



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ „PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII
PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC”

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

FACTORI SPECIFICI ȘI NONSPECIFICI ÎN
PSIHOPATOLOGIE. IMPLICAȚII ÎN TULBURĂRILE DE
ANXIETATE ȘI DEPRESIE

DOCTORAND: VÎSLĂ ANDREEA

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: PROF. UNIV. DR. DAVID DANIEL

CLUJ-NAPOCA

2014

MULȚUMIRI

Aș dori să-mi exprim mulțumirea față de coordonatorului științific al acestei lucrări, prof. univ. dr. Daniel David, de la Universitatea Babeș-Bolyai, al cărui suport științific m-a ajutat să ajung în acest punct. De asemenea, aș dori să mulțumesc membrilor Școlii Doctorale de “Psihodiagnostic și Intervenții Psihologice Validare Științific” pentru input-ul lor științific și pentru prietenie. Aș dori să mulțumesc, în mod special, domnului Prof. Dr. Martin Grosse Holtforth, de la Universitatea din Berna care, în calitate sa de mentor în cadrul bursei mele Sciex la Universitatea din Zurich, m-a ajutat să mă dezvolt ca cercetător și ca persoană. De asemenea, aș dori să mulțumesc domnului Dr. Christoph Flückiger, de la Universitatea din Zurich, pentru interesul și contribuția sa valoroasă la această lucrare de doctorat. Mai presus de toate, aș dori să mulțumesc familiei și prietenilor, al căror suport m-a ajutat să ajung în acest punct important din viața mea. În final, aș dori să-mi exprim recunoștința față de tatăl meu, care m-a sprijinit în fiecare decizie pe care am luat-o. Această muncă este dedicată memoriei sale.

Părți din această cercetare au fost susținute de Programul de Schimb Științific Sciex-NMS-CH 12.319 acordat Andreei Vișlă.

Notes: _____

- (1) Autoarea acestei teze, Vișlă Andreea, certifică următoarele:
 - (a) Această teză include munca de cercetare derulată de Vișlă Andreea (autor) în vederea obținerii titlului de Doctor în Psihologie;
 - (b) Părți ale acestei teze au fost acceptate spre publicare sau sunt în review; în teză au fost incluse citări adecvate acolo unde este cazul. În lucrările acceptate spre publicare și care sunt în review au fost incluși și alți autori dacă aceștia au contribuit la design-ul studiului, colectarea de date, analize, interpretarea datelor, și/ori la scrierea manuscrisului;
 - (c) Teza a fost scrisă în conformitate cu standardele academice care se regăsesc în Publication Manual of the American Psychological Association (ediția a 6 -a). Întregul text al tezei, precum și rezumatul ei a fost redactat de către Vișlă Andreea, care își asumă întreaga responsabilitate privind respectarea standardelor academice; de asemenea:
 - Textul tezei a fost verificat cu un soft special creat pentru detectarea plagiatului (<http://www.plagiarism-detector.com/>); teza a trecut testul critic.
 - O copie a bazelor de date ce stau la baza rezultatelor raportate în teză a fost predată în format electronic Școlii Doctorale.
- (2) Toate tabelele și figurile din text sunt numerotate în cadrul capitolului de care aparțin.

CUPRINS

CAPITOLUL I. FUNDAMENTARE TEORETICĂ.....	4
1.1. Introducere și tema cercetării.....	4
1.1.1. Tulburările mentale și distresul psihologic.....	4
1.1.2. Mecanisme specifice și nonspecifice care stau la baza intervențiilor psihologice.....	4
1.1.3. Credințe raționale și iraționale.....	4
1.1.3.1. Tipuri de credințe raționale și iraționale.....	5
1.1.3.2. Scale ale credințelor raționale și iraționale.....	5
1.1.3.3. Credințele iraționale și alte constructe cognitive.....	6
1.1.3.4. Credințele iraționale și distresul psihologic.....	6
1.1.4. Expectanțele de răspuns și expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului.....	6
1.1.4.1. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat.....	7
1.1.4.2. Schimbarea în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei.....	7
1.1.4.3. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și caracteristicile pacienților.....	7
1.1.4.4. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și factorii terapeutici.....	7
1.1.4.5. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și alianța terapeutică.....	8
1.2. Identificarea lacunelor în cercetare.....	8
1.2.1. Identificarea lacunelor din literatura credințelor iraționale.....	8
1.2.2. Identificarea lacunelor din literatura expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului.....	8
1.3. Relevanța și impactul temei de cercetare.....	9
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ.....	9
CAPITOLUL III. CERCETARE ORIGINALĂ.....	10
Studiul 1. Credințele iraționale și distresul psihologic: O meta-analiză.....	10
Studiul 2. Convingerile fundamentale, gândurile automate și expectanțele de răspuns în prezicerea anxietății de vorbit în public.....	22
Studiul 3. Relațiile dintre procesele cognitive descriptive/inferențiale și cele evaluative și distresul emoțional în contexte academice stresante.....	27
Studiul 4. Prezicerea expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și a schimbării acestora în timpul terapiei la pacienții cu depresie: O abordare multinivelară care ia în considerare efectul terapeutului.....	32
CAPITOLUL IV. DISCUȚII GENERALE ȘI IMPLICAȚII.....	41
4.1. Implicații teoretice, metodologice și clinice.....	42
4.2. Limite și direcții viitoare.....	44
REFERINȚE.....	45
ANEXĂ.....	53

