul poate lucra la „ergoterapia ambulatorie” adică, în ateliere protejate, organizate pe lângă „Centrul de Sănătate Mentală”.

MATERIAL ȘI METODA

Am studiat mai multe loturi de schizofreni din orașul Timișoara (aproximativ 300 000 locuitori), capitala județului Timiș. Ne-am bazat pe datele registrului de cazuri, pe datele dispensarizării și pe cele de la serviciul de expertiză și recuperare a capacității de muncă. Pentru fiecare caz am evidențiat date socio-demografice, date privitoare la evoluția bolii și la tratament precum și date privitoare la evoluția capacității de muncă.

Am avut în vedere următoarele secvențe :

nașterea	debutul	pensio-	depensio-	repensio-	momentul
	bolii	narea	narea	narea	actual
a	b	c	d	e	f

Desigur, nu toate aceste secvențe sînt prezentate la toate cazurile.

Am studiat comparativ următoarele loturi, randomizarea fiind aleatorie, în funcție de posibilitatea de a obține date suficiente.

I. Un lot de 57 schizofreni care se mențin în activitate la peste 5 ani de la debutul bolii, fără să fi fost pensionați.

II. Un lot de 68 schizofreni care și-au pierdut capacitatea de muncă și au fost pensionați, dar la care s-a reușit o bună reabilitare (recuperare), fiind depensionați și lucrînd. Acesta este de fapt principalul lot care ne-a interesat. Pe o perioadă de 6 ani (1979—1984) am constatat că o bună recuperare se poate obține în medie la 17% din schizofrenicii pensionați.

III. Un lot de 63 schizofreni la care s-a obținut o recuperare „acceptabilă”, care lucrează de peste 4 ani în cadrul „ergoterapiei ambulatorii”, aproximativ 4 ore/zi, realizînd un venit suplimentar față de pensie (aproximativ 1/3 din valoarea acestuia).

IV. Un lot de 15 cazuri la care depensionarea a eșuat. Adică cei care, după depensionare, nu s-au putut menține în activitate socialmente standardizată peste 1 an, putînd însă activa în ergoterapia ambulatorie.

V. Un lot de 337 pacienți care reprezintă totalitatea cazurilor noi de schizofrenie debutate în județul Timiș între 1979 și 1984. Acesta l-am introdus pentru compararea datelor celorlalte loturi cu elemente specifice schizofreniei din zonă.

REZULTATE

Cîteva din datele ce caracterizează loturile menționate mai sus sînt prezentate în tabelul I și fig. 1.

Rezultă că bărbații sînt ceva mai puțin reprezentați în toate loturile, comparativ cu cel epidemiologic (V), fapt mai accentuat pentru loturile III și IV.

Din punctul de vedere al profesiei avute la debut, se constată că o recuperare completă reușește mai bine la persoanele cu calificare superioară și medie. La cazurile cu recuperare acceptabilă și cu eșec, predomină profesiile cu calificare inferioară.

Statutul marital la debut relevă o pondere crescută a necăsătoriților — la cei ce se mențin în activitate și a divorțatilor, între cei la care se reușește o recuperare acceptabilă. În lotul cu recuperare bună

