# *TCC (Terapia Cognitiv-Comportamentală)*

*Farhad Dalal*

TCC a devenit un fenomen global datorită cantităţii enorme de dovezi ştiinţifice empirice în favoarea sa. Cel puţin aşa se spune. Dar aceasta este, de fapt, o ştire falsă. Aşa-numita ştiinţă a TCC nu este doar o ştiinţă deficitară (*bad science*) – ceea ce ar putea fi scuzat drept ştiinţă neglijentă – ci o ştiinţă coruptă. Coruptă, pentru că o ştiinţă deficitară este promovată în mod deliberat ca fiind o ştiinţă validă (*good science*).

Argumentul meu nu este îndreptat împotriva TCC în sine. Este un mod de lucru care fără îndoială se potriveşte unor practicieni şi unora dintre cei care vin pentru tratament. Pur şi simplu nu este pe gustul meu (*not my cup of tea*). Dacă ar fi rămas pe teritoriul ei (*in its neck of woods*), n-aş fi avut nicio problemă cu ea – trăieşte şi lasă şi pe alţii să trăiască, aş fi spus.

Însă în ultimele decenii TCC nu doar că a colonizat întregul domeniu al aşa-zisei sănătăţi mintale, ci respinge tipul meu de psihoterapie, numindu-l şarlatanie (*snake oil*). De fapt, chiar termenul de sănătate mintală se află în centrul modului în care s-a produs acest proces de colonizare: acesta fiind medicalizarea suferinţei umane.

Unul dintre factorii care au stat la baza scrierii cărţii („TCC: Tsunamiul Cognitiv-Comportamental: Managerialism, Politică şi Corupţiile Ştiinţei”, n.t.[1]) a fost o experienţă pe care am avut-o la sosirea la o conferinţă despre Ştiinţa Fericirii. Delegaţii erau întâmpinaţi de oameni ţinând pancarte pe care scria „Îmbrăţişări Gratuite Aici”. În timpul conferinţei am aflat că ştiinţa fericirii descoperise că oamenii fericiţi aveau tendinţa de a avea mai mult contact fizic decât ceilalţi. Această constatare a fost interpretată invers, pentru a decreta că cineva poate deveni mai fericit îmbrăţişând alţi oameni – chiar şi străini.

Mi s-a părut că acest lucru era asemănător cu a observa că, atunci când câinii sunt fericiţi, dau din coadă, şi apoi a presupune că, dacă îi înveţi pe câinii aflaţi în suferinţă să dea din coadă, aceştia vor deveni fericiţi.

Dar mai este ceva aici. Mă surprind îmbrăţişându-i pe cei care sunt importanţi pentru viaţa mea emoţională; iar când fac acest lucru, este o expresie a sentimentelor mele faţă de ei; nu îi folosesc pentru a spori propria *mea* bunăstare.

În acest fel, îmbrăţişările devin instrumentalizate, lipsite de orice semnificaţie şi reduse la o abilitate care trebuie stăpânită, o abilitate dobândită prin TCC, o abilitate care îmi aduce beneficii.

Acest lucru vă oferă o primă privire asupra mentalităţii care stă la baza TCC.

---

**Începutul tsunamiului**

În Regatul Unit, Tsunamiul Cognitiv-Comportamental a fost declanşat în 2004, când psihologul clinician David Clark l-a întâlnit pe economistul Richard Layard, a cărui specializare era studiul şomajului. Cei doi şi-au dat seama că, unindu-şi forţele, fiecare ar putea contribui la promovarea intereselor celuilalt – agenda Fericirii Utilitariste a lui Layard şi interesul său pentru şomaj, respectiv dorinţa lui Clark de a promova TCC şi profesia de psiholog clinician.

Agenda Fericirii a fost iniţiată în secolul al XVIII-lea de filosoful Jeremy Bentham. Acesta considera că politica guvernamentală ar trebui să crească în mod activ nivelul de fericire al naţiunii.

Dar se poate vorbi despre *creşterea* fericirii doar dacă aceasta este concepută drept o cantitate. Însă cum poţi măsura o stare subiectivă intangibilă? Răspunsul la care a ajuns Bentham a fost „utilitatea", motiv pentru care filosofia sa a ajuns să fie cunoscută drept „utilitarism". Utilitatea era (chipurile) o măsură a cantităţii de fericire pe care orice acţiune ar genera-o într-o persoană. Aceasta era teoria, dar în practică nu era posibil să se măsoare fericirea sau să se calculeze valorile utilităţii. Şi astfel, noţiunea de Fericire a lâncezit timp de vreo două sute de ani.

La un moment dat, psihologul american Martin Seligman a declarat că a descoperit Ştiinţa Fericirii. La începutul carierei sale ca psiholog cercetător, a efectuat experimente în care aplica şocuri electrice unor câini aflaţi în situaţii din care nu puteau scăpa. În cele din urmă, câinii şi-au pierdut orice speranţă şi s-au întins pe podea chiar şi în timp ce erau supuşi şocurilor. Marea sa descoperire a fost aceasta: atunci când aceşti câini erau puşi în situaţii noi – *în care exista posibilitatea de a scăpa* – ei nu încercau să o facă. Renunţaseră cu adevărat. Se considera acum că

aceşti câini au *învăţat* neajutorarea*. Seligman a presupus că exista o corelaţie între neajutorarea învăţată şi depresie. El credea că depresia înseamnă a rămâne blocat într-o stare de neajutorare *imaginată*, în ciuda schimbării circumstanţelor. În acest fel, *depresia a ajuns să fie concepută drept opusul fericirii*.

În 2006, Layard şi Clark s-au inspirat din această teorie când au publicat un manifest scurt, dar puternic, "Raportul privind depresia: Un New Deal pentru Tulburările de Anxietate şi Depresie"[2] (2006). Pe scurt, acesta susţine că *TCC este calea regală către fericire*.

Layard ne spune:

> „pentru unii oameni pare imposibil *să fie pozitivi* fără un ajutor fizic. Până acum cincizeci de ani, nu exista niciun tratament eficient pentru *boala mintală*.**" (Layard, 2005, p. 9)

Aproape toate dificultăţile legate de tezele despre Fericire/TCC sunt incluse în legătura dintre aceste două propoziţii consecutive. Subiectul primei propoziţii este „pozitivitatea", iar cel al celei de-a doua este „boala mintală". Dacă nu poţi fi pozitiv, este pentru că suferi de o tulburare mintală, al cărei tratament este TCC.

A fi şomer este, fără îndoială, deprimant. Dar raportul a inversat această afirmaţie, pretinzând că şomerii nu sunt capabili să muncească *deoarece* suferă de boli mintale precum depresia şi anxietatea. Autorii au calculat că acest lucru costa economia peste 12 miliarde de lire sterline pe an, în ajutoare sociale şi venituri pierdute. Ei au afirmat că o investiţie de doar 600 de milioane de lire sterline pe an într-un serviciu de TCC i-ar vindeca de depresie în 12 până la 24 de şedinţe. După aceea, ar fi capabili să se angajeze, iar acest lucru ar duce la scăderea cheltuielilor cu ajutoarele sociale şi la creşterea veniturilor fiscale. În esenţă, TCC a fost vândută drept o afacere profitabilă; pentru fiecare 60 de peni investiţi, trezoreria şi ţara în ansamblu, ar recupera 12 lire sterline în decurs de un an. Visul umed al oricărui broker.

