

LIBRIS | We know
editori Steven C. Hayes și Stefan G. Hofmann
books

Dincolo de DSM

Alternativa centrată pe procese pentru
diagnostic și intervenție în psihoterapie

Traducerea din limba engleză de
Sorana Graziella Cornea

 **ASCR**
editura

www.ascr.ro

Cluj- Napoca
2022

- 1 Crearea unei alternative la diagnosticul axat pe sindrom:
*Caracteristici necesare ale proceselor schimbării și
modele care le structurează* 11
Steven C. Hayes, PhD
University of Nevada, Reno
Stefan G. Hofmann, PhD
Universitatea Boston
Joseph Ciarrochi, PhD
Universitatea Catolică Australiană
- 2 Proiectul *Research Domain Criteria* al Institutului Național
de Sănătate Mintală: *Un deceniu de cercetări translaționale
cu privire la creier și comportament* 43
Uma Vaidyanathan, PhD; Sarah Morris, PhD; Ann Wagner, PhD; Joel
Sherrill, PhD; David Sommers, PhD; Marjorie Garvey, MB BCH; Eric
Murphy, PhD, și Bruce Cuthbert, PhD
Institutul Național de Sănătate Mintală
- 3 Schimbarea de paradigmă: *De la DSM la procesele
de schimbare* 77
J. Scott Fraser, PhD
Wright State University
- 4 Vulnerabilitățile psihologice și reacțiile de coping: *O abordare
inovatoare a evaluării transdiagnostice și a planului
terapeutic în perioada post DSM-5* 117
Rochelle I. Frank, PhD
Universitatea Berkeley din California și Institutul Wright
Matthew McKay, PhD
Institutul Wright
- 5 Așteptări și domenii cognitive înrudite: *Consecințe pentru
clasificare și terapie* 151
Winfried Rief, PhD
The Philipps University of Marburg
- 6 Învățare, limbaj și comportamente derivate: *Câteva implicații
ale unei paradigme bazate pe procese în cazul suferinței
psihologice* 177
Dermot Barnes-Holmes, PhD,
Yvonne Barnes-Holmes, PhD, și
Ciara McEnteggart, PhD
Universitatea Ghent

- 7 Influențe culturale și sociale asupra diferențelor
individuale la nivelul proceselor emoționale 207
Shruthi M. Venkatesh
Stacey N. Doan, PhD
Colegiul Claremont McKenna
Abigail L. Barthel
Stefan G. Hofmann, PhD
Universitatea Boston
- 8 Contribuția paradigmei sistemelor complexe la evaluarea
și la psihoterapia bazată pe procese 249
Adele M. Hayes, PhD și Leigh A. Andrews
Universitatea din Delaware
- 9 Flexibilitatea psihologică în durerea cronică: *Relevanța unui
model bazat pe procese pentru elaborarea
intervențiilor terapeutice* 301
Lance M. McCracken, PhD
Universitatea Uppsala
- 10 O abordare cu niveluri și metode multiple pentru
testarea și rafinarea obiectivelor intervențiilor 339
Andrew T. Gloster, PhD
Universitatea din Basel
Maria Karekla, PhD
Universitatea din Cipru
- 11 Cum construim un sistem de diagnosticare bazat
pe procese: *O abordare evoluționară extinsă* 377
Steven C. Hayes, PhD
University of Nevada, Reno
Stefan G. Hofmann, PhD
Boston University
Joseph Ciarrochi, PhD
Australian Catholic University
- Index 419

CAPITOLUL 1

**Crearea unei alternative la
diagnosticul axat pe sindrom***Caracteristici necesare ale proceselor
schimbării și modele care le structurează*

Steven C. Hayes, PhD
University of Nevada, Reno

Stefan G. Hofmann, PhD
Universitatea Boston

Joseph Ciarrochi, PhD
Universitatea Catolică Australiană

Decenii la rând, fundamentul științific care se află la baza intervențiilor terapeutice a urmărit o strategie preponderent analitică – aceea a diagnosticului întemeiat pe sindrom – rezultatul fiind un domeniu complex și progresist, dar care, în momentul de față, se află într-un impas. Puțini mai cred acum că activitatea cercetătorilor care continuă să evalueze protocoale psihosociale și liste de medicamente aprobate pentru sindroamele psihiatrice ar putea genera rezultate satisfăcătoare în domeniul terapiei validate științific. Trebuie să găsim o nouă strategie și o nouă cale pentru a putea progresa. Dar întrebarea-cheie este: „Care va fi acea strategie?”

*Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*¹ (DSM-5, Asociația Americană de Psihiatrie, 2013) și *Clasificarea internațională a tulburărilor*

¹ În original, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; ediția în limba română a apărut în 2016 la Editura Callisto. (n. trad.)

mentale și de comportament. *Descrieri clinice și îndreptare diagnostică*² (ICD, Organizația Mondială a Sănătății, 2018) au dominat dintotdeauna acest domeniu, dar viitorul lor științific este incert. Discuția de față va face în principal referire la DSM, dar aceleași controverse se aplică și în cazul ICD.

Generație după generație, programele clinice au învățat studenții să abordeze suferința umană dintr-o perspectivă topografică, pe baza convingerii biomedicale că sindroamele – adică totalitatea semnelor (aspectele obiective, măsurabile) și simptomelor (aspectele subiective, de care se plâng oamenii) – vor conduce la o înțelegere profundă și funcțională a psihopatologiei. Studenții sunt instruiți să rețină criteriile, cum ar fi „cinci din nouă” sau „patru din șapte” semne și simptome, după care să aleagă setul corect de tehnici structurate din listele de protocoale terapeutice aprobate, toate confirmate prin studii clinice controlate și randomizate (RCT). În accepțiunea multora, abilitățile clinicianului presupun aplicarea ad-literam de tehnici conform protocoalelor bazate pe dovezi. Terapia întemeiată pe dovezi este sinonimă cu această strategie, de tip „protocol-pentru-sindrom”.

Însă, în prezent, toate acestea se schimbă în ritm alert. După analizarea a 30 de ani de eforturi dedicate clasificării în funcție de sindrom, comitetul de planificare pentru cea de-a cincea ediție a DSM (Asociația Americană de Psihiatrie, 2013) a concluzionat că este de-a dreptul improbabil ca tot acest demers să îi ajute pe cercetători să identifice entități funcționale: „Toate aceste limitări ale paradigmei actuale

² În original, *International Classification of Diseases and Related Health Problems*; ediția în limba română a apărut la Editura Trei în 2016, tradusă de Mircea Dehelean, Monica Ienciu, Ovidiu Nicoară. (n. trad.)

de diagnosticare sugerează că cercetarea dedicată exclusiv rafinării informațiilor cu privire la sindroamele definite de DSM nu va reuși să susțină descoperirea etiologiilor acestora. Pentru ca acest lucru să se întâmple, va fi nevoie de o schimbare de paradigmă încă neexplorată” (Kupfer, First și Regier, 2002, p. xix).

Abordarea cunoscută sub denumirea de Research Domain Criteria (RDoC) a Institutului Național de Sănătate Mintală (NIMH) a sfidat hegemonia clasificării după criteriul sindromului (Insel și colab., 2010), posibil într-o încercare de a realiza chiar această „schimbare de paradigmă, încă neexplorată”. Vom vorbi și despre istoricul și statutul curent ale RDoC. Independent de concluziile RDoC, însă, chiar și un observator neexperimentat poate constata că aceeași instituție care, în trecut, a promovat strategia „protocol-pentru-sindrom”, în prezent se delimitează de ea, îndreptându-se către o concepție bazată pe procese. Aceasta va permite o evaluare din perspectiva procesului a terapiei validate științific și a sistemelor de diagnostic de la baza acesteia. Iată tema cărții de față.