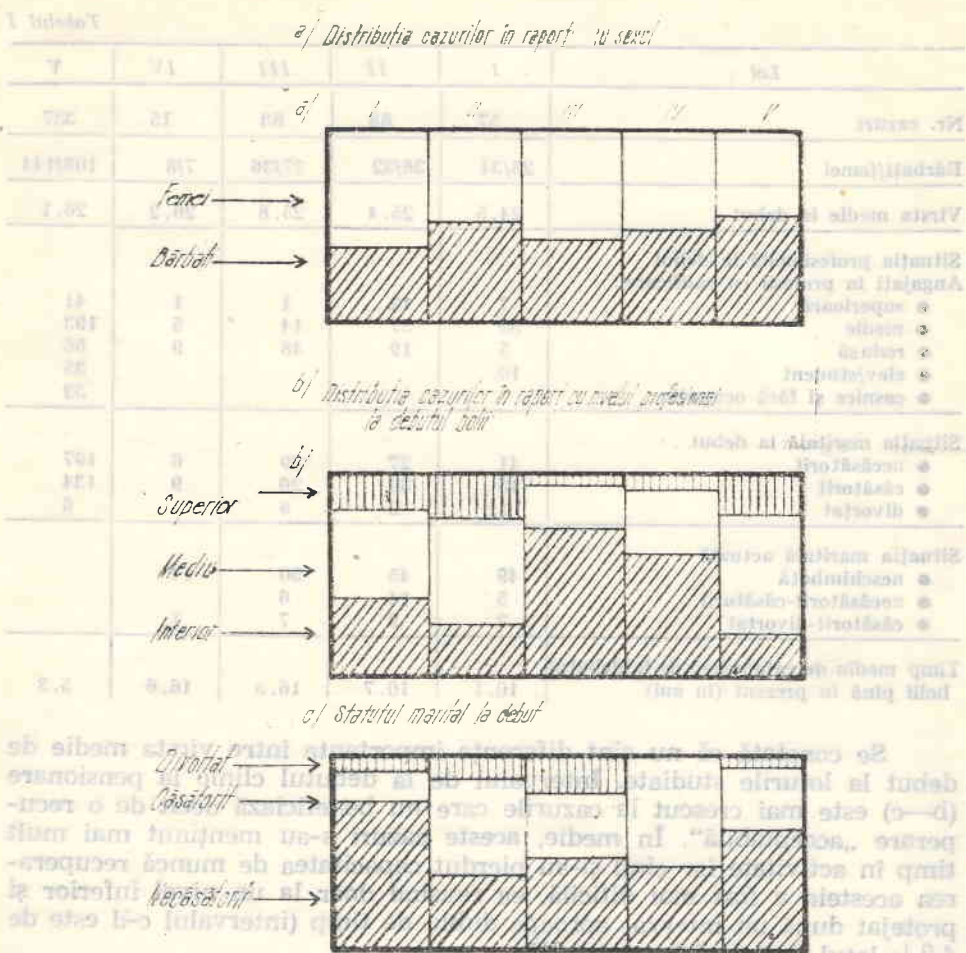


Fig. 1. — Reprezentarea proporțională a unor date din tabelul I.

se constată un dinamism crescut, proporția celor ce se căsătoresc și divorțează fiind mai mare.

Pentru loturile II, III, IV am studiat perioada de timp în care s-a produs pensionarea în raport cu debutul, luând ca reper intervalul de 2 și 5 ani. Rezultatele sînt prezentate în figura 2 (în aceasta este introdus pentru comparație și un lot VI format din 108 schizofreni care au fost pensionați între 1980 și 1984).

Se constată că între diversele loturi nu există diferențe în ceea ce privește timpul scurs de la debutul clinic și proporția de cazuri care sînt deja pensionate la 2 și la 5 ani. În primii 2 ani ajung să se pensioneze 40% din cazuri iar în primii 5 ani 60%, ulterior ritmul pensionării fiind mai lent. Acest fapt confirmă observațiile noastre anterioare (5).

În continuare, am studiat diverse intervale de timp între debutul bolii și modificarea statutului profesional, făcînd media în ani pentru toate cazurile unui lot. Rezultatele sînt prezentate în fig. 3.

Tabelul I

Lot	I	II	III	IV	V
Nr. cazuri	57	68	63	15	337
Bărbați/femei	23/34	36/32	27/36	7/8	108/144
Vîrsta medie la debut	24,5	25,4	25,8	26,2	26,1
Situația profesională la debut					
Angajați în profesii cu calificare :					
● superioară	7	12	1	1	41
● medie	35	37	14	5	193
● redusă	5	19	48	9	56
● elev/student	10				35
● casnice și fără ocupație					32
Situația maritală la debut					
● necăsătorit	41	27	29	6	197
● căsătorit	15	39	26	9	134
● divorțat	1	2	8		6
Situația maritală actuală					
● neschimbată	49	45	50	14	
● necăsătorit-căsătorit	5	14	6		
● căsătorit-divorțat	3	9	7	1	
Timp mediu de catamneză de la debutul bolii pînă în prezent (în ani)	10,1	10,7	16,3	16,6	5,3

Se constată că nu sînt diferențe importante între vîrsta medie de debut la loturile studiate. Intervalul de la debutul clinic la pensionare (b—c) este mai crescut la cazurile care nu beneficiază decît de o recuperare „acceptabilă”. În medie, aceste cazuri s-au menținut mai mult timp în activitate iar cînd și-au pierdut capacitatea de muncă recuperarea acestora a fost mai dificilă, ea reușind doar la un nivel inferior și protejat după un interval aproape dublu de timp (intervalul c-d este de 4,2 la lotul II și de 7,9 la lotul III).

