

LIBRIS

We know
books

Stefan G. Hofmann, PhD
Steven C. Hayes, PhD
David N. Lorscheid

TERAPIA CENTRATĂ PE PROCESE

Ghid pentru abordarea proceselor de bază
ale schimbării psihologice în practica clinică

Traducere din limba engleză de
Mara Miclea

 ASCR
editura

www.ascred.ro

Cluj-Napoca
2024

Cuprins

Prolog	11
CAPITOLUL 1	
Regândirea științei și practicii clinice	13
CAPITOLUL 2	
Modelul rețelei	31
CAPITOLUL 3	
Meta-modelul evoluționist extins	51
CAPITOLUL 4	
Dimensiunile cognitivă, afectivă și atențională	71
CAPITOLUL 5	
Dimensiunea sinelui, cea motivațională și cea comportamentală	101
CAPITOLUL 6	
Nivelurile biofiziologic și sociocultural	127
CAPITOLUL 7	
Retenția și sensibilitatea la context	155
CAPITOLUL 8	
O privire mai atentă asupra proceselor	179
CAPITOLUL 9	
Perturbarea sistemului	201

CAPITOLUL 10

Elemente de bază ale intervențiilor 219

CAPITOLUL 11

Desfășurarea terapiei 243

CAPITOLUL 12

De la probleme la prosperitate:
menținerea și sporirea beneficiilor 265

CAPITOLUL 13

Utilizarea instrumentelor TCP în practică 279

Epilog 289

Bibliografie 291

CAPITOLUL 1

Regândirea științei și practicii clinice

Bill, un bărbat în vârstă de 30 de ani, se prezintă la terapie după despărțirea recentă de prietena sa. Se simte deprimat. Despărțirea l-a determinat să rumindeze mai des, ceea ce nu a făcut decât să-i înrăutățească și mai mult dispoziția afectivă. Sara este o tânără terapeută empatică care tocmai și-a încheiat un stagiul de practică în cadrul căruia a studiat un cunoscut protocol de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) pentru tratarea depresiei. Ea a condus cu îndemănare fiecare ședință, în conformitate cu un manual structurat de tratament pentru depresie. După ce a efectuat evaluarea inițială și a făcut psihoeducație, a introdus modelul format din trei componente ale dispoziției, descriind dimensiunile cognitivă, emoțională și biofiziologică. Pentru a-i evalua comportamentele, gândurile și emoțiile, l-a rugat pe Bill să completeze câteva chestionare de monitorizare, iar apoi s-a concentrat asupra gândurilor sale disfuncționale și a comportamentelor dezadaptative. Sara s-a axat în mod special pe tendințele ruminative ale lui Bill, așa cum era descris în manualul de terapie.

După douăsprezece ședințe, Sara a evaluat simptomele depresive ale lui Bill cu ajutorul Inventarului de depresie Beck (BDI). A constatat o reducere moderată, dar notabilă, a simptomelor depresive, astfel că amândoi au fost destul de mulțumiți de rezultat. Dată fiind îmbunătățirea stării lui Bill, el ar fi putut fi considerat drept un „pacient care a răspuns la tratament”, dacă ar fi luat parte la un studiu clinic controlat. După ce Sara a ajuns la ultima ședință din protocol, a decis că era timpul să oprească tratamentul. La încheierea terapiei, Bill a primit instrucțiuni de a continua să exerseze tehnicile și abilitățile pe care le-a învățat în timpul tratamentului, inclusiv exercițiile de activare comportamentală și cele de exersare a capacității de a gestiona rumațiile și alte erori cognitive.

Când Bill a plecat din cabinetul Sarei, i-a mulțumit. Totuși, în drum spre casă, a avut o stare de neliniște. Se simțea mai puțin deprimat decât înainte, însă și-a dat seama că nu simțea că este acolo unde își dorea să fie din punct de vedere emoțional și, în general, în viața sa. Încă se simțea singur după despărțire. Și-a scos din minte această senzație, gândindu-se că terapia nu poate rezolva totul sau poate că el nu era genul de persoană care să poată avea relații trainice. Sentimentul de neliniște persista și Bill s-a întrebat ce va face în continuare.

