

“The question persists and indeed grows whether the computer will make it easier or harder for human beings to know who they really are, to identify their real problems, to respond more fully to beauty, to place adequate value on life, and to make their world safer than it now is”.

Norman Cousins – *The Poet and the Computer*, 1966

DE LA TEORIA MINTII EXTINSE LA TERAPIA PE INTERNET

Dr. Radu Vrasti, MD, PhD¹

Teoria minte-creier si psihiatria de ieri si de azi

Intr-un editorial al revistei American Journal of Psychiatry din 2001, Nancy Andreasen (2001)² incearca sa ne aminteasca de ce ne-am facut psihiatri sau cat de mult ne-am departat de ceea ce trebuia sa fim: « *tamaduitori ai mintii si sufletului* ». In continuare ea spunea: « *Eu cred ca cei mai multi dintre noi ne-am facut psihiatrii pentru ca am fost interesati de ceea ce ii fac pe oameni sa fie bolnavi...pentru ca am vrut sa intelegem mintea si spiritul omului, precum si creierul lui...pentru ca am fost interesati de oameni si pentru ca am vrut sa lucram cu ei ca oameni individuali...pentru ca fiecare persoana pe care o intalnim reprezinta o noua aventura, o noua descoperire, o noua poveste de viata, o noua persoana...desi exista ceva comun de-a lungul intalnirii cu oamenii, fiecare pacient e unic...si aceasta face psihiatria provocatoare, bogata intelectual, complexa si chiar placuta...* » Se pune intrebarea: oare de ce a fost nevoie de aceste cuvinte ale lui Nancy Andearsen?

Exista astazi din ce in ce mai multi profesioniști care considera ca psihiatria se afla in criza. Aceasta s-ar datora in principal demedicalizarii serviciilor de sanatate mentala in favoarea unei abordari sociologizante, marginalizarea psihiatrilor din aceste servicii, continua dezbatere asupra naturii bolilor psihice, ineficienta antidepresivelor si neurolepticelor in tratarea bolilor psihice si indepartarea psihiatrilor de sufletul bolnavilor, prin excesiva standardizare a practicii clinice; psihiatrii au renuntat la terminologia traditionala a profesiei medicale in favoarea unui

¹ www.vrasti.org

² Andreasen, N (2001): Diversity in Psychiatry: Or, Why Did We Become Psychiatrists? (Editorial), American Journal of Psychiatry, 158: 673-675.

limbaj al consumatorismului. Mai mult, sunt voci care fac o paralela între felul cum au disparut “apotecarii” în secolul XIX în Anglia și situația actuală a psihiatriei (Oyebode și Humphreys, 2011)¹.

Dar în fond ce dorește pacientul din serviciile de sănătate mentală? Importanța identificării a ceea ce pacienții doresc de la îngrijitorii sănătății mentale a fost de mult subliniată și legată de deznodământul afecțiunii (Lazare și colab. 1972)², iar studii recente au arătat că aceștia își doresc să fie ascultați, respectați, informați, să participe la luarea deciziilor de îngrijire, să aibă un plan de îngrijire clar și de lungă durată, să existe o bună coordonare între servicii și familia să fie implicată în planul de îngrijire (Noble și Douglas, 2004)³.

Ca să înțelegem mai bine toate acestea, e bine să ne reamintim ce s-a petrecut cu practica medicală în ultimele cinci decenii. Cea mai importantă schimbare s-a petrecut prin adoptarea modelului consumatorist, care a devenit modelul de referință a practicii medicale (Reagan, 1999)⁴. În acest model medicii au mai mult rolul de tehnicieni, iar profesionalismul lor se măsoară în eficiență și productivitate. Pacientul a fost înlocuit de “clientul” serviciilor de sănătate, iar îngrijirea sănătății a devenit o “marfă” livrată de lucrătorii din domeniul sănătății. Îngrijirea sănătății a devenit o “valoare de piață”, ea are același statut ca și orice altă “marfă”, este obiectul politicilor de asigurare și obiectul organizațiilor de consumatori sau de furnizori; astăzi se spune că îngrijirea sănătății se valorizează pe piață sau s-a “marketizat”⁵ (Doty, 2008)⁶. Această transformare a fost pregătită de marsul impetuos al medicinei spre obiectivizare, standardizare și codificare la care medicii au achiesat cu multă plăcere pentru că le conferea din ce în ce mai multă putere. Conform metaforei folosite de Foucault (1986)⁷, această putere se exercită prin supraveghere și guvernabilitate, iar medicina s-a pliat foarte bine pe această structură a puterii, supravegherea exercitându-se prin controlul față de bolnav și acțiunile lui, iar guvernabilitatea prin discursul encriptat al cunoașterii medicale; în ambele ipostaze statul este

¹ Oyebode F, Humphreys M (2011): The future of psychiatry (Editorial), *The British Journal of Psychiatry*, 199: 439–440.

² Lazare A, Cohen F, Jacobson AM, et al. (1972): The walk-in patient as a ‘customer’: a key dimension in evaluation and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42: 872–883.

³ Noble LM, Douglas BC (2004): What users and relatives want from mental health services *Current Opinion in Psychiatry*, 17:289–296.

⁴ Reagan MD (1999): *The Accidental System: Health Care Policy in America*. Boulder, CO: Westview.

⁵ de la cuvântul englezesc “*commodification*” posibil de tradus ca “mercantilizare”, “valorizare”, “marketizare”, “valoare de piață”; “*commodity*” = produs, articol, bun ce poate fi identificat ca atare, pretuit și vândut;

⁶ Doty TP (2008): *Health care as a commodity*,

(<http://www.ucalgary.ca/familymedicine/system/files/Resident+Research+Review+Report.pdf>)

⁷ Foucault M. (1986): *History of Sexuality, Volume 3: Care of the Self*, New York: Vintage.

garantul. Foucault spunea ca discursul medical si structura institutiilor medicale reproduc structura puterii si autoritarismul acesteia (Foucault, 1978)¹.

Poate fi compatibila exercitarea oricarei forme de “putere si autoritate” cu ingrijirea unei fiinte umane, cu ingrijirea sanatatii? Mayeroff (1971)², in eseuul lui despre ingrijire, sublinia conflictul care exista intre putere si ingrijire: “*A ingriji o alta persoana, in sensul cel mai strict, inseamna sa o ajuti sa creasca si sa se actualizeze prin ea insasi...ingrijirea este antiteza utilizarii unei persoane pentru satisfacerea propriilor dorinte*”; ingrijirea are un inteles emotional care exprima interes, dedicatie si mai ales devotament. Pentru Tronto (1993)³, ingrijirea este un proces care sustine viata, ea intruchipeaza calitatea morala a vietii si prezinta patru trasaturi etice esentiale: consideratia, responsabilitatea, competenta si raspunderea.

Mai sunt capabili doctorii de astazi sa ingrijeasca o persoana bolnava? Raspunzand la aceasta intrebare, Kleinman si van der Geest (2009)⁴ arata ca ingrijirea sanatatii prezinta doua laturi: ingrijirea tehnica si cea emotionala, si ca rolul medicului s-a restrans treptat la ingrijirea tehnica, medicul tratand doar boala, dar ignorand suferinta. Mai mult, exista sentimentul crescand ca doctorii nu mai sunt interesati deloc de ingrijirea pacientului si prin faptul ca operationalizarea practicii medicale face imposibila identificarea pacientului ca subiect al ingrijirii. Este capabila medicina, in aceasta epoca a globalizarii economice si politice, a birocratismului si tehnologizarii excesive, a consumatorismului hiperindividualistic si a culturii audit-ului, sa se intoarca la “medicina ca arta”? “*Pentru ca medicul sa fie din nou un ingrijitor autentic si genuin al sanatatii, el ar trebuie sa inceapa cu actul etic de recunoastere a situatiei suferindului, cu afirmarea eforturilor lui de a raspunde suferintei si nechezului si prin demonstrarea unei solidaritati morale si emotionale cu acesta*” (Kleinman si van der Geest, 2009).

Poate ca mai mult ca in oricare alta specialitate medicala, in psihiatrie medicii sunt supusi presiunii pe care o exercita dilema tehnicizare vs subiectivizare a relatiei terapeutice cu pacientul. Dupa Menzel (1992)⁵ si Green si Bloch (2001)⁶ circumstantele actuale ale exercitarii

¹ Foucault M (1978): Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception, New York: Vintage.

² Mayeroff M (1971): On caring. New York: Perennial Library, Harper & Row.

³ Tronto JC (1993): Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. London: Routledge.

⁴ Kleinman A, van der Geest S (2009): ‘Care’ in health care: Remaking the moral world of medicine, *Medische Antropologie*, 21 (1): 159-168.

⁵ Menzel PT (1992): Some ethical costs of rationing, *Law Medicine and Health Care*, 20(1-2): 57-66.

⁶ Green SA, Bloch S (2001): Working in a flawed mental health care system: An ethical challenge, *American Journal of Psychiatry*, 158: 1378-1383.

profesiunii de psihiatru nu permit ca acesta sa actioneze cu respectarea valorilor, a autonomiei si a pozitiei pacientului in lume. Este nevoie de a recladi un nou cadru in care sa se desfasoare relatia psihiatru-pacient, “*un cadru al increderii si fidelitatii, maximizand autonomia pacientului si incurajand profesionistii sa utilizeze actiuni virtuose*” (Green si Block, 2001)¹. La toate acestea trebuie sa se adauge dreptul pacientului de i se ingriji sanatatea, drept ce inseamna nu numai sa nu i se faca vreun rau dar si cel de a i se aduce un plus de sanatate (Ram-Tiktin, 2012)².

Intr-un alt editorial foarte incitant, un adevarat manifest, de data aceasta in *British Journal of Psychiatry*, un grup de 31 psihiatrii din diferite institutii din Anglia isi pun intrebarea: *Ce inseamna sa fi un bun psihiatru? Ce abilitati particulare trebuie sa ai ca sa practici « medicina mintii »?* Ei ajung la concluzia ca a fi un bun psihiatru inseamna sa te implici in domeniile non-tehnice ale profesiei, aduca in relatii, intelesuri si valori (Bracken si colab. 2012)³. Dupa parerea lor, de multe decenii psihiatria a fost ghidata de o paradigma tehnologica, existand chiar o chemare de a adopta o pozitie si mai tehnologizanta, si de credinta ca psihiatria trebuie sa aibe o identitate biomedicala, iar psihiatrii trebuie sa manipuleze progresele din neurobiologie, genetica, neurofarmacologie si neuroradiologie. Sloganul actual este: Psihiatria este doar o neurostiinta!

Acest tip de dezbatere a insotit mereu psihiatria in timpurile moderne pentru ca niciodata nu s-a putut raspunde clar daca medicina “mintii” este din punct de vedere epistemologic egala medicinii somatice. Daca se considera ca psihiatria este o medicina a creierului atunci aceasta este altceva. Iata de ce, cel putin dintr-un punct de vedere psihiatria este condamnata sa ramana carteziana. Acei psihiatri englezi isi incheie manifestul lor afirmand: “*Psihiatria nu este neurologie, nu este nici medicina creierului. Desi problemele de sanatate mentala au fara nici un dubiu o dimensiune biologica, natura lor depaseste creierul si implica dimensiuni sociale, culturale si spirituale. Acestea nu pot fi capturate de epistemologia biomedicinei*”.

Ceea ce mi se pare miraculos in momentul acesta este ca Nancy Andreasen il citeaza pe Amariah Brigham, care a fost primul editor la *American Journal of Psychiatry*, si care scria in

¹ Green SA, Bloch S (2001): Working in a flawed mental health care system: An ethical challenge, *American Journal of Psychiatry*, 158: 1378-1383.

² Ram-Tiktin E (2012): The right to health care as a right to basic human functional capabilities, *Ethic Theory and Moral Practice*, 15:337-351.

³ Bracken P, Thomas Ph, Timimi S, Asen E, Behr G et al (2012): Psychiatry beyond the current paradigm, *British Journal of Psychiatry*, 201: 430-434.

editorialul din octombrie 1844: *“Creierul este instrumentul pe care mintea il foloseste si prin care se manifesta in sine si, la fel ca si alte parti ale corpului, este luat ca responsabil atunci cand apar boli care fac ca mintea sa nu mai lucreze armonios sau perfect...ca si cum un instrument delicat si complicat, de exemplu un ceas, sufera o usoara alterare a masinarii, dar aceasta nu-l impiedica in activitate”* (citad de Andearsen, 2001)¹. In continuare Dr. Brigham scria despre valoarea “tratamentului moral” dovedindu-se un precursor al psihoterapiei. Prof. Andreasen spune ca multi dintre noi se simt doar psihofarmacologi care recomanda medicamente pentru a trata creierul uitand de mintea pacientului si de nevoile ei si continua: *“unica noastra contributie este abilitatea noastra de a evalua functiile si disfunctiile mentale ale oamenilor care cauta tratament pentru o varietate de simptome si plangeri, in contextul trecutului, prezentului interpersonal, social, economic si familial. Fiecare din noi, in orice fel poate, trebuie sa lupte impotriva ideilor perverse care denigreaza sau diminueaza aceasta unica contributie, idei precum ca istoria pacientului poate fi obtinuta printr-un checklist computerizat sau ca inregistrarea naratiunii pacientului este o pierdere de timp, sau ca practica psihiatriei ar trebuie sa se limiteze doar la prescrierea medicamentelor; toate aceste injunctii sunt pericole care ameninta sa dezumanizeze sau sa distruga esenta practicii psihiatrice... de tamaduitori ai mintii”* (Andreasen, 2001).

Daca acceptam ceea ce spunea Nancy Andreasen, ca principala misiune a psihiatrului este a fie tamaduitorul mintii pacientului, atunci se poate intreba ce este mintea si cum si unde o putem intalni? Este mintea si creierul acelasi lucru sau sunt doua entitati separate? Care ar putea fi legatura dintre acestea? Cum se rasfrang toate aceste intrebari asupra doctrinei si practicii psihiatrice din zilele noastre?