În ceea ce privește eșecurile recuperării, pentru acest lot intervalul de la debut la pensionare (b-c) este apropiat de lotul II (ușor mai scăzut), în schimb încercarea de recuperare se face prea repede, la un interval de timp aproape de 2 ori mai redus decît în cazurile de reușită.

Din aceste date rezultă că o recuperare profesională are șanse mai mari de reușită la cazurile la care pensionarea are loc în medie la aproximativ 4 ani de la debut, iar încercarea de reangajare are loc nu prea repede, dar nici prea tîrziu, aproximativ tot în jur de 4 ani de la pensionare.

Alte observații privitoare la lotul cu recuperare reușită (lotul II) sînt următoarele :

— Pensionarea gradul III este rar folosită. Am întîlnit-o doar în 4,4% din cazuri în forme prelungite. Ea a fost utilizată mai frecvent ca formă de tranziție spre recuperarea completă timp de aproximativ 1 an (la 20% din cazuri).

— Pentru recuperarea în condiții de lucru în totalitate în recuperarea completă din lotul II, din număr de 80, din număr de 80, numărul de...

— Pentru recuperarea în condiții de lucru în totalitate în recuperarea completă din lotul III, din număr de 80, din număr de 80, numărul de...

— Pentru recuperarea în condiții de lucru în totalitate în recuperarea completă din lotul IV, din număr de 80, din număr de 80, numărul de...

— Pentru recuperarea în condiții de lucru în totalitate în recuperarea completă din lotul VI, din număr de 80, din număr de 80, numărul de...

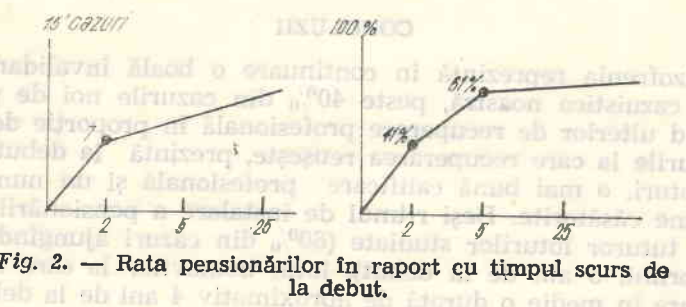


Fig. 2. — Rata pensionărilor în raport cu timpul scurs de la debut.

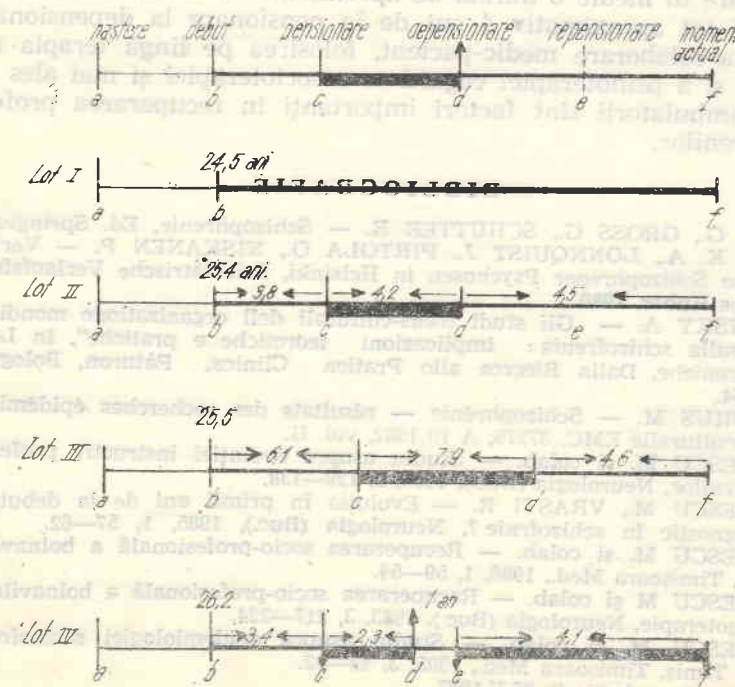


Fig. 3. — Relația debutul bolii-statut profesional.