Sara era mulțumită de felul în care decursese cazul. A urmat un protocol de tratament validat pentru depresie și și-a spus că a făcut o treabă bună. Pe baza instrumentelor de evaluare clasice, cazul era în mod clar un succes, iar ea a considerat că așa a fost. Atenția i s-a îndreptat curând către alte cazuri și alți clienți, iar pe Bill și l-a scos treptat din minte.

Sara nu avea să afle niciodată că Bill s-a simțit neliniștit și vulnerabil chiar în timp ce ieșea de la ultima ședință. Nu va afla niciodată că, peste câteva luni, singurătatea lui va deveni copleșitoare, iar el va aluneca din nou în depresie, ajungând chiar să aibă gânduri suicidare.

Ce ar fi putut merge prost? Nu putem fi siguri că toate problemele lui Bill ar fi putut fi abordate cu succes, însă putem fi siguri că mai multe dintre ele nu au fost abordate deloc. Sara nu a vizat unele aspecte ale problemelor lui Bill – singurătatea, relațiile și sentimentul de izolare socială și nefericire. Bill se gândea adesea la aceste probleme și se întreba de unde provin și ce le întretine. Sara a atins doar în treacăt aceste subiecte și s-a gândit că se vor rezolva de la sine după ce a abordat tendințele către ruminății, acțiunile și dispoziția depresivă. Abilităților de relaționare nu li se acorda o atenție prea mare în manualul de tratament, pe care ea îl cunoștea atât de bine. Din moment ce tratate cu succes depresia cu un set de metode validate științific, credea că va fi suficient.

Doar că nu a fost așa.

JOCUL „PROTOCOL PENTRU SINDROM”

Oare Bill are o boală numită depresie? Cum poate fi aceasta definită? Sună ca o întrebare care are un răspuns ușor și evident, dar nu este așa. COVID-19 este un virus care a provocat o pandemie globală. În timp ce scriem aceste cuvinte, ne aflăm în mijlocul ei. Mulți oameni au murit din cauza acestui virus. Unii care au fost infectați abia dacă au avut

simptome, alții nu au avut deloc. Măsurarea temperaturii corporale este o modalitate rapidă de a-i identifica pe cei care ar putea avea virusul, însă nu îi depistează pe mulți. Un test mult mai precis constă în căutarea anticorpilor sau a fragmentelor de ARN ale virusului însuși. Prezența acestor markeri biologici indică clar boala.

Nu există un astfel de test pentru depresie, anxietate, schizofrenie sau pentru orice altă tulburare psihologică. Niciunul. Și nu există niciun vaccin care să imunizeze oamenii împotriva unei anumite tulburări psihice. Cu toate acestea, timp de zeci de ani, psihiatria s-a agățat de un model medical care presupune că simptomele unei tulburări psihologice sunt expresia unei boli care le stă la bază. *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (DSM) și *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament* (ICD) sunt instrumente menite să atingă acest scop. Versiunile anterioare ale DSM și ICD se bazau pe teoria psihanalitică și porneau de la premisa că tulburările mintale sunt rezultatul unor conflicte adânc înrădăcinate. Versiunile moderne indică drept cauză principală disfuncțiile din procesele biologice, psihologice și de dezvoltare. Mai presus de toate, în ultimii patruzeci de ani, psihiatria academică a sperat să poată identifica markerii biologici ai tulburărilor mintale prezenți în gene sau în circuitele neuronale.

