

## Studiu asupra evoluției instructiv-profesionale a schizofrenilor

M. Lăzărescu, Monica Ienciu, Doina Schrepler, Rorica Peleneagră, Olimpia Tirziu,  
M. Nuță, R. Vraști, Ioana Dincă

Clinica de Psihiatrie (șef de clinică : dr. M. Lăzărescu), Timișoara

### REZUMAT

A fost studiată evoluția instructiv-profesională la 503 schizofreni, dispensarizați la Laboratorul de Sănătate Mintală (L.S.M.) Timișoara, cu debut înainte de 1981. Au fost luate în studiu toate cazurile aflate în evidență care se încadrează în codurile 295.0, 295.1, 295.2, 295.3, 295.4 și cu unele precizări 295.7. Pentru a se evalua semnificația lotului s-a întreprins un studiu complementar, cercetându-se colaborarea cu serviciile psihiatrice a tuturor schizofrenilor din județ care au debutat în anii 1979—1983, ajungându-se la concluzia că o bună colaborare se obține pentru aproximativ 60% din cazuri. Considerăm lotul nostru semnificativ dar ca necesitând o corecție negativă, deoarece necolaboranții au o evoluție mai rea. Rezultatele indică faptul că există o deteriorare în timp a capacităților instructiv-profesionale, aceasta fiind cea mai accentuată (procentual) în primii 2 ani, cu o descreștere în următorii 3 ani și cu o ulterioară tendință spre aplatizare. Pensionarea gradul III este rară, apărând ca formă de tranziție. Este posibilă și menținerea sau chiar creșterea, temporară sau de durată, a nivelului instructiv profesional. Evoluția statutului profesional nu corelează semnificativ cu cea a statutului familial și nici cu tabloul clinic final.

Schizofrenie  
Recuperare  
Profesiune  
Dispensarizare

Ultimele două decenii au adus multe noutăți în ceea ce privește evoluția schizofreniei. S-au impus mai ales catamnezele pe termen lung (1, 2, 3, 10), studiul factorilor de prognostic (4, 5), cercetarea influenței familiei în evoluția pe termen scurt (6, 7) și înțelegerea „cursului bolii” ca fiind pluricondiționat (8). În studiul de față ne-a interesat evoluția schizofreniei în perspectivă instructiv-profesională. Cercetarea continuă un studiu inițiat în urmă cu 3 ani (9) și alte studii întreprinse în țară (10). Ea se străduiește să aducă informații într-un domeniu insuficient de studiat sistematic.

### IPOTEZE, OBIECTIVE, METODĂ

Cercetarea a pornit de la următoarele 2 ipoteze : 1) Evoluția instructiv-profesională a schizofrenului poate fi nu doar în sensul deteriorării ci și în cel al menținerii și chiar creșterii acestui statut. 2) Este

Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, vol. XXX, nr. 4, anul 1985.

de așteptat să existe modificări în timp a statutului instructiv-profesional, care să se înscrie într-o anumită curbă evolutivă, a cărei cunoaștere ar fi utilă clinicianului în cadrul evaluărilor predictive. În afara verificării acestor ipoteze ne-a interesat dacă se poate stabili o corelație semnificativă între evoluția instructiv-profesională, cea familiară și cea clinică. De asemenea ne-a interesat obținerea unor informații de fond asupra evoluției instructiv-profesionale a unui lot de schizofreni ca bază pentru studiul „recuperării”.

Studiul evoluției instructiv-profesionale este facilitat în țara noastră — în raport cu o țară capitalistă — prin înscrierea definitorie în câmpul muncii a persoanelor adulte, sănătoase și capabile. Cazul elevilor, a studenților și a celor „fără ocupație” a fost evidențiat separat (ultima categorie, rară și de obicei de tranziție, am asimilat-o „casnicilor”).