Ce este mintea este una din putinele intrebari care au insotit constant istoria omenirii. Este interesanta constatarea ca in definirea mintii oamenii de stiinta au avut mai multe probleme decat oamenii obisnuiti. Aceasta se datoreaza faptului ca o definire cat de cat adevarata a mintii este o problema de epistemologie, ceea ce se traduce prin dificultatile de a transforma o relatare subiectiva la persoana intai intr-o relatare obiectiva la persoana a treia. Pentru omul obisnuit, a avea minte sau a gandi este o facultate inerenta activitatii creierului si el nu-si face nici o problema despre unde este localizata si cum functioneaza.

¹ Andreasen, N (2001): Diversity in Psychiatry: Or, Why Did We Become Psychiatrists? (Editorial), American Journal of Psychiatry, 158:673-675.

Pentru majoritatea oamenilor de stiinta viziunea dominanta este cea “monist-materialista” in care mintea si creierul sunt acelasi lucru, dar sunt descrise in termeni diferiti; creierul este locatia fizica a mintii si mintea emana din activitatea creierului, iar stiintele neurobiologice nu continesc in probarea acestei teorii. Mintea rezulta din activitatea a bilioane de neuroni si a retelei lor de contact si din interactiunea acestora cu corpul si cu mediul exterior. Aceasta retea neuronală a capatat in mod evolutionistic proprietati auto-reflexive si auto-narative, mintea nefiind un lucru, ci un proces distribuit in creier, iar aceasta o face greu, daca nu chiar imposibil de localizat.

Discutia despre ce este mintea este mult mai dificila pentru filozofi, psihologi, antropologi si chiar psihiatri. Ei continua sa dezbata problema minte-creier fara sa se intreveda o rezolvare transanta, cu atat mai mult cu cat neurostiinta, speranta monistilor si materialistilor, nu a reusit sa aduca argumente transante si astfel problema mintii ramane in continuare obscura, controversata si imposibil de definit conform abilitatilor noastre lingvistice.

Fodor (2000)¹ si Pinker (1997)² sustin teoria computationala a mintii, prin care activitatea mentala este data de procesarea informatiei. Gandirea, emotiile, sentimentele, motivatia, etc. sunt un fel de mecanism de feedback prin care se cauta sa se reduca diferenta dintre starea curenta, generata de semnalul de input, si starea dorita, de echilibru, de la output, de catre un “procesor”, bazat pe legi logice, statistice si probabilistice, datorita carora o reprezentare genereaza aparitia alteia si, daca prima este luata ca adevarata, atunci si cea de a doua este adevarata, iar aceasta relatie a facut sa se discute fals despre materie si minte ca despre doua lucruri separate, cand de fapte ele nu reprezinta decat felul cum lucreaza sistemul computational.

David Chalmers (1995)³ defineste ca “*problema tare*” a teoriei mintii si constiintei faptul ca nu se poate explica (i) de ce mintea inregistreaza orice stare fizica; (ii) de ce ceva din ambianta fizica devine ‘ceva’ pentru minte; (iii) de ce ‘*ori-si-ce exista*’ este intr-o oarecare masura constientizat; (iv) de ce ceea ce nu este ‘ceva’ pentru minte nu contine argumente ca exista cu adevarat sau cu alte cuvinte, (v) cum “*ceva*” se transforma in experienta subiectiva, in introspectie, cunoastere si naratiune la persoana intaia? Dupa Chalmers (1995), incapacitatea

¹ Fodor JA (2000): The Mind Doesn't Work That Way: The Scope and Limits of Computational Psychology. Cambridge, MA: MIT Press.

² Pinker S (1997): How the Mind Works. New York: Norton.

³ Chalmers DJ (1995): Facing up to the problem of consciousness, Journal of Consciousness Studies 2: 200-219.

noastra de a raspunde la aceste intrebari pune in discutie insasi problema limitelor cunoasterii in cazul mintii, respectiv problema daca mintea se poate “*cunoaste sau descrie pe ea insasi*”. Legat de aceasta este si problema “*qualia*”, adica a naturii experientei subiective, felul cu se construiesc senzatiile si sentimentele care acompaniaza sentimentul ca individul exista sau este vigiil (“*awarness*”). Cu alte cuvinte, cum se poate explica *qualia* doar pe baza interactiunii dintre neuroni, cum procesele neurofiziologice care stau la baza retelei neuronale pot sa creeze aceasta “*fabrica de sentimente*” care este mintea omeneasca. Chalmers (1995)¹ spunea: “*Ce se intampla cu adevarat cand tu vezi soarele rosu al inserarii sau auzi sunetul de neuitat al oboiului, agonia unei dureri intense, iradierea fericirii sau calitatea meditativa a unui moment ratacit in minte...aceste fenomene adesea numite qualia, sunt cele care arata misterul adanc al mintii*”.

Cat de mult intervine subiectul in ceea ce ar trebuie sa fie obiectiv, este discutat de Dennett (1991)² in ce el numeste « *mitul teatrului Cartezian* ». El foloseste o metafora pentru a sublinia dualitatea interpretarii perceptiei. In perceptie este nevoie nu numai de ceva de perceptut, de subiectul care percepe si in care se declanseaza mecanismul prin care ceva ce e de percept a fost perceptut, dar mai este nevoie de ceva, care face ca subiectul sa devina constient ca a perceptut, lucru care nu poate fi realizat numai daca exista un mic « *homunculus* » care monitorizeaza experienta si o transforma in subiectivitate. Aici este mintea, ceva care intervine pe un lant obiectiv si transforma o perceptie in subiectiv, in experienta la persoana intai.

Astfel, putem spune ca exista mai multe pozitii doctrinare a celor care s-au implicat in problema minte-creier, precum *idealism* (cei care au sustinut ca materia este doar o constructie a mintii si ca realitatea nu are o independenta ontologica), *materialism* (cei care considera ca mintea este doar o expresie a functionarii creierului sau un epifenomen al acesteia), *dualism* (cei care duc mai departe conceptia carteziana a existentei separate a mintii si creierului, ca doua materii separate), *monism-materialism* (nu exista problema minte-creier, tot ce exista sunt doar elementele fizice care stau la baza prelucrarii informatiei, creierul fiind de fapt un mare procesor al realitatii), *inteactionism sau radical dualism* (fenomene mentale pot fi expresia fenomenelor cerebrale, asa cum si fenomenele cerebrale pot fi expresia unor fenomene mentale, creierul si

¹ Chalmers DJ (1995): Facing up to the problem of consciousness, Journal of Consciousness Studies 2: 200-219.

² Dennett DC (1991): Consciousness Explained, New York, Little, Brown & Co.

mintea influentandu-se reciproc) sau *functionalism* (mintea este o expresie a capacitatii computationale a creierului) (Beloff, 1994)¹.

In tot acest “vacarm” al dezbaterii problemei “minte-creier”, unde se plaseaza psihiatrii? Dupa parerea mea, psihiatrii sunt condamnatii sa fie interactionisti, desi ar fi vrut atat de mult sa fie monisti-materialisti, aceasta din cauza ca nu au cum sa evadeze din faptul ca profesia lor se bazeaza pe translarea naratiunii la persoana intaia in naratiune la persoana a treia, sau, cum ar spune Barrett (2009)², cauta sa echivaleze categorii subiectiv ontologice in categorii obiectiv ontologice. Ei ar fi vrut sa apartina medicinei fizice si domeniul lor sa raspunda aceleasi epistemologii ca medicina somatica; disperarea cu care psihiatrii au cautat cauze organice bolilor psihice, simptome fara echivoc, metode curative farmacologice si fizice, intaresc aceasta afirmatie.

In acest moment e bine sa recitim un fragment dintr-o fascinanta discutie imaginara dintre un profesor de psihiatrie si trei dintre rezidentii lui, poveste inventata de Kendler (2001)³:

Profesorul: *Aceasta a fost o frumoasa prezentare, Doug. Poti sa ne explici cum ai inteles tu cauzele depresiei doamnei pe care ai prezentat-o?*

Doug: *Eu cred ca atat teoriile psihanalitice cat si cele cognitive pot fi aplicate cu success in acest caz. Doamna prezinta o mânie nerezolvata fata de tatal sau si o stare de competitivitate cu acesta si toate acestea au condus...*

Mary : *Haide Doug! Ce spui tu este asa de demodat, psihiatria este astazi o neurostiinta aplicata. Nu ar trebuie sa vorbim despre relatia parinte-copil sau de schema cognitiva, ci despre disfuncția serotoninergică din sistemul limbic.*

Profesorul: *Mary, sunt bucuros ca ai ridicat aceasta problema. Hai sa mergem mai departe cu aceasta discutie. Atat teoria lui Doug si cat si punctul tau de vedere pot fi corecte? Ar putea ca mânia nerezolvata impotriva tatalui si schema cognitiva de autocritica sa fie expresia disfuncției din sistemul serotoninergic?*

Doug: *Nu sunt sigur. Dorinta mea a fost intotdeauna sa inteleg ce simte pacientul, sa inteleg problemele din perspectiva pacientului. Oamenii nu simt disfuncția receptorilor de serotoninina, ei*

¹ Beloff J (1994): The Mind-Brain Problem, Journal of Scientific Exploration, 8(4): 509-522.

² Barrett LF (2009): The future of psychology: connecting mind to brain, Perspectives of Psychology Science, 4(4): 326-339.

³ Kendler KS (2001): A Psychiatric Dialogue on the Mind-Body Problem, American Journal of Psychiatry, 158: 989-1000.

au doar conflicte, dorinte si temeri. Cum ar putea ca molecule si receptori sa genereze dorinte si conflicte?

Mary: *Stai o clipa, Doug! Esti serios cand spui ca aspectele functionarii mentale nu sunt datorate proceselor cerebrale? Cum am putea altfel sa avem aceste ganduri, dorinte sau conflicte? Toate acestea sunt rezultatul interactiunii la sinapsa in diferite parti ale creierului.*

Profesorul: *Te rog sa mergi mai departe, Mary. Spune mai precis ce gandesti tu despre relatia dintre minte si creier?*

Mary: *Nu m-am mai gandit de mult la aceasta! Dar totdeauna am crezut ca mintea si creierul nu sunt decat cuvinte care definesc acelasi lucru, unul definind experienta din interior, mintea, si altul definind experienta din exterior, creierul.*

Profesorul: *Mary, nu esti foarte precisa in utilizarea limbajului. Un pic mai inainte ai spus ca mintea este rezultatul creierului, adica a relatiilor de la sinapsa, care cauzeaza ganduri si sentimente, iar acum spui ca mintea si creierul sunt acelasi lucru. De fapt, care este adevarul?*

Mary: *Nu sunt sigura. Puteti sa ma ajutati sa inteleg aceasta distinctie?*

Profesorul : *Sa incerc. Poate ca cel mai usor este sa dau un exemplu a ceea ce filozofii numesc relatiile de identitate. Simplu, identitatea inseamna asemanare. Cea mai candida si triviala forma de identitate este cand exista mai multe nume pentru aceiasi identitate. De exemplu, cand o persoana are un nume si un pseudonim. Important pentru problema minte-creier este modul in care oamenii de stiinta au folosit identitatile teoretice pentru a explica cum functioneaza anumite lucruri. Identitatile teoretice au conceptele populare si le ofera o explicatie stiintifica. Astfel de exemple ar fi descoperirea ca temperatura este de fapt o energie cinetica moleculara, apa este H₂O si fulgerul o descarcare electrica dintre nori si pamant.*

Mary: *Cred ca am inteles. Nu ar avea sens sa spui ca miscarea moleculelor cauzeaza temperatura sau ca descarcarile electrice genereaza fulgerele. Mai simplu este sa spui "temperatura" energiei moleculare si "fulgere" descarcarilor electrice ale norilor.*

Profesorul: *Exact! Acum sa mergem inapoi la problema. Mintea si creierul au o relatie cauzala sau o relatie de identitate? Lamurindu-ne deja ce sunt realtiile de identitate, hai sa exploram acum modelul cauzal. Daca imi amintesc bine, Mary, ai spus ca functia anormala a sistemului serotoninergic poate cauza simptome de depresie? In alti termeni, atunci, creierul cauzeaza mintea? Este aceasta singura directie?*

Mary: *Vreti sa spuneti ca si mintea poate influenta creierul?*

Profesorul: *Exact.*

Mary: *Doug, realizezi cat de nestiintific suna aceasta? Cum crezi ca va fi acceptata psihiatria de restul medicinei daca tu vorbesti despre bolile psihiatrice ca fiind date de un lucru nematerial numit minte sau spirit?*

Doug: *Poate ca aceasta este exact ceea ce psihatrii ar trebuie sa faca, sa fie un bastion al umanismului impotriva atacului covarsitor al reductionismului biologic. Stiinta este minunata si un instrument puternic, dar nu da raspunsuri la ori si ce. Poate stiinta sa-mi spuna mie ce sa simt cand ascult muzica de Mozart sau poeme de Wordsworth?*

Dar ce s-a intamplat de fapt? Descoperirea fenomenului de neuroplasticitate, neurogeneza si a factorilor de dezvoltare neuronală, care evidentiaza capacitatea creierului de a fi influentat de “minte” (Begley, 2007)¹; tot mai mult studii controlate, care arata ca medicamentele antidepresive (Andrews, 2001²; Fournier si colab. 2010³; Moncrieff, 2008⁴) si electrosocul nu sunt semnificativ mai bune decat un placebo (Rasmussen, 2009⁵; Read si Bentall, 2010⁶); tendinta de a inlocui termenul de psihiatrie cu cel de ingrijire a sanatatii mentale, demedicalizarea continutului programelor de ingrijire a sanatatii mentale; asaltul asociatiilor de protectia a “consumatorilor serviciilor de sanatate mentala” asupra puterii psihiatrilor si clamarea autonomiei pacientului; campaniile anti-stigma si multe altele, au condus la oarecare deruta in randul psihiatriei si nu este de mirare ca situatia de astazi este asemanatoare cu cea a apotecarilor, care la inceputul secolului al XX au disparut din cauza ca alte specialitati au “muscat” din domeniul de competenta a lor pana cand nu le-a mai ramas nimic (Oyebode si Humphreys, 2011)⁷. Colacul de salvare care se spera ca vine de la descoperirile neurobiologice a intarziat sa apara si, in mod ironic, neurobiologia a contribuit mai mult la intarirea domeniului psihologiei decat al psihiatriei (Barrett, 2009)⁸. Din Figura Nr. 1, reprodusa dupa Reynolds III si

¹ Begley S (2007): *Train Your Mind, Change Your Brain: How a New Science Reveals Our Extraordinary Potential to Transform Ourselves*. Ballantine Books.

