



UNIVERSITATEA “ALEXANDRU IOAN CUZA” DIN IAȘI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORLĂ DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI
SPECIALIZAREA PSIHOLOGIE

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

DISOCIERE ȘI RECUPERARE ÎN PSIHOZĂ

Coordonator științific:

Conf. univ. dr. Camelia Soponaru

Doctorand:

Claudia – Zenaida Antal (căs. Calciu)

IAȘI

2024

CUPRINS

Motivația cercetării.....	3
Capitolul 1. Disocierea.....	5
Capitolul 2. Psihoza – între perspectiva psihiatrică și perspectiva psiho-socială.....	7
Capitolul 3. Psihoză și disociere.....	8
Capitolul 4. Recuperare și psihoză.....	9
Capitolul 5. Partea practică a cercetării	10
Studiul 1. Dimensiunea psihopatologică a disocierii în rândul persoanelor cu tulburare psihotică: review sistematic și metaanaliză.....	11
Studiul 2: Disociere și recuperare în psihoză – Analiză și reflecție narativă pe cercetările care abordează aceste concepte și căutarea unor legături între ele – review al literaturii de specialitate.....	12
Studiul 3: Studiu comparativ privind utilizarea disocierii în populația clinică și non-clinică	14
Studiul 4: Explorarea relației dintre experiențele disociative și recuperare în psihoză - studiu transversal.....	19
Studiul 5: Diferențe în privința disocierii și recuperării în psihoză - Studiu comparativ între o populație clinică din România și o populație clinică din Marea Britanie	22
Concluziile generale ale lucrării.....	29
Bibliografie (selectivă).....	36

Motivația cercetării

Psihoza și manifestările ei au fost observate, descrise și studiate de-a lungul timpului cu o mare curiozitate pentru fenomenul numit „nebulie”. Grecii antici au descris delirul de grandoare, paranoia și deteriorarea cognitivă și a personalității. Pentru foarte multă vreme, percepția bolii mintale a încorporat mituri despre „nebulie” în încercarea de a explica inexplicabilul și de a încorpora acest fenomen generator de frică, în existența zilnică. Abia în secolul XIX, schizofrenia a fost descrisă ca o condiție medicală demnă de studiat și tratat.

Dacă până nu demult perspectiva biomedicală a guvernat felul în care psihoza era înțeleasă ca o boală cu simptome fără semnificație, perspectiva psihosocială a adus cu ea o reinterpretare a fenomenului psihotic, atât ca formă cât și conținut, ca o reacție personală strâns relaționată cu evenimentele de viață ale individului și care sunt însoțite de o anumită rezonanță afectivă în psihicul individului.

Bleuler a ales termenul de schizofrenie pentru a exprima separarea dintre gând, emoție și comportament la pacienții cu această afecțiune. Pornind de la ideile lui Bleuler, Jung și alții, Garfield (1995) a argumentat că la baza psihozei se află afectele intolerabile („unbearable affect”). Ce se întâmplă cu aceste emoții intolerabile? Sunt reprimare și ascunse în inconștient pentru ca individul să poată merge mai departe. Durerea emoțională e izolată pentru a face intolerabilul tolerabil, psihicul își menține homeostazia disociindu-se de ceea ce este intolerabil pentru individ.

Explorarea mecanismelor psihozei și înțelegerea acestei boli mintale dincolo de modelul strict biomedical reprezintă un domeniu pe care l-am aprofundat în ultimii paisprezece ani ca medic psihiatru lucrând cu bolnavi suferind de afecțiuni psihotice, în sistemul de sănătate britanic. Am observat că pentru a trata psihoza și a răspunde nevoilor celor care suferă de psihoză, e important nu doar tratamentul medicamentos dar în egală măsură e vital să înțelegem factorii de dezvoltare, cei interpersonali și cognitivi ai afecțiunii psihotice și ai dezechilibrului afectiv care acompaniază psihoza.

Dacă recuperarea din psihoză implică recunoașterea, acceptarea și punerea în perspectivă a emoțiilor intolerabile care adesea își au originea în dezvoltarea timpurie, atunci este important să redefinim această boală mintală printr-o nouă perspectivă, aceea a disocierii și să înțelegem

cum acest mecanism cu rol defensiv poate nu doar iniția și menține boala, dar poate oferi terenul pe care recuperarea se poate construi.

Într-o lume a diversității și multiculturalismului, a deplasărilor populaționale masive din zonele geografice de origine în zone geografice noi, cu caracteristici diferite, este important să înțelegem cum anume factorul cultural influențează percepția psihozei, înțelegerea mecanismelor ei și implicit a percepției recuperării din boală.

Capitolul 1. Disocierea

Noțiunea de ‘disociere’ are sensuri multiple și include o gamă largă de fenomene. Disocierea este atât adaptativă cât și dezadaptativă, atât cauză cât și efect (Spiegel & Cardeña, 1990; Tarnopolsky, 2003). Ea este adesea o strategie defensivă din punct de vedere psihologic, având rolul de a proteja persoana împotriva experiențelor dureroase, dar poate fi și un răspuns automat în fața unui pericolul imediat (van der Hart et al., 2004). Disocierea poate fi descrisă în manieră taxonomică sau, alternativ, ca desfășurându-se pe un continuum cu diferite grade de intensitate, variind de la normal la patologic (Putnam, 1997). Ea poate lua forma multor experiențe, variind de la o detașare emoțională ușoară de mediul extern până la o deconectare severă de experiențele fizice și emoționale.

Există mai multe puncte de vedere asupra etiologiei și naturii disocierii. Pe fondul controverselor privind conceptul disocierii, eforturile de a formula o definiție precisă a disocierii sunt rare. Unele abordări sunt atât de ample încât o multitudine de fenomene psiho-biologice de altfel comune, s-ar putea califica drept disociative. Conceptualizările prea înguste ale disocierii exclud fenomene care inițial și din motive întemeiate au fost considerate disociative. Lipsa unei distincții conceptuale între disocierea ca proces, organizare, deficit, mecanism defensiv psihologic și disocierea ca simptom, accentuează confuzia actuală.

Disocierea este în general definită ca “fragmentarea continuității experienței subiective” (Soffer-Dudek, 2017); “tulburarea funcției normale de integrare a conștiinței, memoriei, identității, emoției, percepției, reprezentării corporale, controlului motor și a comportamentului” (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013); “pierderea parțială sau totală a integrării normale între memoria trecutului, conștiința identității și controlul mișcărilor corpului” (ICD-10, WHO, 1992).

Vannikov-Lugassi și Soffer-Dudek (2018) consideră tendința de a disocia, maladaptativă; ea e asociată cu distresul psihologic (Carlson et al., 2012; Lanius et al., 2010), este procesul patogenic central al experiențelor traumatice trăite în copilărie (Farina & Liotti, 2013; Șar, 2011) și este frecvent asociată cu simptome psihopatologice din tabloul clinic aparținând diferitelor categorii diagnostice psihiatrice cu o etiopatogenie tipic traumatică, precum: tulburările psihotice, tulburarea obsesiv-compulsivă (Aardema & Wu, 2011; Paradisis et al., 2015), depresia și anxietatea (Boysan, 2014; Levin & Spei, 2004), tulburările disociative, tulburarea de stres post-traumatic (Stein et al., 2013), tulburarea de personalitate borderline (Mearns, 2012).

Nijenhuis și van der Hart (2011) au propus o teorie a disocierii în contextul traumei. Disocierea

în traumă implică o divizare a personalității individului, adică a sistemului dinamic bio-psiho-social ca întreg care determină răspunsurile sale psihice și comportamentele caracteristice. Această divizare a personalității constituie trăsătura de bază a traumei. Se produce atunci când individului îi lipsește capacitatea de a integra parțial sau total experiențele adverse; în acest context, ea poate facilita adaptarea dar în mod obișnuit implică și limitări adaptative. Divizarea implică două sau mai multe subsisteme insuficient integrate dinamic dar extrem de stabile.

Unii autori definesc disocierea ca „îngustarea câmpului de conștiință” (Hovens, 2007, p. 98). Alți autori consideră fenomenele disociative ca alterări ale stării de conștiință. Cardeña (1994) a definit disocierea „ca și coexistența unor sisteme mintale separate care ar trebui integrate în conștiința, memoria sau identitatea persoanei” (Cardeña, 1994; p. 19). Această definiție include noțiunea de sisteme disociative, mai degrabă decât aceea de stări disociative. Holmes și colaboratorii (2005), Brown (2006) au propus un model de disociere care include două categorii distincte de fenomene disociative pe care le-au numit “detașare” și “compartimentalizare”. Toate aceste încercări de definire a disocierii sunt prezentate pe larg în lucrare.

Disocierea nu este neapărat o dovadă a unui istoric de traumă sau a psihopatologiei (Howell, 2005, p.19). Dacă încercăm să privim disocierea ca orice alt fenomen psihologic, vom putea observa că fiecare persoană are abilitatea de a disocia și o mare parte din disociativitatea noastră este adaptativă. Perspective teoretice multiple, de la conceptualizarea originală a lui Pierre Janet a ceea ce a devenit cunoscut sub numele de "disociere structurală" (Janet, 1907) la formulări mai recente ale disocierii bazate pe teoriile cognitiv-comportamentale (Kennerley, 1996; Kennedy et al., 2013), au postulat că stările și experiențele disociative reprezintă rezultatul proceselor psihologice implicate în adaptarea funcționalității individului la gestionarea afectelor copleșitoare. Studiile calitative vin în sprijinul acestei teorii, prin constatările lor conform cărora persoanele care au trăit fenomene disociative raportează de obicei evaluări pozitive ale experiențelor lor disociative.

Concentrându-se mai mult pe aspectele constructive ale disocierii, Watkins & Watkins (1997) o văd ca pe un principiu natural de organizare a psihicului, oferind individului capacitatea de a se adapta. În comparație cu alte mecanisme defensive psihologice, disocierea este unică prin faptul că cel puțin formele mai blânde pot fi invocate voluntar (Farb et al., 2007; Leonard et al., 1999). Capacitatea absorbției și compartimentalizării de a fi învățate și aplicate în mod conștient, combinată cu funcția lor psihologică defensivă le face strategii psihoterapeutice ideale (Bowins, 2012).

Capitolul 2. Psihoza – între perspectiva psihiatrică și perspectiva psiho-socială

Așa cum este descris de Sadock, Kaplan și Sadock (2007), conceptul de „psihoză” se referă la un grup de tulburări mintale care au ca trăsătură principală pierderea testării realității și a limitelor Eu-lui. Simptomele psihotice sunt nespecifice și pot avea numeroase cauze. Ele se grupează în sindroame psihotice ale căror combinații formează diferite entități nosologice psihiatrice, pe care clasificările internaționale cum ar fi DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 2013) și ICD-11 (International Classification of Diseases, WHO, 2021) le definesc prin intermediul unor criterii strict specifice. Definiția spectrumului schizofreniei și a altor afecțiuni psihotice dată de DSM-5 (APA, 2013) include fenomene patologice ca: ideație delirantă, halucinații, dezorganizarea gândirii și a limbajului, comportament motor dezorganizat sau anormal (inclusiv catatonie) și simptome negative (avoliția, anhedonia, sărăcia limbajului sau alogia, constricția sau aplatizarea afectului, izolarea socială) (American Psychiatric Association - APA, 2013).