Au fost luați în studiu toți schizofrenii dispensarizați la L.S.M. Timișoara, cu o evoluție de cel puțin 3 ani (debut în 1981 și înainte, catamneza fiind efectuată la sfârșitul anului 1984). Au fost reținute toate cazurile care au putut fi încadrate în C.I.B.-9 (11) la codul 295, respectiv 295.1, 295.2, 295.3, 295.4, 295.0. S-a adoptat o perspectivă diagnostică care să se apropie atât de cea germană (1, 2), franceză (12), anglo-saxonă (13) și parțial sovietică (14). S-a exclus codul 295.5 (schizofrenie „latentă”, „marginală”, „pseudonevrotică”). Psihozele „schizoafective” (295.7), cazurile de „bufe delirant” în sens francez și cele cu simptome „de prim rang” în sensul K. Schneider, au fost incluse doar cu condiția existenței — concomitent sau succesiv — a simptomelor din seria „disociației ideoverbale” și/sau a „simptomelor deficitare” (*clinical poverty*) în sensul autorilor englezi (15). În ansamblul cazuisticii a dominat forma paranoică (80%).

Încadrarea clinică a cazurilor s-a făcut pe baza documentelor medicale, a analizei diagnosticului împreună cu medicul care dispensarizează bolnavul și prin examinare directă. O parte din cazuri, care se prezentau neregulat la control, au fost chemate activ. Deși s-a căutat ca astfel să se excludă toate cazurile incerte, este de presupus că în urmă cu 10—20 de ani, diagnosticul de schizofrenie să fi fost pus cu mai mare larghețe, decât în ultimii ani.

#### CAZUISTICĂ

Cazuistica selecționată constă din 503 cazuri aflate în dispensarizarea L.S.M. Timișoara. La acest nivel dispensarizarea activă se practică de aproximativ 20 ani, având ca obiectiv maximal controlul lunar și „managementul” fiecărui caz (16). Nefiind vorba de studiul prospectiv sau retrospectiv al unor cohorte înregistrate anual, ne-a interesat cât de semnificativ poate fi lotul nostru pentru problema evoluției schizofreniei. Pentru aceasta s-a întreprins un studiu complementar pentru perioada anilor 1979—1984 în care s-a urmărit, în afara problemelor epidemiologice (17) și problematica colaborării schizofrenilor cu serviciile de dispensarizare ale L.S.M. Menționăm că în această perioadă a existat un interes crescut pentru dispensarizarea schizofrenilor. Principalele date obținute privitoare la debutul și dispensarizarea schizofrenilor în județul Timiș în perioada 1979—1983 sînt prezentate în tabelul I.

Din datele de mai sus reiese că o bună dispensarizare se reușește la aproximativ jumătate din cazuri (grupul 8). Dacă există un interes

și un efort sporit — deci dacă cuprindem grupele 6, 7, 8 — atunci se ajunge la aproximativ 70%. Desigur, în cadrul unei cercetări speciale se pot obține date și de la grupele 4 și 5, dar acestea nu apar spontan

Tabelul I

| an                                          | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | Total |
|---------------------------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| 1. Total debut schizofrenie                 | 66   | 64   | 53   | 93   | 47   | 283   |
| 2. Incidența (nr. cazuri la 100 000 loc.)   | 9,3  | 9,0  | 7,5  | 7,5  | 6,5  |       |
| 3. Nr. cazuri decedate                      | —    | 1    | 1    | —    | —    | 2     |
| 4. Nr. cazuri plecate din zonă              | 9    | 20   | 10   | 5    | 1    | 45    |
| 5. Necolaboranți la repetate insistențe     | 10   | 8    | 4    | 7    | 6    | 35    |
| 6. Colaborare dificilă                      | 5    | 6    | 7    | 8    | 8    | 34    |
| 7. Internare prelungită peste 50 % din timp | 7    | 5    | 2    | 3    | 2    | 19    |
| 8. Dispensarizare cu colaborare bună        | 35   | 24   | 29   | 30   | 29   | 147   |

într-o evidență care are ca punct de plecare pe cei dispensarizați, proporția acestora, în cazul nostru, fiind de aproximativ 60% din debuturi. Este de așteptat ca acele cazuri care nu colaborează să aibă o evoluție mai nefavorabilă datorită lipsei conștiinței bolii și a necesității tratamentului. De aceea apreciem că rezultatele obținute în cercetarea noastră necesită o corecție în sens negativ.

Prezentăm mai jos repartitia cazuisticii pe ani de debut. Deși sînt prezente în evidență și cazuri cu debut înainte de 1950, toate cazurile debutate anterior anului 1960 le-am grupat împreună.