² Andrews G (2001): Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy, *British Journal of Psychiatry*, 178: 192–194.

³ Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, et al. (2010) : Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis, *JAMA*, 303: 47–53.

⁴ Moncrieff J. *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan, 2008.

⁵ Rasmussen K (2009): Sham electroconvulsive therapy studies in depressive illness: a review of the literature and consideration of the placebo phenomenon in electroconvulsive therapy practice. *Journal on ECT*, 25: 54–59.

⁶ Read J, Bentall R (2010): The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2010; 19: 333–47.

⁷ Oyebode F, Humphreys M (2011): The future of psychiatry (Editorial), *The British Journal of Psychiatry*, 199: 439–440.

⁸ Barrett LF (2009): The future of psychology: connecting mind to brain, *Perspectives of Psychology Science*, 4(4): 326–339.

colab. (2009)¹, se poate vedea cum un grup de reputati profesori de psihiatrie din SUA schiteaza trecutul, prezentul si viitorul psihiatriei si cum viitorul psihiatriei se leaga tocmai de intersectia acesteia cu alte domenii medico-biologice si ca, singura, psihiatria nu prezinta nici o tendinta pentru viitor. Kendler (2005)² vede o iesire din impasul psihiatriei actuale prin renuntarea la batalia paradigmatica “*prestinitifica*” a unui reductionism rigid in favoarea unui “*reductionism variabil, parcelar*”, care sa permita adoptarea unui model explicativ pluralistic al bolilor mentale care sa integreze, bucata cu bucata, descoperirile secventiale ale stiintelor neurobiologice actuale.

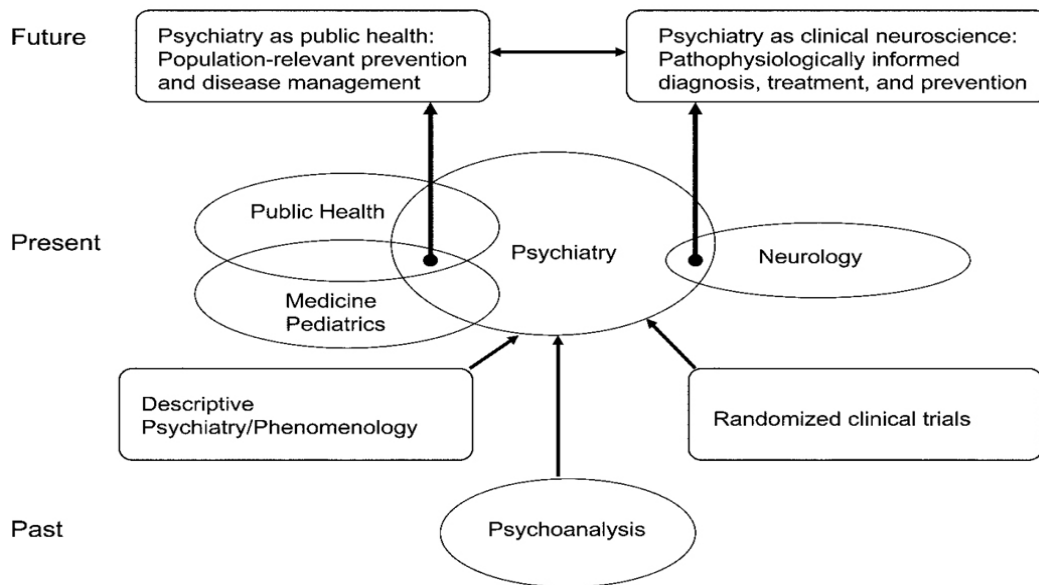


Fig. Nr. 1: Viitorul psihiatriei (Reynolds III si colab. 2009)³

La toate acestea s-ar mai adauga si o aplecare mai mare a psihiatrilor spre abordari non-farmacologice in tratamentul bolilor psihiatrice, asa cum reiese din recenta dezbateri din “*Psychiatric Times*” (Knoll, 2011)⁴ si de pe blogul <http://www.psychcentral.com/blog/> (Pies,

¹ Reynolds III CF, Lewis DA, Detre Th, Schatzberg AF, Kupfer DJ (2009): The Future of psychiatry as clinical neuroscience, *Academy of Medicine*, 84(4):446-450.

² Kendler KS (2005): Toward a philosophical structure for psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 162: 433-440.

³ Reynolds III CF, Lewis DA, Detre Th, Schatzberg AF, Kupfer DJ (2009): The Future of psychiatry as clinical neuroscience, *Academy of Medicine*, 84(4):446-450.

⁴ Knoll JL (2012): Psychiatry: Awaken and return to the path, *Psychiatric Times*, March 21, <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1826785>

2011)¹ ca raspuns la articolul lui Harris (2011)² din “*New York Times*”: “*Vorbitul nu este platit asa ca psihiatrii se intorc spre medicamente*” sau din raspunsul lui Manring (2010)³ din “*Psychiatric Times*” la articolul lui Carlat (2010)⁴ din “*New York Times Magazine*”: “*Mintea deasupra medicamentelor*”.

Din toate aceste polemici se desprinde clar ca psihiatrii au renuntat treptat la a mai face psihoterapie din mai multe cauze: (i) clamarea psihiatriei ca stiinta neurobiologica, stergerea dichotomiei organic versus psihogenic si maximizarea etiologiei organice a bolilor psihice; (ii) presiunea seductiva a industriei de medicamente; (iii) rambursarea inegala a procedeelelor non-farmacologice de catre societatile de asigurare medicala (de ex. in SUA: 150\$ pe 15 minute consultatie si prescriptie medicala versus 90\$ pe 45 minute psihoterapie, conform Harris, 2011)⁵; (iv) incapacitatea de a demonstra ca psihiatrii fac mai bine psihoterapie decat psihologii sau asistentii sociali; (v) formare insuficienta de psihoterapie in curricula de rezidentiat in psihiatrie.

Mojtabai si Olfson (2008)⁶ au aratat, pe baza evidentei nationale a procedurilor psihiatrilor din SUA, ca numarul psihiatrilor care furnizeaza psihoterapie a scazut de la 19,1% in 1996-1997, la 10,8% in 2004-2005, iar numarul vizitelor medicale pentru psihoterapie au scazut de la 44,4% in 1996-1997 la 28,9% in 2004-2005 paralel cu crestere numarului prescriptiilor medicale.

Dar de ce ar fi necesar ca psihiatrul sa se implice in psihoterapie la nivelul practicii curente? In lumina celor ce au fost aratate in eseul de fata, necesara ar fi repositionarea psihiatrului ca terapeut al “mintii”, recladirea relatiei medic-pacient pe baza recunoasterii suferintei pacientului si prin reconsiderarea autonomiei acestuia, ce ar conduce la o balanta echilibrata intre terapie si ingrijire, la facilitarea insight-ului, cresterea si dezvoltarea subiectului, a motivatiei si activismului acestuia, la generarea unei schimbari sanogenetice si nu in ultimul rand practica psihiatriei ar deveni astfel congruenta cu teoria interactionista a problemei minte-creier.

¹ Pies R (2011): Has Psychiatry really abandoned psychotherapy? Behind the New York Times story, <http://psychcentral.com/blog/archives/2011/04/03/has-psychiatry-really-abandoned-psychotherapy-the-story-behind-the-new-york-times-story/>

² Harris G (2011): “Talk Doesn’t Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy”, New York Times, March 6.

³ Manring J (2010): No, Psychiatry has not lost its “Mind”: Here, Psychotherapy training thrives, *Psychiatric Times*, 27/6.

⁴ Carlat D (2010): Mind over Meds, *New York Times Magazine*, April 19.

⁵ Harris G (2011): “Talk Doesn’t Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy”, New York Times, March 6.

⁶ Mojtabai R, Olfson M (2008): National trends in psychotherapy by Office-Based Psychiatrists. *Archive of General Psychiatry*, 65(8): 962-970.

Dar problema nu se limiteaza numai la cresterea rolului psihiatrului in relatia cu pacientul, ci si la beneficiile pe care psihoterapia le aduce acestuia din urma.

Teoria mintii extinse si reseaua web

Se pune intrebarea: Unde este localizata mintea? Unde se sfarseste mintea si unde incepe lumea? Daca se accepta ca mintea este rezultatul unor fenomene fizico-chimice localizate in creier si ca ea depinde de evenimente din afara ei, atunci apare rational sa existe doua pozitii teoretice: una care a plasat mintea in interiorul creierului (“*internalism*”) si alta care externalizeaza mintea (“*externalism*”). Externalismul a scos mintea din “*mitul izolarii*” in care a fost plasata decenii de-a randul de cei care au postulat identitatea absoluta dintre creier si minte. Koster (2009)¹ spunea ca creierul este prea ingust pentru minte, pentru ca altfel am nega proprietatea fundamentala a omului, de a fi in simbioza cu lumea externa si in special cu cultura. “*A nega ca omul este un ‘simbiotic’ este ca si cum ai nega ca pestele traieste in apa...cultura simbiotica, impartasita de oameni, penetreaza creierul in asa fel incat il face sa nu mai fie cazul sa mentina mintea in limitele craniului*” (Koster, 2009). Aceasta este doar una din ratiunile pentru care externalistii considera ca mintea este si in afara limitelor pe care craniul le confera creierului.

Problema a inceput cu multi ani inainte cand s-au studiat bazele cognitive ale utilizarii uneltelor si cand s-a demonstrat ca atunci cand omul tine o unealta in mana el de fapt prelungeste cognitia pana la acea unealta, drept pentru care o poate folosi in modalitati neconventionale, adica in feluri pentru care nu a fost conceputa (de ex. eu pot sa folosesc o surubelnita ca sa strang un surub, dar si ca sa deschid o conserva, sa desfac doua lucruri strans unite, sa scot un cui, etc.). In multe privinte se poate spune ca evolutia uneltelor si a capacitatii omului de a le folosi prezinta un paralelism, exista o co-evolutie intre tehnica si tehnologie si mintea si corpul omului, “*forma uneltelor si functia lor este o proiectie a structurii si functiei organismului uman*” (Mitcham, 1994)². Omul poseda o abilitate unica de inventare si folosire de unelte ca o expresie a prelungirii cognitiei lui inspre un univers exterior mai larg si tehnica IT de astazi este cel mai bin exemplu.

¹ Koster J (2009): Meaning and the extended mind, Ms, University of Groningen.

² Mitcham, C. (1994). Thinking through technology. Chicago: University of Chicago Press.

De ce omul posedă o serie de caracteristici care îl fac să aibă o abilitate tehnologică excepțională: (i) înaltă coordonare și analiză vizuală ce conduce la descoperire și exploatare, (ii) plasticitate mare a schemei corporale care-l face să-și utilizeze corpul în mod creativ, (iii) o gândire care conduce atât la deducții cauzale legate de covariația cauza-efect cât și la identificarea analogiilor cauzale, (iv) capacitate executivă înaltă de a ierarhiza, anticipa, monitoriza, suprima, sugera, imita, emula, reproduce și învăța. Folosirea uneltelor a jucat un rol în dezvoltarea limbajului, pe de-o parte, iar folosirea limbajului a condus la învățare socială, cooperare cu alții, acumularea de experiență și împărtășirea ei, folosirea de simboluri și inovații tehnologice, pe de altă parte (Vaesen, 2012)¹.

Acest gen de constatări au dus la formularea « *ipotezei cognitiei extinse* » (Rupert, 2004)². Teoria comună afirmă că sistemele cognitive se găsesc numai în creier, pe când această ipoteză spune că sistemele cognitive sunt atât în creier cât și în corp și ambianță. Rupert spunea că « *de fapt mintea nu se extinde dincolo de craniu, ci se intrupează în lucrurile care se întâmplă în afara craniului...noi am descoperit o multitudine de interacțiuni creier-corp-ambianță și va fi totdeauna posibil să se trage o linie în jurul craniului și să se spună : ceea ce este în interiorul acestei linii constituie minte și tot ce este în afara este doar cuplat cu mintea* ». Ipoteza cognitiei extinse a creat o emulație deosebită și există astăzi infocați partizani și adversari ai ei.

Această discuție se pune în alți termeni, dacă se iau în considerare teoriile computaționale ale minții care încearcă să echivaleze epistemologic computerele cu mintea omenească. În ambele situații este vorba de existența blocului de procesare a informației și de structura datelor de la input, și se poate spune că pentru a exista minte, ambele condiții sunt absolut necesare. Dacă locația procesorului este certă, nu același lucru se poate spune despre structurile de date și astfel de ajunge din nou la problema a ceea ce este în creier și ce este în afara lui. După Koster (2009)³ datele de la input sunt *supra-individuale* și pot fi împărtășite și de alții, fie că sunt înăuntru sau în afara creierului, fie că sunt stocate în memoria internă, fie că sunt din ambianța externă; mintea este doar o relație funcțională între procesorul individual și datele structurale supra-individuale, într-un context funcționalist, « *capacitatea de procesare este a creierului, dar aceasta nu este minte, este doar o condiție pentru a fi minte...mintea este o simbioză crucială cu*

¹ Vaesen K (2012): The cognitive bases of human tool use, Behavioral and Brain Sciences, 35:203-262.