Manifestările schizofreniei, ca reprezentat al clasei psihozelor, sunt atât de heterogene încât nu pot fi rezultatul acțiunii unui singur factor etiologic. Modelul etiologic cel mai frecvent utilizat este modelul stres/vulnerabilitate (Gispens-de Wied & Jansen, 2002) potrivit căruia persoana care dezvoltă schizofrenie are o vulnerabilitate biologică specifică, declanșată de stres, care conduce la dezvoltarea simptomelor psihotice. Stresorii respectivi pot fi genetici, biologici și psihosociali.

Dacă abordarea biomedicală conturează psihoza ca pe o boală cu simptome reprezentând consecința unui proces biologic, perspectiva psihosocială o privește ca pe o reacție personală la experiențele de viață. Holloway și colaboratorii (2015) susțin că oricare ar fi originea psihozei, este posibil să găsim o semnificație în experiențe care la prima vedere apar lipsite de sens. Fenomene ca trauma, atașamentul, victimizarea și lipsa de control sunt acum încorporate în teoriile etiologice ale psihozei.

Conceptualizarea psihozei din perspectivă cognitivă a fost recunoscută târziu în ciuda faptului că fenomenologia cognitivă din cadrul schizofreniei a fost menționată ca principalul element distinctiv în toate descrierile diagnostice de peste 100 de ani. Fenomenele cognitive din schizofrenie (dezorganizarea cognitivă, slăbirea asociațiilor, tulburările de formă și conținut ale gândirii, dezorganizarea sintactică și semantică a limbajului cu afectarea comunicării, afectarea atenției și memoriei) au devenit doar recent focusul intervențiilor psihoterapeutice în forma terapiei cognitive comportamentale pentru psihoze.

Factorul cultural, stereotipiile sociale legate de reprezentarea bolii mintale în general și a psihozei în mod special sunt strâns legate de fenomenul de stigmatizare. Stigmatizarea, în forma prejudiciului și discriminării, este o problemă majoră pentru cei cu boală mintală. Pentru mulți dintre aceștia, este chiar o problemă mai mare decât boala în sine. Stigma influențează starea de sănătate, generează rușine, durere emoțională, marginalizare și probleme financiare și este percepută ca obstacolul principal în calea recuperării (Thornicroft et al., 2007).

Domeniul reabilitării psihiatrice, cu accent pe tratarea consecințelor bolii mai degrabă decât doar a bolii în sine, a contribuit la configurarea unui nou sistem de servicii centrat pe o înțelegere mai profundă a impactului global al bolilor mintale severe. La baza domeniului reabilitării psihiatrice a stat clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății din 1980 a consecințelor bolii, și care a oferit cadrul conceptual pentru descrierea impactului bolilor mintale severe (Frey, 1984). Această conceptualizare a impactului bolilor mintale severe a ajuns să fie cunoscut sub numele de model de reabilitare (Anthony et al., 1990).

Capitolul 3. Psihoză și disociere

Schizofrenia este o afecțiune care are simptome comune cu tulburările disociative. Astfel, pacienții diagnosticați cu schizofrenie raportează și experiențe disociative (Merckelbach et al., 2005; Ross & Keyes, 2004), în timp ce pacienții cu tulburare de identitate disociativă raportează simptome psihotice (Ross et al., 1990). O posibilă explicație ar fi aceea că suprapunerea disociere-schizotipie s-ar datora influenței subiacente a “deschiderii către experiență” (Merckelbach et al., 2000). *Deschiderea către experiență* se referă la receptivitatea crescută la idei, abordări și experiențe noi (Costa & McCrae, 1992, p. 41-42). La baza acestei trăsături stau șase elemente: *fantezie, simț estetic, sentimente, acțiuni, idei și valori* (Costa & McCrae, 1992). Această interpretare presupune că atât disocierea cât și schizotipia pot fi rezultatul fanteziei ca fațetă a *deschiderii către experiență*. O altă explicație se bazează pe presupunerea că atât schizofrenia cât și disocierea au o etiologie comună traumatică. Se presupune adesea că disocierea este consecința unor experiențe traumatice severe (Holmes et al., 2005).

Legătura disociere-schizotipie pare a fi extrem de robustă și a fost replicată aproape uniform într-o gamă largă de instrumente de evaluare și eșantioane populaționale. Luați în considerare în mod izolat, diverși mediatorii explică doar o mică parte a acestei legături dar împreună (de exemplu, tendința la fantezie, eșecurile cognitive și traumei din copilărie) pot explica o parte substanțială a suprapunerii disociere-schizotipie (Giesbrecht & Merckelbach, 2008).

Capitolul 4. Recuperare și psihoză

Schizofrenia a fost în mod tradițional văzută ca o condiție cronică având prognostic foarte pesimist. Odată cu mișcarea consumistă care s-a dezvoltat în rândul celor cu schizofrenie, perspectiva tradițională asupra cursului bolii cât și presupunerile privind posibilitatea celor bolnavi de schizofrenie de a trăi o viață satisfăcătoare, au fost puse sub semnul întrebării. Această nouă concepție asupra psihozei este susținută de studii desfășurate pe perioade lungi de timp care sugerează că 50% din cei cu schizofrenie au evoluție favorabilă (Bellack, 2006).

Redescoperirea conceptului de recuperare în sănătatea mintală este asociată cu publicarea lucrării lui Anthony în 1993, în USA, în care el a susținut că o persoană cu boală mintală se poate recupera chiar dacă boala nu este „vindecată” (Anthony, 1993). Anthony a definit recuperarea ca un mod de a trăi o viață cu sens chiar cu limitările cauzate de boală. Recuperarea presupune dezvoltarea unui nou sens și scop al vieții pe măsură ce persoana depășește efectele catastrofice ale bolii mintale. Cinci ani mai devreme, de Vries și colaboratorii (1988) sugerau că recuperarea e un proces (de Vries et al., 1988). Focusul era pus pe călătorie mai degrabă decât pe finalul ei, această metaforă fiind preferată de mulți pacienți.

Modelul recuperării psihologice descris de Andresen, Oade și Caputi (2003) cuprinde cinci etape:

1. **Inhibiția** – etapă caracterizat prin negare, confuzie, lipsa speranței și a sensului vieții, pierderea scopului în viață și izolarea autoprotectivă.
2. **Conștientizarea** – marchează punctul de cotitură în procesul recuperării, cu ivirea speranței și a sensului propriei puteri de asumare a responsabilității pentru recuperare și scop în viață.
3. **Pregătirea** – oferă fundația pentru construirea unei vieți cu sens, utilizând resursele interne și externe și stabilirea de noi scopuri.
4. **Reconstruirea** – implică un proces activ de atingere a scopurilor personale, construirea unui sens pozitiv al sinelui, asumarea de riscuri cu scopul de a prelua controlul propriei vieți și depășirea eșecurilor cu scopul de a construi reziliența în fața viitoarelor obstacole.
5. **Creșterea** – încununarea efortului depus pe parcursul etapelor precedente, căutarea creșterii/dezvoltării personale și actualizarea sinelui; este caracterizată prin speranță și o atitudine pozitivă față de viitor (Andresen, Oades & Caputi, 2003).

Redefinirea recuperării ca proces al descoperirii personale, al învățării coabitării cu boala, cu simptomele reziduale și vulnerabilitatea asociată, face loc ideii că recuperarea e posibilă pentru toți. Întrebarea este cum se poate trăi bine în timp ce halucinațiile auditive și frica de persecuție, de exemplu, continuă să tulbure mintea celui care suferă de psihoză? Ce mecanisme fac posibilă coexistența unei vieți cu sens traite în paralel cu realitatea psihotică?

Recuperarea presupune o deplasare dinspre modelul centrat pe deficit spre un model centrat pe resurse (Rapp, 1998; Saleebey, 1992) pe care Davidson (2003) îl caracterizează ca “living outside the illness” (a trăi în afara bolii). Această definiție implică ideea de compartimentalizare a vieții psihice, deci aduce în prim plan fenomenul de disociere.

Noua semnificație atașată conceptului de recuperare implică și o re-evaluare a ceea ce este psihoza. Topor și colaboratorii (1997) sugerează că psihoza poate oferi “un punct de cotitură” în momentul în care persoana atinge fundul prăpastiei, unde factorii catalizatori generează o schimbare neașteptată care forțează individul să ia decizia de a prelua controlul asupra bolii și de a găsi o soluție pentru a trăi o viață cu sens în ciuda persistenței bolii. Depășirea negării și acceptarea reprezintă dimensiunea esențială a recuperării. De aceea, pentru a răspunde nevoilor celor care suferă de psihoză, e important să înțelegem mecanismele psihologice și determinanții procesului de recuperare din psihoză.

Capitolul 5. Partea practică a cercetării

Obiectivele principale ale cercetării

Scopul general al prezentei cercetări este acela de a explora pentru prima dată asocierea dintre disociere (în forma compartimentalizării, detașării și absorbției) și recuperarea din psihoză și de a obține niște date preliminare care să informeze direcțiile viitoare de cercetare a legăturii dintre aceste fenomene. Pentru îndeplinirea acestui scop, am realizat două review-uri ale literaturii de specialitate și am proiectat trei studii cantitative. Datele au fost culese pe baza a cinci chestionare (două pentru măsurarea experiențelor disociative, două pentru măsurarea recuperării și un interviu semi-structurat pentru evaluarea simptomelor psihotice) și un instrument de colectare a datelor socio-demografice de la pacienți proveniți din două spații culturale diferite, din mediul clinic și non-clinic, cu vârste cuprinse între 18 și 65 ani.

Studiul 1. Dimensiunea psihopatologică a disocierii în rândul persoanelor cu tulburare psihică: review sistematic și metaanaliză

Obiective

Acest studiu a avut trei obiective: de a explora în ce măsură disocierea este o caracteristică a pacienților cu schizofrenie și cât de mare este această legătură; de a vedea în ce măsură disocierea este caracteristică unor populații diferite de participanți cu simptome izolate psihotice dar fără o afecțiune psihotică; și de a analiza în ce măsură disocierea este o caracteristică a persoanelor care nu sunt identificate ca fiind diagnosticate cu schizofrenie sau altă afecțiune mintală (populație normală/ non-clinică) și dacă există o legătură semnificativă între caracteristici ale schizofreniei și ale disocierii măsurate la populația normală.

Metodologie

Am efectuat o căutare comprehensivă a articolelor indexate publicate între 2000 și aprilie 2019, în bazele de date Medline, PsycInfo și în biblioteca Munchen online, conform protocolului PRISMA.