Tabelul II

|           |           |           |           |          |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 1981 = 38 | 1977 = 25 | 1973 = 21 | 1969 = 15 | 1965 = 9 | 1961 = 9  |
| 1980 = 35 | 1976 = 37 | 1972 = 24 | 1968 = 18 | 1964 = 5 | 1960 = 8  |
| 1979 = 47 | 1975 = 35 | 1971 = 17 | 1967 = 16 | 1963 = 7 | 1959 = 49 |

În vederea unei evidențieri secvențiale a evoluției cazuisticii, aceasta a fost împărțită în 3 loturi: *Lotul A* = schizofrenii cu debut în perioada 1979—1981, deci evidențiați la 3—5 ani de la debut = 120 cazuri; timp mediu de catamneză (t.m.c.) = 4 ani. *Lotul B* = schizofrenii cu debut în perioada 1975—1978, deci evidențiați la 6—9 ani de la debut = 131 cazuri; t.c.m. = 7,5 ani. *Lotul C* = schizofrenii cu debut în 1974 și înainte, deci evidențiați la peste 10 ani de la debut = 252 cazuri; t.c.m. = 17 ani.

Prezentăm în continuare un tabel cu structura de ansamblu a loturilor A, B și C la debutul bolii, după următorii parametri (prescurtările și codificările din paranteze se vor menține pentru întreaga lucrare): — vîrsta medie la debut (v.m.d); — raportul bărbați/femei (b/f); —

raportul între cei cu domiciliu în mediu urban și rural (u/r); — situația instructiv-profesională (s.i.p.) codificată astfel: 1 = studii superioare (universitare); 2 = muncitor cu calificare superioară și medie; 3 = muncitor necalificat; 4 = elevi sau studenți; 5 = casnice și „fără ocupație”; — situația familială (s.f.) codificată astfel: 1 = necăsătorit; 2 = căsătorit; 3 = divorțat sau văduv.

Tabelul III

| lot   | nr. caz | v.m. d. | b/f     | u/r     | 1  | s.i. 2 | p. 3 | 4  | 5  | 1   | s.f. 2 | 3  |
|-------|---------|---------|---------|---------|----|--------|------|----|----|-----|--------|----|
| A     | 120     | 27,8    | 58/62   | 88/32   | 7  | 76     | 10   | 15 | 12 | 68  | 50     | 2  |
| B     | 131     | 26,2    | 74/57   | 90/41   | 18 | 69     | 23   | 18 | 3  | 76  | 49     | 6  |
| C     | 252     | 24,5    | 91/161  | 214/38  | 30 | 29     | 150  | 28 | 15 | 118 | 130    | 4  |
| Total | 503     | 25,8    | 223/280 | 382/111 | 55 | 174    | 183  | 61 | 30 | 262 | 229    | 12 |

#### REZULTATE

Principala problemă care ne-a interesat a fost evoluția instructiv-profesională. La o primă abordare globală aceasta se prezintă la data evaluării în următorul raport față de situația de la debut.

Tabelul IV

| Lot   | Nr. caz | Situația la debut |    |    |                   | Situația la data evaluării |     |    |       |    |    |
|-------|---------|-------------------|----|----|-------------------|----------------------------|-----|----|-------|----|----|
|       |         | angajați          |    |    | angajați<br>1+2+3 | pensionari grad            |     |    | Total | 4  | 5  |
|       |         | 1+2+3             | 4  | 5  |                   | III                        | II  | I  |       |    |    |
| A     | 120     | 9                 | 15 | 12 | 48                | —                          | 49  |    | =49   | 11 | 12 |
| B     | 131     | 110               | 18 | 3  | 62                | 9                          | 55  |    | =64   |    | 5  |
| C     | 252     | 209               | 28 | 15 | 83                | 9                          | 122 | 10 | =141  |    | 29 |
| Total | 503     | 412               | 61 | 30 | 193               | 18                         | 226 | 10 | 254   | 11 | 46 |

