

REGISTRU DE CAZURI PENTRU PSIHOZE TIMIȘOARA ÎN **EXPLOATĂRI ȘTIINȚIFICE**

Prof.Dr.Mircea Lăzărescu, Conf.Dr.Monica Ienciu, Jenica Blajovan,
Dr.Codruța Suflea, Dr.Marinela Hurmuz
Clinica Psihiatrică “Eduard Pamfil” Timișoara
Timisoara, 2013

Registrul de cazuri pentru psihoze Timișoara (RCP Tim) a luat ființă în anul 1985 pentru studierea prospectivă a tipologiei și evoluției clinico sociale a cazurilor cu psihoză funcțională. Între anii 1985-2004 au fost înregistrate 1602 cazuri, constituindu-se astfel RCP Tm. Intenția nu a fost una statistică, ci de a studia destinul persoanelor cu psihoză, remisiunile și recăderile, constanța și metamorfoza tabloului clinic, corelația tulburărilor cu destinul social, familial, profesional și cu antecedentele psihologice, implicațiile terapeutice și ale suportului social.

Un astfel de proiect are rost doar dacă cazurile pot fi urmărite longitudinal prin dispensarizare. În Timișoara au existat condițiile organizaționale și relațiile interpersonal afective între psihiatri, care au permis un astfel de program. A fost și este deci vorba de o cercetare naturalistă bazată pe formarea și informarea profesională competentă a profesioniștilor și pe colaborarea între aceștia. Rezultatele ce pot fi analizate în prezent sunt cele ale unei activități colective a echipei de psihiatri locali (a se vedea Anexa 1).

Motivarea științifică a începutului RCPs Tim a fost dificultatea de a stabili un diagnostic de tulburare cu ocazia unui prim episod psihotic. Astfel, încercarea de a stabili o incidență a apariției a schizofreniei în Timișoara la începutul anilor 80 (a numărului de cazuri noi debutate anual) a fost

parazitată de observația că după 2-5 ani de la înregistrare, cazurile se definesc ca încadrare diagnostică altfel decât la prima internare.

Atât patologia schizoafectivă cât și cea a psihozelor scurte sau acute, a tulburărilor dispoziționale cu și fără aspecte psihotice, au ridicat această problemă epidemiologică. De ceea s-a decis ca pentru cazurile incluse în RCPs să se stabilească retrospectiv ca un bilanț pe 5 ani a diagnosticului ca bază a incidenței reale a patologiei psihotice. Termenul de 5 ani a fost sugerat atât de literatura privitoare la evoluția psihozelor cât și de organizarea și funcționarea RCPs existent la acea dată.

S-a definit astfel un proiect de cercetare privitor la stabilitatea diagnostică longitudinală a psihozelor (Proiectul de studiere a Tipologiei și Evoluției Psihuzelor Timișoara PTEPT) pentru care era nevoie de o cazuistică mai amplă. Faptul a condus la înregistrarea cumulativă a 50-100 cazuri anual între 1985-2004. Aspectul organizatoric al RCPs (vezi Anexa 1)s-a bazat pe experiența europeană a registrelor de cazuri (Mannheim, Gröninger) și s-a făcut sub supervizarea Prof. Wing ce a inițiat și condus celebrul RC Camberwell Londra. Eforturile de organizare și costurile unui RC psihiatric în general erau ridicate. De aceea ne-am rezumat la psihozele endogene, domeniu care, de fapt, a constituit și interesul nsortu. Obiectivul nu a fost epidemiologic, motiv pentru care s-a renunțat la exigența de a înregistra toate cazurile noi de psihoză apărute anual în Timișoara sau Timiș. Anual s-au înregistrat 50-100 cazuri noi, de debut de psihoză pe baza documentației diagnostice din Clinica Psihiatrică. Evidențele au rămas cele obișnuite ale Clinicii RCPs Tim fiind unul vizual, evitând astfel probleme juridice cu care s-au confruntat ulterior RC psihiatrice speciale din Europa.

Echipa de coordonare a PTEPT a rămas în principiu aceeași din 1985 până în prezent. Medicii care au formulat și formulează diagnosticul în Clinică

sunt parțial implicați în urmărirea cazurilor în ambulator. Clinica Psihiatrică fiind centru didactic academic de formare a rezidenților, model de diagnostic și evaluare ce a fost asimilat în Clinică, a fost ulterior aplicat de cei ce au devenit specialiști în ambulatorul Timișorii sau lucrează în spitale de psihiatrie din zonă (Jebel, Gătaia, etc.). Există astfel în principiu, un consens diagnostic credibil. În plus, cazurile ce recad se reinternează în Clinică, CSM și spitalele mai sus menționate. Nu în ultimul rând se cere menționată relația de colegialitate, dialog și colaborare dintre specialiștii locali, fapt ce a permis și permite echipei de coordonare și prelucrare a datelor să-și completeze constant informațiile apelând la colegi.

Aspectele semiologice și nosologice ale RCPs s-au bazat pe asimilarea și aplicarea parametrilor de diagnostic cultivați internaționali de OMS: ICD9 și ICD10. Ca listă de simptome s-au folosit definițiile instrumentelor OMS (ce au fost traduse în limba română) – Present State Examination (PSE-9) și SCAN-OMS (care include PSE-10). Pentru evaluarea socială s-a folosit DAS, simboluri și cunatificări de ordin general.