Au fost selectate 12 studii care au îndeplinit următoarele criterii de includere: (1) articole despre disociere și psihoză, incluzând noțiuni sugerând simptome psihotice cum ar fi halucinații sau mecanisme disociative ca: detașare, compartimentalizare, amnezie disociativă, absorbție, depersonalizare, derealizare; (2) articole publicate în limba engleză; (3) studii care au recrutat subiecți cu vârste cuprinse între 18 și 65 ani; (4) studii publicate în intervalul 2000 -2019; (5) studii efectuate atât pe populație clinică și non-clinică.

Următoarele informații au fost extrase din fiecare studiu: vârsta medie a fiecărui eșantion și deviația standard, scorul total pentru psihoză și deviația standard, scorul total pentru disociere și deviația standard, scorurile pe subscale și deviațiile standard, corelațiile dintre subscalele specifice pentru psihoză și disociere.

Rezultate

Analizele arată că există o legătură medie semnificativă și pozitivă între formele de psihoză și cele de disociere ($r = .314$, $CI\ 95\% .190;.428$).

De asemenea, se constată diferențe semnificative ($t = 3.35$, $p = .001$) între grupurile clinice și non-clinice și o asociere semnificativă între caracteristicile schizofreniei și disociere măsurată în populația normală, dar indicatorii privind variabilitate studiilor indică o diversitate crescută și semnificativă ce ar putea afecta interpretarea rezultatelor ($Q = 1966.7173$, $df = 13$, $p < 0.0001$, $I^2 = 99.34\%$).

S-a observat că există o legătură puternică între principalele concepte ale studiului ($r = .49$, $CI\ 95\% [0.461; 0.529]$), cele mai puternice asocieri ale psihozei fiind cu derealizarea și absorbția. Indicatorii privind variabilitatea studiilor sunt ne semnificativi și de mărime redusă ($Q = 1966.7173$, $df = 13$, $p < 0.0001$, $I^2 = 99.34\%$).

Limite și concluzii

Una din limitele majore este reprezentată de numărul mic de studii incluse în analiză și de caracterul lor foarte divers. Diversitatea lor este determinată de tematica, numărul și tipul populației incluse, cât și de faptul că analiza ia în considerare mai multe tipuri de disociere.

Chiar dacă rezultatele statistice ale acestui studiu sunt limitate, demersul realizat prin procesul revizuirii literaturii științifice existente în domeniul disocierii și psihozei a fost foarte util pentru trasarea direcției pe care cercetarea a luat-o mai departe.

Studiul 2: Disociere și recuperare în psihoză – Analiză și reflecție narativă pe cercetările care abordează aceste concepte și căutarea unor legături între ele – review al literaturii de specialitate

Scop

Scopul acestui studiu este de a efectua o evaluare a literaturii despre recuperarea din psihoză și disociere, folosind criteriile de includere mai largi, și de a oferi astfel o sinteză narativă a ceea ce se știe pe această temă.

Metodologie

Acest studiu a fost realizat din necesitatea de a rezolva limitele studiului 1. Prin urmare, am mărit numărul bazelor de date în care am efectuat căutarea, am relaxat criteriile de includere a publicațiilor nemaipunând restricții în ceea ce privește vârsta populației sau perioada apariției publicațiilor; de asemenea, am inclus mai multe tipuri de publicații pe tema disocierii și psihozei (de exemplu studii calitative, raportări de caz, articole teoretice, capitole de carte) și nu doar studii cantitative, ceea ce a permis îmbogățirea strategiei de căutare prin adăugarea de cuvinte cheie referitoare la recuperare (concept greu de cuantificat și a cărei cercetare are un caracter predominant calitativ și descriptiv).

Am efectuat o căutare comprehensivă a articolelor indexate, în bazele de date Medline, PsycInfo, PubMed, conform protocolului PRISMA. În urma procesului de selecție, 19 articole au fost incluse în acest studiu. Criteriile de includere au fost următoarele (1) publicații despre disociere, psihoză și recuperare, inclusiv termeni utilizați în strategia de căutare (descrisă mai sus); (2) articole publicate în limba engleză; (3) fără limită de dată sau vârstă; (4) studii pe populație clinică și/sau non-clinică.

Informațiile extrase din studiile incluse au fost înregistrate pe un formular standardizat, incluzând caracteristici generale (autori, titlul publicației, țara, anul publicării), designul, caracteristicile eșantionului (vârstă, clinic/non-clinic, metoda de recrutare), instrumentele utilizate pentru evaluarea disocierii, psihozei și altor dimensiuni, cine a aplicat instrumentele și limitările studiilor.

Rezultate

Rezultatele acestei analize indică faptul că prevalența sindromului de derealizare nu este diferită între grupurile de participanți diagnosticați cu schizofrenie și cei fără acest diagnostic (Hwu et al., 1981). S-a constatat că disocierea de tip compartimentalizare nu a prezis experiențe asemănătoare psihozei și o analiză de grup post-hoc a indicat că disocierea și absorbția de tip detașare sunt diferite de experiențele de tip psihotic și nu reflectă constructe similare (Humpston et al., 2016). Aceste observații sunt în concordanță cu opiniile conform cărora fenomenele de disociere se pot răspândi pe un continuum de stres și dizabilitate (Longden et al., 2020), variind de la experiențe nepatologice până la condiții cronice și extrem de invalidante (Brown, 2006).

Limite și concluzii

Una dintre limitele studiului este numărul mic de publicații incluse în recenzie și natura lor foarte diversă. În scopul acestei cercetări, nu am făcut diferența între afecțiunile psihotice deoarece ele sunt un grup mare de entități nosologice. Deși se caracterizează prin tipuri similare de simptome, afecțiunile psihotice pot diferi în ceea ce privește manifestările, severitatea, răspunsul la tratament, prognosticul și durata (Coutts et al., 2023). Acesta este un aspect care poate fi luat în considerare într-un viitor proiect de cercetare.

O concluzie importantă este că există diferențe fundamentale în conceptualizarea noțiunilor explorate și evaluarea lor prin diferite instrumente de măsură. Literatura de specialitate este extrem de diversă, iar disocierea este un fenomen cu multe fațete, greu de măsurat într-o manieră unitară, dar care poate fi conceptualizat foarte specific prin procesele sale. Ca proiect viitor, o trecere în revistă a diferitelor definiții ale disocierii, ar putea fi valoroasă, având în vedere diversitatea conceptualizării sale în materialul prezentat.

Studiul 3: Studiu comparativ privind utilizarea disocierii în populația clinică și non-clinică

Obiective și ipoteze

Acest studiu comparativ a avut două obiective: de a explora existența diferențelor în utilizarea celor trei mecanisme disociative între o populație clinică și una non-clinică și, de asemenea, de a vedea dacă în cadrul fiecărui grup există diferențe în utilizarea acestor mecanisme.

S-au formulat următoarele ipoteze:

1. Există diferențe semnificative între participanții non-clinici și participanții clinici în ceea ce privește detașarea, compartimentalizarea și absorbția.
2. Există diferențe semnificative între utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției, separat pentru participanții clinici și non-clinici.
3. Există un efect de interacțiune între genul participanților și tipul participanților (clinici/non-clinici) în ceea ce privește utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției.
4. Există o legătură semnificativă între vârsta participanților și utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției, separat pentru participanții clinici și non-clinici.

5. Există un efect de interacțiune între statusul marital al participanților și tipul participanților (clinici/non-clinici) în ceea ce privește utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției.

Participanți

Eșantionul clinic a cuprins 40 de pacienți cu vârste cuprinse între 18 și 65 de ani, femei și bărbați, cu diagnostic de afecțiune psihotică. Sursa de recrutare: pacienți aflați în evidența sistemului de sănătate (în cadrul Spitalului Militar Clinic de Urgență „Jacob Czihac” și a Policlinicii Vitan din București).

Eșantionul non-clinic a inclus 176 studenți la Facultatea de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității “Al. I. Cuza” din Iași.

Metodologie

Instrumentele utilizate au fost:

- *Inventarul de Detașare și Compartimentalizare (The Detachment and Compartmentalisation Inventory - DCI)* (Butler, Dorahy & Middleton, 2019);
- *Scala Experiențelor Disociative II (Dissociative Experiences Scale, DES -II)* (Bernstein & Putnam, 1986);
- un instrumentul de colectare a datelor social-demografice.

Designul studiului a fost unul transversal.

Variabilele studiului au fost: (a) variabilele independente – V1 tipul participanților, V2 genul participanților, V3 stutul marital, V4 vârsta; (b) variabilele dependente - detașarea, compartimentalizarea, absorbția.

Rezultate

Pentru testarea ipotezei 1, s-a aplicat Testul T pentru eșantioane independente. Rezultatele arată că participanții clinici prezintă scoruri semnificativ mai mari față de participanții non-clinici în ceea ce privește detașarea [$t(214) = -5.525, p < 0.001$], compartimentalizarea [$t(214) = -12.698, p < 0.001$] și absorbția [$t(214) = -3.693, p < 0.001$]. Ipoteza 1 se confirmă.

În vederea analizei ipotezei 2, s-a utilizat Testul Anova Repeated measure (GLM). Conform datelor, ipoteza se confirmă, așadar există diferențe semnificative între utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției, separat pentru participanții clinici și non-clinici. Astfel:

- În cazul participanților non-clinici, se constată diferențe semnificative între utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției $F(1.875, 328.066) = 347.413, p < 0.001$, după cum urmează:
 - Ei utilizează **Absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Detașare** [$t = 6.27, p < 0.001$];
 - Utilizează **Absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Compartimentalizare** [$t = 22.47, p < 0.001$];
 - Utilizează **Detașarea** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Compartimentalizare** [$t = 21.56, p = < 0.001$].
- În cazul participanților clinici, există diferențe semnificative între utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției $F(1.458, 56.871) = 17.089, p < 0.001$, după cum urmează:
 - Ei utilizează **Absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Detașare** [$t = 3.26, p = 0.007 < 0.05$];
 - Utilizează **Absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Compartimentalizare** [$t = 4.73, p < 0.001$];
 - Ei utilizează **Detașarea** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Compartimentalizare** [$t = 3.73, p = 0.002 < 0.05$].

În vederea analizei ipotezei 3 s-a aplicat ANOVA Univariate (factorială) și s-au obținut următoarele rezultate semnificative:

- **Detașarea** - Constatăm un efect principal semnificativ al variabilei tipul participanților (clinici/non-clinici) $F(1, 211) = 11.332, p = 0.001 < 0.05, Mdif = 1.001, p = 0.001 < 0.05$ asupra variabilei detașare. În acest sens, participanții clinici ($M = 5.36, SE = 0.24$) utilizează detașarea într-o măsură semnificativ mai ridicată față de participanții non-clinici ($M = 4.36, SE = 0.17$).
- **Compartimentalizarea** - Constatăm un efect principal semnificativ al variabilei tipul

participanților (clinici/non-clinici), $F(1, 211) = 44.462$, $p = 0.001 < 0.05$, $M_{dif} = 2.374$, $p < 0.001$) asupra variabilei compartimentalizare. În acest sens, participanții clinici ($M = 4.96$, $SE = 0.29$) utilizează compartimentalizarea într-o măsură semnificativ mai ridicată față de participanții non-clinici ($M = 2.58$, $SE = 0.20$).