Pe baza promisiunilor economice făcute în acel raport, guvernul de la acea vreme a investit sume exorbitante de bani în TCC. Argumentul economic a fost cel care a avut câştig de cauză.

**Filosofia**

Înainte de a merge mai departe, este util să ne reamintim distincţia puternică pe care filosoful Kant a făcut-o între lumea materială şi lumea umană. El spunea că lumea

materială este mecanicistă, previzibilă şi funcţionează în conformitate cu principiile cauzei şi efectului. Pentru a înţelege lucrurile din această lume, se căutau „cauze". Însă pentru a înţelege activitatea umană, nu trebuie să fie căutate „cauze", ci „motive". Capacitatea oamenilor de a gândi şi de a face alegeri era cea care îi făcea fiinţe intrinsec imprevizibile şi morale, diferenţiindu-i astfel de lumea materială. Mai mult, Kant considera că este lipsit de etică să tratezi oamenii ca pe nişte mecanisme, ca pe nişte lucruri, pentru că a face astfel însemna a-i dezumaniza. Dar modernitatea – şi în mod specific TCC – a acordat puţină atenţie distincţiei critice a lui Kant între cauză şi motiv, între lucruri şi persoane.

**Istoria – profesiile "psi"**

Fascinate de puterea predictivă a ştiinţelor naturii, tot felul de discipline – printre care psihologia şi sociologia – au început să sufere de un fel de „invidie faţă de fizică". Şi astfel, au început să încerce să imite metodele empirice pozitiviste ale savanţilor în ştiinţele naturii, pentru a-şi asigura prestigiul de a fi „ştiinţe" obiective. Dar au reuşit să facă acest lucru doar concepându-i pe oameni ca pe nişte lucruri şi, procedând astfel, au căzut sub incidenţa interdicţiei lui Kant.

Situaţia s-a înrăutăţit şi mai mult când Cercul de filosofie de la Viena a transformat pozitivismul ştiinţific în Pozitivism Logic. Dacă ceva nu putea fi observat şi măsurat, atunci nu exista nicio dovadă că ar exista, prin urmare nu exista. Ei au declarat că toate afirmaţiile despre astfel de chestiuni erau nonsensuri. Şi astfel s-a ajuns ca toate elementele intangibile care nu puteau fi observate şi măsurate direct, inclusiv viaţa psihologică interioară şi etica, să sfârşească în coşul de gunoi numit nonsens. Această ideologie fundamentalistă este cea care a dus la fetişizarea măsurării, sub imperiul căreia se află astăzi lumea noastră. Raţionalitatea Iluminismului a fost uzurpată şi distorsionată într-o formă de hiper-raţionalitate, conform căreia

> Doar ceea ce se poate număra contează
>
> Iar ceea *ce se întâmplă să fie numărabil* este FĂCUT SĂ conteze
>
> Iar ceea ce nu poate fi numărat, este pur şi simplu ignorat.

Această credinţă permite apoi să aibă loc tot felul de lucruri bizare, unul dintre acestea fiind faptul că psihoterapiile care nu pot fi testate în conformitate cu protocoalele hiper-raţionaliste sunt considerate ineficiente, pe motiv că nu au trecut testul. Voi spune mai multe despre acest lucru în curând, dar înainte de asta,

permiteţi-mi să vă povestesc istoria arborelui Neem, care expune absurdităţile etosului hiper-raţionalist.

**Arborele Neem**

De peste 2.000 de ani, componente ale arborelui Neem au fost folosite de fermierii din India ca pesticid. În 1992, o companie agricolă americană numită „Grace" a brevetat o versiune a acestui pesticid. Astfel, dacă fermierii indieni continuau să folosească arborele Neem ca pesticid, încălcau dreptul internaţional. Protestele care au urmat nu au contat deloc în ochii instanţelor de brevete, deoarece, în legislaţia privind brevetele, o contestare a pretenţiei de noutate a unui brevet putea fi admisă numai dacă se putea demonstra că respectivele cunoştinţe anterioare apăruseră deja *într-o publicaţie tipărită*, de preferinţă într-o revistă „ştiinţifică". Cu alte cuvinte, sistemul juridic cerea *documentaţie*, ceva tangibil drept „dovadă". Cum era vorba despre „cunoştinţe populare", evident nu exista nicio dovadă de tipul celor acceptate în format tipărit, aşa că instanţele au declarat că *nu existau dovezi*.

Faptul real, trăit, evident pentru oricine, şi anume că fermierii foloseau arborele Neem de milenii, a fost declarat anecdotic şi neştiinţific. În această lume hiper-raţionalistă, prezenţa sau absenţa documentaţiei este arbitrul suprem al adevărului şi al realităţii. Ideea care trebuie subliniată este următoarea: *însăşi ideea de dovadă este supusă interpretării*. Ceea ce este considerat drept dovadă legitimă este determinat de definiţia dominantă a dovezii, iar aceasta, la rândul ei, *exclude* alte tipuri de dovezi, chiar dacă şi acestea sunt obiective, în sensul că sunt vizibil prezente, pentru oricine să le vadă. Aceasta este genul de realitate fundamentalistă şi hiper-raţionalistă sub asediul căreia ne aflăm.

Datele au devenit Dumnezeu. Realitatea este ceea ce decretează numerele că este, şi astfel numerele devin mai reale decât realitatea pe care pretind că o măsoară. Orice lucru care nu este observabil şi măsurabil, pur şi simplu nu există.

Pe o astfel de bază, psihanaliza – paradigma dominantă la începutul secolului XX - a fost respinsă ca fiind un nonsens. Acest lucru a deschis calea primului pretendent la tronul psihologiei: Behaviorismul. Watson a declarat, într-o frază celebră, că nu avea nevoie de noţiuni precum conştiinţa, senzaţia, percepţia... voinţa... şi aşa mai departe. El a spus: „Aceşti termeni se bucură de o bună reputaţie, dar am constatat că mă pot descurca fără ei... Sincer, nu ştiu ce înseamnă." (Watson, 1919, p. xii)

La câteva decenii după Watson, psihanalistul Aaron Beck a făcut descoperirea remarcabilă că oamenii aveau, de fapt, minţi care contribuiau la *modul* în care răspundeau la informaţiile primite şi la stimuli. Beck a propus ideea că mintea funcţiona ca un mecanism previzibil, ceea ce o făcea accesibilă studiului ştiinţific. El spunea că dificultăţile emoţionale ale oamenilor erau cauzate de erori logice într-un proces de gândire raţională. Corectează procesul de gândire, şi schimbi starea emoţională. În acest moment s-a născut Terapia Cognitiv-Comportamentală.

