

**LBRIS**

We know  
books

**CLARISSA DAMIAN**

**UNIVERSURILE MULTIPLE  
ALE SCHIZOFRENIEI**  
**necesitatea unei abordări holistice**

Toate drepturile rezervate.

© Clarissa Damian

---

ISBN – 978-973-0-42457-7

Coperta – Dana Mereuță

---

Brașov 2025

## Cuprins:

Cuvânt înainte .....	9
Argument .....	18
<b>CAPITOLUL I</b>	
Schizofrenia .....	20
1.1 Definiție și etiologie .....	20
1.2 Istoric .....	22
1.3 Clasificare .....	24
1.4 Simptomatologie .....	27
1.5 Criterii de diagnostic .....	35
1.6 Evoluție și prognostic .....	36
1.7 Tratament .....	40
<b>CAPITOLUL II</b>	
Divizarea Sinelui și dimensiunile realității .....	47
2.1 Conceptul de Sine .....	47
2.2 Arhetipuri și inconștient .....	55
2.2.1 Inconștientul colectiv .....	57
2.2.2 Vise .....	61
2.3 Perspective culturale asupra schizofreniei .....	65
2.4 Conceptul de Centru .....	75
2.5 Realitatea implicită, realitatea explicită, plenitudine, ordine .....	79
2.6 "Mitul Peșterii" sau "Cealaltă realitate" .....	83
<b>CAPITOLUL III</b>	
Trăiri primordiale .....	92
3.1 Tema nașterii și a morții .....	92
3.2 Matricile perinatale .....	96
3.2.1 Prima matrice perinatală de bază .....	106

3.2.2 A doua matrice perinatală de bază .....	111
3.2.3 A treia matrice perinatală de bază .....	116
3.2.4 A patra matrice perinatală de bază .....	125
3.3 Metode neconvenționale .....	131

**CAPITOLUL IV**

Necesitatea abordării ființei ca întreg .....	146
4.1 Preconcepții legate de schizofrenie .....	146
4.2 Ce presupune o abordare holistică .....	150
4.3 Intervenții psihologice și psihoterapeutice .....	152
4.3.1 Terapia cognitiv-comportamentală (CBT) .....	153
4.3.2 Terapia de remediere cognitivă (CRT) .....	153
4.3.3 Artterapia și dansterapia .....	154
4.3.4 Grupurile de Suport .....	157
4.3.5 Psihoeducația .....	159
4.3.6 Suportul familial .....	161
4.3.7 Terapia ocupațională .....	163
4.3.8 Suportul medical .....	165
4.3.9 Suportul în comunitate .....	167
4.3.10 Hipoterapia .....	169
4.3.11 Descoperirea resurselor personale .....	172
4.4 Stigmatul .....	174

**CAPITOLUL V**

Cercetare .....	180
5.1 Metode, tehnici și instrumente utilizate .....	180
5.2 Scopul și obiectivele cercetării .....	184
5.3 Studii de caz .....	188
Studiu de caz 1 .....	188
Studiu de caz 2 .....	207
Studiu de caz 3 .....	223

## CAPITOLUL VI

Perspectiva specialiștilor .....	244
Interviu Elyn Saks .....	274
Concluzii .....	292
Extras din "Ghid de bune practici, prevenție sănătate mintală" realizat de colectivul Asociației de Servicii Sociale Scut .....	296
Anexa I Anamneza .....	301
Anexa II Protocol de întrebări .....	304
Anexa III Răspunsuri la întrebările din Protocol, Studiu de caz 1.....	308
Anexa IV Răspunsuri la întrebările din Protocol, Studiu de caz 2 .....	312
Anexa V Răspunsuri la întrebările din Protocol, Studiu de caz 3 .....	316
Bibliografie .....	319

*Mulțumesc profesorului Florin Vancea, conferențiar universitar, doctor în psihologie, psihoterapeut principal experiențialist, coordonatorul meu, omul care m-a încurajat și m-a susținut în scrierea acestei lucrări!*

*Mulțumesc Marianeii Busuioc, asistent social și director executiv al Asociației de Servicii Sociale SCUT din Brașov, precum și întregului colectiv de oameni absolut minunați al acestei Asociații, care depun o muncă titanică pentru a crea o lume în lume pentru oamenii diagnosticați cu schizofrenie. În cei peste șapte ani de când îi cunosc, am învățat ce înseamnă să conții cu adevărat, ce înseamnă împreună, dăruire, acceptare, nonjudecată. Mulțumesc beneficiarilor Asociației care au interacționat cu mine și au avut curajul de a se vulnerabiliza. Știi că nu a fost ușor! Cu voi, oameni buni, mă simt Acasă!*

*Mulțumesc specialiștilor care au avut amabilitatea de a-mi răspunde la întrebări!*

## Argument

Motto: "Whatever is real has a meaning."

