

STUDIU ASUPRA INCAPACITĂȚII DE MUNCĂ A BOLNAVILOR SCHIZOFRENI

M. LAZĂRESCU, MONICA IENCIU, IOANA RĂDUCU, CAROLINA IZVERNARU,
MIOARA RADCOV, FLOARE LINU.

(Clinica Psihiatrică Timișoara)

Au fost studiate comparativ 3 loturi de schizofreni : un lot de 108 cazuri care au fost pensionați pentru prima dată în Timișoara între 1980—1984 ; un lot de 57 cazuri ce se mențin în activitate la peste 5 ani de la debut ; un lot de 50 cazuri care după ce și-au pierdut capacitatea de muncă nu au mai putut-o recupera în următorii 5 ani. Pentru comparație a mai fost utilizat un lot de 337 schizofreni, reprezentând cazurile noi de schizofrenie din județul Timiș în perioada 1979—1984. Se constată că în primii 2 ani de evoluție a bolii ajung să se pensioneze 40% din cazuri iar în primii 5 ani 60%. Cazurile ce ajung la pensionare au o vîrstă de debut mai ridicată, o calificare profesională mai redusă, un procent mai mare de căsătorii și o colaborare mai dificilă cu serviciile medico-psihiatrice. Se pot menține în activitate prelungită și schizofreni cu defect clinic structural sau caracteristic (38%).

Cuvinte cheie : — schizofrenie
— capacitate de muncă
— epidemiologie

Problema capacității de muncă a bolnavilor schizofreni are o mare importanță practică, deoarece boala debutează la vîrstele tinere, nu afectează semnificativ mortalitatea, determinînd în schimb la un mare număr de cazuri un defect prelungit în ceea ce privește capacitatea de a menține relații sociale și de a se manifesta profesional productiv. Cercetările moderne indică o mare variabilitate în ceea ce privește capacitatea de muncă pe termen scurt, mediu și lung, fără a exista însă pînă în prezent concluzii relativ clare (1, 2, 3, 4).

Studiile pe care le-am întreprins în prealabil ne-au sugerat că modificarea capacității de muncă se decide în primii 2—5 ani de la debut și că recuperarea profesională a acestor cazuri este posibilă într-un procent de sub 20%. Ergoterapia ambulatorie ne-a apărut ca un mijloc important de reabilitare socio-profesională (5, 6, 7, 8).

Prezentul studiu a fost întreprins pentru a încerca să confirmăm aceste observații și pentru a obține date privitoare la factorii de prognostic în ceea ce privește capacitatea de muncă a schizofrenilor.

Metodologie și cazuistică. Am evidențiat pe fișe individuale și pe tabele — prelucrînd apoi — date demografice și privitoare la evoluția bolii în corelație cu evoluția capacității de muncă pentru 3 loturi de schizofreni din Timișoara (aproximativ 300 000 locuitori) capitala județului Timiș (aproximativ 700 000 locuitori) :

Lotul A = 108 cazuri noi de pensionare cu diagnostic de schizofrenie în perioada 1980—1984 (lotul reprezintă aproximativ 70% din totalul cazurilor de schizofreni din Timișoara pensionați în această perioadă, randomizate aleator, după posibilitatea de a obține date suficiente).

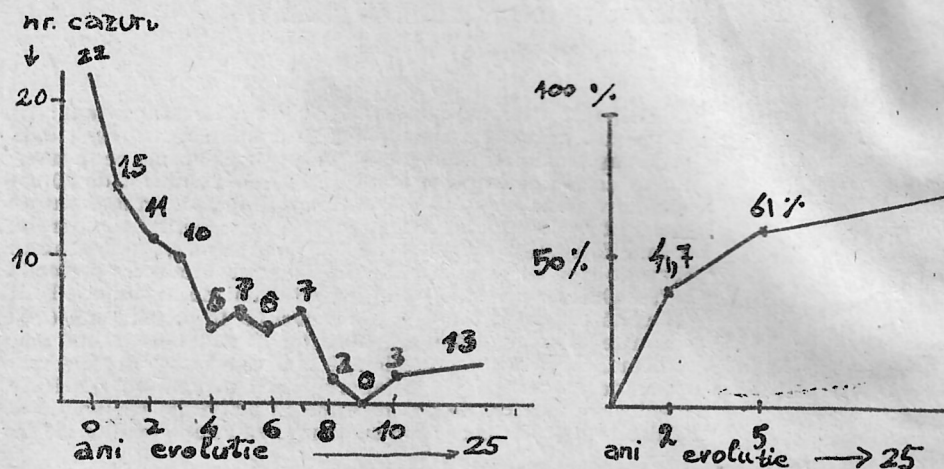
Lotul B = 57 cazuri de bolnavi schizofreni care se mențin în activitate la peste 5 ani de la debutul bolii (= prima internare) fără a-și fi întrerupt activitatea, adică fără pensionare.