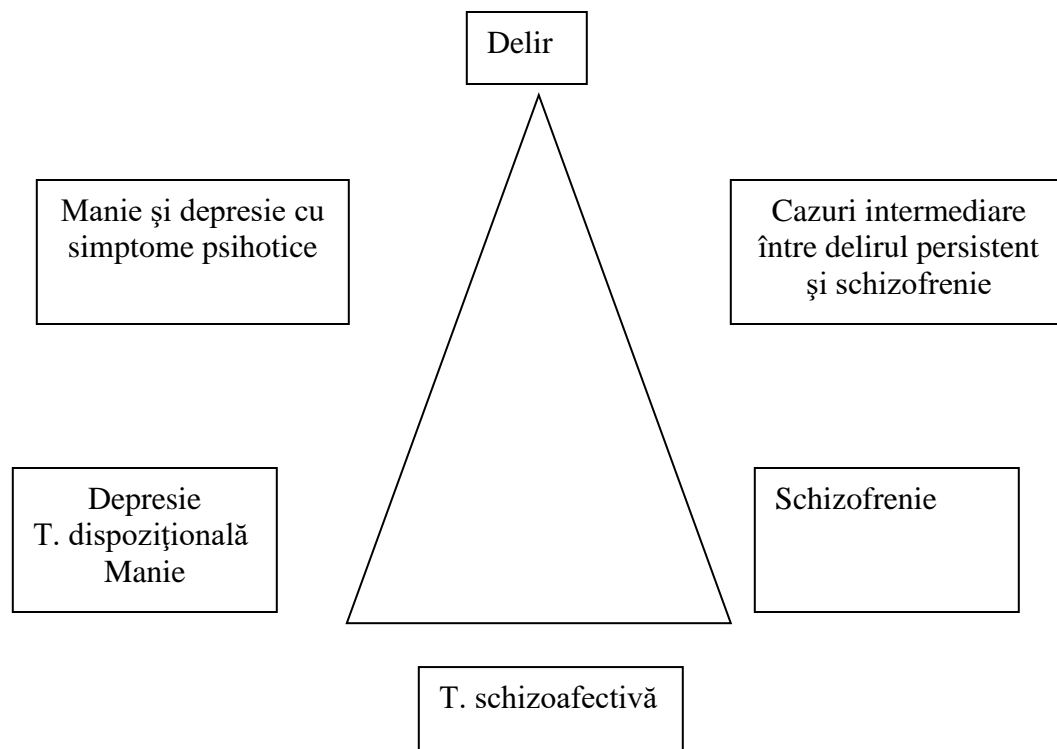
Aspectele doctrinare de psihopatologie clinică au pus de la început accent pe două aspecte:

1. Distincția între episod (Ep) și tulburare (Tb). Deși ICD-9, 10 și DSM IVTR nu au exprimat explicit această distincție, ea era necesară proiectului deoarece el era motivat tocmai de interesul pentru eventualitate unei evoluții atipice, cu metamorfoze diagnostice și apariția de episoade diferite în cadrul aceleiași tulburări. De exemplu, apariția unui episod schizoafectiv după 5 ani de evoluție standard a unei schizofrenii sau tulburări bipolare. Sau, apariția unui episod maniacal sau depresiv fără simptome psihotice, după o evoluție de mai mulți ani ca episoade de psihoză scurtă tranzitorie, psihoză delirantă persistentă sau delir schizofren.

Existența instabilității diagnostice la o serie de cazuri, a condus la ideea că în cadrul analizelor retrospective să se selecteze eșantioane cu diagnostic de Tb stabil în ultimii 5 ani, indiferent de diagnosticul de debut.

În acest sens ne-a interesat nu doar diagnosticul de debut (cel din primul an de evoluție) și cel actual (la data bilanțului) ci și diagnosticele intermediare. Bilanțurile la 5-10-15-20 ani de la primul Ep le-am considerat deosebit de utile.

2. Al doilea aspect doctrinar de psihopatologie clinică a fost înțelegerea schizofreniei ca nereductibilă la delirul halucinator tendință ce s-a afirmat în DSM III-V. Opțiunea pentru accentul pe schizofrenia înțeleasă în sensul lui Bleuler (de dezorganizare și deficit autist, însoțită de o formă specială de delir impersonal, bizar cu invazia intimității) a fost confirmată de evoluția recentă a studiilor de psihopatologie clinică europeană. Această opțiune găsește o poziție bine definită pentru tulburările delirante persistente și pentru prezența acestei simptomatologii în combinația cu mania și depresia, distinctă de Ep schizoafectiv (sxaf). Aastă opțiune doctrinară poate fi rezumată în următoarea schemă:



Orientarea în psihopatologia clinică conduce la reținerea următoarelor tipuri de Ep menționate în ICD10.

Ep schizofren: sx-/sx/sxdez

Ep maniacal cu sau fără simptome psihotice

Ep depresiv cu sau fără simptome

Ep schizoafectiv de model depresiv sau maniacal

Ep delirant persistent

Ep psihotic acut (cu sau fără simptome sx)

Altele.

Fiecare din tipurile de Ep psihotice au desigur diverse forme clinice. Episoadele psihopatologice se combină frecvent cu alte sindroame ce se cer specificate așa cum ar fi: anxietate, iritabilitate, ostilitate, ideație suicidară etc. Scala PANSS este utilă în acest sens. De asemenea pot fi prezente comorbidități ca de exemplu patologia obsesiv compulsivă, addictiv etanolică ș.a.m.d. Toate acestea definesc caracteristicile unui Ep, împreună cu intensitatea, durata și modul de intalare.

În ceea ce privește diagnosticul de Tulburare (Tb) important pentru bilanțuri – și deci pentru analiza periodică a cauzisticii – s-a convenit că el se va face la intervale succesive de timp 5-10-15-20 de ani; și se va avea în vedere diagnosticul de tulburare care s-a stabilizat în ultimii 5 ani. O astfel de rigoare delimitează cauzistica pe loturi preselectate. Această deficiență poate fi compensată de interesul pe care îl reprezintă datele evidențiate prin astfel de

evoluții. Pe de altă parte nu sunt prin nimic excluse și selecționarea de loturi care să nu țină seama de aceste exigențe.

În principiu tipurile de tulburare ce se oferă mai bine analizei, fie că e vorba de cazuri fără modificări longitudinale, fie că e vorba de cazuri care au avut astfel de schimbări sunt următoarele:

Tb schizofrenă

Tb bipolară

Tb depresivă

Tb schizoafectivă (bipolară, mixtă, depresivă)

Tb delirantă persistentă

Tb cu episoade psihotice scurte, recurente.