Se constată de la prima vedere că deja la o catamneză relativ scurtă de 4 ani (lot A) numărul pensionarilor este deja mare. În acest lot persistă încă un număr important de elevi și studenți (poziția 4). Proportia pensionarilor crește evident odată cu lungimea perioadei de catamneză. Este interesant de remarcat numărul redus de pensionari, gradul III, care se întâlnesc de fapt doar în lotul B și C. Dar analiza secvențială ne-a arătat că dacă se evidențiază situația dinamic, atunci încă 40 de cazuri au trecut prin gradul III de pensionare, fie înainte de gradul II, fie înainte de „recuperare” (depensionare); sau, în cadrul tentativelor nereușite de depensionare. Această problemă o vom comenta separat într-un studiu consacrat „recuperării” schizofrenilor.

Situația globală prezentată mai sus nu dă o imagine întrutotul exactă a dinamicii capacității de muncă deoarece pe de o parte o serie de elevi, studenți și casnice ajung să se angajeze (rămânând în activitate definitiv sau pentru o perioadă de timp), iar pe de o altă parte se întâl-

nește și eventualitatea în care pacientul întrerupe activitatea fără a se pensiona, trecînd în categoria „casnice și fără ocupație”. O analiză a loturilor noastre din această perspectivă o prezentăm în următoarele imagini (mărimea coloanelor nu este strict proporțională cu cifrele).

Pe baza datelor obținute am calculat evoluția procentuală a celor rămași în activitate pe parcursul bolii, situație pe care o prezentăm în graficul din fig. 1.

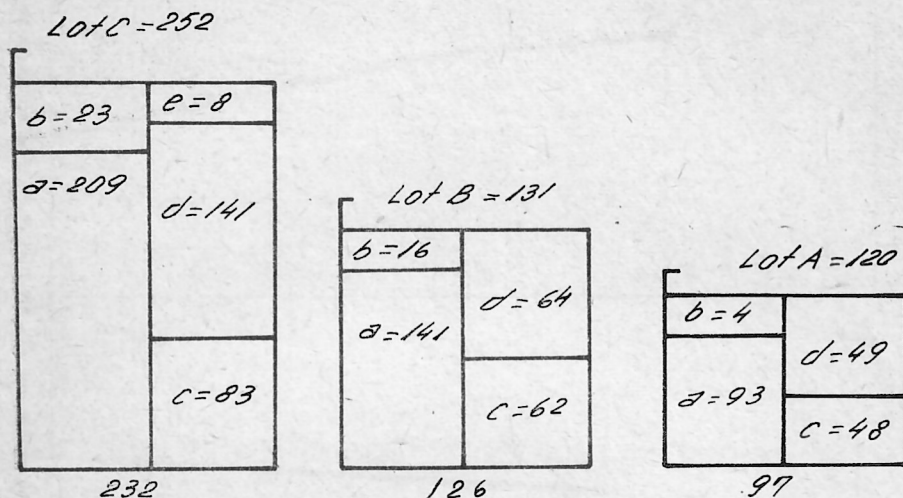


Fig. 1. —  $a$  — în activitate inițial;  $b$  — cazuri care s-au angajat ulterior;  $c$  — în activitate actual;  $d$  — depensionări actual;  $e$  — casnice fără ocupație, derivați din foștii angajați.

Se constată că partea cea mai accentuată a pierderii statutului profesional este în primii 4 ani, ca apoi să scadă treptat.

Ne-a interesat și în ce perioadă de la debutul bolii se petrece predominant deteriorarea capacității de muncă, fapt ce l-am putut analiza pentru grupul pensionarilor. Astfel, am investigat câți din totalul celor pensionați actual erau deja pensionați la 2 și respectiv 5 ani. Rezultatele le prezentăm în graficul din fig. 2.

Se observă că pierderea capacității de muncă este mai accentuată în primii 2 ani, descrește în următorii 3 ani, ca să tindă la aplatizare în următorii.

În afara cazurilor care își pierd de la început sau în scurt timp capacitatea de muncă există și cazuri care și-o păstrează sau și-o cresc. Am studiat și acest aspect al problemei (fig. 3), pornind de la următoarele circumscrieri.