- **Absorbția** – Constatăm un efect principal semnificativ al variabilei tipul participanților (clinici/non-clinici) $F(1, 211) = 8.256$, $p = 0.004 < 0.05$, $M_{dif} = 1.008$, $p = 0.004 < 0.05$) asupra variabilei absorbție. În acest sens, participanții clinici ($M = 5.90$, $SE = 0.29$) utilizează absorbția într-o măsură semnificativ mai ridicată față de participanții non-clinici ($M = 4.89$, $SE = 0.201$).

Analizele statistice confirmă parțial ipoteza 4 și arată că vârsta participanților non-clinici se asociază semnificativ negativ cu dimensiunile detașare [$r(174) = -0.248$, $p = 0.001 < 0.05$], compartimentalizare [$r(174) = -0.166$, $p = 0.028 < 0.05$] și absorbție [$r(174) = -0.303$, $p < 0.001$]. Legătura între variabile este modestă. În acest sens, cu cât crește vârsta cu atât scade utilizarea acestor mecanisme. În literatura de specialitate legătura dintre vârsta și utilizarea disocierii este analizată de către Weiss & Lang (2012) care demonstrează că persoanele vârstnice reușesc să prevină formarea imaginii de sine tipice legată de vârstă, prin disocierea de grupa lor de vârstă. Dar studiul lor nu menționează nimic despre mecanismele disociative prin care acest proces se produce. O posibilă explicație poate fi aceea că pe măsură ce se înaintează în vârstă, expunerea repetată la situații care necesită utilizarea mecanismelor de coping cu stresul, antrenează persoana să se adapteze mai rapid, fără ca aceasta să mai aibă nevoie să se disocieze pentru a face față situațiilor dificile sau stresante. Aceasta explicație însă necesită a fi testată prin intermediul unor studii viitoare.

Pentru analiza ipotezei 5 s-a aplicat ANOVA Univariate (factorială). Nu s-a obținut un efect principal semnificativ al variabilei statusul marital al participanților, ignorând tipul participanților (clinici/non-clinici), asupra celor trei tipuri de disociere.

Testul One Way Anova a fost utilizat pentru a analiza efectul simplu al statusului marital în condiție de grup clinic și, separat, în condiție de grup non-clinic. Datele arată că

- Pentru participanții non-clinici există diferențe semnificative în funcție de statusul marital privind utilizarea absorbției [$F(2, 168) = 4.490$, $p = 0.013 < 0.05$]. În acest sens, participanții non-clinici căsătoriți ($M = 4.06$, $SD = 1.60$) utilizează absorbția într-o măsură

mai mică față de participanții non-clinici necăsătoriți ($M = 5.28$, $SD = 1.98$; $p = 0.010 < 0.05$).

- Pentru participanții clinici nu există diferențe semnificative între rezultatele participanților cu status marital căsătorit(ă) și necăsătorit(ă), divorțat(ă) și văduv(ă) privind absorbția.

Testul One Way Anova a fost de asemenea utilizat pentru a analiza efectul simplu al variabilei tipul de participanți (clinici versus non-clinici) în fiecare condiție a statusului marital. Rezultatele arată că:

- Există diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea **absorbției** pentru participanții căsătoriți în funcție de grupul de apartenență clinic versus non-clinic ($t(45) = -5.174$, $p < 0.001$]. În acest sens, participanții căsătoriți din grupul clinic ($M = 6.08$, $SD = 1.07$) utilizează într-o măsură semnificativ mai mare absorbția față de participanți căsătoriți din grupul non-clinic ($M = 4.06$, $SD = 1.60$).

După cunoștințele noastre, acesta este primul demers în care s-a analizat măsura în care statutul marital al unei persoane influențează felul în care aceasta utilizează mai mult sau mai puțin unele sau altele dintre mecanismele disociative (detașare, compartimentalizare, absorbție). O posibilă explicație a observației conform căreia participanții căsătoriți par să utilizeze mai puțin absorbția decât cei necăsătoriți, ar putea fi reprezentată de reconfigurarea rutinei zilnice în contextul relației maritale, cu o abordare predominant centrată pe rezolvarea de probleme și asumarea de noi responsabilități, fapt care presupune o mai mare ancorare în realitatea cotidiană ori absorbția disociativă presupune cufundarea în experiențe externe sau interne, până la punctul în care persoana uită de ceea ce se întâmplă în jur (Soffer-Dudek et al., 2015). Această explicație este desigur una speculativă care necesită o explorare riguroasă într-un posibil studiu viitor.

Limite și concluzii

Cea mai importantă limită este numărul redus de participanți recrutați, în special în lotul clinic, și discrepanța dintre mărimea grupului clinic și cea a grupului non-clinic, aspecte care pot avea implicații asupra rezultatelor obținute și nu permit generalizarea acestora. Eșantionul non-clinic a inclus doar studenți de la Facultatea de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității “Al. I. Cuza” din Iași, acesta fiind un loc de conveniență pentru recrutarea

participanților datorită restricțiilor impuse de pandemie. E necesar ca studiile viitoare să includă în lotul non-clinic participanți din populația generală întru-cât ar putea astfel să fie captată o diversitate de experiențe disociative care probabil s-au pierdut prin natura limitată a selecției noastre.

În privința implicațiilor clinice, în comparație cu alte mecanisme psihologice de apărare, disocierea este unică prin faptul că cel puțin formele mai ușoare pot fi invocate în mod voluntar (Farb et al., 2007; Leonard, Telch, & Harrington, 1999). Capacitatea de absorbție și compartimentalizarea pot fie învățate și aplicate în mod conștient. Funcția lor psihologică defensivă le poate face strategii psihoterapeutice utile (Bowins, 2012).

Studiul 4: Explorarea relației dintre experiențele disociative și recuperare în psihoză - studiu transversal

Obiective

Prin intermediul acestui studiu, ne-am propus să explorăm dacă detașarea, compartimentalizarea și absorbția apar în mod specific în recuperarea din psihoză. În acest scop, am dezvoltat un studiu transversal pe o populație clinică din Marea Britanie, studiu prin care ne-am propus să explorăm asocierea dintre cele trei fenomene disociative și recuperarea din psihoză și să analizăm dacă experiențele disociative (compartimentalizare, detașare și absorbție) pot prezice stadii specifice ale recuperării.

Participanți

Toate procedurile implicate în procesul de recrutare a participanților au fost conforme cu standardele etice ale comitetelor naționale și instituționale relevante privind experimentele pe ființe umane și cu Declarația de la Helsinki din 1975, revizuită în 2008. Toate procedurile au fost aprobate de *Health Research Authority Health and Care Research Wales (HCRW) Committee* (număr de referință: 20/EM/0218). 75 de persoane cu psihoză au fost recrutate din serviciile de recuperare din cadrul Gloucestershire Health and Care NHS Foundation Trust din Marea Britanie. Criteriile de includere au fost: pacienți de orice gen, cu vârsta între 18 și 65 de ani, cu diagnostic de tulburare psihotică (primul episod sau boală cronică).

Metodologie

A fost utilizat un design transversal.

S-au aplicat următoarele instrumente:

- *Inventarul de detașare și compartimentalizare (The Detachment and Compartmentalisation Inventory - DCI)* – Butler, Dorahy și Middleton (2019);
- *Scala Experiențelor Disociative - II (Dissociative Experiences Scale II - DES -II)* - Bernstein & Putnam (1986);
- *Instrumentul de măsurare a stadiilor recuperării (The Stages of Recovery Instrument - STORI)* – Andresen, Caputi și Oades (2006);
- *Chestionarul privind procesul de recuperare (The Process of Recovery Questionnaire - QPR)* – Neil et al. (2007);
- *Scala simptomelor pozitive și negative (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS)* – Kay, Fiszbein și Opler (1987)
- și un instrumentul de colectare a datelor social-demografice.

Variabilele studiului sunt: (a) Variabila criteriu: stadiile recuperării (stadiul 1, stadiul 2, stadiul 3, stadiul 4 și stadiul 5); (b) Variabile predictor: experiențele disociative (compartimentalizare, absorbție și detașare), procesul recuperării, simptomele psihotice, istoricul de abuz de substanțe, istoricul de traumă.

Rezultate

Am utilizat regresia ordinală pentru a investiga istoricul de abuz de substanțe și traumă în calitate de predictorii categoriali și DES, DCI, QPR și PANSS în calitate de predictorii cantitativi continui ai stadiilor de recuperare (STORI- stadiul 1, stadiul 2, stadiul 3, stadiul 4, stadiul 5).

Rezultatele arată că QPR (recuperarea ca proces) este un predictor semnificativ al stadiilor recuperării, ceea ce înseamnă că o creștere cu o unitate în QPR (procesul recuperării) este asociată cu o creștere așteptată de .041 în șansele ordonate de a crește nivelurile STORI (etapele recuperării), cu un raport al șanselor de 1.042 (CI = interval de confidență = 1.003 - 1.082), SE (eroare standard) = .019, Wald = 4.554, p = .033. E important de menționat că deși ambele instrumente: QPR și STORI măsoară recuperarea din psihoză, QPR se referă la procesul recuperării, în timp ce STORI măsoară diferitele stadii ale recuperării.

Rezultatele mai arată că PANSS este un predictor semnificativ marginal. Ceea ce înseamnă că o descreștere cu o unitate în PANSS este asociată cu o creștere așteptată de -.084 în șansele ordonate de a crește nivelurile STORI, cu un raport al șanselor de .920 (CI = interval de confidență = .840 - 1.0007), SE (eroare standard) = .046, Wald = 3.301, p = .069.

Toți ceilalți predictori sunt ne semnificativi.

Limite și concluzii

Rezultatele studiului au arătat prezența unor niveluri ridicate de simptome disociative, măsurate prin intermediul DES (M = 175,95, SD = 132,16) și DCI (M = 47,49, SD = 25,48) în rândul unui grup de pacienți aflați într-un proces de recuperare din psihoză. Acest lucru pare important deoarece abordările convenționale ale tratamentului utilizate pentru tratarea psihozei, cum ar fi tratamentul cu medicamente antipsihotice și terapia cognitiv comportamentală, sunt puțin probabil să aibă un impact asupra simptomelor disociative.