În cazul în care Ep prezintă particularități în perspectivă sincronă și longitudinală, ele pot fi menționate dacă sunt argumente ca respectivul caz să poată fi plasat într-o anumită clasă.

Manifestările subclinice sau nepregnante a unor simptome din altă categorie, care de obicei sugerează intersectarea între două spectre maladive, pot fi menționate ca forme speciale a unei cazuistici.

Această diferențiere între episod și tulburare și menționarea formelor tipologice, permit selecționarea unei cazuistici relativ omogene, sau cu anumite particularități care pot răspunde exigențelor de cercetare mai bine decât cazurile randomizate aleator.

Deoarece în RC sunt prezente în permanență toate cazurile ce au fost selectate la introducerea lor electronică esențială, și deoarece ele pot fi urmărite longitudinal prin Ep succesive, se pot evidenția cazurile „impure” în perspectiva apartenenței la o Tb, în perspectiva longitudinală. De exemplu un caz care timp de 5 ani a evoluat cu diagnostic clar de schizofrenie, poate

începe să prezinte Ep schizomaniacale și apoi Ep maniacale pure. Sau cazuri de Tb bipolare care în primii ani de evoluție au avut doar Ep de t. Psihotică scurtă sau t. delirantă persistentă. Astfel de cazuri sunt cunoscute și mereu semnalate în literatură dar nu există studii sistematice pe loturi omogene de astfel de cazuri, fapt pe care RC îl permite.

Lotul B s-a constituit pornind de la interesul stârnit de rezultatele analizelor longitudinale, care au arătat moduri variate de evoluție clinică și socială a persoanelor diagnosticate cu Ep de psihoză: cazuri cu evoluție bună și deficitară, stabilă și variabilă, cazuri intermediare, diverse mixturi diagnostice de-a lungul timpului și remisiuni adaptative tardive. Deoarece numărul de cazuri din lotul A este limitat și se reduce progresiv s-a trecut la constituirea lotului B. Faptul a fost posibil deoarece zona Timișorii are o bună acoperire cu servicii ambulatorii și paturi de spital existând un consens între specialiști în evaluarea cazurilor și o bună colaborare cu Clinică.

Lotul B constă în cazuri de psihoză cu debut înainte de 2004, despre care există informații detaliate clinice și demografice și se află sub supervizare psihiatrică continuă; reinternările acestor cazuri se fac în serviciile de staționar din zonă (Clinică, Staționarul de zi, Jebel, Gătaia, etc.). Deoarece există o evoluție de peste 10 ani, aceste cazuri pot oferi informații utile asupra evoluției pe termen lung a psihozelor. La fel ca și pentru lotul A, baza informației o constituie aportul psihiatrilor din ambulator și serviciile de staționar psihiatric din zona Timișoara. În lotul B nu mai există problema dispariției în timp din dispensarizare, importantă pentru lotul A, deoarece prin definiție se aleg doar cazuri actualmente sub observație. Diagnosticul de includere este cel stabil în ultimii 5 ani. Numărul de cazuri aflat în evidență este peste 400; dar el se poate amplifica. Informațiile cumulate ale loturilor A și B sunt disponibile unor proiecte de cercetare țintite.

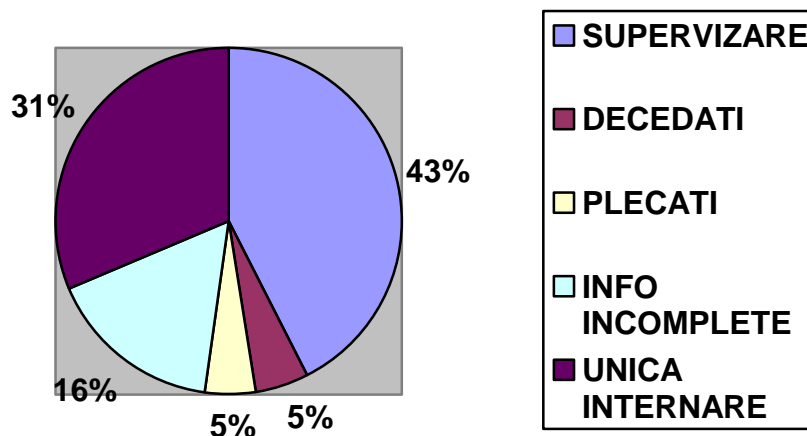
Lotul C pe cale de constituire, constă din cazuri de prim episod de psihoză după 2004, cu atenție focalizată asupra prodromului și evoluției în primii ani după debut.

A. Cazuistica ce se află și în prezent în supervizare constă în: cazuri ce se prezintă la control, personal, constant, de obicei lunar. Acestea pot fi:

- a. În bună remisiune clinică, de la început sau de la un moment dat, asimptomatice. Poate fi prezent un anumit defect, specific sau nespecific dar la majoritatea cazurilor nu de mare importanță. Integrarea socială poate fi variabilă, în mare fiind și ea pozitivă;
- b. Cazuri care se prezintă intermitent la control personal, dar țin o anumită legătură cu medicul la care se află în dispensarizare, urmând sau neurmând tratament.
- c. Cazuri ce se prezintă regulat la control un relativ (membru de familie) deoarece din anumite motive pacienții nu pot veni; în joc poate fi o patologie comorbidă (somatică, deteriorare cognitivă) sau starea tulburării psihice, eventual lipsa complianței la tratament;
- d. Cazuri ce nu se mai prezintă regulat la control dar există contacte, relații și informații intermitente despre pacient. Evoluția poate fi pozitivă sau nefavorabilă;
- e. Cazul este instituționalizat prelungit (marea majoritate a timpului sau tot timpul) existând pe această cale informații despre starea sa.

Date actuale privitoare la RCPsTim – lot A

- Număr total cazuri înregistrate 1603
- Repartiția cifrică pe clasele A B C D E



Pentru toate aceste categorii de cazuri există evidența diagnosticelor clinice de Episod (bazate pe liste de simptome), și de Tb., bazat pe succesiunea Episoadelor. Pentru cazurile ce nu mai sunt în supervizare, există diagnosticul ce l-au prezentat, atâta timp cât au fost în supervizare și au avut internări.