I. Creșterea s.i.p. se poate realiza în sensul creșterii nivelului de școlarizare, a angajării și funcționării după terminarea studiilor, al progresului în calificare și statutul profesional, al exercitării unor funcții profesionale de nivel superior. Creșterea poate fi continuă sau discontinuă (punctată de pensionare). Ea se poate referi atât la cei ce rămân tot timpul în activitate, cât și la elevi, studenți, casnice și la cei „fără ocupație”.

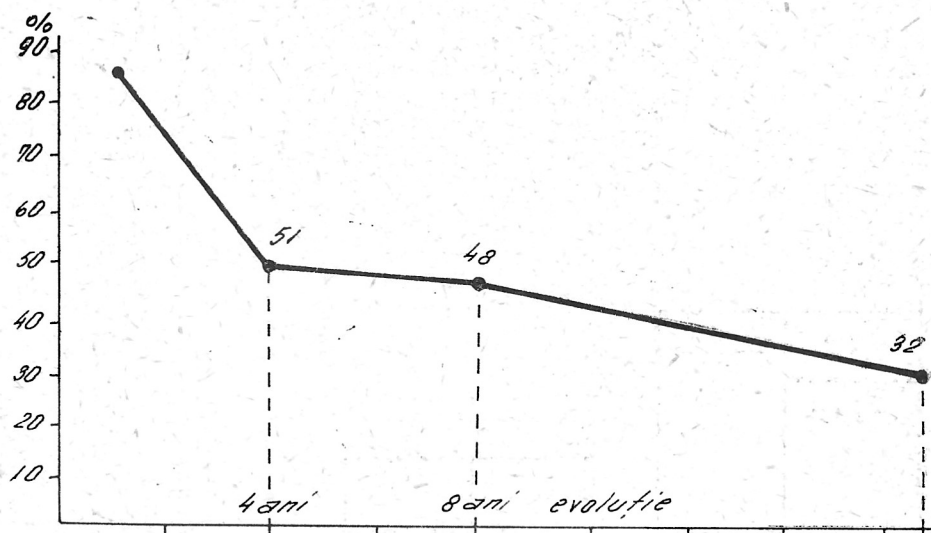


Fig. 2

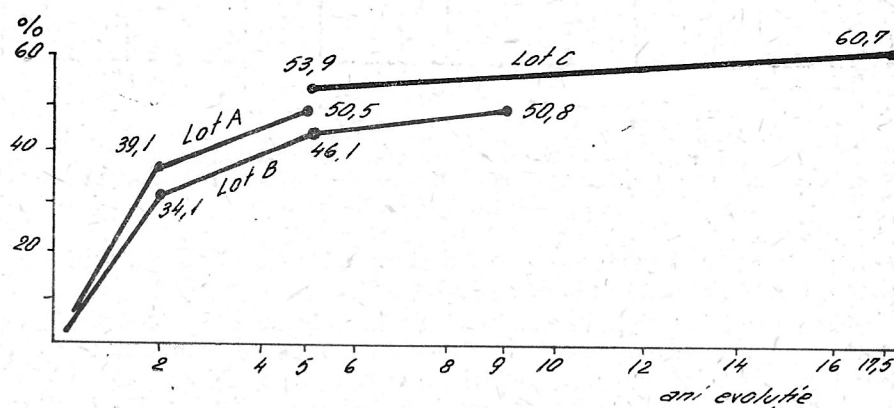


Fig. 3

II. Menținerea s.i.p. la același nivel de activitate sau la unul echivalent. În această grupă am încadrat și studenții ce au întrerupt cursurile, activând cu o calificare postliceală.

III. Scăderea s.i.p. Subiectul poate continua să lucreze, dar la un nivel inferior. De asemenea, el poate ajunge „fără ocupație” socialmente standardizată, preocupându-se mai mult sau mai puțin de activități gospodărești. Cel mai des este vorba de pensionari, gradul III, II și I. Formele grave se internează prelungit în spital.

Diferențierea cazuisticii, din perspectiva menționată mai sus, este de așteptat să varieze în timp. Datele globale privitoare la loturile A, B și C le prezentăm mai jos (o analiză mai detaliată este făcută într-un studiu consacrat recuperării schizofrenilor).