Cuvinte cheie: credințe iraționale, expectanțe relaționate cu rezultatul tratamentului, alianța terapeutică, expectanțele de răspuns, distresul psihologic, tulburările mentale.

CAPITOLUL I. FUNDAMENTARE TEORETICĂ

1.1. Introducere și tema cercetării

1.1.1. Tulburările mentale și distresul psihologic

Tulburările mentale sunt extrem de răspândite la nivel mondial și afectează oamenii din toate regiunile lumii (Steel și colab., 2014). Tulburările mentale sunt principala cauză a dizabilității în întreaga lume și a cincea cauză principală a poverii bolii la nivel global (Whiteford și colab., 2013). Mai mult decât atât, dacă ținem cont și de povara tulburărilor mentale ca factor de risc pentru suicid, acestea urcă de pe a cincea pe a treia poziție (Ferrari și colab., 2014). Adesea, tulburările mentale apar la vârstă fragedă și sunt asociate cu costuri sociale semnificative (Kessler et al., 2009). Un raport recent al World Economic Forum proiectează că în următoarele două decenii, tulburările mentale vor reprezenta mai mult de jumătate din povara economică asociată cu bolile netransmisibile și mai mult de o treime din debitul economic global pierdut (Bloom și colab., 2011).

Distresul psihologic este considerat a fi un indicator al sănătății mentale a unei populații în studiile de sănătate publică, studiile epidemiologice și anchetele sociologice; de asemenea servește și ca măsurătoare a rezultatelor în studiile de intervenție și studiile clinice (Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prévost, 2011; Kessler și colab., 2002). Pe de o parte, distresul psihologic funcționează ca o tulburare emoțională care poate afecta funcționarea socială și viața de zi cu zi a persoanelor afectate (Wheaton, 2007). Pe de altă parte, un nivel ridicat de distres psihologic este un criteriu de diagnostic pentru majoritatea tulburărilor psihice (e.g., tulburarea de stres post-traumatic, tulburare obsesiv-compulsivă); cu o deteriorare a vieții cotidiene, este un marker al severității simptomelor în alte afecțiuni (e.g., depresie majoră, fobie socială) (Philips, 2009). În conformitate cu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a 5-a (*DSM-5*; American Psychiatric Association [APA], 2013), “tulburările mentale sunt de obicei asociate cu un distress semnificativ în domeniile social și ocupațional, sau în alte activități importante” (APA, 2013, p. 20).

1.1.2. Mecanisme specifice și nonspecifice care stau la baza distresului psihologic

Deși cercetările au stabilit în mod constant că psihoterapia este o metodă de tratament eficientă pentru tulburările psihice (e.g., Huhn și colab., 2014; Hunsley, Elliott, & Therrien, 2014), indicarea factorilor care contribuie la eficiența psihoterapiei este sursa unor dezbateri continue. De o parte a dezbaterii sunt adepții tratamentelor susținute empiric care susțin că tratamentele psihologice sunt asemănătoare cu cele medicale prin faptul că eficacitatea este atribuită ingredientelor specifice, care sunt de obicei prezentate în manualele tratamentului (e.g., Crits-Christoph, 1997; DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005). De cealaltă parte a dezbaterii sunt cei care stipulează că factorii comuni sau tehnicile care sunt comune pentru toate formele de terapie, cum ar fi contextul vindecării, relația terapeutică, speranța de îmbunătățire și încrederea în principiul tratamentului și în tratament în sine, constituie aspectele terapeutice importante ale consilierii și psihoterapiei (e.g., Ahn & Wampold, 2001; Frank, 1961).