— Ergoterapia ambulatorie joacă un rol important în recuperarea completă. Din lotul II, 60% din cazuri au trecut prin această formă de recuperare.

— Pentru recuperare un rol important îl joacă colaborarea pacientului cu psihiatrul. Ea a fost bună în 90% din cazuri, 80% urmînd tratamentul continuu. Între metodele recuperatorii, pe lângă tratamentul medicamentos s-a folosit: socioterapia, în cadrul Staționarului de zi și a unor activități de club; psihoterapia cognitivă, prin care pacientul este învățat să-și cunoască simptomele și să devină coterapeut; modelarea familiei; ergoterapie ambulatorie.

Din punct de vedere al bolii, nu se constată diferențe semnificative între grupurile III și IV, în ceea ce privește tabloul clinic, rata și durata reinternărilor. Sînt însă unele diferențe în ceea ce privește durata primului episod și nivelul remisiunii clinice de fond. În actuala comunicare nu putem intra în detaliu în ceea ce privește aceste date, ele făcînd obiectul altor comunicări.

CONCLUZII

Schizofrenia reprezintă în continuare o boală invalidantă, constituind, în cazuistica noastră, peste 40% din cazurile noi de pensionare, beneficiind ulterior de recuperare profesională în proporție de sub 20%.

Cazurile la care recuperarea reușește, prezintă la debut, în raport cu alte loturi, o mai bună calificare profesională și un număr crescut de persoane căsătorite. Deși ritmul de instalare a pensionării este similar cu al tuturor loturilor studiate (60% din cazuri ajungînd la pensionare în primii 5 ani de la debut), lotul bolnavilor la care recuperarea reușește are în medie o durată de aproximativ 4 ani de la debut la pensionare și tot aproximativ 4 ani de la pensionare la depensionare.

Buna colaborare medic-pacient, folosirea pe lângă terapia medicamentoasă și a psihoterapiei cognitive, a socioterapiei și mai ales a ergoterapiei ambulatorii sînt factori importanți în recuperarea profesională a schizofrenilor.

BIBLIOGRAFIE

1. HUBER G., GROSS G., SCHÜTTER R. — Schizophrenie, Ed. Springer, 1979.
2. ACHTÉ K. A., LÖNNQUIST J., PIRTOLA O., NISKANEN P. — Verlag unde Prognose Schizophrener Psychosen in Helsinki, Psychiatrische Verlaufsforschung, Ed. Hans Huber, 1980.
3. JABLENSKY A. — „Gli studi trans-culturali dell'organizzazione mondiale della sanità sulla schizofrenia: implicazioni teoretiche e pratiche“, in Le Psicosi Schizofreniche, Dalla Ricerca alla Pratica Clinica, Pàturon, Bologna, 1984, p. 36—64.
4. SARTORIUS M. — Schizophrénie — résultats des recherches épidémiologiques et transculturelles EMC, 37275, A 10 1982, vol. II.
5. LĂZĂRESCU M. și colab. — Studiu asupra evoluției instructiv profesionale a schizofrenilor, Neurologia (Buc.), 1986, 2, 129—138.
6. LĂZĂRESCU M., VRAȘTI R. — Evoluția în primii ani de la debut, criteriu de prognostic în schizofrenie?, Neurologia (Buc.), 1985, 1, 57—62.
7. LĂZĂRESCU M. și colab. — Recuperarea socio-profesională a bolnavilor schizofreni, Timișoara Med., 1986, 1, 59—54.
8. LĂZĂRESCU M. și colab. — Recuperarea socio-profesională a bolnavilor psihici prin ergoterapie, Neurologia (Buc.), 1983, 3, 217—224.
9. LĂZĂRESCU M. și colab. — Studiu asupra epidemiologiei schizofrenilor în județul Timiș, Timișoara Med., 1985, 3, 48—52.

Articol intrat în redacție la 26.V.1987.

Indicele de clasificare: 616.895.8—036.868