Gradul de interdependență a evoluției statutului instructiv profesional, în sensul ipotezei că el poate crește, stagna sau diminua pe parcursul dezvoltării bolii, a fost verificat prin testul de independență și

Tabelul V

| Lot         | creștere | stagnare | scădere |
|-------------|----------|----------|---------|
| A = 120     | 5        | 63       | 52      |
| B = 131     | 20       | 38       | 73      |
| C = 252     | 10       | 88       | 154     |
| Total = 503 | 35       | 189      | 279     |

asociere. Se obține la testul  $\chi^2$  pentru o tabelă  $3 \times 3$  cu P.L. 4 o valoare de 29,6 deci un  $p > 0,01$ , ceea ce denotă că modificarea statutului instructiv-profesional în sensul acestor 3 direcții este dependent de evoluția bolii și există o asociere între cele două variabile. Analiza tabelului original de corelație evidențiază că ponderea cea mai mare în formarea valorii lui  $\chi^2$  o au grupele ce stagnează sau descreșc profesional. Deci tendința ce o dă evoluția bolii este spre stagnare și descreștere mai curînd decît spre creștere, deși aceasta din urmă nu poate fi nici ea ignorată, de vreme ce înregistrează astfel de cazuri în toate cele 3 grupe.

Ne-a interesat în continuare dacă există o corelație între evoluția profesională și dinamica familială. S-a luat în considerare situația de la debut și cea actuală, în sensul menținerii aceluiași statut material sau al schimbării sale prin căsătorie, divorț sau schimbări multiple. Prezentăm doar cîteva aspecte globale ale acestei probleme, datele analitice făcînd obiectul altui studiu.

Tabelul VI

| Lot         | neschimbat | schimbat |
|-------------|------------|----------|
| A = 120     | 104        | 16       |
| B = 131     | 100        | 31       |
| C = 252     | 164        | 88       |
| Total = 503 | 368        | 135      |

Ipoteza că statutul marital se modifică odată cu evoluția bolii este adevărată ( $\chi^2 = 16,8$   $p > 0,01$ ). Statutul marital apare important schimbat încă din prima perioadă de evoluție (lotul A), lucru evidențiat de contribuția pe care o are în formarea  $\chi^2$ .

În schimb, ipoteza că statutul marital se modifică în paralel cu statutul instructiv-profesional nu apare ca adevărată ( $\chi^2 = 1,3$   $p > 0,1$ ). Aceste rezultate sînt trecute în următorul tabel.

În sfîrșit, s-a urmărit dacă există vreo corelație între tipul de evoluție instructiv-profesională și evoluția clinică, evaluată la data catam-

nezei (pentru ultimele 6 luni de evoluție) prin 4 note, care reiau în mod simplificat evaluările școlii din Bonn (1): 1 = remis; 2 = reziduu necaracteristic; 3 = reziduu caracteristic; 4 = simptomatologie productivă.

Tabelul VII

| modificări<br>s.i.p. | Modificări în statutul marital |          |                       |                    |                    | Total |
|----------------------|--------------------------------|----------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------|
|                      | neschimbat                     | schimbat | necăsătorit/căsătorit | căsătorit/divorțat | schimbări multiple |       |
| crește               | 26                             | 9=       | 8+                    | 1                  |                    | 35    |
| staționar            | 140                            | 49=      | 16+                   | 26+                | 9                  | 189   |
| scade                | 195                            | 84=      | 23+                   | 45+                | 16                 | 279   |
| total                | 361                            | 142=     | 47+                   | 72+                | 25                 | 503   |

Testul  $X^2$  nu arată nici o corelație semnificativă între aceste 2 variabile. Faptul că unele cazuri remise clinic sau cu reziduu necaracteristic au o evoluție stagnantă sau defectivă din punct de vedere profe-