² Rupert R (2004): Challenges to the hypothesis of extended cognition, The Journal of Philosophy, 101: 389-428.

³ Koster J (2009): Meaning and the extended mind, Ms, University of Groningen.

structurile informationale exterioare...mentalul exista numai ca o proprietate a contributiilor combinate ale interpretarilor individuale si structurile de date, primele reprezentand individul prin definitie si celelalte fiind ceva a caror distinctie intre individual si non-individual nu este bine definita” (Koster, 2009).

Clark si Chalmers (1998)¹ introduc o nota de externalism activ in considerarea acestei relatii dintre inaintur si in afara a ceea ce este mental, spunand ca organismul uman este legat de exterior printr-o relatie cu dublu sens si ambele componente joaca un rol cauzal activ. Ei se declara adeptii ipotezei cognitiei extinse si spun ca limbajul este mijlocul prin care procesele cognitive sunt extinse inspre lume, pentru ca apoi sa mearga mai departe pentru a postula “*ipoteza mintii extinse*”. Acesti autori furnizeaza analogia cu doua personaje, Inga si Otto, ambele dorind sa mearga la Muzeul de Arta Moderna de la New York, numai ca Inga isi aminteste de locatia muzeului, iar Otto trebuie sa-si consulte notebookul pentru a afla unde este plasat muzeul. Ambii sunt increzatori in informatia extrasa, pentru ca ambii cred in felul cum aceasta a fost stocata, Inga in memoria sa interna, Otto in memoria unui aparat portabil exterior mintii lui. Otto are un inceput de boala Alzheimer si notebookul este o constanta a vietii lui, Inga se bazeaza pe memoria ei pe termen lung care nu a inselat-o niciodata. In linia aceluiasi rationament se poate spune “*Eu stiu ce ora e*” (pentru ca am ceas) sau “*stiu ca am o intalnire*” (pentru ca mi-am pus-o agenda mea electronica). Se poate vedea cum informatia este distribuita intre memoria interna, cerebrala si memoria externa, fizica, iar lumea este constituita din “*colectii sau librarii*” de astfel de informatii care sunt cultural-dependente si conventionale.

Cognitia se poate realiza in creier doar in masura in care agentul este inainturul ei si ea se poate extinde in afara in masura in care depinde de ce este extern, in masura in care agentul/informatia fizica joaca un rol cauzal, adica *se intrupeaza* (*‘embodiment’*) in ceea ce este perceptat sau analizat (Adams, 2010)². La fel, mintea se extinde in exterior in masura in care credintele, deciziile, atitudinile sunt dependente atat in formarea lor, in modificarea lor, cat si in modul lor operational, de aportul exterior. Clark si Chalmers (2008)³ spuneau: “*Daca atunci cand suntem confruntati cu o sarcina, o parte din lume functioneaza ca un proces care ar fi facut in cap, noi nu trebuie sa avem nici o ezitare in a recunoaste ca daca suntem parte a procesului cognitiv, atunci si o parte din lume este parte a procesului cognitiv*”.

¹ Clark A, Chalmers D (1998): The extended mind, *Analysis*, 58(1): 7-19.

² Adams F (2010): Embodied cognition, *Phenomenology and Cognition*, 9(4): 619-628.

³ Clark A, Chalmers D (1998): The extended mind, *Analysis*, 58(1): 7-19.

Un alt lucru in sustinerea ipotezei extinse a mintii a fost demonstratia ca mintea este capabila de a recunoaste, analiza si prelucra pe baza datelor derivate, care sunt totdeauna externe, conventionale, respectiv inscristuri, simboluri, desene, imagini, sunete, spre deosebire de teoriile internaliste care sustin ca mintea lucreaza numai cu date intrinseci, nederivate, care nu trebuie translate prin conventii sau practici sociale (Adams si Aizawa, 2001)¹.

Conform ipotezei mintii extinse, resursele extraneuronale si extra-corporale ar putea, cel putin ocazional, sa fie considerate ca jucand roluri importante in ceea ce priveste realizarea materiala a proceselor cognitive umane. Aceste resurse externe pot fi parte a depozitului pe termen lung de cunoastere si credinte asociate omului, furnizand astfel resurse care sa serveasca la ghidarea deciziilor si actiunilor in maniera similara cazului cand informatia este extrasa din memoria proprie a individului. In furnizarea informatiei, instrumentele electronice portabile servesc acelasi rol cauzal in coordonarea actiunii ca si informatia stocata natural in creier. Conform teoriei mintii extinse, aceste dispozitive electronice portabil, nu sunt simple unelte care ajuta efortul nostru cognitiv, ele sunt si parte a fabricii care realizeaza fizic starile si procesele mentale. Daca asa sta cazul, potentialul transformativ al noilor tehnologii este profund; prin dezvoltarea acestora, ele pot fi usor cooptate in bucla de procesare a sistemului cognitiv si sa furnizeze oportunitati de extensie cognitiva ce sa transfigureze notiunile traditionale de competenta cognitiva si epistemica (Smart si colab. 2009)². Se poate spune chiar mai mult, astazi cognitia nu numai ca este extinsa, dar este si “*distribuita*” intre om si masina in masura in care aceste instrumente proceseaza informatia in acelasi mod traditional ca si mintea umana, adica computational (Hollan si colab. 2000)³.

Cel mai puternic argument in favoarea teoriei mintii extinse sunt aparatele electronice computationale precum computerele, telefoanele inteligente, jocurile electronice si alte aparate electronice capabile de prelucrarea informatiei. Interrelatia omului cu aceste instrumente l-a facut pe Clark (2003)⁴ sa spuna ca omul este facut sa fie un « *Cyborg* », adica un hibrid dintre o fiinta vie si un aparat electronic. Astazi imaginea acestor cyborgi este foarte comuna, indivizi cu laptopurile in brate in aeroporturi, cafenele sau alte locuri publice, oameni care si-au inlocuit

¹ Adams F, Aizawa K (2001): The Bounds of Cognition, *Philosophical Psychology* 14(1): 43-64.

² Smart P, Engelbrecht P, Braines D et al (2009): Cognitive extension and the Web, www.journal.webscience.org/122/2/webosci09_submission_21.pdf

³ Hollan, J., Hutchins, E., & Kirsh, D. (2000) Distributed cognition: toward a new foundation for human-computer interaction research. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 7(2), 174-196.

⁴ Clark A (2003): *Natural-Born Cyborgs: Minds, Technologies, and the Future of Human Intelligence*, New York: Oxford University Press.

toate obiectele personale cu un smartphone de care nu se mai dezlipesc nici in intimitate si cu care comunica necontenit cu altii, indivizii cu pacemaker, cu pompe de insulina sau cu alte dispozitive implantate sub piele, automobile care sunt conectate la harti electronice si cu care soferul comunica verbal, avioane fara pilot care sunt conduse de la distanta cu un joystick, copii monitorizati de parinti sau infractori eliberati conditionat dar monitorizati de politisti, brate bionice pentru amputati, etc. toate acestea amintindu-ne de un roman extraordinar, « *Limbo* », scris de un absolvent de la Yale, Bernard Wolfe (1952)¹, pentru un timp secretarul lui Trotzki cand acesta a locuit in Mexic. El plasa actiunea acestui roman in anul 1990 si descria aventurile lui Dr. Martine, personajul principal, neurochirurg, aflat in plin razboi rece si inconjurat de oameni a caror calitati mentale si fizice au fost preluate de supracomputere si care spunea: « *pielea umana este doar o granita artificiala : lumea haladuieste inauintrul ei si selful in afara ei, drum constant cu doua benzi* ». Dar asta nu e totul, traim intr-o baie informationala virtuala, suntem inconjurati de astfel de mesaje pentru ca peste tot exista o acoperire “wireless”, adica ne putem conecta si intra pe web. Iata si cea mai tare justificare ca mintea este extinsa transcranial! Web-ul este o retea la care sunt conectati in timp real milioane de utilizatori care extrag informatie, furnizeaza informatie sau impartasesc aceeasi informatie. Web-ul este o minte mai mare, este echivalent epistemologic al mintii umane, este izomorf cu mintea umana, aceste doua “minti” au inceput sa se reproduca una pe alta si sa se conditioneze reciproc intr-o tendinta de a se intrupa (“*embodiment*”) una in alta (Heersmink, 2011)². Fiecare minte este un “nod” in aceasta retea si un element activ inclus (“*embedded*”)³ in aceasta minte atotcuprinzatoare, web-ul.

Se poate spune ca in inima teoriei mintii extinse sta teza precum ca noi suntem creaturi care pot sa se cupleze cu entitati non-biologice din ambianta noastra si ca nu exista o demarcatie principiala temporala sau spatiala intre ce este mental si non-mental, intre ceea ce este inauintru si inafara, instrumentele electronice computationale cuplandu-se cel mai bine cu mintea omeneasca. Nu exista argument mai bun pentru aceasta teza decat imaginea atat de familiara astazi a omului in fata computerului sau a omului nedespartit de smartfonul sau pe care-l tine pretutindeni in mana.

¹ Wolfe B (1952): *Limbo*, New York: Random House.

² Heersmink R (2011): *Embodied Tools, Cognitive Tools and Brain-Computer Interfaces*, Neuroetics, Sept, pp. 1-11.

³ Termen consacrat din teoria “*embodied embedded cognition*” (Clark A: *Supersized the Mind: Embodiment, Action, and Cognitive Extension*, New York: Oxford University Press, 2008).

Interactiunea om - computer sau de ce se cauta pe Web un terapeut

Suntem in plina era a internetului, timpul scurs zilnic de un om pe internet creste exponential, atat in cadrul relatiilor profesionale, publice, cat si in cele private. Spunem ca suntem mai conectati si totusi mai departe ca niciodata! *“Noi suntem singura specie care suntem parteneri cu tehnologia pe care am creat-o si nu ne simtim cu nici una mai aproape decat cu computerul”* (Glasman, 2012)¹. Poate pentru ca seamana asa de mult cu mintea! Cu toate acestea computerul nu este nimic mai mult decat o unealta, cea mai perfectionata, pe care a creat-o mintea umana, dar numi o unealta. Omul ii da unelei o forma si utilitate care este conforma cu felul in care se gandeste la ea, iar dupa ce a inventat-o, ea il face sa gandeasca lumea in alta lumina. Aceasta relatie cu dublu sens este cel mai bine exemplificata de relatia om-computer; desi a inventat computerul pentru eficientizarea muncii intelectuale, mintea omul s-a augmentat prin extinderea activitatii cerebrale in universul informational, prin intermediul web-ului. Internetul este o unealta care are un impact extraordinar asupra felului in care omul proceseaza astazi informatiile si a modului in care se angajeaza in relatiile sociale. Internetul si aplicatiile lui ne fac sa conceptualizam gandirea umana in directii noi, in moduri neasteptate, legate de felul in care tehnologia computerizata prelungeste cognitia umana. Aici este vorba de co-evolutia dintre tehnica, ca mod de construire a computerului, si tehnologie, ca mod in care utilizarea computerului genereaza modificari ale tehnicii si cum aceasta interactiune influenteaza dezvoltarea cognitiei umane (Glasman si Kang, 2012)².

Adoptarea internetului in viata de zi cu zi a generat practici calitative noi care, la randul lor, au sugerat metafore si concepte noi si astfel, dintr-un instrument, internetul a devenit o teorie generala care spune ca internetul nu este altceva decat o prelungire a capacitatii computationale a mintii. In explicarea rolului cognitiei extinse in dezvoltarea continua a web-ului prin co-creativitatea colectiva a utilizatorilor lui, Smart (2010)³ aduce in discutie metafora paianjenului care isi tese plasa si se intreaba ce calitati trebuie sa posede acesta pentru a sti ce a facut pana intr-un punct si ce mai are de facut mai departe, respectiv capacitati de a planifica, de a memora, de a lua decizii si de rezolvare a problemelor. Raspunsul la aceasta intrebare nu sta in detaliile

¹ Glassman M (2012): An era of webs: Technique, technology and the new cognitive (r)evolution, *New Ideas in Psychology*, 30: 308–318.

² Glassman, M., & Kang, M. (2012). Intelligence in the internet age: the evolution of open source intelligence (OSINT). Online Dec.11/2011. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563211002585>

³ Smart P (2010): Extended memory, the extended mind, and the nature of technology-mediated memory enhancement, in *The 1st ITA Workshop on Network-Enable Cognition: The Contribution of Social and Technological Network to Human Cognition*, Maryland, MA. (www.eprints.soton.ac.uk/267742/)

sistemului sau nervos, paianjenul avand doar cativa neuroni, ci in capacitatea acestuia de a interactiona cu ambianta extra-neuronala. Smart spunea ca *“morală acestei povesti este ca e usor sa gresim si sa credem ca actiunea inteligenta este totdeauna produsul mecanismelor neuronale, ca sursa comportamentului inteligent este totdeauna in “capul” agentului. Am putea spune ca, cel putin uneori, comportamentul inteligent este realizat prin procesarea buclei informationale care se extinde dincolo de domeniul neuronal si care incorporeaza in mod productiv o varietate de resurse extra-neuronale. Unele forme de comportament inteligent sunt ambiental-extinse in ceea ce priveste mecanismul lor de realizare”*.