Această căutare rămâne fără sorți de izbândă și, pe măsură ce s-au acumulat tot mai multe cunoștințe științifice, acest rezultat mult așteptat a devenit parcă și mai îndepărtat. Astfel, analizele genomice complete efectuate pe aproape o jumătate de milion de oameni nu au reușit să indice vreuna dintre genele frecvent studiate ca responsabilă pentru tulburările psihice obișnuite (Border și colab., 2019). Se pare că factorii genetici pot interacționa atât între ei, cât și cu istoricul unei persoane și cu contextul în care ea se află pentru a da naștere la probleme psihice în foarte multe moduri diferite.

Acest insucces nu a dus la abandonarea modelului bolii latente. Se poate spune că cea mai populară idee a fost aceea că tulburările mentale sunt cauzate de un dezechilibru la nivelul neurotransmițătorilor. Prin urmare, companiile farmaceutice au dezvoltat, testat și comercializat medicamente menite să modifice acest sistem de neurotransmițători, în special serotonina, dopamina, GABA și glutamatul. Aceste medicamente au fost testate în studii clinice controlate, în care s-a studiat și efectul placebo. Unele dintre aceste studii au raportat un efect relativ mic

asupra unora dintre simptomele presupusei tulburări (dar multe alte studii nu au raportat acest lucru). Unii cercetători îndrăzneți și inovatori au început să compare eficacitatea acestor medicamente cu intervenții psihologice, în principal TCC, dar și cu alte forme de tratament validate științific. Pentru ca tratamentele psihologice să rămână axate pe simptome și pentru a efectua în mod adecvat aceste studii, au fost elaborate protocoale de tratament.

Rezultatele au zguduit domeniul. Publicate mai ales în reviste de psihiatrie de nivel înalt, acestea au generat frecvent numeroase controverse. Vestea bună a fost că aceste studii au constatat adesea că mai ales TCC era la fel de bună sau chiar mai bună decât cele mai eficiente medicamente farmacologice. Vestea proastă a fost însă că TCC a început să-și piardă fundamentul teoretic și a devenit o intervenție centrată pe simptome, bazată pe protocoale, care viza mai degrabă tulburarea decât tratarea clientului. Astăzi, TCC este considerată un tratament psihologic de referință, un standard de aur, recunoscut și apreciat chiar și de către un psihiatru cu o hotărâtă orientare biologică.

Costul științific și social al acestei realizări a fost ridicat. În ciuda bogăției de cunoștințe acumulate în urma studiilor clinice controlate și a meta-analizelor asupra diverselor forme de terapie validate științific, rezultatele obținute nu au contribuit prea mult la explicarea diferențelor inter-individuale importante în ceea ce privește solicitările pentru terapie și răspunsul la tratament sau la promovarea înțelegerii mecanismelor schimbării ale tratamentului, în special atunci când aceste diferențe au fost calculate ca medie între grupuri. Un studiu clinic randomizat care compara nivelurile de depresie ale participanților în urma unor intervenții diferite folosind un instrument de evaluare a rezultatelor (cum ar fi scala *Clinical Global Impression*) consideră că variabilitatea răspunsului între participanți este doar o estimare a factorilor externi și a erorilor de măsurare. În consecință, se pierd informații despre tiparul unic de ameliorare sau deteriorare a stării individului și despre relația acestuia cu prezența în terapie, contextul și intervenția în sine. O mare parte dintre aceste cercetări implică analiza probabilității ca tratamentul să funcționeze mai degrabă pentru un anumit diagnostic decât pentru procesele, circumstanțele și simptomele care caracterizează individul.

Între timp, o întreagă generație a crescut cu ideea, utilă din punct de vedere comercial, dar falsă din punct de vedere științific, că, dacă te

confrunți cu dificultăți psihologice, atunci înseamnă că ai o anumită disfuncție biologică la nivelul creierului. Ca urmare, consumatorii sunt mai puțin interesați de psihoterapie, indiferent de ceea ce sugerează datele. Din 1998 până în 2007 (cel mai recent deceniu pentru care există suficiente date), numărul persoanelor care au apelat doar la metode care vizează schimbarea la nivel psihologic a scăzut cu aproape 50%, în timp ce numărul celor care au optat pentru abordări psihologice însoțite de medicație a scăzut cu aproximativ 30%. În schimb, utilizarea exclusivă a medicației a crescut vertiginos – aproape două treimi dintre persoane cu dificultăți psihologice primesc acum doar medicație ca modalitate de intervenție (Olfson și Marcus, 2010).