1.1.3. Credințe raționale și iraționale

Credințele raționale și iraționale sunt constructe centrale în Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (Rational Emotive Behavior Therapy; REBT), una din primele forme de Terapie Cognitiv-Comportamentală (Cognitive-Behavioral Therapy; CBT), fondată de către Albert Ellis în 1955. Teoria REBT a evoluat de la prima sa prezentare într-o publicație oficială (Ellis, 1955). Cu toate acestea, modelul ABC este încă văzut ca esențial în teoria REBT, deși ea însăși a evoluat. „A” se referă la diverse evenimente activatoare, fie ele negative (e.g., o ceartă de familie) și/sau pozitive (e.g., trecerea unui examen dificil). „C” se referă la diverse consecințe, precum răspunsuri umane esențiale ca starea afectivă (e.g., emoții subiective, arousal fiziologic, tendințe de acțiune) și comportamentele evidente. „B” se referă la convingerile noastre. Într-o versiune modernă (vezi David, in press), semnificația lui B este definită în funcție de dezvoltarea științelor cognitive pentru a se referi la procesarea de informații, fie conștient accesibilă (e.g., gânduri/convingeri), fie inconștientă (e.g., asociații implicite). Unele prelucrări conștiente de informații pot apărea sub forma descrierilor (e.g., "Sala este plină de oameni.") și inferențelor (e.g., "Ei nu mă plac."), de multe ori denumite gânduri, în timp ce altele pot să apară sub formă de evaluări (e.g., "Ei trebuie să mă placă și este groaznic dacă nu mă plac."), adesea numite convingeri (David, in press).

1.1.3.1. Tipuri de credințe raționale și iraționale

După ce inițial propune 11 tipuri de credințe iraționale (Ellis, 1962), dezvoltări ulterioare ale teoriei REBT (Ellis & Bernard, 1985) împarte aceste tipuri de credințe iraționale în patru categorii: cerințele absolutiste, catastrofarea, intoleranța la frustrare (sau toleranța scăzută la frustrare) și evaluarea globală. Cerințele absolutiste se referă la exigențe imperioase/inflexibile exprimate sub formă de "trebuie" (e.g., "Ea trebuie să facă ceea ce vreau sau nu voi accepta divorțul."). Catastrofarea se referă la evaluarea unui eveniment ca fiind "cel mai rău lucru posibil" (e.g., "Este groaznic să fii lăsat de soție."). Intoleranța la frustrare (sau toleranța scăzută la frustrare) se referă la evaluarea situației ca ceva ce un om "nu poate suporta" (e.g., "Nu pot suporta să fiu lăsat de soția mea."). Evaluarea globală se poate referi la propria persoană (e.g., "Sunt fără valoare."), alte persoane (e.g., "Soția mea este lipsită de valoare.") și/sau situații de viață (e.g., "Viața este total nedreaptă."). Pentru mai multe detalii cu privire la aceste categorii, a se vedea David in press.

Credințele raționale alternative din REBT sunt: gândirea flexibilă (e.g., preferința; "Aș prefera și fac tot ce pot pentru a fi iubit de către soția mea, dar accept că acest lucru s-ar putea să nu se întâmple."), o evaluare nuanțată a răului (e.g., rău; "Este rău, dar nu cel mai rău lucru posibil."), toleranța la frustrare (e.g., toleranță mare la frustrare, "Pot tolera chiar dacă nu-mi place.") și acceptarea necondiționată (e.g., în ceea ce mă privește pe mine, alții și viața; "Mă accept necondiționat /pe alții /viața, cu toate că unele aspecte specifice, cum ar fi comportamentul meu, poate fi mai mult sau mai puțin bun. ").