Înainte de a trece la tratamentul TCC, trebuie să spun ceva despre partenerul de drum al TCC, profesia de psihiatru, fără de care TCC nu ar fi prosperat.

La începutul secolului XX, psihiatria se afla într-o situaţie stânjenitoare din cauza lipsei de consecvenţă şi fidelitate a diagnosticelor puse de psihiatri:

> „un pacient identificat de un psihiatru drept un caz clasic de isterie putea fi la fel de uşor clasificat de un altul drept un depresiv ipohondru" (Spiegel, 2005: 57)

Psihiatrul numit Spitzer şi-a asumat misiunea de a îmbunătăţi soarta psihiatriei, redefinind-o drept o ştiinţă empirică, bazată pe dovezi***. Ca un bun om de ştiinţă, s-a concentrat exclusiv pe simptomele observabile. Aceasta a fost baza afirmaţiei conform căreia Psihiatria Descriptivă, pe care tocmai o crease, era o ştiinţă obiectivă, respectabilă. *Manualul de Diagnostic şi Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale* (DSM) a fost transformat în prodigiosul instrument diagnostic care este astăzi. Problema fidelităţii fusese rezolvată. Aşa se spunea.

Statutul şi fidelitatea DSM sunt importante, pentru că **toată** cercetarea din TCC este ancorată într-una dintre categoriile de diagnostic din DSM. Aşa că, dacă DSM se dovedeşte a fi problematic, atunci orice cercetare bazată pe acesta se transformă în praf.

> "În timpul elaborării DSM-IV, Asociaţia Americană de Psihiatrie... [a întreprins] un studiu amplu de fidelitate şi, cu toate că faza de cercetare a proiectului a fost finalizată, rezultatele nu au fost publicate niciodată. [când a fost întrebat de ce,] Directorul proiectului, Jim Thompson, a spus că *APA a rămas fără fonduri*." (Spiegel, 2005: 63; italice adăugate)

Acest lucru este greu de crezut, având în vedere că Asociaţia Americană de Psihiatrie tocmai câştigase multe milioane de dolari din vânzarea a peste 800.000 de

exemplare ale DSM-III. Pare destul de evident că problema fidelităţii nu fusese rezolvată. De fapt, veştile proaste au fost îngropate.

Iată, apropo, două dintre formele de corupere a ştiinţei practicate în mod obişnuit astăzi. Dacă rezultatele cercetării sunt negative, se încearcă răstălmăcirea lor şi redactarea studiului astfel încât să pară că rezultatele au fost pozitive, iar dacă acest lucru nu este posibil, cercetarea este ascunsă şi nu ajunge niciodată să vadă lumina zilei. Voi reveni asupra acestui subiect în scurt timp.

Să trecem acum la profesia de psiholog clinician, care, de asemenea, avea o reputaţie precară în comunitatea medicală ştiinţifică, întrucât se ocupa şi ea de elemente intangibile precum gândurile şi sentimentele.

Şi ei (psihologii clinicieni, n.t.) au trebuit să găsească o modalitate de a se redefini pe ei înşişi şi munca lor drept ştiinţifică şi pozitivistă. TCC, un tratament pretins bazat pe dovezi, a reprezentat biletul de intrare perfect pentru ei, deoarece se potrivea paradigmei pozitiviste. Din acest motiv, profesia de psiholog clinician a îmbrăţişat şi a promovat TCC. În acest fel, soarta TCC a devenit legată de cea a profesiei de psiholog clinician, având ca rezultat prosperitatea ambelor.

Ar trebui să adaug că nu toţi psihiatrii şi psihologii împărtăşesc această viziune mecanicistă asupra suferinţei umane.

**Neoliberalism şi NMP** (Noul Management Public, n.t.[3])

Succesul TCC nu poate fi înţeles fără a face un pas înapoi şi a privi tabloul politic de ansamblu – în mod specific neoliberalismul şi managerialismul.

Neoliberalismul a început să înflorească în perioada Reagan-Thatcher; astăzi a devenit o ortodoxie acceptată ca atare. Etosul său este surprins perfect de titlul articolului lui Milton Friedman, publicat în 1970 în New York Times Magazine: „Responsabilitatea Socială a Afacerilor este să-şi Crească Profiturile”[4].

În această nouă ordine mondială, în goana după profit, oamenii devin „resurse umane”, iar munca umană devine marfă. Principiile producţiei în masă şi ale benzii rulante sunt aplicate în toate domeniile vieţii profesionale, inclusiv în cel al psihoterapiei. Totul în numele eficienţei.

În Regatul Unit, începând cu anii 1980, serviciile publice au fost reduse, industriile s-au prăbuşit, s-au pierdut locuri de muncă şi mijloace de trai, suferinţa şi disperarea

au devenit norma. A avut loc o creştere dramatică a numărului de persoane fără adăpost şi a şomajului. Ceea ce s-a întâmplat nu este altceva decât un carnagiu social, şi totul în numele eficienţei.

Dar acum, suferinţa celor deposedaţi este reformulată drept boală mintală şi ca neavând nicio legătură cu condiţiile sociale care au produs suferinţa, în primul rând. Într-o ultimă răsucire ironică a cuţitului, după ce a produs suferinţa, statul le oferă panaceul TCC celor care suferă, pentru a-i ajuta să-şi depăşească bolile mintale.

Îmi voi îndrepta acum atenţia mai direct asupra TCC în sine şi voi începe cu felul în care aceasta înţelege natura umană.

**Natura umană conform TCC**

Să ne amintim că, pe vremea lui Bentham, ideea de a putea măsura utilitatea – nivelul de fericire – rămânea exact asta: o simplă idee.

Să facem un salt în timp, de câteva sute de ani, până la un foarte entuziasmat Lord Layard. Este entuziasmat pentru că acum,

> ”Descoperirile ştiinţifice… au transformat modul în care gândim despre fericire. Până de curând, dacă oamenii spuneau că sunt fericiţi, scepticii susţineau că aceasta era doar o afirmaţie subiectivă… Dar acum ştim că ceea ce spun oamenii despre cum se simt corespunde îndeaproape nivelurilor reale de activitate din diferite părţi ale creierului, care pot fi măsurate *prin moduri ştiinţifice standard*… psihologia şi ştiinţa creierului încep să ne ofere instrumentele necesare pentru a ajunge la *răspunsuri precise*.” (Layard, 2005, p. 12-13)
>
> „Fericirea înseamnă a te simţi bine, iar suferinţa înseamnă a te simţi rău… acea trăire poate fi acum măsurată întrebând oamenii sau monitorizându-le creierul.” (Layard, 2005, p. 6)

Dar fiecare dintre aceste afirmaţii este fie o exagerare, fie un neadevăr. Tot ce putem face cu ajutorul scanărilor cerebrale este să observăm o *corelaţie* între o experienţă şi activitatea electrică dintr-o anumită zonă a creierului. Corelaţia nu este o măsurătoare – şi nici nu are nimic precis în ea. Nici nu este deosebit de surprinzător să descoperi că există corespondenţe neurologice şi fiziologice ale vieţii emoţionale şi mintale a unei persoane. La urma urmei, oamenii sunt corpuri, iar creierele fac parte

din corp. Ceea ce ar fi misterios ar fi dacă nu s-ar observa nicio activitate cerebrală asociată cu experienţa trăită.