Poate fi considerat web-ul ca participant la realizarea materiala a cel puțin unor aspecte ale starilor si proceselor noastre mentale? Raspunsul este dat de masura in care web-ul indeplineste cele patru calitati ca un instrument computational sa intre in bucla de procesare cognitiva extinsa (Clark si Chalmers, 1998)¹: criteriile de disponibilitate, incredere, accesibilitate si endorsare constienta a informatiei. Smart si colab. (2009)² fac o analiza a felului cum functioneaza internetul si de cum este folosit de catre utilizatori si conchid ca web-ul implineste aceste criterii si poate fi considerat ca parte activa a fenomenului extinderii fizice a proceselor mentale. Mai mult, Simpson (2012)³ incearca sa discearna daca motorul de cautare Google are o valoare epistemica. Impresionanta cantitate de informatie stocata pe Google este realizata prin contributia unui numar infinit de utilizatori si fiecare din acestia poate deveni autor, toti contribuind la *co-evolutia* acestuia prin *co-participarea* si *co-creativitatea* lor, iar Google prezinta o valoare epistemica fara precedent. La acesta valoare contribuie si faptul ca tot ce se stocheaza este impartasit si astfel exista si *co-marturisire* a testimoniilor on-line. Autoritatea, evaluarea si obiectivitatea testimoniilor sunt determinate de fiecare utilizator in parte in acelasi mod in care sunt constituite in relatiile interumane nemijlocite.

Pe baza considerentelor de mai sus, se poate pune intrebarea daca internetul poate raspunde nevoilor indivizilor cu probleme de sanatate si in ce mod. Este bine stiut astazi ca unul din cele mai frecvente subiecte cautate pe internet este sanatatea mentala si problemele conexe (Fox, 2006)⁴. O ancheta facuta de www.iCrossing.org (2008)¹ a aratat ca oamenii acceseaza mai

¹ Clark A, Chalmers D (1998): The extended mind, *Analysis*, 58(1): 7-19.

² Smart P, Engelbrecht P, Braines D et al (2009): Cognitive extension and the Web, www.journal.webscience.org/122/2/websci09_submission_21.pdf

³ Simpson TW (2012): Evaluating Google as an epistemic tool, *Mataphilosophy*, 43(4): 426-445.

⁴Fox S (2006): Online health search 2006, Washington: Pew internet & American Life Project, http://www.pewinternet.org/*/media/Files/Reports/2006/PIP_Online_Health.pdf

des internetul pentru informatii in domeniul sanatatii lor decat o fac intreband un medic sau un prieten. Un studiu facut in Finlanda pe un esantion national a aratat ca indivizii cu tulburari mentale sunt cei mai frecventi utilizatori ai Internetului ca sursa de informare, in comparatie cu cei fara tulburari mentale (Pohjanoksa-Mantyla si colab. 2011)². De ce aceasta categorie de pacienti este asa de inclinata sa acceseze internetul in loc sa vada un psihiatru in carne-si-oase? Unul din raspunsuri ar putea fi faptul ca utilizatorii pot obtine informatii la ori si ce ora, pentru ca informatia este instantanee, rapida si confidentiala (Strecher, 2007)³ sau pentru ca pot gasi modalitati online pentru psihoterapie, asa cum constata Marks si colab. (2007)⁴ dupa trecerea in revista a 175 studii care au luat in considerare 97 de website-uri care furnizeaza psihoterapie pe internet. La toate acestea ar trebuie sa se mai adauge ceea ce afirmam la inceputul acestui eseu, pacientii cu tulburari psihice sunt foarte sensibil la problemele de confidentialitate, stigma, pierderea autonomiei in relatia cu medicul psihiatru, care de cele mai multe ori exercita o forma de autoritate inacceptabila pentru acest gen de pacienti, precum si abilitatea din ce mai scazuta a psihiatrilor de a vorbi cu pacientii in afara consultatiei de “*med check*”.

Dupa Strecher (2007), se pot distinge patru modalitati in care un subiect interactioneaza cu computerul cautand un ajutor pentru problemele lui mentale: (1) navigatie pe internet; (2) utilizare de filtre pentru o cautare avansata; (3) gasirea unui expert virtual si (4) contact cu o alta fiinta umana. Pe internet exista o oferta formidabila si in miscare pentru fiecare din aceste modalitati de relationare cu un “cautator de resurse de terapie online”. Mai mult, exista tendinta de a aloca resurse specifice si chiar personalizate pe mijloacele electronice supraportabile precum telefoanele inteligente si placile wireless, proiectate astfel incat sa fie din ce in ce mai portabile, flexibile si personalizabile.

Despre terapia pe si prin internet:

Internetul prezinta calitati noi care pot fi exploatate cu succes in diseminarea si livrarea informatiilor si mesajelor terapeutice. Inainte de aparitia lui, cartile, magazinele, ziarele, in

¹ iCrossing (2008): How America Searches: Health and Wellness, <http://www.icrossing.com/research/how-america-searches-health-and-wellness.php>

² Pohjanoksa-Mantyla M, Bell JS, Helakorpi S et al (2011): Is the Internet replacing health professionals? A population survey on sources of medicines information among people with mental disorders, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46: 373–379.

³ Strecher V (2007): Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth), *Annual Review of Clinical Psychology* 3: 53–76.

⁴ Marks IM, Cavanagh K, Gega L (2007): *Hands-on Help: Computer-aided Psychotherapy*. Psychology Press.

general cuvântul scris era static, comunicarea era unidirecțională, iar acum internetul permite o răspândire interactivă și împărtășită a acestei informații. *“Internetul aduce schimbări nu numai în felul cum oamenii distribuie textele lor, dar și în felul cum aceste texte rămân dinamice și în viață. Textul online poate nu numai să fie accesat de oricine, oricând, dar există și potențialul pentru ca acest text să fie salvat de cei care-l vad.”* (Nagel și Palumbo, 2010)¹.

Terapia online pentru probleme psihice/emotionale este din ce în ce mai gustată de utilizatori. Ea cuprinde o varietate mare de forme de terapie care se livrează via internet. Acest mod de terapie are avantaje deosebit de gustate de posibili pacienți ai sistemului psihiatric: de-teritorializează situația terapeutului, sporește autonomia pacientului în relația lui cu terapeutul, crește anonimitatea subiectului, nu îl stigmatizează în spațiul public, îl face parte activă a relației terapeutice, maximizează accesibilitatea, minimizează factorii comuni, personalizează factorii specifici, deznodământul terapiei este ajustabil, livrarea terapiei este la îndemână motivației subiectului, utilizatorul se eliberează de sub autoritatea terapeutului și alte ingrediente apreciate de utilizator.

Există o multitudine de adrese pe internet pe care un utilizator poate să le acceseze în toate cele patru ipostaze ale căutării care au fost menționate mai sus. Aceste adrese de terapie și consiliere pentru probleme mentale există în mai toate limbile naționale. Alături de acestea există organizații internaționale care caută să ordoneze, regularizeze și reglementeze oferta și practicile acestor site-uri, precum *International Society for Mental Health Online (ISMHO)* sau *International Society for Research on Internet Intervention (ISRII)* sau *Online Therapy Institute (OTI)*, cât și reviste științifice care oferă un forum de dezbateră și prezentare a informațiilor profesionale precum *CyberPsychology and Behavior*, *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine* sau *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, lăsând la o parte că astfel de teme sunt constant publicate și în toate celelalte reviste științifice.. Kate Anthony și colaboratorii au publicat recent o listă quasi-exhaustivă a problematicii terapiilor on-line din care o să citez în cele ce urmează (Anthony, Nagel, Goss, 2010)². Acești autori inventariază următoarele modalități de terapie care se folosesc în mod curent pe internet : (i) terapia prin e-mail; (ii) terapia folosind conversația pe net (« chat ») și diferite alte modalități de mesagerie în timp-real; (iii) terapia folosind mijloace video online : (iv) terapia folosind telefoanele mobile; (v) terapia

¹ Nagel DM, Palumbo G (2010): The role of blogging in mental health, in Anthony K, Nagel DM, Goss S (2010): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² Anthony K, Nagel DM, Goss S (2010): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

folosind rețeaua de socializare online (de ex. facebook sau twitter); (vi) terapia folosind website-uri sau bloguri; (vii) terapia prin telefon fix; (viii) terapia de « self-help » online; (ix) terapia folosind « realitatea virtuală », (x) terapia prin podcast-uri. Toate aceste modalități împartășesc aceleași probleme, dar le rezolvă fiecare într-un mod mai mult sau mai puțin diferit.

1. Aplicații terapeutice pe internet (platforma Web 2.0)

Folosirea tehnologiilor electronice computaționale este larg folosită în terapiile psihologice. Acestea se întind de la practica de a oferi utilizatorilor informație și îndrumare, până la auto-evaluare și procedee terapeutice ca atare și acestea se pot livra prin toate aplicațiile Web.2.0

Una din cele mai simple și populare metode de livrare a mesajelor terapeutice este e-mailul. În practica terapeutică, comunicarea prin email poate să se întindă de la emailuri sporadice, incidentale, ca în cazul diferitelor recomandări sau reînțăriri motivationale sau a contactelor de follow-up, până la cea regulată, atunci când se urmărește livrarea unei terapii mai structurate.

Terapia livrată prin mesageria instant, respectiv a conversației în timp real, în scris sau verbal, precum în cazul platformelor Skype, Window Live Messenger, Yahoo Messenger, etc. are avantajul dialogului direct, fluent și flexibil cu clientul care conferă un grad ridicat de veridicitate. Din cauza că acest mediu nu utilizează recunoașterea facială a protagoniștilor, problema care se ridică aici este stabilirea de fiecare dată a identității reciproce, a clientului și a terapeutului, astfel încât confidențialitatea conținutului mesajelor să fie asigurată la fiecare contact/sesiune terapeutică. În mod practic, această problemă este rezolvată prin aplicarea diferitelor forme de recunoaștere: nume, coduri, simboluri, parole, etc. Aceste convenții se stabilesc de la începutul terapiei și se recomandă a fi schimbate de câteva ori dealungul relației terapeutice, pentru a avea mai mult siguranță. Oricum, cei doi protagoniști trebuie în mod continuu să poată răspunde la întrebări precum: “*cum pot să recunosc că este vorba de terapeutul meu?*” sau “*cum pot să-mi dau seama că este vorba de clientul meu?*”

Pe măsura ce SMS (*Short Message Service*) a intrat în viața cotidiană a oamenilor, în aceeași proporție această comunicare a devenit și mod de comunicare în relația unui subiect cu probleme de sănătate mentală cu terapeutul său. În mod obișnuit, aceste mesaje se livrează între două telefoane celulare, dar există posibilitatea de a trimite mesaje SMS și de pe alte platforme, precum Skype sau Live Messenger de pe PC. Inconveniența acestei comunicări este cantitatea

limitata de semne dintr-un mesaj, 160 caractere, ceea ce inseamna ca textul trebuie sa fie scurt si, din aceasta cauza, multi utilizatori folosesc diferite prescurtari sau sabloane de comunicare. Cu toate acestea, SMS a devenit cel mai folosit serviciu mobil de pe planeta, avand peste 2 miliarde de utilizatori si acoperind 75% din cei ce detin un telefon celular (Turrettini, 2009)¹. Iata de ce nu este nici o surpriza ca SMS a devenit un instrument prin care se livreaza servicii si suport pacientilor aflati in diferite terapii. Comunicarea prin SMS este convenabila pentru zonele cu deficit in structura asistentei pentru persoanele cu probleme de sanatate mentala sau in situatii de criza sau de pericol de suicid. In astfel de zone, se pot instala servicii specializate care sa raspunda la mesajele SMS ale indivizilor cu astfel de nevoi si cu care se pot stabili un contract si o relatie terapeutica pe intrega durata a existentei problemelor care au necesitat acest fel de contact (Goss si Ferns, 2010)².

Un loc pe care indivizii cu probleme de sanatate mentala se simt atrasi sa-l acceseze si sa-l utilizeze extensiv este asa-zisul “forum”. Forumul este o platforma online prin care utilizatori care impartasesc aceeasi problema sau nevoie se constituie intr-un grup deschis si comunica intre ei. Avantajul acestei platforme mult gustata astazi de utilizatori este anonimitatea, invizibilitatea, textualitatea, asincronizarea si deschiderea pentru noi participanti (Barak si Boniel-Nissim, 2010)³. Datorita dezvoltarilor tehnologice care a condus la diferite platforme bazate pe web care sunt foarte dinamice si accesibile, astazi putem gasi pe net sute de mii de astfel de forumuri active pe diferite teme, multe din ele pe teme de sanatate mentala. Se poate spune ca forum-ul poate fi asimilat cu un grup de suport in care participantii au aceiasi problema, acelasi necaz si ei se intalnesc online pentru a-si impartasi experienta proprie, pentru a raspunde la intrebari puse de diferiti participanti si astfel sa se sprijine reciproc. Ei sunt anonimi, folosesc porecle sau pseudonime si gradul de participare si implicare a fiecaruia este o optiune individuala. Oricum, global, fiecare va reusi sa gaseasca in mare informatiile si suportul de care are nevoie, lucru ce face ca forumul sa fie foarte atractiv si folositor.

Forumul nu este terapie, in el nu se gasesc profesionisti, el este doar un grup de suport (“peer-group support”) si diferenta fata de terapie este ca acest grup este bazat pe ajutorul mutual intre participanti, nu presupune a interventie profesionala, nu este supervizat de un

¹ Turrettini E (2009): SMS, A little history, www.textually.org/textually/archives/

² Gross S, Ferns J (2010): Using cell/mobile phone SMS to enhance client crisis and peer support, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

³ Barak A, Boniel-Nissim M (2010): Using forums to enhance client peer support, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

“terapist profesional”, aderenta lui la standarde profesionale sau obligatii legale sau etice este facultativa si grupul este deschis oricarui participant fara sa existe o chetionare preliminara (Barak si Boniel-Nissim, 2010). Caracteristic acestor forumuri este natura lor intertextualista si incurajarea participantilor spre impartasire si introspectie dechisa. Beneficiile principale ale grupurilor de suport online sunt reafirmarea personala, imbunatatirea strategiilor de coping, cresterea stimei de sine, cresterea auto-controlului emotional, diminuarea anxietatii, imbunatatirea cunoasterii in domeniu, dezvoltarea capacitatii de relationare interpersonală, sentimentul de a ajuta pe altii aflati in nevoie si nu in ultimul rand existenta unui anume amuzament. (Suler, 2004¹; Tanis, 2007²; Barak si colab. 2008³).