Pentru cazurile ce în prezent se află în supervizare există un diagnostic administrativ, rezultat din internări și care figurează în fișele de dispensarizare.

În prezent se urmărește o analiză mai nuanțată a acestor diagnostice, pentru a evidenția „pe viu” tabloul clinic longitudinal a unor cadre nosologice comentate în manuale și tratate. Precum și formele clinice intermediare sincrone și diacrone. Precum și cazuri cu particularități clinice.

B. Cazurile despre care se cunoaște precar data decesului

Decesul poate interveni la scurt timp după debut, sau după o lungă perioadă de timp. Cazuistica poate fi partajată astfel:

- a. Cazuri despre care nu se cunosc decât informațiile de la debut și data decesului
- b. Cazuri care până la data decesului au fost dispensarizate și/sau internate astfel încât se poate configura un tablou evolutiv, clinic și social. Încadrarea clinico psihopatologică și dinamica clinico evolutivă poate fi în aceste cazuri stabilită cu suficientă acuratețe.

C. Cazuri despre care se știe precis că au plecat din localitate la un moment dat.

Acestea pot fi analizate la fel ca cele din clasa B:

- a. Cazuri despre care se cunoaște doar debutul și data plecării
- b. Cazuri care au fost dispensarizate și/sau internate până la data plecării.

D. Cazuri care au fost în dispensarizarea unui psihiatru timp de mai mulți ani, dar despre care de la o anumită dată nu se mai cunoaște nimic.

Intervalul de supervizare psihiatrică este la aceste cazuri variat, de la 2-3 ani, la 15-20 ani. Această cazuistică, deși pentru moment nu poate fi inclusă în loturile ce pot fi abordate pentru evaluări directe în viitorul apropiat, pot furniza material clinico evolutiv important, mai ales dacă se cunoaște evoluția lor până la 10 ani de la debut.

E. Cazurile cu informații doar la debut.

În această clasă au fost încadrate cazurile despre care în RC sunt înregistrate doar date despre prima internare sau există informații cel puțin în primul an după aceasta.

Lipsa informațiilor actuale în RC nu exclude posibilitatea obținerii lor în viitor, direcție în care s-au început investigații. În principiu sunt mai multe eventualități:

- a. Să fie vorba de un unic episod, urmat de remisune completă, fără nevoia ulterioară de relaționarea cu un psihiatru;
- b. Cazul să fi decedat în acest interval;
- c. Cazul să fi plecat în acest interval;
- d. Cazul să fi fost în dispenarizarea unui psihiatru până la un moment dat sau și în prezent, dar informația nu a fost înregistrată; eventual el poate fi instituționalizat.

Prezența acestor eventualități face ca dacă rezultatele investigărilor întreprinse vor da un rezultat, informațiile din RC vor fi reevaluate după un interval de timp (6 luni).

Comentarii generale

Pentru toate clasele menționate mai sus, există informații minimale clinico-demografice privitoare la debut.

Din toate clasele, se pot deconta cazuri despre care se cunosc aspecte clinico-evolutive pe o perioadă ≥ 10 ani; de asemenea se pot circumscrie cazuri cu evoluție de peste 15-20 ani.

Acest material cazuistic poate fi analizat din mai multe puncte de vedere, principalele fiind stabilitatea diagnosticului și partajarea în evoluție pozitivă și deficitară. Aceste aspecte pot fi corelate cu terenul (genetica, familia de origine, performanța socială până la debutul afecțiunii, aspecte caracteriale), cu complianță terapeutică și suport social.

Această sinteză informațională, aplicabilă pentru întregul grup poate fi grupată apoi în funcție de diagnosticul inițial – cel al primilor 5 ani de evoluție – și de diagnosticul final – cel al ultimilor 5 ani de evoluție cunoscută.

Datele obținute prin această analiză pot fi un ghid pentru o studiere mai amplă – detaliată a perspectivei evolutive – destinate – a psihozelor endogene, prin completarea cu o cazuistică similară prin diagnosticul din ultimii 5 ani – din lotul B; și cazuistica lotului C, care analizează mai focalizat debutul prodromul și evoluția în primii 5-10 ani.

Utilitatea acestui program de cercetare ar consta în primul rând de a oferi o viziune mai amplă asupra psihozelor pentru cei ce se angajează în studiu pe termen scurt sau vizează un anumit tip de patologie psihotică.

Cercetarea unei cazuistici precis definite diagnostic – e.g. de T. schizofrenă, T. schizoafectivă, T. bipolară fără simptome psihotice – cere probabil să se precizeze perioada de timp ce a trecut de la debut și faptul dacă e corelată cu factorii ce sugerează stabilitatea sau instabilitatea diagnostică, prognostic favorabil sau nefavorabil.

Nu e indiferent dacă una din aceste categorii e studiată în primii 5 ani sau după 10 ani de la debut, dacă în antecedente au existat și episoade de alt tip și dacă remisiunile au fost bune sau nefavorabile.

În altă perspectivă, imaginea asupra psihozelor pe care o poate oferi un RC evolutiv, va putea aduce sugestii în ceea ce privește intersecția spectrelor psihotice (schizofren, bipolar, depresiv și delirant) semnificția evoluției ce se

manifestă episodic, factorii ce influențează complianța, aspecte legate de comorbiditatea somatică, etc.

Informațiile din manuale, tratate și comunicări științifice sunt esențiale pentru cunoașterea psihiatrică. Experiența ce se obține prin analizarea sistematică și științifică de către o comunitate de psihiatrii a propriei lor cazuistici poate avea însă și ea o semnificație majoră.

ANEXA I

Date despre persoanele implicate în acest proiect (Proiect debutat în 1985 care continuă în 2013, sediul Clinicii Psihiatrie "Eduard Pamfil" (Asociația Psihiatrică) Timișoara, Str.I.Văcărescu Nr.21, Email : asocpsi@yahoo.com)

Board-ul de coordonare a proiectului : Prof.Dr.Mircea LAZARESCU (psihiatru), Conf.Dr. Monica IENCIU (psihiatru), Jeni BLAJOVAN (secretar-statistician), Corina GRUNFELD (sociolog-informatician).