**Tratamentul TCC**

Să trecem acum la tratamentul TCC în sine.

John şi Martin au fost amândoi concediaţi pe neaşteptate, în acelaşi timp. Câteva săptămâni mai târziu, John era deja în căutarea unui loc de muncă, în timp ce Martin alunecase într-o stare de apatie. Despre ce e vorba aici? Iată explicaţia TCC: evenimentele produc răspunsuri emoţionale la oameni.

> ”Dacă un eveniment ar da naştere automat unei emoţii… ar rezulta că acelaşi eveniment ar trebui să genereze aceeaşi emoţie oricui ar trăi acel eveniment… [prin urmare] trebuie să existe şi altceva… TCC spune că acest <<altceva>> este cogniţia.” (Westbrook et al., 2008, p. 3)

Aceasta este aşadar una dintre erorile care stau la baza sistemului de credinţe al TCC: ideea bizară că un eveniment ar trebui să evoce *aceeaşi* emoţie la toţi oamenii. Este ca şi cum Kant nu ar fi existat niciodată, e ca şi cum oamenii ar fi mecanisme predictibile.

Practic, fiecare carte despre TCC, fie ea de natură tehnică sau de autoajutorare[5], conţine următoarea schemă:

Eveniment → Cogniţie → Emoţie

Mai întâi evenimentul, apoi cogniţia, apoi răspunsul emoţional.

Punctul central al tratamentului TCC este „Cogniţia”. Schimbi cogniţia, schimbi emoţia. TCC stabileşte o dihotomie puternică între cauză şi menţinere. Textele TCC înfăţişează psihanaliza ca fiind într-o căutare nesfârşită şi fără rezultat a *cauzelor* dificultăţilor din trecut, în timp ce TCC se concentrează pe modurile în care dificultăţile sunt *menţinute* în prezent. Textele TCC au tendinţa să parodieze psihanaliza în felul următor:

> „dacă vrei să stingi un incendiu atunci ar mai bine să te ocupi de ceea ce îl menţine aprins – căldura, combustibilul, oxigenul etc. – decât să cauţi chibritul care l-a pornit.” (Westbrook et al. 2008, p. 40)

Layard şi Clark spun că,

> nu este „necesar să ştii ce a cauzat cancerul – îl vindeci prin extirpare... În mod similar, infecţiile sunt adesea vindecate cu antibiotice, *fără a le cunoaşte cauzele*." (Layard şi Clark, 2014, p. 109)

Procedând astfel, ei decontextualizează suferinţa şi o golesc de orice sens, de *motivul* suferinţei. Amintiţi-vă de Kant. Etosul TCC face din a nu avea nicio legătură cu sensul o virtute. Etosul TCC face o virtute din lipsa oricărei legături cu sensul.

TCC spune că, spre deosebire de John, cogniţia lui Martin este obişnuită să perceapă evenimentele într-o lumină negativă, şi că acest lucru este cel care creează în el un sentiment de neajutorare.

TCC îl va învăţa pe Martin cum să schimbe ceea ce gândeşte. Odată ce a învăţat să facă acest lucru, are posibilitatea de *a alege* ce să gândească. Poate alege să gândească optimist, ceea ce îi va schimba sentimentele de apatie şi depresie.

Cuvântul-cheie aici este control.

> „Fiinţele umane au *cucerit* în mare măsură natura, dar încă nu s-au cucerit pe ele însele." (Layard, 2005, p. 9)
>
> „Viaţa interioară... determină modul în care reacţionăm la viaţă... Aşadar, cum putem dobândi controlul asupra vieţii noastre interioare?" (Layard, 2005, p. 184)

Dar mai întâi, Martin va fi testat la clinica locală de TCC, pentru a se vedea dacă suferă cu adevărat de tulburarea mintală numită depresie. Te-ai putea aştepta ca aceste teste să fie extrem de complexe şi sofisticate, întrucât pot privi adânc în minte, având în vedere capacitatea lor de a pătrunde în profunzimea minţii.

**Chestionarul privind starea de Sănătate a Pacientului - 9**[6]

În ultimele 2 săptămâni, cât de des v-au deranjat oricare dintre următoarele probleme?

*Deloc (0), Câteva zile (1), Peste jumătate din zile (2), Aproape zilnic (3).*

Interesul sau plăcerea limitate de a face diverse lucruri

Sentimentul de tristeţe, deprimare sau deznădăjduire

Dificultăţi în a adormi sau de a continua somnul ori somn prea îndelungat

Senzaţia de oboseală sau lipsă de energie

Apetit redus sau mâncat excesiv

Sentimente negative la adresa dvs. - sau că sunteţi un (o) ratat(ă) sau că v-aţi dezamăgit, pe dvs. sau familia dvs.

Dificultăţi de concentrare asupra unor lucruri precum cititul ziarului sau uitatul la televizor

Mişcarea sau vorbitul atât de lente încât alte persoane ar fi putut remarca? Sau contrariul — o stare de nelinişte sau agitaţie excesivă, care v-a făcut să vă mişcaţi mult mai mult decât de obicei

Gânduri că v-ar fi mai bine mort/moartă sau gândul de a vă face vreun rău.

---

Dacă scorul total depăşeşte zece, atunci se consideră că Martin suferă de tulburarea mintală numită depresie şi i se recomandă un tratament TCC. Iar dacă, în timpul sau după tratament, scorul său scade sub zece, se va considera că s-a vindecat de boala sa mintală.

Să remarcăm încă o dată: tocmai prin faptul că astfel de chestionare sunt numite „instrumente" şi că experienţelor subiective li se atribuie un număr, se creează impresia că experienţele subiective sunt măsurate ştiinţific, în moduri obiective.

De ce faptul că spun că sunt foarte, foarte deprimat este considerat subiectiv, iar faptul că spun că nivelul meu de depresie este 9, pe o scală de la 1 la 10, este caracterizat ca fiind obiectiv? Nu este oare subiectivă şi alegerea numărului de către mine?

Cât despre tratamentul propriu-zis, Martin şi practicianul vor conveni asupra simptomelor pe care tratamentul le va viza pentru a le modifica. Observaţi cuvântul „simptom". Dacă, în timpul tratamentului, Martin comite eroarea de a se abate de la subiect şi de a rumina asupra relaţiei cu tatăl său, din copilărie, acest lucru nu va fi permis, pentru că ruminaţia nu figurează în manual.