Este important să tratăm rezultatele acestui studiu cu prudență și, deși rezultatele sunt corecte pentru designul pe care l-am dezvoltat, ar putea exista diferite moduri de a investiga relația dintre disociere și recuperare în psihoză. Acest studiu a avut un design transversal dar ar fi util să evaluăm pacienți individuali în diferite stadii ale psihozei lor de-a lungul timpului, pentru a evalua modul în care disocierea poate afecta persoanele prin istoricul bolii lor. Inventarul STORI nu face diferențe clare între etapele de recuperare, prin urmare o asociere între disociere și diferitele etape de recuperare ar fi putut fi ratată. Autorii inventarului de evaluare a etapelor recuperării (Andresen et al., 2006) au raportat că instrumentul nu discriminează suficient între cele cinci etape, așa cum sunt definite de modelul de recuperare, care are în centrul său conceptul de recuperare, așa cum este definit de clienți/pacienți. Este necesară o rafinare suplimentară a acestui instrument pentru a surprinde etapele așa cum sunt definite de model.

DCI nu a fost un predictor semnificativ. Am folosit DCI cu scopul de a identifica compartimentalizarea și disocierea de tip detașare, dar aceste concepte par să se suprapună; compartimentalizarea nu a fost legată în mod unic de niciuna dintre etapele de recuperare. Aceasta a fost o surpriză pentru noi, dar sugerează că recuperarea după psihoză nu necesită procese precum compartimentalizarea, deși acestea pot juca un rol în explicarea unor procese precum „sigilarea” simptomelor psihotice (Tait et al., 2004), un fenomen clinic observat frecvent.

Istoricul abuzului de substanțe și istoricul traumei nu au fost nici ele predictori

semnificativi ai etapelor de recuperare, în timp ce scorul total PANNS a prezis marginal STORI. Acest lucru sugerează că recuperarea, cel puțin măsurată în acest mod, depinde în primul rând de modificări ale patologiei primare, de exemplu, ca parte a răspunsului la tratamentul antipsihotic.

Cercetarea noastră a fost preliminară și limitată la problema posibilei asocieri dintre disociere și recuperare în psihoză. În cercetările viitoare, va trebui să se ia în considerare rolul potențial al unor mecanisme biologice, sociale sau psihologice mai specifice în recuperarea din psihoză. În scopul acestui studiu, am inclus participanți cu afecțiuni psihotice variate (și nu am limitat selecția doar la schizofrenie) deoarece am fost interesați în primul rând să explorăm prezența unei asocieri între psihoză în general și cele trei fenomene disociative și în al doilea rând, deoarece recrutarea a fost efectuată într-un singur centru psihiatric. Provocările recrutării din acest grup de pacienți sunt bine cunoscute și numeroase, la acestea s-au adăugat restricțiile rezultate din pandemia Covid. Posibilitatea de a reproduce acest studiu, într-un grup mai mare de participanți cu un diagnostic mult mai specific va fi, sperăm, luată în considerare într-un viitor proiect de cercetare.

Cercetările viitoare ar putea analiza, de asemenea, elemente relevante specifice recuperării, care ne-ar putea ajuta să înțelegem mai clar relația dintre psihoză și disociere, de exemplu calitatea vieții și nivelul de funcționare.

Studiul 5: Diferențe în privința disocierii și recuperării în psihoză - Studiu comparativ între o populație clinică din România și o populație clinică din Marea Britanie

Obiective și ipoteze

Acest studiu și-a propus să exploreze existența diferențelor de utilizare a mecanismelor disociative (detașare, compartimentalizare, absorbție), a diferențelor în ce privește experiența recuperării și a diferențelor în trăirea simptomelor psihotice, dintre eșantionul clinic din România și eșantionul clinic din Marea Britanie și de asemenea identificarea acestor tipuri de diferențe în cadrul fiecărui grup.

Ipotezele formulate pot fi rezumate după cum urmează:

- Există diferențe semnificative între participanții clinici în ceea ce privește detașarea, compartimentalizarea și absorbția, stadiul de recuperare recuperarea generală, simptomele

psihotice și patologie generală, durata afecțiunii și durata de la ultimul episod psihotic în funcție de țara de proveniență.

- Există o legătură semnificativă între vârsta participanților și fenomenele disociative (detașare, compartimentalizării și absorbție), stadiile recuperării, recuperarea generală și simptomele psihotice separat pentru participanții clinici din România și cei din Marea Britanie.
- Există diferențe semnificative între participanți în ceea ce privește fenomenele disociative (detașare, compartimentalizării și absorbție), stadiile recuperării, recuperarea generală și simptomele psihotice, în funcție de țara de proveniență și statutul marital/gen/nivelul educațional/diagnostic/consumul de droguri/ocupație.
- Există diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere separat pentru participanții din România și cei din Marea Britanie.
- Există diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere separat pentru participanții din România și cei din Marea Britanie, pentru fiecare dintre stadiile recuperării.

Participanți

- Eșantionul clinic România: 40
 - Sursa de recrutare: pacienți aflați în evidența sistemului de sănătate (în cadrul Spitalului Militar Clinic de Urgență „Jacob Czihaac” și a Policlinicii Vitan din București).
- Eșantionul clinic Marea Britanie: 75
 - Sursa de recrutare: serviciile de recuperare ale Gloucestershire Health and Care NHS Foundation Trust
- Criterii de includere:
 - Diagnosticul tulburării psihotice (primul episod sau boală cronică);
 - Vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani;
 - Orice gen
- Criterii de excludere:
 - Pacienții care nu au capacitatea de a consimți la participare;

- Pacienți cu episod psihotic acut

Metodologie

A fost utilizat un design transversal. S-au aplicat aceleași instrumente ca la studiul 4.

Variabilele studiului au fost: (a) variabilele independente – V1 țara de proveniență, V2 genul participanților, V3 statutul marital, V4 vârsta; (b) variabilele dependente - compartimentalizarea, detașarea, absorbția, stadiul de recuperare, recuperarea generală, simptomele psihotice și patologie generală, durata afecțiunii, durata de la ultimul episod psihotic.

Rezultate

1. Analize statistice în funcție de țara de proveniență (comparații Teste T)

Prezentăm mai jos următoarele rezultate semnificative:

- Există diferențe semnificative între participanții din România și cei din Marea Britanie (UK) în ceea ce privește:
 - **Detașarea** [$t(113) = 2.495, p = 0.014 < 0.05$], în sensul că subiecții din România prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din UK;
 - **Absorbția** [$t(113) = 4.45, p < 0.001$], în sensul că subiecții din România prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din UK;
 - **Sindroame pozitive** [$t(113) = 8.567, p < 0.001$], în sensul că subiecții din România prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din UK;
 - **Sindroame negative** [$t(113) = 9.961, p < 0.001$], în sensul că subiecții din România prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din;
 - **Psihopatologie generală** [$t(113) = 14.350, p < 0.001$], în sensul că subiecții din România prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din UK.
- Există diferențe semnificative între participanții din Marea Britanie (UK) și cei din România în ceea ce privește:
 - **Stadiul 1** [$t(113) = -3.356, p = 0.001 < 0.05$], în sensul că subiecții din UK prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din România;
 - **Recuperare generală** [$t(113) = -7.221, p < 0.001$], în sensul că subiecții din UK prezintă scoruri semnificativ mai mari față de cei din România;

- **Durata afecțiunii** (în luni) [$t(113) = -4.359$, $p < 0.001$], în sensul că subiecții din UK prezintă durata afecțiunii semnificativ mai mare față de cei din România.
- **Durata de la ultimul episod** (în luni) [$t(113) = -2.321$, $p = 0.022 < 0.05$], în sensul că subiecții din UK prezintă durata semnificativ mai mare față de cei din România.

2. Legătura între vârsta participanților și variabilele cantitative ale lucrării în funcție de țara de proveniență

În ceea ce privește legătura între vârsta participanților și variabilele cantitative ale lucrării în funcție de țara de proveniență, pentru participanții din România, analizele corelaționale (Corelația Pearson) arată că nu există legături semnificative între vârsta participanților și aceste variabile. Pentru participanții din UK, observăm o singură legătură semnificativă între **vârstă și detașare** ($r(73) = -0.244$, $p = 0.035 < 0.05$, corelație negativă, slabă). În acest sens, cu cât crește vârsta, cu atât scade utilizarea mecanismului de detașare (sau cu cât scade vârsta, cu atât crește utilizarea mecanismului de detașare).

3. Analiza efectelor de interacțiune între datele social-demografice ale participanților și țara de proveniență

În continuare, interpretarea statistică s-a concentrat pe analiza efectelor de interacțiune între datele demografice ale participanților și țara de proveniență. Sunt rezumate mai departe rezultatele în care s-a obținut un efect de interacțiune semnificativ.

a) Statusul marital și țara de proveniență

➤ Pentru variabila **Stadiul 3**

- Testul statistic Anova Univariante a arătat un efect de interacțiune semnificativ între statusul marital al participanților și țara de proveniență în ceea ce privește stadiul 3 ($F(2; 114) = 3.405$ $p = 0.037 < 0.05$).

b) Consum de droguri și țara de proveniență

➤ Pentru variabila **Detașare**

- Testul statistic Anova Univariante - Rezultatele indică un efect de interacțiune semnificativ între consumul de droguri al participanților și țara de proveniență în ceea ce privește **detașarea** ($F(1; 10) = 7.570$ $p = 0.007 < 0.05$).

➤ Pentru variabila **Stadiul 5**

- Testul statistic Anova Univariante indică un efect de interacțiune semnificativ între consumul de droguri al participanților și țara de proveniență în ceea ce privește stadiul 5 ($F(1; 110) = 5.780$ $p = 0.018 < 0.05$).
- UK – Ro: Se remarcă un efect principal semnificativ doar pentru țară, în sensul că participanții din UK ($M = 30.15$ $SE = 1.05$) prezintă rezultatele la stadiul 5 semnificativ mai mari față de cei din România ($M = 25.38$ $SE = 1.16$) ($F(1, 110) = 9.25$, $p = 0.003 < 0.05$).

c) Ocupația participanților și țara de proveniență

➤ Pentru variabila **Recuperare generală**

- Testul statistic Anova Univariante - Există un efect de interacțiune semnificativ între ocupația participanților și țara de proveniență în ceea ce privește recuperarea generală ($F(2; 113) = 3.819$ $p = 0.025 < 0.05$).
- UK – Ro: Se remarcă un efect principal semnificativ doar pentru țară, în sensul că participanții din UK prezintă rezultatele la recuperarea generală semnificativ mai mari față de cei din România ($F(1, 113) = 47.146$, $p < 0.001$).

➤ Pentru variabila **Sindroame pozitive**

- Testul statistic Anova Univariante - Rezultatele indică un efect de interacțiune semnificativ între ocupația participanților și țara de proveniență în ceea ce privește **sindroamele pozitive** ($F(2; 113) = 4.980$ $p = 0.009 < 0.05$).
- Ro – UK: Se remarcă un efect principal semnificativ doar pentru țară, în sensul că participanții din România ($M = 21.43$ $SE = 0.845$) prezintă rezultatele la sindroamele pozitive semnificativ mai mari față de cei din UK ($M = 12.65$ $SE = 0.910$) ($F(1, 113) = 49.928$, $p < 0.001$).