1.1.3.2. Măsurători ale credințelor raționale și iraționale

Un review recent al scalelor ce măsoară credințele iraționale (Terjesen, Salhany, & Sciutto, 2009) a identificat 14 scale în limba engleză și 7 scale în alte limbi. Cele mai frecvent folosite instrumente timpurii, care s-au bazat pe cele 11 tipuri de credințe iraționale propuse inițial, au fost Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1968), și Rational

Behavior Inventory (RBI; Shorkey & Whiteman, 1977). Mai târziu, Malouff și Schutte (1986) au dezvoltat Irrational Belief Scale (IBS), ca răspuns la criticile aduse scalelor anterioare (e.g., combinarea itemilor afectivi cu cei cognitivi). Întrucât baza teoretică a rămas aceeași, IBS a separat itemii cognitivi de cei emoționali, crescând astfel validitatea discriminantă a subscalelor. O nouă generație de măsuri ale credințelor iraționale a fost dezvoltată pentru a evalua cele patru tipuri de credințe iraționale descrise în teoria REBT actualizată (Ellis & Bernard, 1985). Aceste instrumente împărtășesc următoarele caracteristici : (a) conțin itemi necontaminați (e.g., itemi care evaluează doar cognițiile), (b) includ scoruri separate pentru credințele iraționale și raționale, și (c) pot separa procesul de conținutul gândurilor (Lindner, Kirkby, Wertheim, & Birch, 1999). Exemple din această nouă generație de măsurători ale credințelor raționale și iraționale includ Attitude and Beliefs Scale/General Attitude and Belief Scale și formele sale scurte (ABS/GABS; Bernard, 1990; Burgess, 1986; DiGiuseppe, Leaf, Exner & Robin, 1988; Lindner și colab., 1999) și Survey of Personal Beliefs (SPB; Kassino, 1986).

1.1.3.3. Credințele iraționale și alte constructe cognitive

Relația dintre credințele iraționale și alte constructe cognitive a fost investigată în mai multe studii. Credințele iraționale au fost asociate cu gândurile automate (e.g., Cristea, Montgomery, Szamoskozi, & David, 2013; Szentagotai & Freeman, 2007; Wong, 2008), atitudinile disfuncționale (e.g., Cristea și colab., 2013; Wong, 2008), și cu expectanțele de răspuns (Montgomery, David, DiLorenzo, & Schnur, 2007). De obicei, aceste studii au arătat o asociere pozitivă medie spre mare între credințele iraționale și alte constructe cognitive care stau la baza diferitelor abordări din CBT sau sunt independente de acestea (e.g., expectanțele), care indică faptul că acestea sunt constructe similare, relaționate, dar totuși distincte.

1.1.3.4. Credințele iraționale și distresul psihologic

O grupă vastă de dovezi empirice au demonstrat că credințele iraționale sunt relaționate cu distresul psihologic, atât în populații nonclinice, cât și clinice. Studiile au legat iraționalitatea de distresul general (e.g., Cramer & Kupshik, 1993), distresul legat de susținerea unui examen (e.g., DiLorenzo, David, & Montgomery, 2007), distresul relaționat unei operații (e.g., David, Montgomery, Macavei, & Bovbjerg, 2005), distresul legat de cancer (e.g., Szentagotai, 2006), și distresul legat de locul de muncă (e.g., van Wijhe, Peeters, & Schaufeli, 2013). Studiile au legat iraționalitatea și de tipuri de stres mai specifice precum anxietatea, incluzând anxietatea ca stare (e.g., Cramer & Buckland, 1995) și ca trăsătură (e.g., Hart & Hittner, 1991), precum și de forme mai specifice ale anxietății, precum anxietatea de testare (e.g., Wong, 2008), anxietatea socială (e.g., Monti, Zwich, & Warzak, 1986), și anxietatea de vorbit în public (e.g., Goldfried & Sobocinski, 1975). În plus, iraționalitatea a fost legată și de depresie (e.g., Mezo & Short, 2012), de furia ca stare (e.g., David, Schnur, & Belloiu, 2002) și ca trăsătură (e.g., Martin & Dahlen, 2004) și de vinovăție (e.g., Kassino & Eckhardt, 1994).

1.1.4. Expectanțele de răspuns și expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului

Expectanțele de răspuns sunt anticipări ale răspunsurilor automate subiective și comportamentale la o situație particulară, iar efectul lor sunt o formă de autoîndeplinire a profeției (Kirsch & Lynn, 1999). Kirsch (1985) a postulat faptul că expectanțele de răspuns sunt: suficiente să cauzeze răspunsuri nonvolitionale (e.g., anxietate, depresie), nu sunt mediate de alte variabile psihologice și au rol de autoconfirmare. O categorie specifică a expectanțelor de răspuns este considerată a fi expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului. Acestea reflectă credințele predictive ale pacienților referitoare la consecințele angajării în tratament (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011).