Cele mai accesate adrese pe internet pentru probleme de sanatate in general si pentru cele de sanatate mentala in special sunt web-site-urile si blogurile.

Website-ul este o colectie de informatie centrata pe un anume subiect, sub proprietatea unui persoane sau organizatii, avand capacitate de comunicare si de networking. El poate contine o singura pagina sau sectiune denumita “*home*” sau mai multe pagini aranjate in anumita ordine, care deschid fiecare o alta sectiune, in functie de subiectul si complexitatea construirii acestui web, dar pagina “*home*” ramane constanta pentru ca ea identifica proprietarul, adresa, prezinta tema, scopul, link-urile cu alte adrese, uneori fotografii, clipuri video sau reclame. Webul poate contine si un “*blog*” pentru ca utilizatorii sa poata sa comunice sau sa posteze continuturi in secventa temporala fata de tema si pozitia autorului lui si un “*wiki*” adica o facilitate prin care se poate adauga, modifica sau sterge continutul deja postat pe un web-site si astfel se permite utilizatorilor sa controleze o parte din el, asa cum se intampla in cazul Wikipedia.

Exista o multitudine de website-uri orientate pe problema sanatatii mentale, unele expresia unor organizatii non-profit cu acoperire internationala (de ex. www.psychcentral.com, www.mentalhealth.com, www.mentalhelp.net, www.teenmentalhealth.org) care sunt construite intr-o limba de circulatie internationala, de obicei in limba engleza, altele sunt facute sa se aseze pe un anume teritoriu si sunt construite intr-o limba specifica (de ex. www.power2u.org al National Empowerment Center, Inc, in SUA, www.fondationdesmaladiesmentales.org in Franta),

¹ Suler JR (2004): The online disinhibition effect, *CyberPsychology and Behavior*, 7(3): 321-326.

² Tanis M (2007): Online social support group in A Joinson et al (Eds.): *The Oxford Handbook of Internet Psychology*, Oxford, UK: Oxford University Press.

³ Barak A, Boniel-Nissim M, Suler J (2008): Fostering empowerment in online support groups, *Computers in Human Behavior*, 24(5): 1867-1883.

web-uri care sunt adresate unei anume probleme de sanatate mentala (de ex. pentru tulburare depresiva si bipolara www.dbsalliance.org), web-uri pentru auto-ajutor (de ex. suport pentru cei implicati in terapie cognitiv-comportamentala www.getselfhelp.co.uk, pentru dezvoltare personala www.selfgrowth.com sau lupta contra stigmei sociale a bolilor mentale www.bringchange2mind.org), web-uri apartinand unor institutii sau organizatii profesionale (de ex. www.wfmh.org al World Federation for Mental Health, www.nimh.org al National Institute of Mental Health, SUA), website-uri care contin in ele si un blog si/sau link pe twitter pentru comunicare si socializare intre utilizatorii (de ex. www.healthyplace.com), web-uri care stocheaza o informatie enciclopedica (de ex. Encyclopedia of Mental Disorder pe www.minddisorders.com), web-uri proprietatea unor profesionisti care se adreseaza atat comunitatii psihiatrice cat si publicului larg (de ex. www.vrasti.org, proprietar Dr. Radu Vrasti sau www.demo.imageright.ro/lazarescu, proprietar Dr. Mircea Lazarescu), web-uri prin care se cauta un terapeut (de ex. www.therapistlocator.net pentru terapie meritala si de cuplu sau www.goodtherapy.org pentru probleme de consiliere in problemele de sanatate mentala, www.e-mhc.com, pentru a gasi un terapeut online) si web-uri care ofera terapie specifica (de ex. www.online-therapy.com, www.lumosity.com, www.fixmythinking.com, www.ocdla.com care ofera terapie prin telefon sau online pentru tulburari anxioase). O lista a web-urilor pentru sanatate mentala ar putea fi cuprinsa intr-o volum cu sute de pagini.

Blogul este o prescurtare a cuvintelor “*web log*” care este un jurnal cronologic al intrarilor pe pagina web. El este o forma de website creat si mentinut de un individ care in mod regulat posteaza comentarii, descrieri de evenimente sau materiale grafice sau clipuri video. Pe acelasi blog poate posta astfel de materiale si alti utilizatori. Astfel blogul permite utilizatorilor sa comenteze sau sa se completeze reciproc pe tema sau temele propuse de autorul blogului, permite o conversatie in ambele sensuri intre autor si cititori, este un fel de jurnal public al autorului la care cititorii au dreptul la comentarii. Un exemplu de astfel de blog in domeniul sanatatii mentale este www.psychcentral.com/blog. Blogul poate fi public sau privat, in acest din urma caz utilizatorii trebuie sa se log-eze prin identificare si parola. Astfel, un individ cu probleme de sanatate mentala poate usor sa-si creeze un blog, sa-i dea un nume, sa posteze frecvent naratiuni despre problemele sale si sa astepte sa fie postate comentariile altora si astfel sa se creeze un dialog intre toti cei ce participa; vor fi intrari noi si iesiri dintre cei vechi, dar blogul ramane in viata atata timp cat cineva are ceva de spus.

Facilitatile blog si wiki fac parte din instrumentele platformei Web 2.0, prin care se pot posta pe internet texte fara ca sa necesite abilitati tehnice deosebite si astfel sa se usureze si incurajeze un dialog care altfel este absent pe web-urile statice.

2. Stabilirea relatiei terapeutice

Stabilirea relatiei terapeutice intre cel care livreaza terapia si cel ce o primeste este una din cele mai controversate teme ale terapiei bazate pe internet.

Comunicarea prin email ca orice alta comunicare prin internet poate afecta transferul si contratransferul in terapie. Clientii isi supraestimeaza adesea abilitatea de a comunica crezand ca ceilalti vor intelege foarte usor ceea ce ei au scris, lucru care necesita de multe ori si clarificari si reformulari (Epley si colab. 2005)¹. Uneori comunicarea este candida, sincera si mesajele sunt adevarate si clare, alteori textele ascund exagerari, lipsa de onestitate, disimulari si comunicarea este distorsionata (Recupero si Harms, 2010)².

In cazul terapiei livrate pe “instant messenger” problema este daca folosirea dialogului scris poate conduce la stabilirea unei aliante terapeutice. Raspunsul la aceasta problema poate duce la discutia daca se poate comunica terapeutic adecvat in scris si daca mesajele scrise exprima cu adevarat experienta umana. Experienta relatiilor comune dintre oameni si cea particulara din relatiile terapeutice arata ca oamenii care nu s-au vazut niciodata dezvolta legaturi mai stranse decat cei care s-au intalnit fata-in-fata pentru ca *“relatia bazata pe cuvinte scrise elimina barierele inerente ale unei exprimari oneste ale intalnirii in persoana. Multi oameni care se simt inhibati de a impartasi aspectele vietii lor intime in situatiile fata in fata isi pierd aceste inhibatii cand pun gandurile si sentimentele lor in scris...cand clientul si terapistul nu sunt in aceeasi camera, compasiunea, grija, colaborarea, acceptarea si atitudinea necritica devin mult mai evidente pentru pacient”* (Derrig-Palumbo, 2010)³.

Comunicarea prin mesaje SMS este cel mai ades parte integranta a unei terapii care se desfasoara in alt mod. Ea este privita ca un adjuvant si este luata ca atare de la inceput. De obicei, pacientul familiarizat cu acest mod de comunicare, este receptiv si va accepta sa primeasca mesaje terapeutice si sa raporteze situatii clinice atunci cand este cazul. Acest fel de

¹ Kruger J, Epley N, Parker J, Zhi-Wen, N (2005): Egocentrism over email: Can we communicate as well as we think, *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6): 925-936.

² Recupero PR, Harms S (2010): Using email to conduct a therapeutic relationship, in K Anthony et al (Eds.): *The Use of Technology in Mental Health*, Springfield, IL: Charles Thomas.

³ Derrig-Palumbo K (2010): Using chat and instant messaging (IM) to conduct a therapeutic relationship, in K Anthony et al (Eds.): *The Use of Technology in Mental Health*, Springfield, IL: Charles Thomas.

comunicare este foarte concis si precis si pacientul il priveste ca o reintoarire motivationala sau ca un imbold de care are nevoie in anumite momente (Mertz, 2010)¹.

Website-urile pot fi accesate de oricine, fara nici o greutate pentru ca ele nu presupun o relatie privilegiata intre proprietar si utilizator. In cazul blogurilor sau wiki, relatia dintre proprietar si utilizator depinde de obtinerea unei permisiuni care se face prin identificare si password; acestea se obtin liber la prima logare. Relatia dintre proprietar si utilizator nu are nici o constrangere, dar proprietarul are libertatea de a mentine sau a sterge postarile utilizatorului.

3. Unde sunt recomandate diferitele tipuri de terapie on-line

E-mailul poate fi un vehicul pentru diferite forme de terapie. Robinson si Serfaty (2007)² raporteaza beneficii obtinute in cazul tulburarilor de alimentatie, Lenert si colab. (2004)³ in cazul terapiei pentru oprirea fumatului, iar Carlbring si colab. (2006)⁴ in cazul fobiei sociale.

Terapia pe “messenger” este foarte apreciata de tineri si este recomandabila persoanelor care traiesc in locuri izolate, in mediul rural, celor care prezinta dificultati de transport sau deplasare sau care sunt foarte ocupati si a caror timp disponibil pentru terapie este foarte mic. Acest gen de a livra psihoterapie este adecvat pentru terapia cognitiv-comportamentala, terapia narativa, terapia scurta focalizata pe solutie, terapia rational emotiv-comportamentala sau terapia familiala scurta (Derrig-Palumbo, 2010)⁵. Contrar credintei ca mesajele SMS sunt un mod simplist de a sustine un pacient cu probleme relativ neimportante, acestea s-au dovedit importante in managementul simptomelor unor tulburari mentale severe precum schizofrenia, tulburarea bipolară sau tulburari alimentare. In astfel de cazuri, comunicarea SMS este folosita pentru monitorizarea evolutiei simptomelor, livrarea unei interventii rapide atunci cand pacientul o solicita sau mentinerea nivelului optim al ingredientelor terapiei. Astfel, pacienti schizofreni au beneficiat de mesaje SMS pentru a intari comportamente pozitive (Pijnenborg si colab. 2007)⁶,

¹ Mertz TA (2010): Using cell/mobile phone SMS for therapeutic intervention, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² Robinson P, Serfaty M (2007): Getting better byte-by-byte: A pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder, *European Eating Disorder Review*, 16(2): 84-93.

³ Lenert L, Munoz RF, Perez JE, Aditya Banson BS (2004): Automated email messaging as a tool for improving quit rates in an internet smoking cessation intervention, *Journal of the American Medical Association*, 11(4): 235-240.

⁴ Carlbring P, Furmark T, Stecksco J et al (2006): An open study of internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia, *Clinical Psychologist*, 10(1): 30-38.

⁵ Derrig-Palumbo K (2010): Using chat and instant messaging (IM) to conduct a therapeutic relationship, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

⁶ Pijnenborg GH, Withaar FK, Evans JJ et al (2007): SMS text messages as a prosthetic aid in the cognitive rehabilitation of schizophrenia, *Rehabilitation Psychology*, 52(2): 236-240.

sau bipolarii la care li s-a mentinut terapia de ritm social prin mesaje motivationale sau li s-a monitorizat dispozitia prin mesaje in care trebuiau sa o coteze pe o scala numerica (Elliot, 2008)¹. Hazelwood (2008)² raporteaza despre rezultate terapeutice obtinute cu pacientii cu tulburari alimentare in care SMS-urile au fost parte integranta a terapiei. Nu trebuie uitat ca mesajele SMS sunt doar un ingredient sau un adjuvant intr-o formula terapeutica de sine statatoare si terapeutul poate imagina o multime de variante in care SMS-urile pot aduce un plus acesteia.

Alteori, SMS-urile sunt folosite cu succes pentru rezolvare unor crize situationale sau existentiale, cand subiectul are nevoie imediata de ajutor si indrumare, lucru pe care aceste mesaje le fac cu mare rapiditate si eficienta. O alta aplicatie de succes a fost introducerea SMS-urilor ca parte a programelor pentru preventia suicidului, in masura in care acestea ajuta la detectarea timpurie a ideatiei suicidare, a impulsurilor suicidare sau planurilor de suicid, cat si in raspunsul rapid fata de aceste situatii si implementarea planurilor de siguranta pentru indivizii suicidari (Goss si Ferns, 2010)³.