În unele privințe, schimbările actuale seamănă cu o revenire la scopul inițial al terapiei comportamentale (Davison, 2019). Terapia validată științific presupunea transformarea principiilor în analize funcționale utile din punct de vedere ideografic. Aceste principii aveau un grad ridicat de precizie (de exemplu, definirea termenului de „întărire” și precizarea situațiilor în care acest termen putea fi utilizat sau nu) și arie largă de aplicabilitate (de exemplu, un număr redus de principii trebuiau să fie combinate pentru a explica un număr mai mare de fenomene), ducând la identificarea multor metode practice.

Cu toate acestea, această similitudine istorică este întrucâtva înșelătoare, deoarece terapia comportamentală nu oferea prea multe informații despre cum am putea

ajunge la cunoștințe *noi* cu privire la procesele schimbării. Accentul era pus mai degrabă pe aplicarea unor principii deja identificate în cadrul studiilor de laborator pe animale. Cu alte cuvinte, pașii necesari pentru elaborarea unui set mai adecvat de procese ale schimbării nu au reprezentat, inițial, o prioritate, deoarece, la început, cercetarea principiilor schimbării la nivel psihologic era într-un stadiu mult mai avansat față de cel incipient în care se găseau cercetările cu privire la intervenția terapeutică.

În schimb, primii clinicieni specializați în terapia comportamentală au acordat în principal atenție dezvoltării unor metode replicabile ale schimbării, validate științific, pe care să le poată apoi adapta la nivel individual. Acest lucru poate fi observat clar în prezentarea scopurilor terapiei validate științific a regretatului Gordon Paul: „ce intervenție, realizată de către cine, va funcționa cel mai bine pentru acest pacient cu problema lui anume, în ce condiții și cum se va întâmpla aceasta?” (Paul, 1969, p. 44). Întrebarea „ce” avea clar un înțeles „metodologic” (ce tratament), în vreme ce în centrul atenției era cum să aplicăm și cum să adaptăm această „metodă?” la un pacient anume (de către cine, pentru care problemă, în ce condiții). Ultimele șase cuvinte care privesc procesul schimbării („...și cum se va întâmpla aceasta”) au venit aproape ca o completare și au fost omise atunci când enunțul acesta a fost formulat pentru prima dată cu doi ani înainte (Paul, 1967). Paul nu a vrut să spună „ce suport teoretic nou este necesar pentru a explica aceste efecte?”. Înțelesul cuvintelor sale era „cum putem explica aceste rezultate pe baza principiilor deja cunoscute?”

Într-adevăr, terapia comportamentală a fost *definită* în același timp cu metodele de intervenție validate empiric, care erau corelate cu „teoria operațională a învățării” și explicate prin aceasta (Franks și Wilson, 1974, p. 7). În mod similar, s-a spus că o caracteristică definitorie a analizei

comportamentale aplicate era claritatea tehnicilor sale corelată cu nevoile sociale importante ale oamenilor (Baer, Wolf și Risley, 1968), în vreme ce singurul suport teoretic necesar era aderarea la „principiile comportamentale”.

Epoca de susținere financiară a „protocolului-pentru-sindrom” care a urmat a fost ideală pentru această lume cu accent asupra tehnicilor și a îngrijirii psihosociale validate științific. Cercetătorii din domeniul terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) au înregistrat succese remarcabile în direcția dezvoltării terapiei validate științific testând protocoale pentru sindroame în cadrul unor studii al căror design este controlat și caracterizat de serii cronologice, mai ales în cadrul RTC (Thompson-Hollands, Sauer-Zavala și Barlow, 2014). Aceste metode s-au conturat ca formă predominantă de îngrijire psihosocială validată științific (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer și Fang, 2012). Conceptele și teoria științifică au continuat să fie importante pentru descrierea și susținerea diverselor metode clinice, dar nu au mai jucat un rol central. De exemplu, analiza de mediere era un instrument rar folosit în TCC chiar și până în urmă cu zece ani.