1.1.4.1. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat

Review-urile narative indică faptul că expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului sunt relaționate în mod consistent cu rezultatul tratamentului de-a lungul diverselor forme de psihoterapie (e.g., Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002; Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006). Această asociere a fost susținută într-o meta-analiză a studiilor publicate până în 2009 care a examinat corelația dintre expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului măsurate la baseline și sesiunea 1 și simptomatologia posttratament (Constantino și colab., 2011).

1.1.4.2. Schimbarea în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei

Dew și Bickman (2005) au definit expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului ca “o caracteristică a pacienților înainte de terapie, ca și ceva cu care aceștia vin în terapie” (p. 21). În conformitate cu această definiție, care este împărtășită și de alți autori, expectanțele pacienților trebuie să fie evaluate înainte de tratament. Cu toate acestea, pare rezonabil să asumăm faptul că expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului sunt influențate continuu pe tot parcursul terapiei, fie de explicarea modului în care terapia funcționează, adesea prezentat în prima sesiune de terapie, fie de tehnicile terapeutice introduse (Newman & Fisher, 2010).

1.1.4.3. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și caracteristicile pacienților

Câteva studii au găsit variabilele demografice a corela pozitiv cu expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, incluzând a fi femeie (Hardin & Yanico, 1983) și în vârstă (Tsai, Ogrodniczuk, Sochting, & Mirmiran, 2012). Alte studii s-au focalizat pe variabile contextuale precum experiența anterioară cu tratamentul, care a fost relaționată cu expectanțe crescute referitoare la rezultatul tratamentului (MacNair-Semands, 2002; Swift, Whipple, & Sandberg, 2012). În ceea ce privește variabilele clinice, un nivel al stresului mai mare la baseline a fost relaționat în mod negativ cu expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului măsurate înainte de terapie sau devreme în terapie (Gibbons și colab., 2003; Elliott, Westmacott, Hunsley, Rumstein-McKean, & Best, 2014). Simptomele specifice ale pacientului au demonstrat o relație negativă cu expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, incluzând comorbidități (Gibbons și colab., 2003), depresie (Smeets și colab., 2008; Tsai și colab., 2012), abuz de substanțe (Constantino, Penek, Bernecker, & Overtree, 2013; MacNair-Semands, 2002), tulburări de personalitate (Constantino și colab., 2013) și raportări somatice (MacNair-Semands, 2002).

1.1.4.4. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și factorii terapeutici

Diverse caracteristici ale terapeutului au fost relaționate cu expectanțele

referitoare la rezultatul tratamentului. Participanții anxioși cu expectanțe ridicate de schimbare a anxietății au avut rezultate bune doar când au auzit principiul tratamentului de la un terapeut cald, entuziast (Ahmed & Westra, 2008). Prin contrast, pacienții cu expectanțe reduse pentru schimbarea anxietății au avut rezultate bune numai atunci când au auzit principiul tratamentului de la un terapeut rece, mai puțin entuziast. Într-un studiu de terapie CBT de grup pentru insomnie (Constantino și colab., 2007), pacienții cu expectanțe inițiale referitoare la rezultatul tratamentului reduse au avut expectanțe referitoare la rezultatul tratamentului mai ridicate atunci când l-au perceput pe terapeut ca fiind mai afiliativ la prima ședință. Afilierea percepută a terapeutului nu a contat pentru acei pacienți cu expectanțe inițiale referitoare la rezultatul tratamentului ridicate. Într-un grup de tratament CBT pentru GAD (Westra, Constantino, Arkowitz, & Dozois, 2011), o mai mare competență a terapeutului în livrarea tratamentului a fost asociată cu expectanțe ulterioare referitoare la rezultatul tratamentului ridicate, care la rândul lor au fost asociate cu un mai bun rezultat al tratamentului.

1.1.4.5. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și alianța terapeutică

Cu legătura dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultatul efectiv la posttratament stabilită, o altă linie de cercetare a examinat expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului ca un predictor al proceselor din timpul tratamentului. Cel mai extensiv focus al acestei munci a fost pe calitatea alianței terapeutice. Studii ale diverselor tratamente pentru diverse condiții au găsit o asociere între expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, măsurate înainte sau devreme în terapie și o mai bună calitate a alianței terapeutice (e.g., Gibbons și colab., 2003; Constantino, Arnou, Blasey, & Agras, 2005; Tsai și colab., 2012).