De asemenea, Martin va trebui să completeze acest chestionar şi altele, la fiecare şedinţă, pentru a-i verifica „progresul". Dacă scorurile sale nu arată o îmbunătăţire regulată, atunci este probabil ca practicianul să fie supus unei evaluări a performanţei, prin intermediul unui proces de monitorizare numit supervizare.

Tratamentul propriu-zis constă în identificarea credinţelor de bază, a schemelor şi a „Gândurilor Automate Negative” (de exemplu, „nimeni nu mă place”). Ideea este să i se demonstreze pacientului, în mod raţional şi *empiric*, că cogniţiile sale sunt distorsionate.

Odată ce pacientul a învăţat să înlocuiască gândurile distorsionate cu gânduri obiective, care corespund realităţii, atunci pacientul se va simţi „mai fericit” şi nu va mai fi deprimat.

Asta e tot. Acesta este, în întregime, tratamentul TCC din al doilea val.

Dar dacă se dovedeşte că Martin nu s-a vindecat de depresie, în ciuda faptului că a trecut prin tratamentul TCC, atunci acest lucru nu poate avea nicio legătură cu natura tratamentului în sine, pentru că cercetările au arătat că TCC funcţionează. Prin urmare, problema trebuie să fie ori Martin însuşi, care este „Rezistent la TCC”, fie tipul de depresie de care suferă: „Depresie Rezistentă la Tratament”.

Problema este boala sau persoana. Tratamentul în sine este în regulă.

Chiar şi aşa, aceste tipuri de tratamente TCC funcţionează într-o anumită măsură. Dacă cineva este ajutat să-şi părăsească apartamentul pentru prima dată în mulţi ani şi să cumpere un litru de lapte, acesta este un lucru minunat, care merită sărbătorit. Fără nicio ironie.

Pentru unii, acest lucru este suficient şi este tot ce au nevoie. Dar pentru mulţi alţii, o astfel de abordare nu doar că e o zeamă lungă hiper-raţionalistă[7], ci ratează complet esenţa complexităţilor existenţiale cu care se confruntă majoritatea oamenilor.

Chiar şi aşa, aceste succese nu sunt suficiente pentru a privilegia TCC în detrimentul altor terapii. Consilierii şi terapeuţii de toate orientările îi ajută în mod obişnuit pe pacienţi să gestioneze astfel de sarcini, cel puţin la fel de bine ca specialiştii TCC.

Îmi voi îndrepta acum atenţia către sistemele care susţin şi livrează TCC, de la cercetare până la aplicare. Există trei structuri – prima, cercetarea ştiinţifică academică; a doua, autorităţile care verifică afirmaţiile formulate de cercetare şi recomandă cele mai bune practici; a treia, instituţiile însărcinate cu furnizarea tratamentelor validate.

**Cercetarea TCC**

În ultimele câteva decenii, industria farmaceutică, după ce a capturat organismele de reglementare, a coborât standardele şi cerinţele cercetării ştiinţifice la niveluri deplorabil de scăzute.

De exemplu, autorităţile de reglementare au convenit că este suficient să existe doar două studii clinice care demonstrează semnificaţie statistică pentru ca un tratament să fie autorizat. Totuşi,

> „nu există nicio limită a numărului de studii care pot fi efectuate în căutarea acestor două studii semnificative." (Kirsch 2011, p. 195)

Studiile cu rezultate negative sunt fie ascunse, fie prezentate ca fiind pozitive. Se pare că, chiar şi atunci când agenţiile de reglementare află despre existenţa unui număr mare de studii cu rezultate negative, le înlătură.

> "Tot ce li se cere este două studii pozitive pentru a da undă verde utilizării publice. FDA (Administraţia Alimentelor şi Medicamentelor, n.t.)[8] din SUA a apărat public... [acest] proces de aprobare dubios." (Davies, 2014, p. 71)

TCC testează pachete de tratament deja complet elaborate. Pachetele în sine nu sunt niciodată supuse vreunui tip de testare, ştiinţifică sau de altă natură. Sunt considerate adevăruri de netăgăduit (*articles of faith*). De fapt, manualul este scris înainte ca vreo testare să fi început. Şi, în mod ciudat, aproape fiecare cercetare privind TCC pare să constate că aceste tratamente bazate pe manual sunt eficace.

Iată o predicţie. Un nou tratament pe care tocmai l-am conceput, dar pe care nu l-am testat încă, se va dovedi eficace. Se numeşte TCA - *Terapia Cognitivă Arbitrară* pentru boala mintală TCR - *Tulburarea de Conflict Repetat* – cei care intră în mod repetat în certuri cu ceilalţi; tulburarea nu figurează încă în DSM.

Rezultatele sunt sortite să fie pozitive din cel puţin două motive: primul, devotamentul cercetătorului. S-a constatat empiric că, atunci când cercetătorii sunt implicaţi în forma de tratament pe care o testează, rezultatele sunt aproape întotdeauna pozitive. Al doilea, s-a demonstrat empiric că pacienţii care cred că primesc ceva, orice, se descurcă mai bine decât cei *care ştiu* că nu primesc nimic. Cercetarea TCC compară de obicei tratamentele respective cu situaţia în care nu se aplică nici un tratament; pentru că cei testaţi ştiu că urmează un tratament, mai

mulţi dintre ei vor spune că se simt mai bine decât cei care nu au primit nimic şi au ştiut că nu au primit nimic.

Cercetările din domeniul TCC compară de obicei tratamentele cu lipsa oricărei intervenţii; deoarece cei testaţi ştiu că urmează un tratament, mai mulţi dintre ei vor afirma că se simt mai bine decât cei care nu au primit nimic şi ştiau că nu primesc nimic. Acesta este un fapt ştiinţific.

Un exemplu frapant al ambelor situaţii, prezentarea rezultatelor negative ca fiind pozitive, cât şi ascunderea rezultatelor negative, a fost adus la lumină de un grup de cercetători, Turner et al. (2008), care au urmărit toate studiile clinice înregistrate pentru toate antidepresivele lansate între 1987 şi 2004 (Turner et al., 2008). Erau 74 de studii. 38 dintre ele au concluzionat că tratamentul testat funcţiona, iar 36 au constatat că nu funcţiona. 37 din cele 38 de studii cu rezultate pozitive au fost publicate, în timp ce doar 3 din cele 36 de studii negative au fost publicate. Din cele 33 de studii rămase cu rezultate negative, 22 au fost ascunse. Şi, cel mai uimitor, celelalte 11 studii negative au fost redactate în aşa fel încât să pară că studiul a fost un succes. În consecinţă, atunci când medicii au consultat ”cercetarea” publicată pentru a lua o decizie informată, au găsit 48 de studii care păreau să demonstreze eficacitatea antidepresivelor, faţă de doar 3 care nu o demonstrau.