Pe măsură ce acest interes față de „protocolul-pentru-sindrom” scade, procesele schimbării revin în centrul atenției (Hayes și Hofmann, 2018; Hofmann și Hayes, 2019). Procesele bazate pe consens din cadrul inițiativei RDoC și cele din cadrul TCC (Klepac și colab., 2012) confirmă faptul că viitorul cercetărilor aflate la temelia intervenției terapeutice este orientarea către proces. În acest moment, este nevoie de mai multă claritate privind modul de identificare a proceselor schimbării și de organizare a acestora în modele și teorii.

În acest capitol, vom vedea ce anume se înțelege în cercetare prin „procesele schimbării” și ce caracteristici trebuie să prezinte aceste procese pentru a putea constitui

baza pentru o alternativă la diagnosticul întemeiat pe sindrom. Vom examina necesitățile modelelor sau teoriilor acestor procese și vom propune o direcție de urmat sub umbrela științei evoluționiste.

Procesele schimbării

Cum am putea alcătui în mod optim un set funcțional de procese ale schimbării, organizate în modele simplificate, care să îi permită clinicianului să răspundă rapid la această întrebare-cheie: „Ce procese biopsihosociale de bază ar trebui să fie urmărite în cazul acestui pacient, ținând cont de scopul și de situația date, și cum ar putea fi acestea modificate în modul cel mai eficient?” (Hofmann și Hayes, 2019, p. 47). Vom porni de la caracteristicile-cheie ale proceselor schimbării.

Ce sunt procesele schimbării?

Procesele schimbării terapeutice sunt modificări sau mecanisme bazate pe teorie, dinamice, progresive, dependente de context, modificabile și care se desfășoară pe mai multe niveluri, în secvențe previzibile validate empiric și sunt orientate către rezultatele dorite (Hofmann și Hayes, 2019, p. 38). Ele sunt:

- *fundamentate teoretic*, deoarece sunt asociate cu specificarea clară a relațiilor dintre evenimente și generează predicții și metode de intervenție testabile;
- *dinamice*, deoarece procesele pot presupune bucle de feedback și modificări neliniare;
- *progresive*, deoarece poate fi necesară aranjarea lor într-o anumită ordine pentru a se atinge scopul terapeutic;
- *dependente de context și modificabile prin natura lor*, pentru a viza consecințele lor asupra schimbărilor practice și elementele de bază ale intervenției accesibile terapeutului și

• *cu mai multe niveluri*, deoarece unele procese sunt cuprinse în altele sau înglobează la rândul lor pe altele.

Vom vedea că această definiție cuprinde mai multe caracteristici-cheie importante. Dacă ne vom folosi de procese ca să depășim limitele DSM, atunci ele trebuie să aibă anumite caracteristici.

Procesele schimbării au profunzime, precizie ridicată și sferă de aplicabilitate extinsă

Un proces al schimbării trebuie să fie precis și să aibă o sferă de aplicabilitate extinsă, așa cum precizam mai devreme în privința principiilor comportamentale. Momentul și condițiile desfășurării unui anumit proces al schimbării trebuie să fie clare (*precizie*), iar procesul trebuie să poată fi aplicat unei varietăți de fenomene (*sferă de aplicabilitate*). Cerința privind precizia elimină euristicile generale și metaforele vagi din sfera proceselor schimbării. Cerința privind scopul elimină acele procese ale schimbării care nu sunt decât versiuni reformulate ale tehnicilor și le încurajează pe acelea care au un spectru mai larg de aplicabilitate. Nu ar fi util nici din punct de vedere științific, nici din punct de vedere practic, să se genereze o multitudine de procese ale schimbării care să se aplice doar la nivel restrâns.