1.2. Identificarea lacunelor în cercetare

1.2.1. Identificarea lacunelor în literatura credințelor iraționale

Deși multe studii au investigat teoria REBT, nu există nici o meta-analiză cantitativă care să le summarizeze; prin urmare, este timpul, după 60 de ani de cercetare să integrăm toate aceste rezultate cantitativ, astfel încât să putem înțelege mai bine statutul teoriei REBT și valoarea sa euristică pentru cercetări viitoare. În plus, deși distincția dintre cogniții “calde” și “reci” este una importantă în teoriile psihologiei generale, câteodată în Terapia Cognitivă (Cognitive Therapy; CT) (Beck, 1976 și adaptarea sa în Beck, 1995) această distincție este trecută cu vederea în numele relevanței clinice. Deoarece la nivel fenomenologic, cognițiile “calde” și “reci” sunt interrelaționate, în CT ele sunt adesea tratate ca și “distorsiuni cognitive” și incluse astfel în diverse măsurători ale scalelor de cogniții (e.g., Automatic Thoughts Questionnaire-Short Version; Netemeyer și colab., 2002). Cu toate acestea, distincția poate avea atât implicații teoretice (e.g., ce tip de cogniții este un mediator proximal al tipului de stres psihologic), cât și practice (e.g., pe ce tipuri de cogniții ar trebui să se focalizeze în primul rând intervențiile); prin urmare, explorarea sa este fundamentală nu doar pentru CBT, ci și pentru domeniul clinic în general.

1.2.3. Identificarea lacunelor din literatura expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului

Faptul că expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului sunt relaționate în mod constant cu rezultatul tratamentului este susținut de o meta-analiză realizată de Constantino și colaboratorii în 2011. Cu toate acestea, este o discuție în literatură referitoare la cum diverse criterii ale succesului tratamentului pot fi diferențiate (Schulte, 1995, 2008). Schulte (2008) a găsit că relația dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultatul efectiv depinde de cum rezultatul este conceptualizat (fie ca scor posttratament, fie ca scor schimbare). Cu toate acestea, studiul lui Schulte nu a măsurat expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului înainte de tratament. În al doilea rând, în ciuda cercetării extensive în legătură cu expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, măsurate la pretratament și în timpul terapiei, doar câteva studii au investigat modul în care aceste expectanțe se schimbă în timpul terapiei (Brown și colab., 2014; Newman & Fisher, 2010). În al treilea rând, deși sunt câteva studii care se concentrează pe investigarea caracteristicilor pacienților care se leagă de expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, măsurate la baseline sau devreme în tratament, nici un studiu nu s-a centrat pe relația dintre caracteristicile pacienților și expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, măsurate la screening. Poate fi important să evaluăm expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului de la primul lor contact cu terapeutul; mai mult decât atât, poate fi important să investigăm care sunt variabilele care prezic asemenea expectanțe. În al patrulea rând, chiar dacă literatura prezentată mai sus a găsit faptul că diverse caracteristici ale terapeutului sunt relaționate cu expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului, ar fi important să explorăm dacă există un efect al terapeutului în modul în care expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul terapiei (dacă anumiți terapeuți sunt mai buni decât alții în a influența modul în care expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă în timpul terapiei), și ce factori terapeutici și/sau ce țin de pacient sunt predictorii semnificativi ai acestei schimbări.

1.3. Relevanța și impactul temei de cercetare

Meta-analiza pe care o vom realiza va integra cantitativ, pentru prima dată în literatură, o cantitate mare de date care în care s-a investigat relația dintre credințele iraționale și distresul psihologic. În plus, clarificarea relației dintre credințele iraționale și alte tipuri de constructe cognitive și investigarea contribuției acestora la anxietatea de vorbit în public și distresul psihologic ne va ajuta să diferențiem în mod explicit între aceste tipuri de cogniții și ne va permite să construim/îmbunătățim și testăm intervenții evidence-based care să țintească aceste constructe specifice.