Participanți (psihiatri) importanți la PTEPT, de la început, pe parcurs și în prezent (în ordine alfabetică):

Clinica Psihiatrică Timișoara și Centrul de Sănătate Mentală (C.S.M.) :
Dr.Cristina Bredicean; Dr. Anca Cirstea, Prof.Dr.Pompilia Dehelean, Prof.Dr.Mircea Dehelean, Conf.Dr.Liana Dehelean, Dr.Virgil Enătescu, Dr.Ovidiu Nicoară, Dr.Ion Papavă, Conf.Dr.Felicia Romoșan, Dr.Ileana Stoica, Dr.Remus Stroescu, Dr. Codruța Suflea, Dr.Iuliana Tivadar.

Ambulatorul Timișorii și alte instituții de profil:

Dr. Narcis Budişan, Dr. Olimpia Cudalb, Dr. Felicia Giurgi, Dr. Rodica Novac, Dr. Zsolt Popovici, Dr. Iolanda Puie, Dr. Anca Tuculanu.

Lista participanţilor actuali este mai amplă şi psihiatrii respectivi vor fi menţionaţi în sintezele care implică pacienţi pe care îi dispensarizează şi tratează;

ANEXA 2

Lucrări orale, postere şi articole în extenso în care s-au folosit subiecţii din registrul de cazuri

- 1. Impact of the first psychotic episode vs. HIV infection on social functioning** – Monica Ienciu, Felicia Romoşan, Cristina bredicean, Ion Papavă, Cătălina Giurgi-Oncu, Teodora Moisil, Maria Cerbu, Daniela Biriş(lucrare orală, Simpozionul Danubian de Psihiatrie „Psihiatrie, Medicina si Societate”, 26-29 septembrie, Timisoara, Psychiatria Danubina, vol 24, supliment 2, 2012) pp. S234
- 2. Global functioning and severity of illness in persistent delusional disorder and schizophrenia, after an average evolution of 10 years – a comparative study** – Ion Papavă, Cristina Bredicean, Radu Romoşan, Cătălina Giurgi-Oncu, Sorana Papavă, Mădălina Cristanovici (poster, Simpozionul Danubian de Psihiatrie „Psihiatrie, Medicina si Societate”, 26-29 septembrie, Timisoara, Psychiatria Danubina, vol 24, supliment 2, 2012) pp.S249
- 3. Sinteza asupra evolutiei în tulburarea bipolară** - Ion Papava, Radu Vrsti, Monica Ienciu, Liana Dehelean, Ana-Cristina Bredicean, Sorana Raluca Papava, Catalina Giurgi-Oncu (2012 Revista Română de Psihiatrie, Nr. 1, pg. 11-15.)
- 4. Course and Stability Diagnosis over Time in Functional Psychosis** Durla Anca, Lăzărescu Mircea, Ienciu Monica, Bredicean Cristina, Papava Ion, Popovici Zsolt, Cristanovici Madalina (2012 Acta Medica Marisiensis Vol 58 Nr. 1 pg. 24-26)

5. **Clinical Symptoms in Persistent Delusional Disorders and Paranoid Schizophrenia After an Average of 10 Years of Evolution: Comparative Study** Ion Papavă, Mircea Lăzărescu, Liana dehelean, Monica Ienciu, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, Sorana Papavă (e-poster, 20th European Congress of Psychiatry, Prague, Czech Republic, 3-6 Martie, 2012)
6. **Atribuirea și stima de sine în tulburările delirante cu sau fără depresie (poster, I.Papava, 2010 Simpozionul Zonal de Psihiatrie „Psihopatologia dezvoltamentală. Long-Life a tulburării afective bipolare”, Timișoara, 6-8 Mai 2010)**
7. ***Schizofrenia și tulburarea schizoafectivă.*** Cristina Bredicean, I. Papava, Dorina Jejeran, Ramona Datcu, Lavinia Florea, M. Lazarescu, Jeni Blajovan, Simpozionul National cu Participare Internațională „Tulburările schizofrenice și de spectru. Abordare comprehensivă și centrată pe persoană”, Timișoara, 19-22 aprilie 2007
8. ***Psihozele delirante persistente și schizofrenia*** .I. Papava, Cristina Bredicean, M. Lazarescu, Jeni Blajovan, Simpozionul National cu Participare Internațională „Tulburările schizofrenice și de spectru. Abordare comprehensivă și centrată pe persoană”, Timișoara, 19-22 aprilie 2007
9. ***Particularitățile neurocognitive ale schizofreniei comparativ cu tulburarea schizo-afectivă.*** Bredicean C., Lazarescu M., Jejeran D., Durla A., Blaj M., Congresul National de Psihiatrie, București, 1-4 octombrie 2008
10. ***Funcționarea globală și insight-ul în schizofrenie și tulburarea schizoafectivă.*** Cristina Bredicean, M. Lazarescu, Anca Durla, C. Ciulacu, Anca Bagacean, Roxana Mihalcea, Catalina Giurgi-Onocu, Conferința Natională de Psihiatrie cu participare internațională „Pentru o psihiatrie umanistă în lumea contemporană”, Timișoara, 22-25 aprilie 2009
11. ***Tulburarea psihotică acută și tranzitorie – bilanț clinico-evolutiv.*** Cristina Bredicean, D. Cordea, Ramona Baranescu, C. Ciulacu, M. Lazarescu, Conferința Natională de Psihiatrie cu participare internațională „Pentru o psihiatrie umanistă în lumea contemporană”, Timișoara, 22-25 aprilie 2009
12. ***Aspecte clinice ale tulburării schizoafective comparativ cu schizofrenia după 15 ani de evoluție.*** Bredicean C., Ienciu M., Papava I., Salva E., Mihalcea R., Popa I., Ile L., A 3-a Conferință a Doctoranzilor în Medicină și Farmacie, 7-9 iulie 2010, Târgu Mureș, Acta Medica Marisiensis, Vol. 57, nr.1, 2011
13. ***Particularități clinice ale primului episod de psihoză în tulburarea schizoafectivă.*** Cristina Bredicean, Monica Ienciu, Ion Papava, Dorina Onita, Roxana Mihalcea, Zsolt Popovici, Liliana Pufan, Madalina Cristanovici, Simpozionul “Primul episod de psihoză”, Timișoara, 26-28 mai 2011
14. ***Primul episod de psihoză: perspectiva pacient / medic asupra insightului.*** Monica Ienciu, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, I. Papava, Anca Bagacean, Madalina Cristanovici, Simpozionul “Primul episod de psihoză”, Timișoara, 26-28 mai 2011