Procesele adecvate ale schimbării trebuie să îndeplinească și o a treia cerință: necesită un anumit nivel de *profunzime*. În spiritul unității din punct de vedere științific, conceptele de la un nivel de analiză nu trebuie să contrazică constatările bine documentate de la alte niveluri de analiză. Coerența între nivelurile de analiză este un criteriu deosebit de important pentru un domeniu multidisciplinar, așa cum este cel al sănătății mintale și comportamentale. Psihologia este încorporată în alte niveluri de analiză, cum ar fi fiziologia, genetica, sfera socială și culturală – ca să dăm doar câteva exemple –, iar conceptele sale trebuie să fie aplicabile la

aceste multiple niveluri. De exemplu, datele generate de neurobiologia emoțiilor nu trebuie să contrazică un proces al schimbării de natură emoțională care funcționează la nivel psihologic. Dacă există contradicții, descrierea științifică a procesului schimbării nu este adecvată. Nu este vorba de reduționism, deoarece fiecare nivel de analiză are funcționalitatea sa. Însă scopul unității din punct de vedere științific nu trebuie ignorat niciodată.

O consecință a adoptării acestei perspective privește conceptele folosite în cercetarea aflată la baza activității clinice, ce ar trebui să fie corelate cu programe științifice fundamentale viabile, deoarece acolo există premisele necesare pentru a testa concepte care au un nivel ridicat de precizie, o sferă de aplicabilitate extinsă și suficientă profunzime. În aceeași ordine de idei, este important să nu ne limităm la nivelul clinic în cercetarea privind procesele schimbării. Putem să identificăm procese ale schimbării în studii ale dezvoltării, studii naturaliste longitudinale, studii experimentale și așa mai departe, iar un proces al schimbării care nu a fost validat și în acest mod probabil nu va constitui un element esențial al sistemelor de diagnostic bazate pe proces.

Caracterul idiografic al proceselor schimbării

Este importantă dobândirea unor cunoștințe nomotetice în ceea ce privește procesele schimbării. Practica nu este interesată de „cazul particular”, deoarece cunoștințele care nu se aplică unui număr ridicat de persoane nu justifică efortul și timpul necesar unui clinician pentru a le învăța și utiliza. La acest lucru ne referim atunci când vorbim despre „sfera de aplicabilitate”. Procesele schimbării trebuie să fie aplicabile în cazul unui spectru mare de indivizi, de categorii de probleme, de contexte și de metode de aplicare pentru ca respectivele cunoștințe să fie utile. Există însă o

aceste multiple niveluri. De exemplu, datele generate de neurobiologia emoțiilor nu trebuie să contrazică un proces al schimbării de natură emoțională care funcționează la nivel psihologic. Dacă există contradicții, descrierea științifică a procesului schimbării nu este adecvată. Nu este vorba de reduționism, deoarece fiecare nivel de analiză are funcționalitatea sa. Însă scopul unității din punct de vedere științific nu trebuie ignorat niciodată.

O consecință a adoptării acestei perspective privește conceptele folosite în cercetarea aflată la baza activității clinice, ce ar trebui să fie corelate cu programe științifice fundamentale viabile, deoarece acolo există premisele necesare pentru a testa concepte care au un nivel ridicat de precizie, o sferă de aplicabilitate extinsă și suficientă profunzime. În aceeași ordine de idei, este important să nu ne limităm la nivelul clinic în cercetarea privind procesele schimbării. Putem să identificăm procese ale schimbării în studii ale dezvoltării, studii naturaliste longitudinale, studii experimentale și așa mai departe, iar un proces al schimbării care nu a fost validat și în acest mod probabil nu va constitui un element esențial al sistemelor de diagnostic bazate pe proces.

Caracterul idiografic al proceselor schimbării

Este importantă dobândirea unor cunoștințe nomotetice în ceea ce privește procesele schimbării. Practica nu este interesată de „cazul particular”, deoarece cunoștințele care nu se aplică unui număr ridicat de persoane nu justifică efortul și timpul necesar unui clinician pentru a le învăța și utiliza. La acest lucru ne referim atunci când vorbim despre „sfera de aplicabilitate”. Procesele schimbării trebuie să fie aplicabile în cazul unui spectru mare de indivizi, de categorii de probleme, de contexte și de metode de aplicare pentru ca respectivele cunoștințe să fie utile. Există însă o

diferență majoră între cunoștințele cu aplicabilitate largă și cele provenite dintr-o analiză la nivel colectiv.