Lotul C = 59 cazuri de bolnavi schizofreni care după ce și-au pierdut capacitatea de muncă nu au putut să și-o mai recâștige parțial sau total cel puțin 5 ani, nefiind totuși internați cronici. Deci aceste cazuri nu au putut beneficia de recuperare parțială sau totală.

Aceste loturi au fost comparate cu

Lotul D = 337 bolnavi care reprezintă totalitatea cazurilor noi de schizofrenie debutate în județul Timiș în perioada 1979—1984. Acest lot „epidemiologic” ne-a servit ca termen de comparație pentru unele particularități demografice ale schizofreniei din zonă (9).

Rezultate. Date comparative privitor la cele 4 loturi sînt prezentate în tabelul nr. I. Înainte de a comenta aceste rezultate precizăm că, pentru lotul A am studiat intervalul de timp care s-a scurs de la debutul bolii (= prima internare) pînă la pensionare. Rezultatele sînt prezentate în Graficul I.



Se constată că în primii ani de evoluție se pensionează 41,7% din totalul cazurilor iar în primii 5 ani 61%. Aceste date confirmă cercetările noastre anterioare cînd am găsit o rată similară a pensionărilor într-un studiu retrospectiv asupra 503 schizofreni analizați pe o perioadă evolutivă de peste 30 ani. Rezultă că în primii 2 ani de la debut rata de pensionare (din totalul final) este de aproximativ 20%/an, în ultimii 3 ani de 6,6%/an și ulterior doar de 1,6%/an. Acest fapt subliniază importanța prognostică a bilanțului efectuat la 2 și respectiv 5 ani în perspectiva capacității de muncă. De aceea ne-am și fixat drept criteriu pentru loturile B și C un timp minim de 5 ani de la debut; de fapt, el este de peste 10 ani, fapt ce crește considerabil semnificația acestor loturi.

Din datele tabelului I rezultă un număr crescut de femei în toate loturile față de cel „epidemiologic” ($D = 42,7\%$). Se poate remarca ponderea și mai crescută a femeilor în lotul cu pensionare prelungită și eșec al depensionării ($C = 66\%$), în raport cu loturile A și B (respectiv 58,5% și 69,6%). Ar putea intra în discuție solicitarea de activitate crescută a femeilor prin sarcini gospodărești fapt ce ar determina ca odată pensionate, depensionarea să fie mai dificilă.

În ceea ce privește vîrsta medie de debut, constatăm că, în comparație cu lotul D, ea este mai scăzută la cei ce se mențin în activitate, mai crescută la cei ce se pensionează și, și mai crescută la cei ce rămîn pensionari cronici. Deci, contrar opiniei curente, vîrsta tînăra a debutului nu prognosticează o evoluție profesională nefavorabilă.

În ceea ce privește profesia avută la debutul bolii din loturile A, B și C lipsește categoria „casnică sau fără ocupație” datorită însăși criteriilor de randomizare. Calificarea superioară este în medie aceeași la toate loturile, în jur de 13%. Totuși, dacă în grupul B se iau în considerare și cei care la debut erau studenți și care, cel puțin parțial au ajuns la o calificare superioară, atunci procentul acestei categorii apare