➤ Pentru variabila **Psihopatie generală**

- Testul statistic Anova Univariante indică un efect de interacțiune semnificativ între ocupația participanților și țara de proveniență în ceea ce privește psihopatia generală ($F(2; 113) = 6.213$ $p = 0.003 < 0.05$).
- Ro – UK: Se remarcă un efect principal semnificativ doar pentru țară, în sensul că participanții din România ($M = 50.9$ $SE = 1.44$) prezintă rezultatele la psihopatie

generală semnificativ mai mari față de cei din UK ($M = 23.77$ $SE = 1.55$) ($F(1, 113) = 164.29$, $p < 0.001$).

4. Analiza predominanței mecanismelor disociative în general și pentru fiecare stadiu de recuperare

În vederea efectuării acestor analize s-a utilizat Testul Anova Repeated measure (GLM).

a) Detașarea, compartimentalizarea, absorbția

➤ Pentru participanții din România

Există diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere ($F(1.326, 51.705) = 15.171$ $p < 0.001$), după cum urmează:

- Participanții români utilizează **absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **detașare** [$t = 3.298$, $p = 0.006 < 0.05$];
- Participanții români utilizează **absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **compartimentalizarea** [$t = 4.321$, $p < 0.001$];
- Participanții români utilizează **detașarea** într-o măsură semnificativ mai mare față de **compartimentalizare** [$t = 3.475$, $p = 0.004 < 0.05$].

➤ Pentru participanții din UK

Nu se remarcă diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere.

b) Stadiile recuperării

➤ **Stadiile 1, 3, 5 de recuperare** – separat pentru participanții din România și UK

- Nu există diferențe semnificative în utilizarea mecanismelor de disociere în nici unul din grupurile clinice separat.

➤ **Stadiul 2 de recuperare** – separat pentru participanții din România și UK

- România - Există diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere pentru participanții români pentru stadiul 2 ($F(2, 12) = 6.982$ $p = 0.010 < 0.05$). Participanții români aflați în stadiul 2 utilizează **Absorbția** într-o măsură semnificativ mai mare față de **Detașare** [$t = 3.310$, $p = 0.049 < 0.05$].
- UK - Nu se remarcă diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere în stadiul 2.

➤ **Stadiul 4 de recuperare** – separat pentru participanții din România și UK

- România - Există diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere pentru participanții din România din stadiul 4 ($F(2, 22) = 26.353$ $p < 0.001$). **Absorbția** este utilizată într-o măsură semnificativ mai mare față de detașare [$t = 2.921$, $p = 0.042 < 0.05$] și compartimentalizare [$t = 8.267$, $p < 0.001$], iar **detașarea** într-o măsură semnificativ mai mare față de compartimentalizare [$t = 4.155$, $p = 0.005 < 0.05$].
- UK - Nu se remarcă diferențe semnificative în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de disociere pentru participanții din UK.

Limite și concluzii

Se observă că participanții din România au utilizat mai mult detașarea și absorbția decât cei din Marea Britanie, iar dacă ne uităm la utilizarea lor pe stadii de recuperare, observăm că în timp ce participanții din Marea Britanie nu par să utilizeze în mod diferit aceste mecanisme disociative în nici unul dintre cele cinci stadii, în cazul participanților din România s-au obținut diferențe semnificative în privința utilizării acestor mecanisme la nivelul stadiilor 2 și 4 de recuperare. În acest sens, populația din România pare să utilizeze absorbția și detașarea în stadiul 2, cu prevalența absorbției, iar în stadiul 4, toate cele trei mecanisme disociative, cel mai puțin folosită fiind compartimentalizarea. Cum putem explica aceste constatări? E posibil ca reprezentarea socială și gradul de stigmatizare/marginalizare a celor cu boală mintală în diferite spații culturale, să influențeze acceptarea bolii la nivel individual și de grup. Disocierea față de boală poate fi un mecanism de coping frecvent observat în practica noastră clinică, menit să minimalizeze riscul de marginalizare a persoanei cu boala mintală, mai ales atunci când aceasta depășește episodul psihotic acut și intră în faza de recuperare, devenind mai mult sau mai puțin conștientă de reacția celor din jur în legătură cu boala sa mintală. Aceste explicații se bazează în primul rând pe observațiile noastre clinice, întrucât nu există cunoștințe sistematice cu privire la înțelegerea modernă a disocierii în diferite spații culturale (Șar, 2022).

Limitele acestui studiu nu sunt în principiu diferite de cele ale studiilor prezentate anterior în subcapitolele precedente. Marimea eșantionului, caracterul transversal al designului cercetării, nevoia de o mai mare specificitate a variabilelor incluse și a instrumentelor utilizate, luarea în

considerare doar a câtorva factori demografici în analiza interacțiunii dintre variabilele studiate sunt principalele limite care nu permit generalizarea rezultatelor obținute.

Acest studiu, ca și celelalte studii din acest proiect de cercetare prezentate anterior, are un caracter explorator, încercând să aducă în ecuație factorul cultural și ideea că acesta ar putea influența dinamica dintre fenomenele disociative și procesul recuperării din psihoză. Datele existente cu privire la manifestările disociative la nivel transcultural -în general- și în contextul afecțiunilor psihotice în diferite spații culturale, sunt insuficiente. Colaborarea viitoare între antropologi și specialiștii în sănătate mintală în vederea investigării transculturnale a disocierei este importantă. Acest tip de colaborare este esențial pentru perfecționarea criteriilor de diagnosticare incluse în Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale(DSM)/Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD), care trebuie să devină mai relevante, mai sensibile și mai specifice pentru disocierea ca fenomen al unui anumit spațiu cultural.

Concluziile generale ale lucrării

Scopul principal al prezentei cercetări a fost acela de a cunoaște și înțelege felul în care detașarea disociativă, compartimentalizarea disociativă și absorbția disociativă sunt utilizate de persoanele cu afecțiune psihotică, nu în timpul fazelor acute ale bolii, ci pe parcursul recuperării lor din aceste episoade.

În timp ce există o literatură științifică extinsă despre relația dintre disociere și psihoză (Bacon & Kennedy, 2015; Humpston et al., 2016; Longden et al., 2020), există foarte puțină literatură de specialitate, sau chiar deloc, pe tema mecanismelor disociative și a procesului de recuperare din episoadele psihotice. Cercetarea în domeniul recuperării este dificil de întreprins. Observațiile noastre clinice în timpul lucrului cu pacienții aflați în procesul recuperării după un episod de psihoză au identificat faptul că aceste persoane pot trăi cu simptome psihotice reziduale și pot avea o viață plină de sens, ceea ce sugerează că au sisteme mintale care îi ajută să gestioneze separat diferite „compartimente” ale vieții lor mintale. Nu este însă clar cum astfel de mecanisme ar putea fi „învățate și aplicate în mod conștient” ca strategii psihoterapeutice de coping (Bowins, 2012).

Relația cauzală dintre disociere și psihoză rămâne insuficient explorată. Meta-analiza pe care am realizat-o a încercat să investigheze această relație, luând în considerare studii efectuate pe populație clinică și non-clinică. 499 articole au fost selectate, din care 12 publicații au fost

incluse în analiză. Rezultatele au arătat că legătura între psihoză și disociere este una semnificativă și pozitivă, în ciuda neomogenității studiilor incluse în meta-analiză, cele mai puternice asocieri ale psihozei fiind cu derealizarea și absorbția. Analiza a identificat diferențe semnificative între grupurile clinice și non-clinice și o asociere semnificativă între caracteristicile schizofreniei și disociere măsurată în populația normală.

Cel de-al doilea review al literaturii reunește o diversitate de cercetări internaționale și opinii teoretice asupra fenomenologiei disocierii, psihozei și recuperării. 2110 articole au fost selectate, din care 19 publicații au fost incluse în analiză. Rezultatele acestei analize indică faptul că prevalența sindromului de derealizare nu este diferită între grupurile de participanți diagnosticați cu schizofrenie și cei fără acest diagnostic (Hwu et al., 1981). Alte constatări au fost că disocierea de tip compartimentalizare nu a prezis experiențe asemănătoare psihozei și o analiză de grup post-hoc a indicat că disocierea și absorbția de tip detașare sunt diferite de experiențele de tip psihotic și nu reflectă constructe similare (Humpston et al., 2016). Rezultatele arată că niciuna dintre publicațiile incluse nu reunește, în aceeași conceptualizare sau ipoteză, disocierea și recuperarea dintr-un episod de psihoză. Conform cunoștințelor noastre, cercetarea de față este prima încercare de a studia această problematică a disocierii și recuperării în psihoză.

Studiul 3 a explorat diferențele privind utilizarea mecanismelor disociative (detașare, compartimentalizare, absorbție) între o populație clinică și una non-clinică, dar și în cadrul fiecărui grup. Rezultatele noastre au arătat că participanții clinici prezintă scoruri semnificativ mai mari față de participanții non-clinici în ceea ce privește detașarea, compartimentalizarea și absorbția. Observăm că atât participanții non-clinici cât și cei clinici utilizează absorbția într-o măsură semnificativ mai mare față de detașare și compartimentalizare. Rezultatele noastre sprijină teoriile care susțin că experiențele de tip absorbție sunt extrem de frecvente în rândul populației generale (Roche & McConkey, 1990; Ross et al., 1990, 1991) și că absorbția este în mod obișnuit considerată disociere non-patologică sau “normală” (Soffer-Dudek, 2017). Rezultatele sugerează că grupul clinic utilizează mai mult compartimentalizarea ca mecanism disociativ decât grupul non-clinic.

Detașarea, absorbția și compartimentalizarea sunt mecanisme disociative utilizate de populația clinică dar și de cea non-clinică, fără diferențe între grupuri în ce privește genul. Rezultatele sunt în concordanță cu rezultatele studiului realizat de Şar, Türk & Öztürk (2019) pe o populație non-clinică (de studenți), care au arătat de asemenea că nu există diferențe între genuri în

privința scorurilor la instrumentul de evaluare a experiențelor disociative. E interesant de observat că doar în cazul participanților non-clinici există o asociere semnificativă între vârsta și dimensiunile detașare, compartimentalizare și absorbție, iar aceasta este negativă. În acest sens, cu cât crește vârsta cu atât scade utilizarea acestor mecanisme. Rezultatele prezentului studiu mai arată și că participanții căsătoriți utilizează absorbția într-o măsură mai mică față de participanții necăsătoriți/ într-o relație. După cunoștințele noastre, acesta este primul demers în care s-a analizat măsura în care statutul marital al unei persoane influențează felul în care aceasta utilizează mai mult sau mai puțin unele sau altele dintre mecanismele disociative (detașare, compartimentalizare, absorbție). Singura referire la legătura dintre statutul marital și disociere, o fac Bob et al. (2015) în studiul lor despre legătura dintre prezența simptomelor disociative în populația adultă tânără și starea civilă a mamei. Vârsta pare să influențeze utilizarea acestor mecanisme în populația non-clinică în sensul în care acestea sunt mai puțin folosite pe măsură ce se înaintează în vârstă. Absorbția tinde să fie utilizată mai puțin de persoanele căsătorite decât cele necăsătorite, în cadrul populației non-clinice.