Un alt exemplu de manipulare statistică se găseşte într-un studiu TCC nu tocmai neobişnuit, publicat în 2012 în prestigioasa revistă de 4 stele, *The Lancet*. Rezumatul susţine:

> „TCC adminitrată în plus faţă de îngrijirea obişnuită, inclusiv medicaţia antidepresivă, este un *tratament eficient* care reduce simptomele depresive.”

Rezumatul mai afirmă

> 46 la sută dintre cei care au beneficiat de TCC au înregistrat o îmbunătăţire, raportând o reducere de cel puţin 50 la sută a simptomelor de depresie, comparativ cu 22 la sută [în grupul de control].

Modul neobişnuit în care sunt citate rezultatele este o încercare de a ascunde faptul că tratamentul s-a dovedit a fi de ajutor doar pentru 23% dintre cei testaţi (46 minus 22). Şi observaţi: tratamentul nu vindecă, tot ce reuşeşte este să reducă simptomele cu 50%. Folosirea cifrei de 50% dă impresia că măsura este obiectivă. Dar nu este.

Tot ce se întâmplă este că oamenilor li se cere să răspundă la întrebarea – pe o scală de la 1 la 5, cât de deprimaţi vă simţiţi.

Aşadar, „rezultatele" studiului ar trebui, de fapt, prezentate astfel:

> Aproximativ doi din zece oameni au ajuns să se simtă ceva mai bine datorită faptului că au beneficiat de TCC; cu toate acestea, deşi se simt mai bine, sunt în continuare deprimaţi, doar că sunt mai puţin deprimaţi. Apropo, *opt din zece persoane care urmează acest tratament nu vor fi ajutate*. Şi acesta este un fapt ştiinţific.

Mi se pare uluitor faptul că o cercetare atât de slabă a fost acceptată de o revistă de prestigiu, cu evaluare inter pares (*peer reviewed*). Singura explicaţie este că astfel de tertipuri sunt o practică obişnuită şi au devenit parte a normei acceptate.

Rezultatele cercetărilor sunt amplificate în mod obişnuit printr-o varietate de alte tehnici, una dintre ele fiind citarea rezultatelor sub forma unor schimbări relative, mai degrabă decât absolute. Diferenţa dintre cele două este crucială. De exemplu, aş putea spune că mi-am crescut şansele de a câştiga la loterie cu 100%, pentru că am cumpărat două bilete în loc de unul singur, cum fac de obicei. Aceasta este creşterea relativă – relativă la condiţia iniţială, de a avea un singur bilet. Dar tot ce am făcut, de fapt, a fost să-mi măresc şansele de câştig de la 1 din 14 milioane la 2 din 14 milioane. Aceasta este creşterea absolută.

Care dintre cele două este mai seminificativă?

Care dintre cele două pare mai impresionantă?

Care dintre cele două este folosită de cercetătorii TCC?

**TCBM** (*MBCT*)

Pe un astfel de fundament, rezumatul unui tratament TCC din al treilea val, numit Terapia Cognitivă Bazată pe Mindfulness (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), a susţinut că ajută 50% dintre persoanele predispuse la depresie să evite recăderea. Cifra reală, conform propriilor calcule ale autorilor, citată în articol, este de 39%. La jumătatea articolului, 39% este rescris în cuvinte drept „aproape jumătate". Un paragraf sau două mai târziu, cuvântul „aproape" dispare, iar afirmaţia este amplificată suplimentar, ajungând la „jumătate". Iar ceva mai târziu, se revine la cifre pentru a afirma că s-a demonstrat că tratamentul ajută 50% dintre cei care îl

primesc. Observaţi prestidigitaţia, de la cifre la cuvinte şi apoi înapoi la cifre. Este magie.

Şi, într-adevăr, această afirmaţie extrem de exagerată este cea pe care o găsim pe site-ul mbct.com:

> ”Institutul Naţional pentru Excelenţă Clinică din Regatul Unit (*National Institute for Clinical Excellence*-NICE[9]) a aprobat recent TCBM ca tratament eficient pentru prevenirea recăderii… Dovezile provenite din două studii clinice randomizate ale TCBM indică faptul că reduce rata de recădere cu 50% în rândul pacienţilor care suferă de depresie recurentă.” (https://mbct.com/does-mbct-work)

Observaţi şi exagerarea suplimentară adusă de folosirea termenului „prevenire”.

Este întotdeauna util să inversăm concluziile:

> *TCBM nu va fi de niciun ajutor pentru 7 sau 8 din 10 persoane.*

Apropo, aceste cifre se aplică unui grup foarte restrâns, alcătuit din cei care au suferit de depresie şi şi-au revenit în cel puţin trei ocazii anterioare. Când această categorie selectată preferenţial este înlăturată şi cineva analizează eficacitatea pentru întregul grup de tratament care a fost testat, se dovedeşte că acest tratament a ajutat pe aproximativ 14% dintre ei, ceea ce nu diferă prea mult de efectul placebo.

**TDC** (*DBT*)

Un alt tratament din al treilea val, validat empiric şi foarte respectat, este Terapia Dialectic-Comportamentală (*Dialectical Behavior Therapy*). În decurs de zece ani de la introducerea sa, au fost publicate peste 25 de lucrări ştiinţifice bazate pe date, în sprijinul tratamentului. S-a dovedit că fiecare dintre aceste publicaţii s-a bazat pe datele din studiul original şi, cel mai uimitor, aproape toate au fost scrise de membrii echipei iniţiale de tratament. Dimensiunea eşantionului din studiul original era minusculă – 24 de persoane în grupul TDC şi 22 în grupul de control. Scheel a concluzionat

> ”Toate rezultatele pozitive publicate provin dintr-un singur studiu… [şi] se bazează pe nu mai mult de 24 de subiecţi din grupul TDC… toate celelalte rezultate pozitive se bazează pe 13 sau mai puţini subiecţi din grupul TDC, iar

toate concluziile privind procesul şi majoritatea celor privind urmărirea se bazează pe şapte sau mai puţini subiecţi din grupul TDC."

**NICE**

Odată ce cercetarea este publicată, în Regatul Unit, organismul public numit NICE (National Institute for Health and Care Excellence - Institutul Naţional pentru Sănătate şi Excelenţă în Îngrijire) are sarcina de a examina dovezile şi de a emite recomandări imparţiale pentru tratamentul tuturor tipurilor de afecţiuni medicale.

Dar întregul proces este părtinitor în tot felul de moduri. Pentru început, componenţa comitetelor care examinează dovezile este alcătuită aproape în întregime din psihologi clinicieni care susţin terapiile bazate pe manual. Cognitiviştii îi consiliază pe legiuitori, iar legiuitorii, pe baza acestor recomandări, elaborează politici care decretează că tratamentele care trebuie oferite sunt cele preferate de cognitivişti. Situaţia este echivalentă cu cea în care braconierii ar scrie regulile de bună practică pentru paznicii de vânătoare, reguli care îi favorizează pe braconieri.