Website-urile, blogurile si wiki-urile sunt in principal folosite de utilizatori pentru a extrage informatii legate de problemele lor de sanatate mentala, deci rolul lor se subsumeaza conceptului larg de psiho-educatie. Psiho-educatia este unul din ingredientele cele mai importante ale psihoterapiei si consilierii, lucru care ajuta subiectul sa detecteze si sa inteleaga mai bine simptomele, sa creasca insight-ul, aderența la terapie, mobilizarea resurselor personale si dorinta de schimbare. In cazul acestor aplicatii web, psihoeducatia se realizeaza colaborativ, existand posibilitatea unui dialog si nu este nici o restrictie privitor la extragerea si copierea informatiilor postate acolo. Web-urile care furnizeaza terapie on-line sunt proiectate mai ales pentru terapiile care sunt "manualizate", standardizate, permitand un algoritm de terapie destul de strict. Astfel, clientul se poate loga pentru fiecare sedinta si urmari un parcurs care poate fi usor personalizat prin prezntarea mai multor optiuni si alegerea aceleia in care subiectul se regaseste. El este indrumat si provocat sa faca schimbarea terapeutica prin metodele specifice terapiei respective, in masura in care acestea au putut fi prezentate printr-un program interactiv "orientat pe obiect". Cele mai frecvente programe sunt cele derivate din terapia cognitiv-

¹ Elliot J (2008): Monitoring mental health by text, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7797155.htm>

² Hazelwood A (2008): Using text messaging in the treatment of eating disorders, *Nursing Times*, 104(40): 28-29.

³ Gross S, Ferns J (2010): Using cell/mobile phone SMS to enhance client crisis and peer support, in K Anthony et al (Eds.): *The Use of Technology in Mental Health*, Springfield, IL: Charles Thomas.

comportamentala, cu sau fara elemente “mindfulness”, pentru tulburari anxioase (tulburari obsesionale, fobie sociala, agorafobie, anxietate generalizata) sau ale dispozitiei (tulburare depresiva si bipolara). Frecvent se intalnesc si website-uri care prezinta terapie dialectic-comportamentala de tip Linehan dedicata tulburarii borderline de personalitate, tulburarilor de impuls si de control emotional.

Blogurile sunt mai putin orientate spre o patologie anume, ele sunt mai curand un jurnal al suferintei si o auto-terapie prin impartasire si re-imputernicire, prin imbarbatare si sugestii de la ceilalti (Grohol, 2010)¹.

4. Complianta cu forma de terapie online

In cazul terapiei prin email, exista putine studii care sa evalueze valoarea acestei forme de livrare a psihoterapiei. Majoritatea pacientilor se simt confortabil cu acest mod de relatie cu terapeutul lor. Deloitte (2008)² arata ca 75% dintre pacienti doresc ca doctorul lor sa le furnizeze servicii online, inclusiv e-mailuri si 25% din acestia ar fi chiar capabili sa plateasca mai mult pentru acest gen de servicii. Ei apreciaza comunicarea prin e-mail pentru ca elimina dificultatile comunicarii directe prin telefon. La fel, in cazul terapiei prin instant-messenger, clientii sunt atrasi de accesibilitatea marita a acestei forme de terapie, autonomia fata de terapeut si sentimentul de libertate in luarea deciziilor, flexibilitatea si fluenta cursului terapiei.

In masura in care SMS-urile au infiltrat toata viata oamenilor de astazi, este si normal ca acestea sa fie binevenite in relatia cu un terapeut. Comunicarea prin acest vehicol este simpla, comprehensiva si sugestiva si pacientul este bucuros sa o imbratiseze atunci cand terapeutul i-o propune ca parte a comunicarii largi pe care forma de terapie adoptata o presupune.

Complianta in utilizarea website-urilor este mare pentru ca utilizatorul este anonim, nu face decat sa extraga informatiile pe care le doreste, aici el este un vizitator si nu un client. Utilizatorul devine client atunci cand intra pe site-urile care furnizeaza terapie interactiva on – line si atunci el este solicitat sa se identifice, sa fie activ, onest, focusat, sa pastreze ritmul si cerintele specifice metodei respective si eventual sa plateasca. In cazul blogurilor, subiectul este implicat in alt mod, el trebuie sa se toarne in cuvinte, el trebuie sa se infatiseze in spatiul blogosferei, trebuie sa accepte dialogul si interpretarea altora; fidelitatea fata de blog tine de confortul de a fi acolo, un mod particular de existenta si identitate in lumea virtuala.

¹ Grohol JM (2010): Using websites, blogs and wikis within mental health, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² Deloitte (2008): Deloitte Survey of Health Care Consumer, Washington, DC: Deloitte Center for Health Solution.

5. Potrivirea la forma de terapie

In cazul terapiei prin email, instant-messenger sau mesaje SMS terapeutul trebuie sa ia in considerare factori demografici precum varsta, inteligenta si gradul de educatie, accesibilitatea si familiaritatea cu mijloacele electronice de comunicare si modalitatea de pastrare confidentiala a datelor.

Folosirea terapeutică a website-urilor si blogurilor tine de abilitatea utilizatorilor de a naviga pe internet, de a gasi ceea ce li se potriveste, de a extrage ceea ce este folositor, de a interactiona textual, de a avea insightul necesar pentru a se recunoaste intr-o descriere postata pe aceste platforme, de a avea motivatie de a fi activ in schimbarea dorita. De aceea, accesarea acestor facilitati este la latitudinea fiecarui utilizator si acesta poate intra sau iesi din acesta relatie dupa bunul lui plac.

6. Beneficiile terapiei

Beneficiile comunicării prin e-mail, care de fapt este un text concis, decurg din faptul ca subiectul poate descrie neingradit ceea ce doreste, in orice moment ce i se pare prielnic, poate refraza sau schimba continutul atunci cand este cazul, poate avea o documentare longitudinala a comunicării cu terapeutul si poate fi folosita in conjunctie cu alte forme de terapie. Se considera ca comunicarea prin e-mail solicita mai multa autenticitate decat cea fata in fata; subiectul are acum sansa de a se exprima clar, nu se mai simte intimidat de reactiile terapeutului, iar daca are o abilitate a scrisului nu se cenzureaza ca atunci cand este in prezenta altuia. Astfel, s-a constatat ca subiectii suicidari dezvaluie mai usor ideatie suicidara si planurile de suicid, decat atunci cand trebuie sa vorbeasca aieva cu cineva; prin e-mail comunicarea clinica se face mai adanc si mai adevarat (Recupero si Harms, 2010)¹.

Terapia livrata pe instant-messenger este apreciata de adolescenti si de persoanele foarte ocupate. Ea permite o mai mare flexibilitate a sedintelor de terapie, este “vvida si amuzanta”, clientul se simte liber in comunicare si are impresia ca terapia este la indemana lui, este autonom in relatia cu terapeutul, poate foarte usor sa ceara indrumari sau explicatii suplimentare, poate oferi feedback-uri mai frecvent si mentine motivatia pentru terapie mai mult timp. In schimb, mesajele SMS sunt apreciate atat de terapeut, pentru ca ele pot fi folosite pentru a reaminti sau

¹ Recupero PR, Harms S (2010): Using email to conduct a therapeutic relationship, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

motiva pacientul sa faca anumite actiuni, cat si de catre pacient, pentru ca se creaza sentimentul ca el este mentinut intr-o trama de grija si siguranta.

Beneficiile comunicarii prin mesaje SMS sunt legate de rapiditatea si conciziunea lor, confidenta receptarii lor, potrivirea cu “timingul” terapiei din care fac parte si impactul pe care il au asupra motivatiei subiectului. In mai multe studii s-a vazut cat de mult aceste mesaje au contribuit la reintarirea motivatiei pacientilor cu diferite probleme somatice sau psihologice si la determinare pacientilor de a da feedback-uri pozitive terapeutului (Mertz, 2010)¹.

Atunci cand utilizatorul cauta informatie sau terapie pe internet accesand diferite website-uri sau bloguri, el stie deja in anumita proportie ceea ce doreste. Aceasta asteptare este “motorul de cautare” al subiectului si astfel el se va opri la adresa care i se pare cea mai accesibila, comprehensiva si intuitiva. Pe aceasta interfata, diferite variabile precum cele apartinand subiectului, graficii web-ului sau continutului si (re) numelui site-ului sunt cele care joaca un rol important. Beneficiile acestei relatii tin de potrivirea pe care o face subiectul intre problemele lui si site-ul ales si felul cum il utilizeaza. In acest sens, unele site-uri furnizeaza o interfata grafica care ajuta ca subiectul sa-si recunoasca usor problema si apoi sa intre mai adanc in continutul site-ului, altele prezinta mai multe optiuni, de ex. informatie, educatie, instrumente de evaluare, indrumare si modalitati psihoterapeutice.

Blogurile creaza o altfel de interfata cu utilizatorul; el preia istoria blogului, citeste postarile anterioare si, in functie de subiectul blogului si dialogul anterior se introduce in aceasta retea ca participant, sau ramane doar un cititor. Beneficiul este mare si Tan (2008)² vorbeste despre “*blogging*” ca o forma de auto-terapie, pentru ca a scrie permanent intr-un blog inseamna a face un jurnal al suferintei personale, a identifica simptomele, capacitatea de coping, resursele personale si sociale si de a accepta un feedback de la altii, care uneori poate fi ca un fel de “dezinhibitie on-line”, lucru care poate fi jenant, dar de cele mai multe ori benefic (Joinson, 2007)³.

¹ Mertz TA (2010): Using cell/mobile phone SMS for therapeutic intervention, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² Tan L (2008): Psychotherapy 2.0: MySpace blogging as a self-therapy, American Journal of Psychotherapy, 62(2): 143-163.

³ Joinson AN (2007): Desinhibition and the internet, in J Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal and Transpersonal Implications, San Diego, CA: Academic Press.

7. Considerente etice ale terapiilor on-line

Consideentele etice ale practicarii psihoterapiei/consilierii prin e-mail sau prin instant-messenger sunt in mare aceleasi ca pentru oricare alt demers terapeutic fata-in-fata, precum confidentialitatea, comunicare adecvata, autonomia subiectului, participare la luarea deciziilor, alinirea la standardele etice sau profesionale cele mai inalte. Asa cum spunea Grohol (2010)¹: *“internetul este cea mai mare resursa de informatie, dar este la fel si cea mai mare resursa de dezinformare din lume”*. Potentialul utilizator trebuie sa ia in considerare ca in mod teoretic orice website, blog sau wiki pot contine erori sau omisiuni care sa aibe intr-un fel sau altul influenta asupra lui. Desigur ca considerentele etice apasa cel mai mult asupra autorilor acestor facilitati online, iar responsabilitatea utilizatorului este sa cantareasca cu inteligenta valoarea site-ului pe care vrea sa-l deschida si felul cum aceasta se va reflecta asupra lui. Blogurile, prin natura lor interactiva, contin in mod teoretic cel mai mare potential de nocivitate, pentru ca aici orice participant poate emite opinii sau critici fara sa aibe vreo legitimitate speciala decat cea participativa; blogul nu este in sine un forum stiintific sau profesional. In cazul wiki, informatia postata nu are neaparat un cenzor calitativ, pentru ca oricine poate posta orice. Ramane si aici, ca in majoritatea site-urilor online, ca utilizatorul sa faca o cercetare atenta pe internet inainte de a alege ceea ce pare ca i se potriveste. Sunt autori care considera ca folosirea mesajelor SMS in cadrul terapiei este un lucru nerecomandabil, pentru ca aceste mesaje suna prea personal si neprofesionist si sunt prea scurte pentru a contine un mesaj terapeutic (McEnery West si Mulvena, 2008)². In fond, internetul este o mare “piata a ideilor si informatiilor” si clientul are nevoie de discernamant si prudenta, cu un singur amendament: inainte de a deveni client, individul este bine sa fie vizitator.

8. Confidentialitatea

Din cauza ca terapia prin e-mail contine in sine riscul de a incalca principiul de confidentialitate, decizia de a comunica cu pacientul in acest mod trebuie sa fie facuta dupa ce se discuta cu el riscurile si modalitatile de a le diminua sau evita. In fond, e-mailurile pot fi considerate ca un mod de a inregistra sedintele de terapie. Ele contin o transcriere fidela a discutiilor dintre terapeut si client si stergerea lor nu garanteaza ca ele nu pot fi reconstituite de o a treia parte. Clientul trebuie descurajat sa foloseasca adrese de e-mail de la locul de munca, din

¹ Grohol JM (2010): Using websites, blogs and wikis within mental health, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² McEnery West C, MulvenaT (2008): Text speak, Therapy Today, 19(8): 21-28.

locuri publice sau de pe terminale care sunt folosite de familie sau cunoscuti (Recupero si Harms, 2010)¹.

Terapia livrata pe “messenger” ridica probleme specifice de confidentialitate, precum identificarea actorilor si secretizarea continutului terapiei, respectiv a textelor scrise sau conversatia cu terapeutul departe de urechile altora. Acestea sunt precautiile care trebuie stipulate foarte exact de la inceputul relatiei, precum si modalitatea de tratare a oricaror incalcarii ale protocolului de confidentialitate. De aceea este important ca subiectul sa foloseasca numai echipamente de comunicare care sunt in posesia lui, care nu sunt utilizate in comun cu altii sau sa aibe competenta tehnica prin care utilizarea acestora din urma se conduca la pastrarea anonimatului si sa stearga informatia odata ce a fost trimisa. Si in cazul mesajelor SMS, principala grija este receptarea de catre destinatar si stocarea acestor date pentru a nu fi la indemana altora si a nu antrena raspunderea terapeutului. O buna instruire a pacientului de la inceputul terapiei va garanta ca acest mod de comunicare poate fi confident.

In cazul majoritatii website-urilor clientul le poate deschide ramanand un anonim, Unele site-uri solicita ca utilizatorul sa aibe un nume si o parola atunci cand se logheaza. Acestea asigura confidentialitatea in cea mai mare masura. In cazul blogurilor, participantii sunt obligati sa se identifice cu un nume, care este de obicei un pseudonim sau o porecla; nefiind vorba de o relatie 1:1 anonimitatea este garantata si de o parte si de cealalta.