Succesul suprem al jocului „protocol pentru sindrom” a depins de identificarea ansamblurilor de boli funcționale sau cel puțin de observarea efectelor foarte specifice ale tratamentului organizat pe sindroame. Când niciunul din acestea nu a apărut, calea științifică spre o formă matură de terapie validată științific s-a transformat într-un empirism de forță brută în care aproape totul ar trebui comparat cu aproape orice altceva, într-o mare varietate de sindroame sau subsindroame. Matematica acestei abordări științifice o face imposibilă de pus în practică, nici măcar în cazul în care numărul de noi metode de intervenție și entități de sindroame ar putea fi menținut în mod magic la numărul său actual – ceea ce este imposibil.

Epoca protoalelor pentru sindroame a avut un set coerent de ipoteze-cheie încorporate în strategia sa științifică și de sănătate publică, dar fiecare dintre aceste ipoteze este acum contestată în mod deschis, iar despre unele dintre ele se știe că sunt false. În același timp, o puternică agendă strategică alternativă începe să prindă contur și amintește de unele dintre ipotezele bazate pe procese și idiografice de la începuturile cercetărilor asupra comportamentului, precum și al terapiei bazate pe aceasta.

Din cauza altor efecte nedorite ale modelului bolii latente, această agendă alternativă a avut nevoie de timp pentru a deveni pe deplin vizibilă. În primul rând, acest model i-a indus în eroare pe cei care elaborau metode de tratament care vizau rolul proceselor psihologice normale în manifestarea comportamentelor. Mai mult, a neglijat preferințele clienților pentru rezultate pragmatice și, în schimb, a acordat prioritate listelor de semne și simptome. Modelul a redus suferința umană la

presupuse anomalii cerebrale și disfuncții biologice și a diminuat importanța individului și a contextului său cultural și biopsihosocial. Criticii DSM și ICD au susținut că tulburările sunt etichete arbitrare folosite pentru a descrie experiențe umane tipice care erau considerate anormale. Un exemplu al acestui concept este faptul că diferite țări au așteptări și viziuni diferite cu privire la ceea ce este considerat normal. O persoană care pretinde că vorbește cu spiritele ar putea fi considerată schizofrenică într-o anumită cultură, în timp ce în alta este considerată sfântă. Abordarea DSM/ICD a pus în așteptare pe termen nedefinit utilitatea terapeutică a diagnosticului și a evaluării, ca și cum scopul final al unei astfel de categorizări – rezultate mai bune – ar fi fost un aspect secundar. Lipsa utilității în tratament a DSM/ICD a fost luată ca un dat, nu ca un indicator șocant al eșecului.

Ca răspuns la toate aceste critici, Institutul Național de Sănătate Mintală (*National Institute of Mental Health* – NIMH) a înființat Research Domain Criteria (RDoC), un cadru care are ca scop clasificarea tulburărilor mintale pe baza unor dimensiuni ale comportamentului observabil și a unor măsuri neurobiologice (Insel și colab., 2010). Cadrul RDoC a sugerat că anomaliile psihobiologice subiacente conduc la tipare observabile care se suprapun în diverse psihopatologii. Mai mult, inițiativa a utilizat diferite niveluri de analiză – inclusiv la nivel molecular, al circuitelor cerebrale, al simptomelor și comportamentului – pentru a defini constructele care sunt propuse ca simptome de bază ale tulburărilor mentale.