15. ***Calitatea vietii: comparatie intre primul episod de psihoza si tulburarea anxioasa.*** Monica Ienciu, Felicia Romosan, R. Romosan, Cristina Bredicean, Simpozionul “Primul episod de psihoza”, Timisoara, 26-28 mai 2011
16. ***Caracteristici ale debutului in Tulburarea Deliranta Persistenta.*** I. Papava, M. Lazarescu, Cristina Bredicean, Monica Ienciu, Liana Dehelean, Sorana Raluca Papava, Simpozionul “Primul episod de psihoza”, Timisoara, 26-28 mai 2011
17. ***Diagnosticul de debut si DUP-ul in Schizofrenia paranoida.*** I. Papava, Sorana Raluca Papava, Cristina Bredicean, R. Romosan, Mihaela Mateiovisci, Z. Popovici, Simpozionul “Primul episod de psihoza”, Timisoara, 26-28 mai 2011
18. ***Caracteristici evolutive ale Tulburarilor delirante persistente, comparativ cu Schizofrenia paranoida.*** I. Papava, Sorana Raluca Papava, Cristina Bredicean, Madalina Cristanovici, Roxana Elena Mihalcea, Valentina Spataru, Simpozionul “Primul episod de psihoza”, Timisoara, 26-28 mai 2011 (poster)
19. ***Stabilitatea diagnosticului in evolutia clinica a psihozelor functionale.*** Durla A., Lazarescu M., Ienciu M., Bredicean C., Papava I., Popovici Z., Cristanovici M. A 4-a Conferință a Doctoranzilor si prima Conferinta a Postdoctoranzilor în Medicină și Farmacie, Târgu Mureș, Acta Medica Marisiensis vol 57, supliment 3, 2011
20. ***Spectrul depresiv-delirant: impactul ideatiei paranoide asupra functionarii sociale.*** Giurgi-Onocu C., Lazarescu M., Ienciu M., Giurgi-Onocu F., Bredicean C., Bărănescu R., Popovici Zs. A 4-a Conferință a Doctoranzilor si prima Conferinta a Postdoctoranzilor în Medicină și Farmacie, Târgu Mureș, Acta Medica Marisiensis, vol 57, supliment 3, 2011
21. ***Psihoza acuta si tranzitorie: stabilitatea diagnosticului din perspectiva longitudinala.*** Cristina Bredicean, Monica Ienciu, Felicia Romosan, I. Papavă, R. Romosan, Anca Durla, Roxana Mihalcea, Z. Popovici, Mădălina Cristanovici. Congresul National de Psihiatrie, Bucuresti, 19-22 octombrie 2011
22. ***Aspecte clinice in tulburarea psihotica acuta si tranzitorie: 10 ani de evolutie*** Mădălina Cristanovici, Monica Ienciu, Cristina Bredicean, I. Papavă, Z. Popovici, Liliana Pufan, Ramona Bărănescu, Al IV-lea Congres National de Psihiatrie, Bucuresti, 19-22 octombrie 2011
23. ***Primul episod de psihoza: functionarea sociala dupa zece ani de evolutie.*** Monica Ienciu, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, I. Papavă, R. Romoșan, N. Budișan, Anca Bagacean, Liliana Pufan, Cătălina Giurgi-Onocu. Congresul National de Psihiatrie, Bucuresti, 19-22 octombrie 2011
24. ***Evolutia pe termen lung a tulburarilor delirante.*** I. Papavă, M. Lăzărescu, Monica Ienciu, Cristina Bredicean, Sorana Raluca Papavă. Congresul National de Psihiatrie, Bucuresti, 19-22 octombrie 2011
25. ***Acute and Transient Psychotic Disorder: Social Functioning after Five Years of***