Tradiția psihologiei cognitiv-comportamentale a avut de-a face vreme îndelungată cu argumente care susțin faptul că analiza transversală și cea longitudinală reprezintă niveluri de analiză fundamental diferite (de exemplu, Barlow, Hayes și Nelson, 1984; Sidman, 1960; von Eye și Bergman, 2003), dar domeniul, în general, nu a reușit să aprecieze cât adevăr se află în această afirmație. Cultura occidentală a cultivat conceptul fals din punct de vedere empiric al „individului de referință” timp de aproape 100 de ani (Rose, 2017), iar cercetarea științifică i-a călcat pe urme. Dacă tot ceea ce contează este un rezultat specific, atunci raportarea la acest concept este întrucâtva justificată. Într-adevăr, modalitățile de obținere a respectivului rezultat ar putea să conteze, dar, dacă spre exemplu 4 din 10 persoane nu mai procrastinează, de exemplu, după această intervenție (în comparație cu 7 din 10 dintr-un alt grup), atunci concentrarea asupra nivelului colectiv nu e în mod special dăunătoare.

La nivelul proceselor schimbării însă, lucrurile nu pot fi luate la fel de ușor. Atunci când luăm în considerare mai multe variabile, precum și traiectoriile și modul în care ele relaționează de-a lungul timpului, analiza noastră de la nivelul colectiv încetează să mai furnizeze informații cu aplicabilitate cunoscută la nivel individual. Am putea ajunge să identificăm procese ale schimbării la nivel de grup pe care nu le prezintă nici măcar un singur individ. Este, de asemenea, posibil ca aceste două niveluri ale analizei să genereze răspunsuri diferite pentru aceeași întrebare.

Să luăm, de pildă, legătura dintre viteza de tastare și numărul de greșeli pe care le facem în timp ce tastăm. Dacă ne raportăm la oricare grup mare de oameni, vom afla că experții tastează mai rapid (și cu mai puține greșeli) decât începătorii neîndemânatici care caută fiecare literă pe

tastatură. Luată împreună, datele arată că viteza de tastare va fi invers proporțională cu numărul de greșeli. Cu toate acestea, pentru fiecare individ în parte, fie el începător sau expert, numărul de greșeli va crește odată cu încercarea de a crește viteza cu care tastează. Prin urmare, viteza de tastare și greșelile sunt corelate negativ la nivelul grupului, dar direct proporționale pentru fiecare persoană din grupul respectiv.

Acesta este un exemplu de bun simț, de aceea cineva ar putea presupune că nu trebuie decât să adaugi experiența de tastare pe post de covariabilă pentru a remedia situația. Problema este că, în domeniile noi, nu putem anticipa modalitatea de detectare a acestor erori și nici ce variabile e necesar să adăugăm. În mod normal, atunci când există diferențe între analiza de la nivelul colectiv și cea la nivelul individului (Fisher, Medaglia și Jeronimus, 2018; Turner și Hayes, 1996), nu prea știm de ce apar aceste diferențe, dar știm cu precizie matematică că, dacă aplicăm rezultatele de la nivel de grup ale analizei proceselor schimbării la nivelul unei persoane anume, atunci nu vom putea presupune că acel proces al schimbării va fi benefic pentru acea persoană (Fisher, 2015).

De ce putem afirma aceasta cu precizie matematică? Pentru că acest mod de aplicare a cunoștințelor încalcă o demonstrație matematică recunoscută și care a fost determinată în fizică de aproape 90 de ani: teorema ergodică. La începutul secolului trecut, fizicienii urmăreau să afle cum se comportă moleculele individuale de gaz, dar nu puteau măsura decât volumul gazelor, nu și al moleculelor individuale. Un matematician a fost cel care a descoperit că modalitatea în care se comportă cele două ar putea fi identică, dar numai în condiții rare și extrem de specifice (Birkhoff, 1931). Rezultatul demonstrației sale se numește teorema ergodică, considerată acceptată în fizică încă de atunci. Aceasta este însă puțin cunoscută în științele comportamentale. Teorema