NICE ia lua în considerare doar un tip foarte restrâns de cercetare: cea care „testează" un tratament specific, bazat pe manual, pentru o tulburare mintală specifică din DSM. Nu ţine cont de alte forme de cercetare empirică, de exemplu, cercetarea care compară rezultatele a două tratamente pentru o singură tulburare mintală sau studiile despre efectivitate în condiţii "naturale" (*naturalistic studies*[10]), în practica clinică, şi aşa mai departe. Nici măcar nu se oboseşte să le combată, ci pur şi simplu ignoră ceea ce nu se încadrează în protocoalele sale.

Aşadar, singura modalitate prin care terapiile care nu se încadrează în paradigma bazată pe manual se pot propune spre a fi luate în considerare de NICE, este aceea de a se transforma ele însele în terapii bazate pe manual, distorsionându-se efectiv într-o asemenea măsură încât devin altceva decât fuseseră iniţial.

De exemplu, am stabilit un protocol experimental pentru a distinge ceea ce este comestibil de ceea ce nu este. În acest scop, am decis că doar acele substanţe pe care le pot apuca cu beţişoarele (*chopsticks*) vor fi considerate alimente. Aşa că, potrivit acestui „protocol", supa nu ar putea fi niciodată considerată ca aliment, pentru că beţişoarele mele nu o pot prinde. Forma voastră de verificare, care este propria voastră experienţă (aţi ingerat-o, v-a plăcut gustul ei, v-aţi simţit hrănit, vi s-a potolit foamea, nu aţi murit), nu are nicio legitimitate în protocolul meu, aşa că o resping.

În cadrul acestei paradigme, forma de psihoterapie pe care o practic eu şi mulţi alţii este supa. Pentru a intra în paradigmă, trebuie să găsesc un mod de a-mi *transforma* practica *într-o mâncare cu cocoloaşe* (*lumpify*), astfel încât să poată fi apucată de beţişoarele pozitiviste. Însă, odată transformată astfel, supa *nu mai este supă*. Astăzi, asta încearcă să facă multe şcoli de psihoterapie (inclusiv psihanaliza), adică să-şi transforme practica într-o mâncare cu cocoloaşe, astfel încât să poată fi apucată de beţişoarele pozitiviste ale NICE şi considerată o practică legitimă.

**IAPT**

Odată ce NICE şi-a emis recomandările, unei alte instituţii, numite IAPT - Improving Access to Psychological Therapies (Creşterea Accesului la Terapii Psihologice) – i se încredinţează responsabilitatea de a furniza publicului larg tratamente conforme cu NICE. IAPT primeşte o serie de ţinte – câte persoane sunt văzute, cât timp petrec pe lista de aşteptare, cât de severe sunt dificultăţile, dacă tratamentul este finalizat sau nu, dacă persoana s-a vindecat. Plăţile sunt alocate pentru fiecare dintre aceste ţinte. Acestea sunt contracte de muncă cu zero ore. Dacă ţinta nu este atinsă, nu există nicio plată. Acesta este, aşadar, un stimulent pentru a „păcăli" (*"game"*) sistemul.

Pentru a-şi atinge ţintele, IAPT foloseşte în mod obişnuit două strategii: una este să ofere un serviciu sărăcit, iar cealaltă este să-şi falsifice registrele statistice.

Managerialiştii au devenit maeştri în a prezenta o reducere a serviciilor drept o îmbunătăţire a acestora. Se fac economii prin înlocuirea întâlnirilor faţă în faţă dintre pacient şi practician, cu contactul telefonic. Totuşi, această reducere este prezentată într-o lumină pozitivă. Ei susţin că acest lucru este, de fapt, în beneficiul pacientului, întrucât îl scuteşte de o călătorie inutilă. Acest fenomen se regăseşte în toate domeniile vieţii. De exemplu, agenţia alimentară care ar trebui să supravegheze aditivii alimentari şi-a schimbat politica de etichetare. În loc să folosească termenul aditivi alimentari, eticheta spune acum „îmbunătăţirea alimentelor".

Prin corelarea plăţilor cu rezultatele, IAPT a instituit o serie de stimulente perverse, stimulente pentru a păcăli sistemul; mai puţin politicos spus, stimulente pentru a trişa.

Una dintre ţinte vizează fluxul de pacienţi. 75% dintre cei îndrumaţi către IAPT ar trebui văzuţi în 6 săptămâni de la trimitere, iar 95% ar trebui văzuţi în 18 săptămâni.

Pentru a atinge aceste ţinte, serviciul este redus în două moduri – reducând durata şedinţei la 45 sau chiar 30 de minute şi reducând numărul de şedinţe de la 20 la 12, apoi la 6.

Acest lucru este ca şi cum ai reduce doza unui tratament bazat pe dovezi, să spunem un antibiotic, care se ştie că funcţionează dacă este luat de trei ori pe zi, timp de cinci zile, şi ai reduce doza la o dată pe zi, timp de trei zile. Dacă s-ar întâmpla într-adevăr aşa ceva, ar stârni o indignare generală.

Un PWP (Psychological Wellbeing Practitioner - Practician în Bunăstare Psihologică, n.t.) care a dorit să-şi păstreze anonimatul a dezvăluit următorul malpraxis:

> ”În departamentul în care lucrez, toate evaluările sunt marcate drept <<evaluare şi tratament>> [ceea ce face dă impresia că au fost trataţi mai mulţi oameni decât este cazul]... Când am discutat această problemă cu conducerea, mi s-a spus că <<NHS Anglia ne-a indicat să facem astfel>>, ceea ce ar însemna fie că se minte cu bună ştiinţă la nivelul departamentului, fie că NHS Anglia este de fapt conştient de acest lucru şi permite manipularea datelor.” (Serioussham, 2016) (NHS-National Health Service – Serviciul Naţional de Sănătate, n.t.)

Dar nici măcar acest lucru nu este suficient. Pentru a face cifrele să cânte melodia pe care datele trebuie s-o cânte, IAPT a dezvoltat o viziune bizară asupra a ceea ce înseamnă „tratament finalizat”. *Dacă o persoană participă la doar două şedinţe* şi apoi nu se mai întoarce, indiferent de motiv – inclusiv decesul – acest lucru va conta drept *tratament finalizat*, pentru care se va efectua plata.

O altă înşelătorie constă în transferarea pe o listă non-IAPT a pacienţilor care nu înregistrează îmbunătăţiri în urma tratamentului TCC sau în înregistrarea contactului drept „evaluare”, mai degrabă decât ca tratament eşuat. În ambele cazuri, datele vor arăta că serviciul a atins două ţinte: cea privind accesul la servicii şi cea privind timpul de aşteptare. Datele non-IAPT nu sunt luate în calcul şi, astfel, dispar din vedere, făcând ca statisticile privind recuperarea să pară mai bune decât sunt în realitate.

Un alt practician anonim a afirmat că li se impuneau cursuri oficiale de formare care îi învăţau cum să-i încurajeze pe pacienţi să-şi reconsidere răspunsurile la chestionare, pentru a spune că starea lor s-a îmbunătăţit mai mult decât credeau ei.