- Evolution.* Cristina Bredecean, I.Papavă, R.Ș.Romoșan, Mădălina Cristanovici, Conferinta ISSA, 18-20 iunie 2012, Timisoara
- 26.***Acute and transient psychosis: clinical features that influence longitudinal course.* C. Bredecean, M. Ienciu, I. Papava, A. Durla, R. Mihalcea, M. Cristanovici. Simpozionul Danubian de Psihiatrie „Psihiatrie, Medicina si Societate”, 26-29 septembrie, Timisoara, Psychiatria Danubina, vol 24, supliment 2, 2012
- 27.***The symptomatology of persistent delusional disorders on a long term evolution.* I. Papava, C. Bredecean, M. Ienciu, L. Dehelean, M. Lazarescu, F. Romosan, Simpozionul Danubian de Psihiatrie „Psihiatrie, Medicina si Societate”, 26-29 septembrie, Timisoara, Psychiatria Danubina, vol 24, supliment 2, 2012
- 28.***Tulburarea psihotica acuta si tranzitorie – evaluare clinico-evolutiva.* Cristina Bredecean, D. Cordea, Ramona Baranescu, C. Ciulacu, M. Lazarescu, Simpozionul zonal de psihiatrie cu tema: ORIENTARI IN PSIHIATRIA COMUNITARA SI SANATATE MINTALA", Timisoara, 22-24 mai 2008 (poster)
- 29.***Perspectiva pacientului versus perspectiva clinicianului asupra insightului in primul episod de psihoza, dupa doi ani de evolutie.* Monica Ienciu, Felicia Romosan, Cristina Bredecean, Radu Romosan, Alexandra Moroianu, Conferinta Nationala de Psihiatrie „Terapie si Management in Psihiatrie”, Craiova, 29 septembrie - 2 octombrie 2010 (poster)
- 30.***Interventia timpurie, importanta pentru alianta terapeutica si insight-ul la pacientii cu prim episod de psihoza.* Ienciu M., Romosan F., Bredecean C., Simpozionul Zonal de Psihiatrie „Psihopatologia developmentala long-life a tulburarii afective bipolare”, Timisoara, 6-8 mai 2010 – poster
- 31.***Functionarea sociala in Tulburarea Schizo-afectiva, dupa 15 ani de evolutie.* Bredecean C., Onita D., Jejeran D., Salva E., Mihalcea R., Popovici Zs., Simpozionul Zonal de Psihiatrie „Psihopatologia developmentala long-life a tulburarii afective bipolare”, Timisoara, 6-8 mai 2010 – poster
- 32.***Insight-ul in tulburarile delirante persistente si schizofrenia paranoida.* Papava I., Lazarescu M., Ile L., Cristanovici M., Papava S.R., Bredecean C., Al IV-lea Congres National de Psihiatrie, Bucuresti, 19-22 octombrie 2011 – poster
- 33.***A five year follow-up study of first episode psychosis.* Monica Ienciu, Ileana Stoica, Felicia Romosan, Cristina Bredecean, Al XIV-lea Congres Mondial de Psihiatrie, Praga, 20-25 septembrie 2008, Journal of Czech and Slovak Psychiatry, Vol. 104, Supplementum 2, septembrie 2008
- 34.***Insight in the first episode of psychosis: predictive factors.* Monica Ienciu, Felicia Romosan, Cristina Bredecean, Anca Bagacean, 7th International Conference on Early Psychosis, Amsterdam, 29 noiembrie-1 decembrie 2010
- 35.***Somatic comorbidities in the schizophrenic spectrum pathology.* Cristina Bredecean, Radu Romosan, Miruna Milin, Emanuela Salva, Roxana

- Mihalcea, Zsolt Popovici, Congresul European de Psihiatrie, Munchen, 27 februarie - 2 martie 2010, Jurnalul European de Psihiatrie, Vol. 25
36. *A two year follow up study of first episode psychosis*. Ienciu M., Romosan F., Bredicean C., Stoica I., Congresul European de Psihiatrie, Munchen, 27 februarie – 2 martie 2010, Jurnalul European de Psihiatrie, Vol. 25
37. *Social functioning in a first-episode of psychosis: can the existence of affective symptoms influence it?* Monica Ienciu, Felicia Romosan, Cristina Bredicean, Radu Romosan, Alexandra Moroianu, Pufan Liliana, Giurgi-Oncu Catalina, Congresul European de Psihiatrie, Viena, 12-15 martie 2011, Jurnalul European de Psihiatrie, Vol. 26
38. *Schizoaffective disorder: a longitudinal perspective on clinical and evolutive characteristics*. C. Bredicean, M. Ienciu, I. Papava, Z. Popovici, R. Mihalcea, M. Cristanovici, Congresul European de Psihiatrie, Praga, 3-6 martie 2012, Jurnalul European de Psihiatrie, Volume 27, nr. S1
39. *First episode of psychosis: stability of the clinical diagnostic after 10 years of evolution*. M. Ienciu, F. Romosan, C. Bredicean, I. Papava, C. Giurgi-Oncu, D. Sfat, R. Romosan, Congresul European de Psihiatrie, Praga, 3-6 martie 2012, Jurnalul European de Psihiatrie, Volume 27, nr. S1
40. *Delusional psychoses and schizophrenia as distinct pathology* - Papava I., Bredicean C., Durla A., Papava S., Lazarescu M.; *pilot study*, Timisoara Medical Journal, iul-dec 2009, Vol. 59, nr. 3-4, pg. 302-306
41. *Social functioning in schizoaffective disorder: what is the influence of age at onset and gender?*, Cristina Bredicean, Monica Ienciu, Ion Papava, Roxana Mihalcea, Lucian Ile, Ica Popa, Anca Rasca Revista Romana de Psihiatrie, Vol. XII, nr. 4, 2010, pg 147-150
42. *Tranzitia formelor in schizofrenie – tulburarea deliranta persistenta*, Papava I., Bredicean C., Papava S., Lazarescu M. Revista Romana de Psihiatrie, Vol. XII, nr 3, 2010, pg. 111-117
43. *Atribitional style and reaction to frustration in delusional disorders*, Papava I., Bredicean C.A., Dehelean L., Romosan R., Enatescu V.R., Papava S.R., Lazarescu M. Timisoara Medical Journal, April-Sept. 2010, vol.60, No 2/3, pg. 203-208
44. *Calitatea vietii: comparatie intre primul episod de psihoza si tulburarea anxioasa*, Ienciu M., Romosan M.F., Romosan R.S., Bredicean A.C. Revista de Igiena si Sanatate Publica, 2011, vol. 61, nr. 4, pg. 5-12
45. *Primul episod de psihoza si problematica compliantei terapeutice*, Revista de Igiena si Sanatate Publica, Ienciu M., Romosan M.F., Romosan R.S., Bredicean A.C. 2011, vol.61, nr.2, pg. 64-70
46. *Clinical aspects of the schizoaffective disorder in comparison with schizophrenia after a 15-year evolution*, Bredicean C., Ienciu M., Papava I., Salva E., Mihalcea R., Popa I., Ile L. Acta Medica Marisiensis, vol 57, nr.1, 2011, pg. 55-57
47. *Course and stability Diagnosis over Time in Functional Psychosis*, Durla A., Lazarescu M., Ienciu M., Bredicean C., Papava I., Popovici Zs., Cristanovici M. Acta Medica Marisiensis, 2012, January, vol. 58, nr. 1, pg. 24-26