Considerând multiplele dovezi care arată că tratamente diferite produc rezultate echivalente (e.g., Barth și colab., 2013), anumiți cercetători susțin faptul că factorii comuni ai tratamentului sunt mai importanți în influențarea schimbării decât tehnicile specifice tratamentului (e.g., Ahn & Wampold, 2001; Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). În consecință, există un trend în a face “nonspecificul specific,” astfel încât factorii comuni să poată fi identificați, predați, și utilizați cu scopul de a crește eficiența terapeutică (Omer & London, 1988, p. 176). În acest context, investigarea expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului constituie un pas în plus către atingerea acestui obiectiv.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Scopul general al acestui proiect de cercetare a fost să studieze contribuția unor factori specifici și nonspecifici la distresul psihologic și tulburările mentale. Ca factori specifici, ne-am focalizat pe diverse tipuri de cogniții postulate a fi ținta intervenției în diverse forme de CBT, în special în REBT (credințele iraționale). În ceea ce privește factorii nonspecifici, ne-am focalizat pe expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului.

Primul obiectiv specific al cercetării noastre a fost sumarizarea cercetărilor cantitative referitoare la relația dintre credințe iraționale și diverse tipuri de distress psihologic folosind metode meta-analitice (**Studiul 1**). **Al doilea obiectiv** a fost dedicat clarificării relației dintre credințele iraționale sau evaluative și alte constructe cognitive (e.g., descrieri, inferențe, gânduri automate, expectanțe de răspuns) și investigării contribuției acestora la distresul psihologic și anxietatea de vorbit în public (**Studiul 2 și 3**). **Al treilea obiectiv** specific a fost investigarea relației dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat într-un eșantion de pacienți care au primit tratament CBT pentru depresie. În plus, pornind de la legătura dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat, **al patrulea obiectiv** specific a fost analiza formei schimbării expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei. **Al cincilea obiectiv** specific a fost să identifice dacă există un efect al terapeutului în modul în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă, anume dacă anumiți terapeuți sunt mai buni decât alții în a influența modul în care expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă în timpul terapiei. **Al șaselea obiectiv** specific a fost să investigheze dacă există o asociere între expectanțele inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și modul în care acestea se schimbă. **Al șaptelea obiectiv** a fost să investigheze posibili predictorii ai expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și ai modului în care acestea se schimbă în timpul terapiei. Toate aceste obiective (trei - șapte) au fost atinse în **Studiul 4**.

CAPITOLUL III. CERCETARE ORIGINALĂ

Studiu 1. Credințele iraționale și distresul psihologic: O meta-analiză¹

În dezvoltarea și menținerea distresului psihologic, procesele cognitive au fost postulate ca fiind componente esențiale, de la începutul anilor 1950; aceste procese au fost adesea denumite Revoluția Cognitivă în psihologie (Broadbent, 1958; Chomsky, 1959; Miller, 1956). Un cercetător cu un interes clinic și empiric în ceea ce privește aceste procese a fost Albert Ellis, care a propus Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (Rational Emotive Behavior Therapy - REBT) ca paradigmă cognitiv-comportamentală timpurie pentru tratamentul tulburărilor mentale (Ellis, 1995). De-a lungul anilor, multe studii au investigat REBT și au ajutat la rafinarea teoriei și practicii REBT în baza unui număr mare de diverse review-uri narative ale cercetărilor empirice (vezi David, Lynn, & Ellis, 2010; Haaga & Davidson, 1993). Cu toate acestea, până în momentul de față, rezultatele cantitative asociate acestor review-uri nu au fost încă summarize prin folosirea metodelor meta-analizei.

¹ Acest studiu este în review la Psychological Bulletin. Vișlă, A., Flückiger, C., grosse Holtforth, M., & David, D. (under review). Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. ISI Impact factor 14.392

Scopul studiului de față a fost acela de a sumariza rezultatele cantitative în ceea ce privește relația corelațională dintre credințele iraționale și diverse tipuri de stres psihologic, utilizând metode specifice meta-analizei.

Potențiali moderatori

Măsurători ale stresului. Am testat în ce măsură efectele sunt replicabile de-a lungul diverselor tipuri de măsurători ale stresului. Ne-am așteptat ca relația dintre credințele iraționale și stresul psihologic să fie semnificativ diferită când stresul este măsurat prin scale ce conțin preponderent itemi emoționali (ex., STAI, POMS) față de situațiile în care scalele conțin și alte tipuri de itemi, precum itemi somatici (BDI; vezi Storch, Roberti, & Roth, 2004).