Rezultatele studiului nostru converg către teoria formulată de Watkins & Watkins (1997), care susține ideea de “disociere sănătoasă”. Cei doi autori au oferit o nouă perspectivă asupra disocierii susținând ideea că fenomenele disociative sunt principii naturale de organizare a psihicului, care dau ființelor umane capacitatea de a se adapta, gândi, acționa și răspunde la experiențele trăite.

Studiul 4 este un studiu transversal realizat pe o populație clinică din Marea Britanie care a inclus un eșantion de 75 de pacienți diagnosticați cu afecțiuni psihotice. Rezultatele arată că recuperarea generală (măsurată de QPR) este un predictor semnificativ. În concluzie, rezultatele au arătat că detașarea, compartimentalizarea și absorbția nu au prezis etapele de recuperare. Acest lucru sugerează că nu există o relație simplă între simptomele disociative și psihotice, de exemplu ideea că disocierea este o expresie a bolii psihotice sau că disocierea are loc în psihozele mai severe. De asemenea, rezultatele sugerează necesitatea de a evalua aceste simptome separat în practică și că pot fi necesare abordări speciale pentru tratamentul psihozei acolo unde acestea joacă un rol semnificativ.

În studiul 5, am comparat eșantionul clinic din România cu eșantionul clinic din Marea Britanie pentru a vedea dacă există diferențe în funcție de țara de proveniență în ceea ce privește detașarea, compartimentalizarea și absorbția, stadiul de recuperare în care se află participanții,

recuperarea generală, simptomele psihotice, durata afecțiunii și durata de la ultimul episod psihotic. De asemenea, am vrut să vedem dacă există diferențe semnificative între participanți în ceea ce privește fenomenele disociative (detașare, compartimentalizării și absorbție), stadiile recuperării, recuperarea generală și simptomele psihotice, în funcție de vârstă/statut marital/gen/nivel educațional/ocupație/diagnostic/consum de droguri și țara de proveniență. Rezultatele acestui studiu arată că nu există o asociere între stadiile de recuperare în care se află pacienții și țara de proveniență. În ceea ce privește utilizarea mecanismelor disociative, rezultatele au arătat că participanții din România au utilizat mai mult detașarea și absorbția decât cei din Marea Britanie, iar dacă ne uităm la utilizarea lor pe stadii de recuperare, observăm că în timp ce participanții din Marea Britanie nu par să utilizeze în mod diferit aceste mecanisme disociative în nici unul dintre cele cinci stadii, în cazul participanților din România s-au obținut diferențe semnificative în privința utilizării acestor mecanisme la nivelul stadiilor 2 și 4 de recuperare. În acest sens, populația din România pare să utilizeze absorbția și detașarea în stadiul 2, cu prevalența absorbției, iar în stadiul 4, toate cele trei mecanisme disociative, cel mai puțin folosită fiind compartimentalizarea. Rezultatele mai arată că nu există un efect de interacțiune între genul participanților și țara de proveniență în ceea ce privește disocierea (absorbție, detașare, compartimentalizare), recuperarea (stadiile recuperării, recuperarea generală) și simptomele psihotice (pozitive, negative).

Observăm că rezultatele sugerează că nu există un efect de interacțiune între diagnosticul participanților și țara de proveniență în ceea ce privește disocierea (absorbție, detașare, compartimentalizare), recuperarea (stadiile recuperării, recuperarea generală) și simptomele psihotice (pozitive, negative). E interesant de observat faptul că participanții din Marea Britanie, indiferent de statutul ocupațional (angajați, șomeri, într-o formă de educație/voluntariat) au obținut scoruri mai mari la recuperarea generală și scoruri mai mici la scala simptomelor psihotice pozitive decât participanții din România. Aceasta se poate explica prin faptul că în Marea Britanie există un sistem complex, cu o infrastructură a serviciilor spitalicești și mai ales comunitare de recuperare, care oferă fiecărui pacient cu afecțiune psihotică multiple modalități și intervenții reabilitative post episod psihotic (Lorien et al., 2020).

Punctele tari ale lucrării

Prezenta lucrare are o serie de puncte tari, precum: Această cercetare atrage, pentru prima dată, atenția asupra ideii conform căreia diferite tipuri de disociere (cum ar fi de exemplu Detașarea, compartimentalizarea și absorbția) ar putea fi asociate cu recuperarea din psihoză, subliniind rolul lor adaptativ și de coping. Ea contribuie cu rezultate deosebite și semnificative sau spectaculoase, totuși importante, la literatura de specialitate și oferă o bază pentru dezvoltarea unor studii mai specifice, pe această problematică. Cercetarea de față a plecat de la o analiză robustă a literaturii de specialitate pe problematica disocierii și psihozei și a utilizat metode cantitative de culegere și analiză a datelor. De asemenea, a inclus un eșantion clinic și unul clinic, iar rezultatele îmbogățesc cunoștințele existente cu privire la utilizarea detașării, compartimentalizării și absorbției disociative, oferind o imagine comprehensivă asupra acestor fenomene. În general, cercetarea în domeniul clinic este plină de provocări datorită fenomenologiei clinice variate, deseori instabile, cu numeroase detalii extrem de greu de captat prin instrumentele clasice de evaluare. Asadar, faptul că am reușit să recrutăm aceste eșantioane clinice mici din Marea Britanie și România, este o realizare importantă. Cercetarea oferă de asemenea, o analiză comparativă pentru grupuri clinice din două spații culturale diferite, contribuind la cunoștințele existente cu privire la rolul factorului cultural în manifestarea disocierii, a psihozei și trairea recuperării din boala mintală.

Limite

Este necesar să avem în minte o serie de limite ale prezentei cercetări atunci când analizăm rezultatele obținute și direcțiile viitoare de cercetare.

În cazul analizei literaturii de specialitate existente pe tema disocierii și psihozei, respectiv a disocierii și recuperării din psihoză, una din limitele majore este reprezentată de numărul mic de studii incluse în analiză și de caracterul lor foarte divers. Aceasta se datorează faptului că cercetările în acest domeniu se fac greu datorită dificultății de conceptualizare a disocierii și suprapunerii manifestărilor fenomenologice dintre disociere și psihoză (Borsboom et al., 2011; Renard et al., 2017).

În privința studiilor cantitative, mărimea eșantionului, caracterul transversal al designului cercetării, nevoia de o mai mare specificitate a variabilelor incluse și a instrumentelor utilizate, luarea în considerare doar a câtorva factori demografici în analiza interacțiunii dintre variabilele

studiate sunt principalele limite care nu permit generalizarea rezultatelor obținute. Poate cea mai importantă limită este numărul redus de participanți recrutați, în special în lotul clinic, aspect care poate avea implicații asupra rezultatelor obținute și nu permite generalizarea acestora. Din același motiv, în studiul în care am comparat un eșantion clinic din România cu unul non-clinic din aceeași țară, nu s-a putut realiza echivalarea celor două grupuri din perspectiva variabilelor demografice. O altă limită poate fi aceea că ne-am rezumat doar la cele trei forme disociative și la relația lor cu câteva variabile. Studiile viitoare ar putea avea în vedere eșantioane mai mari și analiza impactului pe care alți factori, precum utilizarea excesivă a tehnologiei, factorii biologici și psihologici, îl pot avea asupra disocierii și recuperării din boala psihotică. Designul transversal nu a permis o observarea evoluției utilizării celor trei tipuri de disociere pe parcursul procesului de recuperare din boala psihotică.

O altă limită ține de instrumentele de măsurare. De exemplu, STORI nu are puterea de a diferenția fidel între stadiile recuperării, fapt recunoscut și de autorii acestui inventar (Andresen et al., 2006). Experiențele disociative alocate itemilor pentru detașare și compartimentalizare în subscalele respective pot genera discuții cu privire la posibilitatea ca acestea să se suprapună. De aceea, una din concluziile acestei cercetări se referă la necesitatea întoarcerii la fenomenologia disocierii pentru a încerca redefinirea conceptelor din sfera disocierii (Șar, 2017). Există deja o tendință în domeniul cercetării de întoarcere la fenomenologie și redefinirea unor concepte importante cum ar fi de exemplu, detașarea disociativă. Pe baza acestei redefiniri conceptuale, o direcție viitoare de cercetare ar putea viza elaborarea de instrumente care să măsoare cu un grad mai mare de acuratețe, concepte disociative specifice cum ar fi de exemplu compartimentalizarea.

Implicații teoretice și clinice ale rezultatelor prezentei cercetări

Disocierea este un fenomen complex care implică mecanisme diferite care pot modula atât procesele psihopatologice care stau la baza psihozei, dar și cel de recuperare. Ideea capacității integrative a disocierii, sugerată de Bacon & Kennedy (2015), deschide de fapt calea către o nouă conceptualizare a psihozei, cu potențial impact asupra intervențiilor terapeutice viitoare.

Această cercetare s-a născut din experiența și observațiile noastre clinice, pe parcursul multor ani, în domeniul reabilitării bolnavilor psihotici. Am dorit astfel să explorăm mecanismele folosite de pacienți pentru a face față simptomelor reziduale psihotice, felul în care aceștia își compartimentalizează experiențele zilnice și cele legate de boală pentru a continua să trăiască o

viață cât mai plină de sens în ciuda bolii. Aceasta implică într-un fel sau altul, utilizarea mecanismelor disociative. Disocierea este un ansamblu de fenomene interesante, controversat și dificil de identificat cu acuratețe. A fost studiat mai ales în legătură cu trauma, dar rolul său normativ, adaptativ, benefic a fost aproape omis. Posibilitatea unei asocieri între disociere și recuperarea din psihoză nu a mai fost explorată până la cercetarea de față care are astfel un caracter de pionierat. De asemenea, procesul de revizuire a literaturii științifice existente în domeniul disocierii și recuperării din psihoză este prima inițiativă de acest tip și oferă un cadru teoretic util pentru cercetările viitoare.

Cercetarea de față demonstrează nevoia de specificitate în direcția de cercetare. În acest sens, un proiect viitor ar putea explora rolul compartimentalizării în tulburarea psihotică cu accent pe etapa recuperatorie în boala psihotică, pentru că acest fenomen disociativ nu a fost abordat decât ocazional până acum, accentul fiind pus în principal pe detașare și absorbție.

De asemenea, rezultatele sugerează necesitatea de a evalua manifestările disociative (detașare, compartimentalizare, absorbție) în mod separat în practică și indică faptul că pot fi necesare abordări speciale pentru tratamentul psihozei acolo unde acestea joacă un rol semnificativ. Rezultatele noastre au potențiale implicații practice, ele pot fi extrem de importante pentru formularea și implementarea programelor de intervenție psihoterapeutică. De exemplu, intervențiile centrate pe reducerea disocierii ar putea reprezenta un potențial tratament pentru halucinațiile auditive (Varese et al., 2011). De asemenea, pot fi dezvoltate intervenții terapeutice care să faciliteze învățarea de către pacienți a unor strategii de compartimentalizare pe care aceștia să le utilizeze în mod adaptativ pentru a diminua impactul simptomelor reziduale psihotice asupra vieții lor, îmbunătățind ca urmare calitatea propriei vieți.