Tabelul I

Lot	A	B	C	D
Nr. cazuri b/f	108 45/63	57 23/24	50 17/33	337 108/144
Vîrsta medie la debut	27,4	24,5	20	26,1
Situația profesională la debut				
Calificare • superioară	16	7	7	41
• medie	46	35	28	193
• redusă	46	5	15	56
• elev/student		10		35
• casnică				32
Situația maritală la debut				
• necăsătorit	51	41	14	197
• căsătorit	53	15	20	134
• divorțat (văduv)	4	1	2	6
Situația maritală actuală				
• neschimbată	87	37	38	
• necăsătorit/căsătorit	5	5	4	
• căsătorit/divorțat	6	3	8	
Durata medie de catamneză de la debutul bolii (în ani)	9,8	10,9	14,8	
Durata medie de la debut la pensionare (în ani)	4,3		2,1	

mai crescut în lotul celor ce se mențin mult timp în activitate. Pe de altă parte, procentul celor cu calificare inferioară este, atât în lotul A cît și în C (deci la cei ce și pierd capacitatea de muncă) proporțional mai crescut față de lotul epidemiologic. Din aceste date rezultă că o calificare profesională ridicată (sau dotarea inițială pentru a o obține) ar fi un factor de prognostic favorabil în privința menținerii capacității de muncă. Iar o calificare redusă, un factor nefavorabil.

În ceea ce privește statutul marital la debut procentul cel mai mare de necăsătorii se întâlnește la grupul B, cel cu bună evoluție. Faptul poate fi doar parțial explicat prin vîrsta mai tină a debutului. Poate intra în discuție și proporția crescută a celor ce se află în perioada de studiu. Oricum, statutul de necăsătorit la debut nu este un factor negativ de prognostic în perspectiva capacității de muncă.

Schimbările în statutul marital se petrec în toate grupele, raportul dintre divorțuri și căsătorii fiind mai mare în grupul pensionaților (A, C) decît în cel al celor activi (B).

Mai constatăm că, durata medie scursă de la debut la pensionare este foarte mică în grupul pensionarilor cronici (C), de numai 2,1 ani. Rezultă că, șansa recuperării crește, cu cît crește această perioadă.

Alte date comparative privitoare la evoluția clinică și tratament sînt prezentate în tabelul II.

Tabelul II

Lot	A	B	C
Număr cazuri	108	57	50
Perioada de debut — pensionare evolue în ani debut — prezent	4,2	10,9	2,1
Număr mediu de internări/bolnav	1,8	3,7	2
Număr mediu internări/bolnav/an	0,37	0,33	0,95
Tratament • continuu	68	32	22
• intermitent	10	18	10
• sporadic sau deloc	20	7	18

Se constată că rata recăderilor (= reinternărilor) după primul episod este doar ușor crescută la lotul A față de B (dar, timpul de urmărire este la lotul B mult mai mare și tocmai în această perioadă e posibil ca el să crească și la lotul A). În schimb la lotul C se constată un număr mult mai mare de reinternări/an până la pensionare. Este evident că, aceste cazuri evoluează clinic de la început nefavorabil. Internările prelungite în primii 2 ani de la debut ar putea fi un indice nefavorabil în ceea ce privește prognosticul capacității de muncă.

Colaborarea cu serviciile medicale și urmarea tratamentului este destul de bună în toate loturile. Totuși, dacă se ia în considerare ansamblul celor ce urmează tratament continuu și intermitent situația cea mai bună o întâlnim în lotul nepensionarilor (lotul B = 50 cazuri = 87,7%) față de cei pensionari (lotul A = 78 cazuri = 72,2%) și a celor pensionari cronici (lotul C = 32 cazuri = 64%). Trebuie menționat că, în lotul C au fost evidențiate doar acele cazuri care se mențin în dispensarizare; numărul celor care nu colaborează cu serviciile de psihiatrie având din acest motiv internări frecvente și prelungite este mult mai mare.

În sfârșit pentru cazurile aflate în activitate (lotul B) la data evaluării se constată o remisiune completă la 15 bolnavi și defect necaracteristic energetic la 16 bolnavi. Restul de 19 cazuri (38%) prezintă defect structural sau caracteristic. Deci, prezența unei stări de defect clinic nu împiedică menținerea în activitate.

Concluzii. Pensionarea se realizează cel mai frecvent în primii 2 ani de la debut, bilanțul la 5 ani fiind semnificativ. Ulterior rata anuală de pensionare (din total) ajunge să fie de 1,6% pe an față de 20% în primii 2 ani.

Cazurile care ajung la incapacitate de muncă au o vîrstă de debut mai ridicată, o calificare profesională la debut mai redusă și un procent mai mare de căsătorii. Numărul mediu de reinternări/an/pacient este mai mare iar colaborarea cu serviciile medicale și tratamentul de întreținere e mai deficitar. Cazurile ce se mențin mult timp în activitate debutează la vîrste mai tinere, au calificare superioară predominînd necăsătorii, între aceștia, la 38% e prezent un defect structural sau caracteristic. Cazurile care ajung la pensionare cronică au la debut o vîrstă mai ridicată, au de la început o evoluție clinică nefavorabilă, cu internări lungi și prelungite în primii 2 ani, cînd se decide de altfel și pensionarea. Datele obținute ar permite ca la 2 ani de la debut să se poată face un prognostic destul de întemeiat al evoluției capacității de muncă a schizofrenilor.