> „O, vă simţiţi mult mai bine acum, nu-i aşa? - Sunt sigur că e un şase... Cred că v-aţi simţit mult mai bine săptămâna asta, nu credeţi că e un doi?" (Griffiths et al., 2013, p. 28)

Atunci când o persoană care fusese anterior declarată „vindecată" de boala sa mintală, în urma TCC, „recidivează" şi revine în sistem, politica oficială impune ca aceasta să nu se poată întâlni cu practicianul iniţial. Trebuie să vadă pe altcineva. Prin acest mijloc, ceea ce este de fapt un tratament de urmărire va fi făcut să pară un nou „episod de tratament". Cu alte cuvinte, va părea că au fost consultate două persoane o singură dată, în loc de o singură persoană de două ori, iar statisticile strălucitoare vor arăta două vindecări, în loc de un eşec.

În cadrul unor servicii, atunci când scorul unui pacient nu arată o îmbunătăţire suficientă la finalul tratamentului,

> "Pur şi simplu îl lasă pe lista de cazuri până îşi revine, pentru că ştim că unii oameni se recuperează spontan. [După câteva săptămâni sau luni] îi suni. Şi le spui: <<O, cum vă simţiţi? Putem parcurge aceste întrebări?>>" (Alice, interviu, 2017)

**Concluzii**

Iluzia cognitivistă este exact aceasta: iluzia că oamenii moderni sunt în primul rând fiinţe cognitive, capabile să ia decizii raţionale. Iluzia continuă: gândurile precedă emoţiile şi pot fi separate de acestea. Se spune că viaţa mintală poate controla viaţa emoţională. Gândurile şi percepţiile iraţionale produc stări emoţionale problematice. Fiecare tip de percepţie iraţională constituie o tulburare mintală specifică, ce poate fi corectată prin TCC. Odată ce cogniţia corectată corespunde realităţii, atunci viaţa emoţională se conformează, iar persoana este pe drumul spre recuperare. Acest lucru se poate realiza cu uşurinţă în orice interval între şase şi douăzeci de şedinţe. Aici se sfârşeşte iluzia[11].

Dar acesta nu este nici sfârşitul iluziei, nici începutul ei. Am susţinut că motivul pentru care iluzia poate înflori în interiorul psihologiei este acela că este împărtăşită de credinţele, sistemele şi structurile managerialiste care o înconjoară şi o susţin: de la filosofia sa la psihologia sa; de la premisele pe care se bazează cercetarea, la modul în care aceasta este desfăşurată şi analizată; de la modul în care este organizat NICE, la modul în care funcţionează acesta. Iluziile finale sunt furnizate de IAPT – care

distorsionează modul în care este aplicată TCC, astfel încât realitatea să pară că se potrivește cu iluzia.

Este cu adevărat remarcabil faptul că atât de mulți dintre stâlpii societății (*the great and the good*) – guverne și decidenți politici – au fost suficient de creduli încât să înghită în întregime fabulația TCC; iar apoi, îmbătați de amețitoarele sale promisiuni hiper-raționaliste, au hrănit iluzia cognitivistă și, procedând astfel, au alimentat coruperea științei.

---

f@dalal.org.uk

www.dalal.org.uk

## Note asupra traducerii

[1] titlul original al cărţii: ”CBT: The Cognitive Behavioural Tsunami: Managerialism, Politics and the Corruptions of Science”

[2] în original: ”The Depression Report: A New Deal for Anxiety and Depression Disorders” - am păstrat ”New Deal” şi nu ”Noul Curs”, cum a mai fost tradus în română, căci este o fomulă mult mai cunoscută a programului de reforme din timpul lui F.D. Roosevelt

[3] în original: ”NPM”-New Public Management (n.t.)

[4] în original: ”The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits”

[5] ”self-help book” a fost tradus în limba română, de cele mai multe ori, prin ”carte de dezvoltare personală”. Pentru această din urmă sintagmă, am considerat că mai degrabă ar fi potrivite expresiile englezeşti “personal development book” sau ”self-improvement book”. De aceea, am preferat traducerea ”carte de autoajutorare”.

[6] în original: ”Patient Health Questionnaire-9” (PHQ-9)

[7] în original: ”thin [...] gruel” – ”gruel” înseamnă ”fiertură [de cereale (de ovăz)]; terci (de ovăz); zeamă (de crupe)”, dar şi ”ceva lipsit de substanţă sau de semnificaţie”; ”thin” în rom. este ”apos; diluat; subţiat”, dar şi ”slab; neconvingător; superficial”, etc. Am considerat că ”zeamă lungă” şi ”thin gruel” sunt un fel de sinonime idiomatice.

[8] FDA-Food and Drug Administration, se referă la Administraţia Alimentelor şi Medicamentelor din Statele Unite, una dintre cele mai influente autorităţi de reglementare la nivel global

[9] NICE – apare în articol explicat prin două denumiri, căci institutul respectiv şi-a schimbat numele în timp, dar s-a păstrat mereu acronimul NICE

[10] pentru ”naturalistic studies” am preferat sintagma ”studii de efectivitate în condiţii <<naturale>>”, urmând terminologia folosită de R. Vrasti în *Manual de terapie suportivă*

[11] în original ”Here endeth the delusion” – autorul parafrazează formula liturgică anglicană arhaică ”Here endeth the lesson” – ”Aici se sfârşeşte cuvântul de

învăţătură”, rostită tradiţional de preot după ce citea un pasaj din Scriptură în cadrul slujbei

* pentru cuvântul ”helplessness” am ales echivalentul din lb. română ”neajutorare”, aşa cum a fost el tradus în literatura de specialitate (v. D. David, S. Chelcea, R. Vrasti)

** am tradus ”mental illness” prin ”boală mintală” şi ”mental disorder” prin ”tulburare mintală”, pentru a păstra întocmai formularea originală a autorului

*** expresia ”evidence-based” (terapie, tratament, ştiinţă) se traduce de obicei în română prin ”validat/ă ştiinţific”. Am preferat totuşi traducerea literală ”bazat/ă pe dovezi” – termen atestat şi el în literatura română de specialitate (ex. R. Vrasti) – pentru a păstra legătura cu termenul ”evidence” (dovadă), folosit de autor şi în alte părţi ale textului.

Termenii redaţi şi în engleză – în paranteză, cu italice – marchează expresii-cheie sau jocuri de cuvinte din textul original al lui Farhad Dalal, fie termeni pentru care traducerea preferată nu este una literală, caz în care păstrarea originalului evidenţiază alegerea exactă a autorului.

Acronimul TCC este folosit deseori în această traducere, direct, fără prepoziţii sau articole de legătură, pentru fluiditate, urmând structura originalului, din limba engleză.

Italicele şi majusculele folosite în text reproduc marcajele stilistice ale autorului din original.

Traducere text: psihoterapeut *Mihaela Balion*