Deși RDoC a pus accentul pe procesele subiacente, implementarea sa a fost aproape în întregime axată pe procesele biologice, echivalând problemele psihiatrice cu tulburările cerebrale (Hofmann și Hayes, 2019). Atât DSM/ICD, cât și RDoC împărtășesc punctul de vedere conform căruia suferința psihologică este cauzată de o boală latentă. În timp ce în DSM/ICD se consideră că constructele latente pot fi măsurate prin intermediul unor examene clinice și prin raportarea la simptome, în cazul RDoC se consideră că bolile latente pot fi evaluate cu ajutorul testelor biologice și comportamentale. Chiar dacă modelul bolilor latente în sine este fals, RDoC constituie un progres prea mic în demersul care vizează procesele. Lipsa dovezilor în sprijinul modelului bolii latente ar trebui să conteze în decizia pe care practicienii o iau cu privire la adoptarea unei abordări centrate pe *procesele schimbării*:

mecanismele care conduc un individ spre schimbare, care sunt relevante pentru mediul în care acesta trăiește, sunt utile pentru tratament și pentru planificarea intervenției și simplifică complexitatea umană.

Între timp, după stabilirea cadrului RDoC, practicienii, instituțiile guvernamentale și publicul larg nu au fost foarte convingși de valoarea demersurilor psihologice fundamentate științific. Protocoalele au fost uneori dificil de implementat, iar necunoașterea proceselor schimbării și a componentelor acestora a făcut ca acestea să fie dificil de adaptat la anumiți indivizi și la complexitatea vieților lor. Majoritatea clienților cărora li s-a administrat un tratament psihosocial nu au beneficiat de intervenții fundamentate științific.

CE AȘTEAPTĂ CLINICIENII ȘI PACIENȚII DE LA ȘTIINȚĂ?

Aproape orice psiholog clinician a întâlnit o persoană precum Bill. Și, întocmai ca Sara, putem crede că am schimbat ceva semnificativ în viața pacientului, când de fapt de-abia am atins o mică parte a problemei. Atât Bill, cât și Sara ar putea fi tentați să se concentreze pe „depresie” ca pe ceva ce Bill „are” și, astfel, să rateze detalii importante despre bărbatul care trece printr-o despărțire în urma căreia au ieșit la iveală sentimente profunde de singurătate și inadecvare.

Oamenii nu reprezintă categorii de diagnostic. Sunt ființe care suferă, fiecare are propria poveste și istorie de viață și propriile țeluri. Bill nu „are” depresie. El se simte deprimat (și singur) din cauza unor factori idiografici biopsihosociali, printre care istoria de viață, experiențele de care a avut parte și modalitățile sale dezadaptative de a face față adversității.

Bill are propria poveste care l-a adus în acest punct în care simte că are nevoie de terapie. Viața omului este contextuală și se desfășoară de-a lungul timpului, așa cum sunt și procesele implicate în schimbare care influențează traiectoriile de viață. Practicienii nu trebuie să găsească o categorie pseudo-biomedicală sau o etichetă a suferinței care să se potrivească unei anumite persoane. În schimb, ei au nevoie de modele coerente și general aplicabile ale proceselor implicate în schimbarea care trebuie să apară – din punct de vedere psihologic, biofiziologic și sociocultural –, astfel încât să ajungă la rezultatele pozitive durabile scontate, potrivite pentru oamenii pe care îi ajută. Deoarece procesele

implicate în schimbare sunt cunoscute drept căi importante din punct de vedere funcțional, atenția acordată utilității tratamentului ar putea fi *primul* pas pentru o clasificare, nu acel progres mult dorit, dar care se lasă așteptat. La urma urmei, creșterea probabilității apariției unui rezultat cu adevărat bun e ceea ce atât psihologii, cât și pacienții așteaptă de la știința din spatele intervenției.

Cele mai populare instrumente metodologice și analitice din intervențiile validate științific nu sunt întru totul eficiente, nici chiar atunci când sunt orientate înspre procesele implicate în schimbare. Cu toate acestea, dacă o luăm de la capăt, putem găsi noi moduri de a încadra problemele cu care se confruntă oamenii, utilizând alte instrumente metodologice și analitice disponibile. Putem găsi noi modalități de a progresa.