(Michael Oakeshott)

Schizofrenia reprezintă o tulburare psihică severă și extrem de complexă, care influențează individul pe multiple planuri. Această lucrare propune o abordare non-uniformă a schizofreniei, susținând existența unor dimensiuni variate ale afecțiunii, fiecare conturată de trăiri și perspective profund individualizate.

Scopul principal este de a explora pluralitatea universurilor schizofreniei printr-o analiză riguroasă a literaturii de specialitate și a studiilor de caz privind persoane diagnosticate cu această tulburare.

Se va pune accent pe diversitatea experiențelor trăite de cei afectați, precum și pe influențele de ordin cultural, social și biologic care modelează manifestările schizofrenice.

Totodată, lucrarea va examina diferitele direcții terapeutice și intervențiile existente, cu scopul de a evalua eficiența acestora în gestionarea și tratarea afecțiunii. Se va evidenția faptul că

schizofrenia nu trebuie privită ca o entitate monolitică, ci mai degrabă ca un spectru larg de manifestări și percepții individuale.

Recunoașterea acestei diversități este esențială pentru formularea unor strategii terapeutice personalizate și pentru îmbunătățirea calității vieții celor afectați.

O perspectivă holistică asupra schizofreniei presupune o abordare integrativă, care să țină cont de dimensiunile fizice, emoționale, sociale și spirituale ale experienței subiective. Aceasta implică nu doar tratarea simptomelor, ci și sprijinirea individului în întregul său parcurs existențial. Este necesară, în acest sens, o colaborare interdisciplinară și o atenție sporită față de nevoile și specificul fiecărui pacient.

Obiectivul central al acestei lucrări este de a argumenta necesitatea unei înțelegeri de ansamblu a fenomenului denumit schizofrenie, în contextul perspectivelor pe care această afecțiune, aparent învăluită în mister, le poate deschide asupra inconștientului colectiv și a unor realități încă neexplorate, ignorate, sau catalogate drept delir.

## Capitolul I Schizofrenia

### 1.1 Definiție și etiologie

Derivată din grecescul „schizein” (a despica/ a separa) și „phren” (minte) cu termenul inventat pentru prima dată de Eugen Bleuler în 1908, schizofrenia este o tulburare psihotică caracterizată prin prezența unor credințe delirante, halucinații și tulburări în gândire, percepție și comportament. Simptomele au fost împărțite în două categorii principale: simptome pozitive, care includ halucinații, iluzii și tulburări formale de gândire și simptome negative, cum ar fi anhedonia, sărăcia de vorbire și lipsa de motivație.

Diagnosticul de schizofrenie este clinic, pus exclusiv după obținerea unui istoric psihiatric complet și excluderea altor cauze de psihoză. Factorii de risc includ complicațiile la naștere, sezonul nașterii, malnutriția maternă severă, gripa în timpul sarcinii, antecedentele familiale, traumele copilăriei, izolarea socială, consumul de canabis, etnia minoritară și urbanizarea. “Datorită complexității și eterogenității sale relative,

etiologia și mecanismele fiziopatologice nu sunt pe deplin înțelese. În ciuda unei prevalențe scăzute, povara globală a bolii schizofreniei este imensă. Peste jumătate dintre pacienți au comorbidități semnificative, atât psihiatrice, cât și medicale, ceea ce o face una dintre principalele cauze de dizabilitate la nivel mondial. Diagnosticul se corelează cu o reducere cu 20% a speranței de viață, cu până la 40% din decese atribuite sinuciderii.”(M.Hany, B.Rehman, Y.Azhar, J.Chapman - “Schizophrenia”)

“Anotimpul nașterii a fost asociat cu incidența schizofreniei, mai mare la sfârșitul iernii/ începutul primăverii în anumite regiuni, iar vara cu forme deficitare ale bolii. Factorii genetici au o contribuție considerabilă în determinarea riscului pentru schizofrenie, deși majoritatea indivizilor diagnosticați cu această tulburare nu prezintă istoric familial de psihoză.”(DSM-5)

Complicațiile hipoxice apărute pe parcursul sarcinii și nașterii precum și vârsta paternă mai avansată se asociază cu un risc crescut pentru schizofrenie la fătul în dezvoltare. În plus, alte împrejurări negative prenatale și perinatale,

reprezentate de stres, infecții, malnutriție, diabetul mamei și alte afecțiuni medicale au fost asociate cu schizofrenia. „Cu toate acestea, marea majoritate a nou-născuților care prezintă acești factori de risc nu vor dezvolta schizofrenie.