9. Cazul terapiei cognitiv-comportamentale bazate pe internet

De prin anii 1960 au inceput sa se identifice ingrediente replicabile ale psihoterapiilor, pentru a se decela care sunt vehiculele care fac ca acestea sa fie efective. Astfel s-au pus in lumina factorii contextuali, interpersonalii si tehnicile specifice fiecarei terapii in parte. Toata aceasta microdisectie a psihoterapiilor a creat premisele tendintei de a le “computeriza” si astfel s-au dezvoltat programe sofisticate care sa faca posibil de a fi livrate pe internet sau de pe un alt computer (Cavanagh si colab. 2003)². In avangarda acestei miscari a stat *National Institute for Clinical Excellence* din Marea Britanie - NICE (2006)³ care a formulat si primele ghiduri de buna practica. Terapia cognitiv-comportamentala (TCC) a fost terapia cel mai mult si mai des

¹ Recupero PR, Harms S (2010): Using email to conduct a therapeutic relationship, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² Cavanagh K, , Zack JS, Shapiro DA, Wright JH (2003): Computer programs for psychotherapy, in S Gross & K Anthony (Eds.), Technology in counselling and Psychotherapy: A Practitioner’s Guide, Basingstoke, UK: Palgrave MacMillan.

³ National Institute for Clinical Excellence (2006): Guidance on the use of computerised cognitive behavioral therapy for anxiety and depression, Technology Appraisal No. 97, London, NICE.

“computerizata”, mai ales din cauza ca a fost terapia cea mai ”manualizata”, i s-au descris cel mai bine factorii si tehnicile specifice si s-a pretat la transpunerea virtuala a relatiei terapeut-client. Astfel s-au creat pachete de programe de computer pentru terapia cognitiv-comportamentala bazata pe computer (TCCBC), proiectate pentru auto-terapie, programe care reduc timpul de contact dintre client si terapeut, faciliteaza livrarea elementelor si tehnicilor specifice acestei terapii, incurajeaza efectuarea « temelor pentru acasa », transmit ingredientele pozitive non-specifice ale terapiei, in absenta terapeutului si folosesc feedback-ul clientului pentru a intari motivatia si evaluarea schimbarii.

Dintre cele 97 de pachete de programe pentru psihoterapie inventariate de Marks si colab. (2007)¹, majoritatea sunt terapii de sorginte cognitiv-comportamentala. Ele sunt construite pentru a fi livrate pentru o problema anume, precum fobie sociala, anxietate de performanta, claustrofobie, agorafobie, fobie cu diferite teme, atacuri de panica, anxietate generalizata, tulburare obsesiv compulsiva, depresie, tulburari de somn, tulburare posttraumatica de stress, tulburari alimentare si chiar schizofrenie. Nu toate programele disponibile pe internet au fost testate in studii controlate privind eficienta lor. Unele sunt in curs de dezvoltare, altele sunt livrate in faza experimentală, altele au fost dezvoltate doar ca rezultat al unui proiect de cercetare. O navigare simpla pe MedLine, PsychInfo si pe net arata ca exista o emulatie internationala si ca multe din centrele de cercetare sau departamente de psihiatrie/psihologie ale universitatilor importante din lume au in portofoliul lor de cercetare dezvoltarea unor astfel de programe². National Institute for Clinical Excellence (NICE) din Marea Britanie recomanda folosirea unora din aceste pachete (de ex. *Beating the Blues*³ sau *FearFighter*⁴) ca prima alegere in cazul depresiei, fobiei si panicii (NICE, 2009)⁵. Exista o pledoarie sustinuta pentru utilizarea de astfel de programe si o evidenta robusta relativ la eficacitatea lor, acceptabilitatea si raportul cost/beneficiu, lucru relevat de meta-analize ale studiilor actuale (Cuijpers si colab. 2009)⁶. Unii considera ca acest gen de terapie nu este tot atat de efectiva ca terapia fata-in-fata si poate fi

¹ Marks IM, Cavanagh K, Gega L (2007): Hands-on help: Computer-aided psychotherapy, Hove: Psychology Press.

² In 2005, dupa ce am emigrat in Canada, am facut o propunere unui distins coleg si psihoterapeut din tara sa ne straduim impreuna sa face un astfel de program limba romana, dar el m-a refuzat politicos.

³ www.beatingtheblues.co.uk

⁴ www.fearfighter.com

⁵ National Institute for Clinical Excellence (2009): Depression: Management of depression in primary and secondary care – NICE guidance, CG90, London.

⁶ Cuijpers P, Marks IM, Straten A et al (2009): Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review, *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2): 66-82.

considerata doar ca un adjuvant sau preambul la TCB, sau o alternativa pentru pacientii care stau pe o lista de asteptare lunga, lucru cu care nu sunt de acord ghidurile NICE (Cavanagh, 2010)¹.

In astfel de programe, dialogul se petrece intre utilizator si computer, pe baza unui program “*object-oriented*” si se deschid o serie de “*ferestre*”, in functie de raspunsurile pacientului si astfel se realizeaza un dialog viu. Raspunsurile subiectului nu se stocheaza in computer si astfel nu exista riscul unei probleme de confidentialitate. Problema evaluarii si monitorizarii riscului este rezolvata prin luarea in considerare a acestui element in cadrul fiecarei sedinte de terapie. Printre alte beneficii ale unei astfel de terapii este faptul ca ea este “in mana” pacientului si nu conduce la stigmatizarea sociala a lui.

10. Evaluarea problemelor de sanatate mentala pe internet

Tehnologia internetului a schimbat in mod radical modalitatea evaluarilor psihologice cu ajutorul instrumentelor structurate, care mai inainte erau doar apanajul si chiar secretul profesionistilor. Astazi este foarte usor sa gasesti pe internet o multime de adrese pe care poti sa-ti auto-evaluezi depresia, anxietatea, fobiile, obsesiile, etc. sau sa descarci o serie de instrumente de evaluare pentru diferite simptome sau trasaturi psihologice. Aceste facilitati au captat in cel mai mare grad atentia utilizatorilor, dar au crescut si riscul de a se face interpretari eronate si a se vulgariza metoda scalelor de auto-evaluare si a chestionarelor; la aceasta se adauga calitatea indoielnica a multor astfel de website-uri. Evaluarea clinica bazata pe web este in multe privinte o mixtura de idealizare si dezinformare, publicul larg continuand sa o foloseasca cu asiduitate si curiozitate, iar profesionistii privind-o cu suspiciune si chiar cu resentimet (Klion, 2010)².

De cele mai multe ori este vorba de instrumente structurate de evaluare care invita utilizatorul sa furnizeze un raspuns DA sau NU, sau sa aleaga un punct pe o scala Likert si in final individul obtine un scor si o estimare calitativa a severitatii simptomului luat in evaluare, de exemplu depresia. Instrumentul este de cele mai multe ori creatia proprietarului web-ului, variante modificate ale instrumentelor clasice si nu se furnizeaza nici o indicatie privind calitatile psihometrice ale acestuia. De fapt, cel mai adesea utilizatorul nu are cunostintele necesare de a distinge precaritatea acestora, ci doar entuziasmul de a obtine o masurare a starii sau trasaturii

¹ Cavanagh K (2010): The use of computer-aided cognitive behavioral therapy (CCBT) in therapeutic settings, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

² Klion RE (2010): Web-base clinical assessment, in K Anthony et al (Eds.): The Use of Technology in Mental Health, Springfield, IL: Charles Thomas.

dorite a fi evaluate. Se asista la fixarea utilizatorului intr-o pozitie de “cuantificare” cantitativa a problemelor de sanatate mentala, prin evitarea luarii in considerare a celorlalte aspecte ale suferintei, odata ce a gasit o “tinta”. Dar lucrurile nu sunt chiar atat de negre cum ar parea la prima vedere. Exista si o sumedenie de website-uri ale profesionistilor de prestigiu, ale marilor universitati sau instituti de sanatate mentala care ofera si oportunitati de auto-evaluare, utilizatorul fiind prevenit insa de la inceput ca aceasta nu-l exonereaza de a vedea un profesionist, ci din contra, reprezinta doar primul pas in a cauta o evaluare specifica in cadrul unei sedinte cu un specialist.

Exista totusi o ambivalenta in ceea ce priveste auto-evaluarea problemelor de sanatate mentala pe internet. Pe de-o parte este normal si de incurajat ca oamenii, daca au atatea informatii online despre problemele de sanatate mentala, sa aibe si posibilitatea de auto-evaluare in cadrul conceptului larg de auto-ajutor care sustine toata aceasta informatie, iar pe de alta parte, exista teama ca aceasta pletora de modalitati de auto-evaluare sa trivializeze intregul proces de evaluare clinica a problemelor de sanatate mentala, care este apanajul profesionistilor din domeniu. La toate acestea se adauga si faptul ca cele mai multe instrumente de buna calitate, care au trecut de testele de validitate si confidentialitate si care sunt in practica clinica curenta, nu se pot posta pe internet, ele fiind aparate de legea proprietatii intelectuale. Din aceasta cauza, astfel de instrumente au derivat pe internet versiuni prescurtate si modificate, in care numarul itemilor a fost redus, iar intrebarile au fost refrazate, ceea ce este deadreptul o barbarie. Si aici, ca si in cazul multor altor informatii, intuitia si un anumit discernamant fac ca utilizatorul sa nu se poata descurca cu succes in acest “vacarm on-line”; uneori acesta are nevoie chiar de ghidarea unui specialist. Iata de ce, cele mai multe brosure sau pamflete de psiho-educatie contin si adrese valoroase de website-uri care furnizeaza informatii confidente despre evaluare si auto-ajutor. Asociatiile internationale ale psihometricienilor precum *Association of Test Publishers* (www.testpublishers.org) sau *International Test Commission* (www.intestcom.org) isi exprima constant ingrijorarea si cauta sa identifice orice incalcare a copyright-ului.

O lista cu website-urile care furnizeaza modalitati confidente onlie de auto-evaluare ar trebuie sa cuprinda urmatoarele adrese: <http://www.fearfighter.com>; <http://www.myselfhelp.com>; <http://www.psychtracker.com>; <http://www.queendon.com>; <http://www.twitter.com>; <http://www.qwitter.tabaccofreeflorida.com>; <http://www.tickle.com>; <http://healthplace.com/psychological-tests/> .

11. Experienta personala a terapiei livrate pe internet

Personal practic psihoterapie si consiliere on-line din anul 2008, de cand am construit website-ul www.vrasti.org. Acesta este conceput in limba romana si se adreseaza atat specialistilor, cat si publicului larg, iar aceasta ultima sectiune este si o oferta pentru terapie on-line. Majoritatea clientilor mei, romani din tara sau din Canada, s-au auto-referit la terapie datorita contactului cu website-ul respectiv. Preluarea in terapie nu s-a facut automat, ci doar dupa un preambul care a constat in evaluarea compliantei pentru acest gen de terapie, a abilitatii de comunicare on-line, identificarea modalitatii preferate de comunicare (e-mail sau Skype), evaluarea problematii care ar fi tinta terapiei si stadiul motivatiei pentru schimbare. Apoi s-a discutat despre contractul terapeutic, care este deznodamantul asteptat, numarul sedintelor de terapie, tratarea absentelor, modul de evaluare a progresului, conditiile parasirii terapiei, obligatii reciproce, probleme de confidentialitate. Tipurile de terapie pe care le practic sunt: terapia cognitiv-comportamentala, terapia cognitiv-comportamentala bazata pe atentie (*mindfulness*), terapia de ritm social Ellen Frank , terapia dialectic-comportamentala Masha Linehan, terapia focusata pe solutie, terapie de activare comportamentala si “schema therapy” Jeffrey Young. Pacientii care nu se potrivesc la modelul acesta nu sunt luati in terapie. Nerespectarea programarii sedintelor, a ritmului terapiei si a feedback-urilor a fost tratata cu intelegere si flexibilitate, insa rata de parasire a terapiei a fost destul de mare, in jur de 30%. Cei care au ramas in terapie au fost multumiti de vehicolul on-line si nu au prezentat nici o plangere relativ la acest mod de livrare a terapiei. Episodic, ei mi s-au mai adresat pentru diferite probleme punctuale.

Concluzii

Acest eseu a urmarit sa exploreze relatia dintre teoria mintii extinse si reseaua web, folosind cazul particular al terapiilor on-line ca mod exemplar prin care se poate formaliza echivalenta epistemologica intre minte si prelungirea ei pe web. Terapiile on-line arata in mod explicit cum practicile si conventiile sociale sunt extinse pe reseaua web cu aceeasi eficacitate si complianta ca cele din intalnirile interumane nemediate si acestea au atins o varsta destul de mare pentru a evidentia co-evolutia dintre tehnologia web si cea sociala. Imi place sa evoc ceea ce Smart (2012)¹ spunea in mod profetic: « *Bine sau rau, se pare ca Web-ul are o influenta asupra felului cum noi traim viata si, poate, in final, el va veni sa influenteze fortele sociale,*

¹ Smart PR (2012): The Web-extended mind, *Metaphilosophy*, 43(4): 446-463.

politice si economice care determina felul cum ne facem viata noastra...Multe tehnologii au transformat societatea (de ex. ceasul, hartile geografice, sistemul de scriere) si au exercitat efecte subtile asupra capabilitatilor noastre cognitive si intelectuale. Web-ul furnizeaza noi oportunitati pentru interactiunea si angajamentul cu spatiul global al informatiei si, in unele cazuri, oportunitati asa de interactive incat pot contribui la schimbari profunde in felul cum ne vedem pe noi insine si natura proceselor noastre cognitive ». In aceasta perspectiva, terapia online nu reprezinta un substitut al terapiei fata-in-fata, ci o prelungire de oportunitati, o facilitate a contactului, o de-teritorializare a terapeutului, o apropiere de client in timp si spatiu si, in final, o activizare a receptarii si participarii la terapie. Pe de alta parte, psihiatrii vor putea avea in acest fel mai mult timp si dispozitie sa “vorbeasca” cu pacienti lor, lucru atat de dorit de acestia si astfel vor raspunde mai bine la intrebarea lui Nancy Andearsen: “De ce ne-am facut psihiatrii?”