Tabelul VIII

|                       | lot   | număr<br>cazuri | 1  | 2   | 3   | 4  |
|-----------------------|-------|-----------------|----|-----|-----|----|
| Evoluție favorabilă   | A ~   | 5               | 2  | 1   | 2   |    |
|                       | B     | 20              | 3  | 10  | 4   | 3  |
|                       | C     | 10              | 2  | 5   | 3   |    |
|                       | Total | 35              | 7  | 16  | 9   | 3  |
| Evoluție stagnantă    | A     | 63              | 7  | 31  | 21  | 4  |
|                       | B     | 38              | 5  | 24  | 6   | 3  |
|                       | C     | 88              | 8  | 33  | 37  | 10 |
|                       | Total | 189             | 20 | 88  | 64  | 17 |
| Evoluție nefavorabilă | A     | 52              | 3  | 28  | 19  | 2  |
|                       | B     | 73              | 6  | 33  | 14  | 20 |
|                       | C     | 154             | 4  | 45  | 74  | 31 |
|                       | Total | 279             | 13 | 106 | 107 | 53 |

sional, pe când cazuri cu importantă suferință psihică continuă să se mențină în activitate ridică problema existenței unor factori extramala-divi care să explice existența acestei situații. Pentru obținerea unei imagini mai semnificative este necesar însă să se coreleze evoluția statutului instructiv-profesional cu ansamblul datelor ce exprimă evoluția bolii, incluzând recăderile și starea defectivă dintre acestea. În ceea ce

privește tratamentul menționăm, la acest nivel, o corelație pozitivă între evoluția i.p. bună și stagnantă și tratamentul de întreținere corect urmat. Toate aceste probleme se cer însă analizate separat, detaliat.

#### COMENTARII ȘI CONCLUZII

Tendința evolutivă a schizofreniei este spre o deteriorare a capacităților profesionale. Există o dinamică în timp a acestui proces în sensul că cea mai accentuată pierdere a statutului profesional se petrece în primii 4 ani. Pentru cei ce ajung la pensionare, procentual aceasta se realizează cel mai frecvent în primii 2 ani, descrește în următorii 3 ani și tinde apoi să se aplatizeze. Aceste date sugerează că primii 4 ani de la debut pot fi considerați ca fiind înalt productivi pentru evoluția socio-profesională a schizofreniei. Pensionarea de gradul III se întâlnește rar, mai ales ca mod de tranziție.

În schizofrenie este posibilă și o creștere a statutului i.p. care să se mențină în timp. Totuși, tendința generală a bolii continuă să apară ca fiind orientată spre stagnare și deteriorare. Modificările care se petrec în statutul familial nu se corelează direct cu cele ale statutului profesional, deși ele sînt paralele cu cursul bolii. De asemenea nu există o corelație semnificativă cu tabloul clinic din ultimele 6 luni. Se sugerează intervenția unor factori extramaladivi în evoluția statutului i.p. Datele obținute sugerează că evoluția i.p. depinde parțial de natura bolii, parțial de factori extramaladivi, parțial de tratamentul psihiatric și „management“.

În ansamblu, rezultatele cercetării permit un optimism relativ în ceea ce privește evoluția i.p. a schizofrenilor și invită la analiza factorilor extramaladivi, care o condiționează.

#### BIBLIOGRAFIE

1. BLEULER M. — Die schizophrenen Geistesstörungen, Georg Thieme, Stuttgart, 1972.
2. HUBER G., GROSS G., SCHÜTTLER R. — Schizophrenie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1979.
3. BERNER P. — Evaluation et pronostic des schizophrénies, *Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie*, 37265.
4. STRAUSS J. S., CARPENTER W. T. — The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept, *Schizophrenia Bull.*, 1978, 4, 56—57.
5. BLAND R. C., PARKER J. H., DON H. — Prognosis in schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiat.*, 1978, 35, 72—77.
6. VAUGHN C. E., LEFT J. P. — The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness, *Brit. J. Psychiat.*, 1976, 129, 115—137.
7. LEFT C. E., VAUGHN J. P. — The interaction of Life Events and Relatives Expressed Emotion in Schizophrenia and Depressive Neurosis, *Brit. J. Psychiat.*, 1980, 136, 146—153.
8. STRAUSS J. S., CARPENTER W. T. — The Prognosis of schizophrenia, in Disorders of the Schizophrenic Syndrome (sub red. Bellak L.), Basic Books, New York, 1979.
9. LĂZĂRESCU M., VRAȘTI R. — Evoluția din primii ani de debut, criteriu de prognostic în schizofrenie?, *Neurol. Psihiat. Neurochir.*, 1985, XXX, 1, 57—63.
10. MIRONȚOV-TUCULESCU V. — Dinamica succesiunii sindroamelor psihopatologice în funcție de tipurile de evoluție a schizofreniei. Teză de doctorat, I.M.F. București, 1974.
11. \* \* \* — Clasificarea Internațională a Bolilor, București, 1978, p. 216—220.
12. PICHOT P. — Situation du diagnostic et de la classification dans les années 1980, *Act. Psychiat. Belg.*, 1983, 103, 113—135.