48. *First Episode Psychosis and Treatment Delay – Causes and Consequences*, Ienciu M., Romosan F., Bredicean C., Romosan R. *Psychiatria Danubina*, 2010, nr. 4, vol. 22, pg. 540-543
49. **"Studiu despre epidemiologia schizofreniei in judetul Timis"**, D.Schrepler, Monica Ienciu, *Rev.Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie*, nr.4/1985
50. **"Evenimentele de viata ca factori de vulnerabilitate in debutul schizofreniei"**, Monica Ienciu, Rorica Jeberean, F.Romosan, *Rev.Romana de Psihiatrie, Pedopsihiatrie si Psihologie Medicala*, nr.1, 1993
51. **"Primul episod de psihoza - caracteristici evolutive"**, Monica Ienciu, Ileana Stoica, Felicia Romoșan, *The Roumanian Psychiatric Journal*, 3rd series, vol. V, no. 1-2, 2003, pg. 16-19
52. **"Procesul psihotic intre debut si evaluarea in dinamica"**, M. Ienciu, Ileana Stoica, Felicia Romoșan, *Timișoara Medical Journal*, January-March, 2004, vol. 54, no. 1, pg. 39-41
53. **"Primul episod de psihoza - simptome prodromale"**, M. Ienciu, I. Stoica, *European Psychiatry*, vol. 19, supl.1, 12th AEP Congress, Geneva 14-18 April 2004
54. **"Primul episod de psihoza - evaluarea evolutiei pe termen scurt"**, Monica Ienciu, Ileana Stoica, Corina Grunfeld, *Newsletter of integrative psychiatry*, Year XI, vol. 10, no. 1 (24), 2005
55. **"Primul episod de psihoza - rezultate pe termen scurt ale unui studiu follow-up"**, Ileana Stoica, Monica Ienciu, C. Grunfeld, *The Official Journal of Schizophrenia International Research Society*, vol. 86, octombrie 2006, pg. 15
56. **"Factori care influenteaza evolutia pe termen lung a schizofreniei"**, Monica Ienciu, M.Lazarescu, *Schizofrenia si Psihozele Afective*, Geneva, 1991
57. **"Un studiu epidemiologic cu durata de 10 ani in schizofrenie"**, Monica Ienciu, *Congresul de Epidemiologie Psihiatrica*, Lisabona, 1993
58. **"Un studiu follow-up la 10 ani in schizofrenie"**, Monica Ienciu, Rorica Jeberean, *Congresul International de Psihopatologie Clinica*, Timisoara, 1994
59. **"O comparatie a profilului simptomatologic in schizofrenie la debut si recadere"**, Monica Ienciu, *Conferinta Internationala: Schizophrenia – Explorarea Spectrului de Psihoze*, Vancouver, British Columbia, Canada, 1994
60. **"Un studiu follow-up la 10 ani in schizofrenie - socio-profesional si familial"**, Monica Ienciu, Rorica Jeberean, *Al XV-lea Congres Mondial de Stiinte Sociale, Psihiatrie si Umanism: Conflicte si Complementaritate*, Roma, 1995
61. **"Dinamica psihozei in primul an"**, Monica Ienciu, Ileana Stoica, L. Florea, R. Datcu, *Al III-lea Congres National de Psihiatrie*, Bucuresti, Octombrie 2008

62. **“Proiectul pentru primul episod de psihoză”**, Monica Ienciu, Ileana Stoica - – Conferința Națională de Psihiatrie cu participare internațională Timișoara, 2009
63. **“Epidemiologia psihozelor endogene in regiunea Timis”** - proiectul studiului si date privind loturile de subiecti 1993, 1994, Ioana Popescu, M. Lăzărescu, Monica Ienciu, Mieta Hațegan, A IV-a Conferinta de Psihiatrie Sociala si Transculturala, 1995.
64. **“Studiu despre evolutia schizofreniei pe o perioada de 10 ani. Aspecte socio-profesionale si familiale”**, Monica Ienciu, Rorica Jeberean, The IVth Conference of Social and Transcultural Psychiatry, 1995.
65. **A study on the professional and educational evolution in schizophrenia”**, M.Lazarescu, Monica Ienciu, D.Schrepler, Rev.Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, nr.2/1986
66. **“A study on the work capacity of schizophrenics”**, M.Lazarescu, Monica Ienciu, I.Raducu, Rev.Timisoara Medicala, nr.3/1987
67. **“The evolution of working capacities in schizophrenics”**, M.Lazarescu, Monica Ienciu, European Journal of Psychiatry, vol.5, no.2, 1991
68. **“The epidemiology of endogenous psychosis in Timis county - a study project and data regarding 1993-1994 samples”**, M.Lazarescu, Monica Ienciu
69. **“The role of social support in the management of schizophrenia”**, Monica Ienciu, M.Lazarescu, The Danube Congress of Psychiatry, Linz, Austria, 1989.
70. **“Evolutional models in Schizophrenia. An assessment comparision according tot he DSM-III-R and ICD-10 Research Criteria”**, Alina Marin, M.Lazarescu, Monica Ienciu, Psychiatry Congress, Budapest, 1990
71. **“Factors that influence the long term evolution of schizophrenia”**, Monica Ienciu, M.Lazarescu, Schizophrenia and Affective Psychoses, Geneva, 12-14 Sept.1991
72. **“Typology and course of endogenous psychoses, study on some epidemiological groups”**, M.Lazarescu, M.Ienciu, I.Popescu, IV International Schizophrenia Symposium, Bern (Elvetia), 16-18 IX 1993
73. **“Social connotation of psychiatric semiology”**, Fl.Galdau, M.Lazarescu, Monica Ienciu, International Congress on Clinical Psychopathology, Timisoara, 12-15.05.1994
74. **“The interference between schizophrenia and persistent delusional disorders”**, M.Lazarescu, Monica Ienciu, International Congress on Schizophrenia, Oslo, 1994.
75. **“A 10 years follow-up study on schizophrenia”**, Monica Ienciu, M.Lazarescu, International Congress on Schizophrenia, Oslo, 1994
76. **“The typology and course of endogenous psychoses”**, M.Lazarescu, Monica Ienciu, World Congress of Psychiatry, Rio de Janeiro, 1995.