STUDY OF THE INCAPACITY FOR WORK IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SUMMARY :

Three sets of schizophrenics have been studied comparatively: a set of 108 cases who retired for the first time in Timișoara between 1980—1984; a set of 57 cases who have continued to work for 5 years from onset of the disease; a set of 57 cases who after having lost their capacity for work could not recover within 5 years. For comparison a set of 337 schizophrenics was used, the patients represen-

ting the new cases of schizophrenia in the Timiș county between 1978—1984. It has been established that 40% of the cases retired in the first 2 years from the onset of the disease, and 60% in the first 5 years. The cases who retired have a higher age of onset and a more reduced profesional qualification. They represent a higher percentage of being married, cooperate with greater difficulty with the medical-psychiatric services. Schizophrenics with a structural or characteristic clinical defect can be maintained in a prolonged activity.

BIBLIOGRAFIE

1. Huber G., Gross G., Schütter R.: Schizophrenie, Ed. Springer, 1979.
2. Aché K. A., Lönnquist J., Pirtola O., Niskanen P.: Verlang und 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, Pàtron, Bologna, 1984, pg. 36—64.
4. Sartorius M.: Schizophrénie — résultats des recherches épidémiologiques et trans-culturelles, EMC, 37275, A 10 1982, vol. II.
5. Lăzărescu M. și colab.: Studiu asupra evoluției instructiv profesionale a schizofrenilor, Rev. Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, nr. 2, 1986, pg. 129—138.
6. Lăzărescu M., Vraști R.: „Evoluția în primii ani de la debut, criteriu de prognostic în schizofrenie?“, Rev. Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, nr. 1, 1985, pg. 57—62.
7. Lăzărescu M. și colab.: „Recuperarea socio-profesională a bolnavilor schizofrenici“ Timișoara Medicală, nr. 1, 1986, pg. 49—54.
8. Lăzărescu M. și colab.: „Recuperarea socio-profesională a bolnavilor psihici prin ergoterapie“, Rev. Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, nr. 3, 1983, pg. 217—224.
9. Lăzărescu M. și colab.: „Studiu asupra epidemiologiei schizofrenilor în județul Timiș“, Timișoara Medicală, nr. 3, 1985, pg. 48—52.

RECENZIE

MIGRAREA INTRAVASCULARĂ DE FRAGMENTE PRIN CATETERISMELE VENOASE CENTRALE

O. MATIE, G. LEVERGER, M. C.
DOUARD, F. MOUREY.

Presse Med. 1986, 15, pp. 1270—1272.

Embolia prin cateter este una din complicațiile rare dar grave ale cateterismului venos central, cu o frecvență estimată la 0,1%. Trei observații clinice ale autorilor acestui articol au permis să se analizeze circumstanțele de producere ale acestei complicații, care sînt mijloacele preventive și rezolvarea chirurgicală.

Embolia prin cateter constituie un risc vital prin tulburările de ritm pe care le poate induce în scurt timp și prin complicațiile infecțioase, traumatiche, trombotice.

Rezolvarea acestei complicații era de competență chirurgicală, necesitînd toracotomie și extragerea fragmentului din vena cavă superioară sau din atrul drept, intervenție traumatizată și risantă.

Autorii acestui articol propun o metodă pusă la punct grație radiologiei vasculare, care a dat rezultate bune. Fragmentul de cateter este localizat radiologic, iar cu ajutorul unei sonde flexibile sistem „lasou“ (un fir îndoit, introdus în lumenul sondei) sub control radiologic se pătrunde în trunchiul venos sau în cavitățile cardiace și se acroșează fragmentul de cateter, manevrînd capetele firului din afară.

Această tehnică cere oarecare îndeminare și răbdare dar reușita recompensează eforturile, comparativ cu intervenția chirurgicală traumatizantă.

Autorii care propun această tehnică au reușit extragerea unor fragmente de cateter în cele trei cazuri.

Dr. Gașpar Marian