13. \*\*\* — American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders (Third Edition), DSN — III, 1980, American Psychiatric Association.
14. SNEJNEWSKI A. W. (red.) — Schizophrenia, Georg Thieme, Leipzig, 1977.
15. WING J. K., BROWN G. W. — Institutionalism and schizophrenia, Londra, Cambridge Unccpress, 1970.
16. WING J. K. — The management of schizophrenia in the comunity, in Psychiatric Medicine, Ed. Usdin, New York, Brunner Mazel, 1977.
17. LAZĂRESCU M. — Studiu asupra epidemiologiei schizofreniei în județul Timiș, 1984 (lucrare în curs de apariție).

Articol intrat în redacție în 24.V.1985.

Indicele de clasificare : 616.895.8—036.868 : 614.212

## S U M M A R Y

*M. Lăzărescu, Monica Ienciu, Doina Schrepler, Rorica Peleneagră, Olimpia Tirziu, M. Nuță, R. Vraști, Ioana Dincă* — A STUDY ON THE INSTRUCTIVE-OCUPATIONAL EVOLUTION OF SCHIZOPHRENIACS

The authors have explored the instructive-occupational development in 503 patients with schizophrenia followed-up in the Mental Health Centre from Timișoara. In all the onset of the disease occurred before 1981. In order to assess the significance of the data obtained in this group, which included patients that were classified in codes ranging from 295.0 to 295.4, and, with certain considerations, also in the code 295.7, additional studies were performed, involving the cooperation of patients with schizophrenia with the specialized medical departments all over the country between 1979 and 1983. Good cooperation was noted in approximately 60% of all patients. We consider this group to be significant but it should be noted that a negative correction is necessary, because those patients that did not cooperate had a more severe evolution. It was noted that there is a certain deterioration of the instructive and occupational abilities of these patients with time, especially in the first two years of the evolution of their disease. This tends to slow down in the following three years and there is a stagnation after that. Retirement for health reasons is rarely necessary, and it is possible to increase the instructive and occupational competence, temporarily or for longer periods of time. The evolution of the occupational status is not significantly related to that of the family status, neither to the clinical picture.

## R E Z I U M E

*M. Lăzărescu, Monica Ienciu, Doina Schrepler, Rorica Peleneagră, Olimpia Tirziu, M. Nuță, R. Vraști, Ioana Dincă* — ИССЛЕДОВАНИЕ ИНСТРУКТИВНО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭВОЛЮЦИИ СКИЗОФРЕНИК

Исследовалась эволюция инструктивно-профессиональная на 5.3 скизофреник гиспансеризованы в Лаборатории Умственного Здоровья (Л. У.З) Тимишоара, с дебютом перед 1981. Исследовались все случая учета зачислены в кодах 295.0, 295.1, 295.2, 295.3, 295.4 и с некоторыми уточнениями 295.7. Для оценке значения партии осуществилось дополнительное исследование, исследуя сотрудничество с психиатрическими службами всех скизофреников области с дебютом в 1979—1983, сделав вывод что хорошее сотрудничество получается для приблизительно 6. % из случая. Считаю нашу партию выразительную а с необходимостью отрицательной коррекции, потому что несоотрудники имеют более плохую эволюцию. Результаты указывают что существует повреждение вовремя инструктивно-профессиональных способностей, более усиленная (процентуально) в первые два года, с понижением в следующие 3 года и с последующую тенденцию апластизации. Выведение на пенсию III степени очень редкая, как переходная форма. Возможное содержание или же рост, временной или продолжительный, инструктивно профессионального уровня. Эволюция профессионального статута не коррелируется выразительно с эволюцией семейного статута и с конечной клинической картиной.