Simptomele psihotice din schizofrenie debutează tipic între sfârșitul adolescenței și mijlocul decadei a patra de viață; debutul înainte de adolescență este rar” conform DSM-5. S-a observat că în cazul bărbaților, vârful vârstei de debut a primului episod psihotic se situează în jurul vârstei de douăzeci de ani, pe când la femei acesta se manifestă mai târziu, spre vârsta de treizeci de ani.

## 1.2 Istoric

Istoria conceptualizării schizofreniei a început la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea. Inițial, psihiatrul german Emil Kraepelin a descris pacienții cu simptome psihotice sub termenul de "demență precoce" în 1896, presupunând că aceasta era o tulburare degenerativă ce afecta tinerii adulți. Kraepelin a subliniat caracterul progresiv și

ireversibil al bolii, care se manifestă prin declin cognitiv și social.

În 1911, psihiatrul elvețian Eugen Bleuler a introdus termenul de "schizofrenie" pentru a înlocui denumirea de "demență precoce". Bleuler a considerat că termenul utilizat de Kraepelin era inadecvat, deoarece nu toți pacienții arătau semne de demență și nu toți erau tineri la momentul debutului bolii. Bleuler a propus că esența schizofreniei este o ruptură sau o scindare a funcțiilor psihice, în special între emoție și gândire. El a subliniat că această tulburare poate avea diverse manifestări și nu necesar duce întotdeauna la deteriorare.

În anul 1950 Jung spunea: “cunoașterea noastră despre această frecventă boală mintală se află încă într-o stare destul de nesatisfăcătoare. De la încercarea modestă pe care am făcut-o acum cincizeci de ani în acest domeniu încă necercetat, nu s-a obținut nici un progres major. Deși în timp am observat, analizat și tratat un mare număr de schizofrenici, nu mi-a fost posibil să realizez studii sistematice. Motivul pentru această omitere trebuie căutat în faptul că pentru o asemenea

întreprindere lipsea o bază științifică sănătoasă.” (C.G Jung - “Opere Complete”)

Astăzi, la mai bine de o sută de ani de la identificarea ei, schizofrenia este recunoscută ca o tulburare complexă, cu o etiologie multifactorială, care necesită o abordare integrată de tratament, implicând medicamente antipsihotice, terapie și suport social, deși termenul a rămas controversat și unele voci din domeniul medical propun reevaluarea sau chiar schimbarea denumirii.

Poate totuși nu viziunea supra denumirii ar trebui schimbată, ci unghiul din care privim.

### 1.3 Clasificare

În edițiile anterioare ale DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), în special în DSM-IV, existau mai multe subtipuri de schizofrenie enumerate, fiecare cu caracteristici specifice. Totuși, aceste subtipuri au fost eliminate în DSM-5, cea mai recentă ediție publicată în 2013, deoarece cercetările nu au susținut coerența diagnostică sau prognostică a acestor categorii. Așadar, în DSM-5, schizofrenia nu mai este divizată în subtipuri formale. În schimb,

severitatea și natura simptomelor individuale sunt evaluate și descrise pe parcursul diagnosticului.

Pentru a oferi context, subtipurile care erau recunoscute înainte de DSM-5 erau următoarele:

Schizofrenia paranoidă, definită prin prezența proeminentă a delirurilor și halucinațiilor auditive, în absența unei dezorganizări marcante a limbajului sau comportamentului și fără afectivitate vizibil diminuată. Acest subtip era considerat a avea un prognostic relativ mai favorabil.

Schizofrenia dezorganizată (hebefrenică), caracterizată printr-o dezorganizare severă a gândirii și comportamentului, însoțită de afectivitate inadecvată. Spre deosebire de forma paranoidă, halucinațiile și delirurile, atunci când erau prezente, aveau o structură slab conturată.

Schizofrenia catonică, definită prin perturbări motorii extreme, care puteau varia de la stupoare și negativism până la agitație fără scop, ecolalie, ecopraxie sau posturări bizare. Acest subtip atrăgea adesea atenția prin manifestările sale dramatice.