Procesele implicate în schimbare reprezintă caracteristicile proximale ale unui caz clinic de-a lungul timpului, care prezic în mod acurat rezultatele pe termen lung. Natura lor proximală e importantă. De exemplu, știm că schimbările în felul în care pacienții vorbesc despre gândurile și dificultățile lor în primele ședințe de psihoterapie pot media rezultatele obținute după finalizarea tratamentului, oferind astfel un indicator timpuriu al progresului real, pe care practicienii îl pot urmări în timpul ședințelor. Spre deosebire de alte domenii de expertiză, psihologii nu devin mai competenți pe măsură ce acumulează mai multă experiență, deoarece nu primesc un feedback imediat cu privire la practica lor. În schimb, un accent pus pe abordarea bazată pe procese ar putea oferi practicienilor un feedback imediat și util, necesar pentru a transforma experiența în expertiză.

Definim procesele terapeutice implicate în schimbare ca mecanisme sau schimbări fundamentate teoretic, dinamice, progresive, contextuale, modificabile și pe niveluri multiple care apar în secvențe predictibile, stabilite empiric și care pot fi utilizate pentru a produce rezultate dezirabile (cu mențiunea că aceasta reprezintă o mică îmbunătățire a ceea ce susțin Hofmann și Hayes, 2019, p. 38):

- **fundamentate teoretic**, deoarece le asociem cu un adevăr științific referitor la relațiile dintre evenimentele care conduc la predicții ce pot fi testate și la tehnici de influență;
- **dinamice**, deoarece presupun feedback sub formă de bucle și schimbări non-lineare;

- **progresive**, deoarece, pentru a atinge obiectivul terapeutic, poate fi necesară o aranjare a lor într-o anumită ordine;
- **dependente de context și modificabile**, deoarece ele sugerează direct schimbări de ordin practic sau procedee la îndemâna practicianului și
- **cu mai multe niveluri**, deoarece unele procese pot înlocui sau pot include altele.

În cele din urmă, „trebuie remarcat că termenul *proces terapeutic* e uneori folosit în literatura de specialitate cu referire la relația terapeut-pacient în general, care include așa-ziii factori comuni, precum alianța terapeutică și alți factori ce țin de relația terapeutică. În accepțiunea noastră, termenul de proces terapeutic poate include și acest înțeles mai tradițional, atâta timp cât aceste procese se bazează pe o teorie clar definită, care se poate testa și se ridică la standardele empirice pe care le recomandăm. Nu este însă sinonim cu înțelesul tradițional” (Hofmann și Hayes, 2019, p. 38). Ne vom întoarce la această definiție în Capitolul 2, unde vom explica în detaliu diferitele sale componente.

În actuala paradigmă a modelului medical, terapeuții care oferă intervenții validate științific fie trebuie să se limiteze la abordarea unor tulburări specifice, fie trebuie să acumuleze expertiză într-o largă varietate de protocoale, pentru o diversitate de tulburări. Acest lucru e greu de atins și de menținut, precum și nepractic și nerezonabil și se bazează pe premise eronate. Întreg domeniul s-a străduit să ajungă la o rezolvare unitară la scară largă a mai multor astfel de probleme, iar abordarea protocoale-pentru-sindroame nu a reușit acest lucru. În viziunea noastră (Hofman și Hayes, 2019), știința intervenției trebuie să includă și să se întemeieze pe procesele implicate în schimbare validate științific, în strânsă legătură cu procedurile validate științific. E timpul să mergem mai departe.

AVANTAJUL ABORDĂRII BAZATE PE PROCESE

Fiecare abordare terapeutică vine cu propriile sale metode de evaluare, cu propria terminologie și cu tehnici care trebuie adaptate individului în funcție de necesități. Viziunea abordării bazate pe procese este aceea a unor seturi coerente de procese ale schimbării care pot fi aplicate la o gamă largă de domenii problematice într-o manieră adaptată individual