Explorarea disocierii și recuperării în psihoză reprezintă un domeniu relativ nou de cercetare. Această cercetare este un proiect original cu implicații potențial semnificative în elaborarea de noi modele psihologice și intervenții menite să ajute persoanele cu psihoză să își revină mai bine din episoadele de recidivă.

Ne-am propus ca prin această cercetare să schimbăm perspectiva asupra disocierii, să trezim interesul pentru această problematică și să deschidem calea cercetărilor pe această temă, aducând date preliminare care au puterea de a genera întrebări și modalități noi de explorare a asocierii dintre disociere și recuperarea din psihoză.

Bibliografie (selectivă)

- Aardema, F., & Wu, K. (2011). Imaginative, dissociative and schizotypal processes in obsessive compulsive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 74-81.
- American Psychiatric Association (Eds.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(11-12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). Measures of individual recovery. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(10), 900. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.580722>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Cohen, B. F. (1984). Psychiatric rehabilitation. In *The Chronic Mental Patient. Five Years Later* (pp. 135–157). Grune & Stratton.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (1990). *Psychiatric rehabilitation*, 2nd edition. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bacon, T., & Kennedy, A. (2015). Clinical perspectives on the relationship between psychosis and dissociation: Utility of structural dissociation and implications for practice. *Psychosis*, 7(1), 81–91. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.910252>
- Bellack, A. S. (2006). *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications*. <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/32/3/432/1908737>

- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox: Oder Gruppe der Schizophrenien*. F. Deuticke.
- Bob, P., Selesova, P., Raboch, J., & Kukla, L. (2015). Dissociative symptoms and mother's marital status in young adult population. *Medicine*, 94(2), e408.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000408>
- Borsboom, D., Cramer, A. O., Schmittmann, V. D., Epskamp, S., & Waldorp, L. J. (2011). The small world of psychopathology. *PLoS One*, 6(11), e27407.
- Bowins, B. E. (2012). Therapeutic dissociation: Compartmentalization and absorption. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 307–317.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2012.695278>
- Boysan, M. (2014). Dissociative experiences are associated with obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample: A latent profile analysis. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 51(3), 253. <https://doi.org/10.4274/npa.y6884>
- Brown, R. J. (2006). Different Types of “Dissociation” Have Different Psychological Mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7–28.
https://doi.org/10.1300/J229v07n04_02
- Butler, C., Dorahy, M. J., & Middleton, W. (2019). The Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI): An assessment tool for two potentially distinct forms of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(5), 526–547.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597809>
- Cardena, E. (1994). The Domain of dissociation. In *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). Guilford press.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 479–489.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The Five-Factor Model of Personality and Its Relevance to Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359.
<https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- Coutts, F., Koutsouleris, N., & McGuire, P. (2023). Psychotic disorders as a framework for precision psychiatry. *Nature Reviews Neurology*, 19(4), 221–234.
<https://doi.org/10.1038/s41582-023-00779-1>
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* (Vol. 7). NYU Press.
[https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=WucTCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=Davidson,+L.+\(2003\).+Living+outside+mental+illness:+Qualitative+studies+of+recovery+in+schizophrenia&ots=Ar9xvmq3TR&sig=i9tC0jmiOwknsBK4Q92kCK0m0KY](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=WucTCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=Davidson,+L.+(2003).+Living+outside+mental+illness:+Qualitative+studies+of+recovery+in+schizophrenia&ots=Ar9xvmq3TR&sig=i9tC0jmiOwknsBK4Q92kCK0m0KY)
- de Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273–282. <https://doi.org/10.1093/her/3.3.273>
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313–322.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsm030>
- Farina, B., & Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(1).
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=17244935&AN=90476583&h=JaZRT87K%2FimivgHnc5rADp4M4O%2B5qo1IjkI5EI2F5ruA4IJ7RPohM8eGbqE%2FjloXO%2Fv9pgipBVMQL0St1r0ymg%3D%3D&crl=c>
- Frey, W. D. (1984). Functional assessment in the '80s: A conceptual enigma, a technical challenge. In *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 11–43). Paul Brookes.

- Garfield, D. (1995). *Unbearable Affect: A Guide to the Psychotherapy of Psychosis*. Wiley.
<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/unbearable-affect-a-guide-to-the-psychotherapy-of-psychosisgarfielddavid-a-snew-york-wiley-1995-pp-200-2250-hardback-isbn-0-471-02536-4/BE1FA45E3960EDC1DDCF039207B346C2>
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2008). The Complex Overlap between Dissociation and Schizotypy. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (1st ed., pp. 79–89). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470699652.ch6>
- Gispens-de Wied, C. C., & Jansen, L. M. (2002). The stress-vulnerability hypothesis in psychotic disorders: focus on the stress response systems. *Current psychiatry reports*, 4(3), 166–170. <https://doi.org/10.1007/s11920-002-0022-9>
- Holloway, F., Kalidindi, S., & Killaspy, H. (2015). *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1–23.
- Hovens, H. (2007). Psychopathologische gevolgen van trauma en comorbiditeit [Psychopathological sequelae of trauma and comorbidity]. In *Trauma: Diagnostiek en behandeling [Trauma: Diagnostics and treatment]* (2nd ed., pp. 91–105). Bohn Stafleu van Loghum.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. Routledge, New York.
<https://doi.org/10.4324/9780203885932>
- Humpston, C. S., Walsh, E., Oakley, D. A., Mehta, M. A., Bell, V., & Deeley, Q. (2016). The relationship between different types of dissociation and psychosis-like experiences in a non-clinical sample. *Consciousness and Cognition*, 41, 83–92.
- Hwu, H.-G., Chen, C.-C., Tsuang, M. T., & Tseng, W.-S. (1981). Derealization syndrome and the outcome of schizophrenia: A report from the international pilot study of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 139(4), 313–318.

- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria: Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University*. Macmillan.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*(2), 261–276.
- Kennedy, F. C., Kennerley, H., & Pearson, D. G. (2013). *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. Routledge London.
<https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780203502082&type=googlepdf>
- Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*(3), 325–340. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01188.x>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Leonard, K. N., Telch, M. J., & Harrington, P. J. (1999). Dissociation in the laboratory: A comparison of strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(1), 49–61.
- Levin, R., & Spei, E. (2004). Relationship of Purported Measures of Pathological and Nonpathological Dissociation to Self-Reported Psychological Distress and Fantasy Immersion. *Assessment*, *11*(2), 160–168. <https://doi.org/10.1177/1073191103256377>
- Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(5), 1104–1113.
- Lorien, L., Blunden, S., & Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(6), 1035–1048. <https://doi.org/10.1111/inm.12794>
- Meares, R. (2012). *Dissociation model of borderline personality disorder*. WW Norton & Company.

- Merckelbach, H., à Campo, J., Hardy, S., & Giesbrecht, T. (2005). Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(3), 181–185. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.08.001>
- Merckelbach, H., Rassin, E., & Muris, P. (2000). Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(7), 428–431. <https://doi.org/10.1097/00005053-200007000-00006>
- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, *1*(2), 145–155. <https://doi.org/10.1080/17522430902913450>
- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(4), 416–445. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
- Paradisis, S., Aardema, F., & Wu, K. D. (2015). Schizotypal, Dissociative, and Imaginative Processes in a Clinical OCD Sample. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(6), 606–624. <https://doi.org/10.1002/jclp.22173>
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1998-06695-000>
- Renard, S. B., Huntjens, R. J. C., Lysaker, P. H., Moskowitz, A., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2017). Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology: A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, *43*(1), 108–121. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw063>
- Roche, S. M., & McConkey, K. M. (1990). Absorption: Nature, assessment, and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(1), 91–101. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.91>

- Ross, C. A., & Keyes, B. (2004). Dissociation and Schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 69–83. https://doi.org/10.1300/J229v05n03_05
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative Experiences in the General Population: A Factor Analysis. *Psychiatric Services*, 42(3), 297–301. <https://doi.org/10.1176/ps.42.3.297>
- Ross, C., & Joshi, S. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1547–1552. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1547>
- Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed). Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Saleebey, D. (Ed.). (1992). *The strengths perspective in social work practice*. Allyn and Bacon.
- Soffer-Dudek, N. (2017). Daily elevations in dissociative absorption and depersonalization in a nonclinical sample are related to daily stress and psychopathological symptoms. *Psychiatry*, 80(3), 265–278. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1247622>
- Soffer-Dudek, N., Lassri, D., Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2015). Dissociative absorption: An empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. *Consciousness and Cognition*, 36, 338–351. <https://doi.org/10.1016/j.con-cog.2015.07.013>
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39–43.
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Shahly, V., Spiegel, D., & Borges, G. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302–312.
- Şar V. (2022). Dissociation Across Cultures: A Transdiagnostic Guide for Clinical Assessment and Management. *Alpha psychiatry*, 23(3), 95–103. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21556>

- Şar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of *DSM-5*. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5622. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>
- Şar, V. (2017). Parallel-distinct structures of internal world and external reality: Disavowing and re-claiming the self-identity in the aftermath of trauma-generated dissociation. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 216. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00216>
- Şar, V., Türk, T., & Öztürk, E. (2019). Fear of happiness among college students: The role of gender, childhood psychological trauma, and dissociation. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(4), 389. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_52_17
- Tait, L., Birchwood, M., & Petertrower. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry*, 185(5), 410–415. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.5.410>
- Tarnopolsky, A. (2003). The Concept of Dissociation in Early Psychoanalytic Writers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 7–25. https://doi.org/10.1300/J229v04n03_02
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193.
- Topor, A., Svenson, J., Bjerke, C., Borg, M., & Kufas, E. (1997). Turning points: On the road to recovery from serious psychiatric illness. *Stockholm: FoU-Enhetern/Psyykiatri, VSSO*.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11–12), 906–914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Vannikov-Lugassi, M., & Soffer-Dudek, N. (2018). No Time Like the Present: Thinking About the Past and the Future Is Related to State Dissociation Among Individuals With High Levels of Psychopathological Symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9, 2465. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02465>
- Varese, F., Udachina, A., Myin-Germeys, I., Oorschot, M., & Bentall, R. P. (2011). The relationship between dissociation and auditory verbal hallucinations in the flow of daily life of patients with psychosis. *Psychosis*, 3(1), 14–28. <https://doi.org/10.1080/17522439.2010.548564>

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states: Theory and therapy* (1st ed). W.W. Norton.

Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). "They" are old but "I" feel younger: age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and aging*, 27(1), 153–163.
<https://doi.org/10.1037/a0024887>

World Health Organisation. (1992). *ICD-10: International Classification of Diseases, tenth revision*. <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10.htm>

World Health Organisation. (2021). *ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems: Eleventh revision*. (11th ed.).