Măsurători ale credințelor iraționale. Pentru fiecare tip de stres psihologic (stres general, anxietate, depresie, furie, vină), am testat dacă efectele sunt replicabile de-a lungul diverselor tipuri de măsurători ale credințelor iraționale sau dacă sunt artefacte metodologice ale unor măsurători specifice ale constructului.

Tipul de credințe iraționale. Pentru fiecare tip de stres psihologic (stres general, anxietate, depresie, furie, vină), am testat dacă tipul credințelor iraționale moderează semnificativ asocierea dintre credințele iraționale și stresul psihologic.

Stres autoraportat versus raportat de observator. Deși studii anterioare (ex., Szentagotai & Freeman, 2007) au raportat simultan asocieri între credințele iraționale și stres, atât pentru măsurători autoraportate cât și pentru raportări ale observatorilor (ex., studii cu raportări ale clinicienilor), aceste studii nu au examinat potențialul efect moderator al acestor perspective diferite de raportare.

Credințe iraționale generale versus specifice. Studii anterioare au raportat asocieri între stres și atât credințe iraționale generale, cât și specifice/contextuale (ex., Montgomery et al., 2007). Totuși, niciun studiu nu a comparat caracterul general sau specific al credințelor iraționale ca potențial moderator al asocierii dintre credințele iraționale și stres.

Credințe iraționale manipulate versus non-manipulate. Ne-am așteptat ca asocierea dintre credințele iraționale și stres să fie semnificativ mai puternică în studiile în care credințele iraționale nu au fost doar măsurate, ci și manipulate.

Decalajul de timp dintre evaluarea credințelor iraționale și cea a stresului. Am testat dacă asocierea dintre stres și credințe iraționale este semnificativ diferită în funcție de decalajul de timp dintre măsurarea credințelor iraționale și stres.

Evenimente stresante. Am testat efectul măsurii în care un eveniment stresant a fost (a) prezent sau absent, (b) real sau indus experimental, respectiv (c) relevant personal sau irelevant.

Caracteristicile eșantionului. Caracteristicile eșantionului, precum vârsta, genul, venitul, statusul educațional, statusul marital și statusul clinic, au fost testate ca moderatori ai asocierii dintre credințele iraționale și stresul psihologic pentru fiecare tip de stres.

Statutul de dezvoltator/validator al autorului/ilor. Pentru a testa dacă potențialul conflict de interese al cercetătorilor influențează sistematic relația dintre credințele iraționale și stres, am integrat un moderator care indică: (a) dacă cercetătorii au (co)dezvoltat un instrument de credințe iraționale și (b) dacă cercetătorii au validat anterior o scală de credințe iraționale.

Anul publicării și locul. Data (anul publicării) și locul (țara de publicare) de

desfășurare al studiului ar putea influența relația dintre credințe iraționale și stres.

(Dis)funcționalitatea răspunsurilor emoționale. Am analizat separat relațiile dintre credințele iraționale și emoțiile negative disfuncționale (anxietate, depresie, furie, vină) și relația dintre credințele iraționale și emoțiile negative funcționale (preocupare, tristețe, enervare, regret).

Metodă

Selecția studiilor

Pentru a căuta studiile relevante, am utilizat două strategii. În prima fază, studii potențial relevante au fost căutate în bazele de date PsycINFO și Medline pentru toți anii disponibili până în Octombrie 2013. Am utilizat următorii termeni de căutare: “irrational beliefs,” “distress,” “negative feelings,” “negative emotions,” “anxiety,” “depression,” “anger,” and “guilt”. În a doua fază, am examinat referințele articolelor incluse în meta-analiză.

Doar studiile care au îndeplinit următoarele criterii au fost incluse în analiza cantitativă: (a) au evaluat credințele iraționale conform teoriei REBT, (b) au evaluat cel puțin un tip de stres psihologic (ex., stres general, anxietate, depresie, furie, vină) (c) cercetătorii au raportat o relație numerică între credințele iraționale și stresul psihologic care putea fi inclusă în meta-analiză. Optzeci și trei de articole au îndeplinit aceste criterii de includere.

Codarea studiilor

Variabilele codate au inclus: (a) date de identificare ale studiilor (cod de identificare a studiului, numele autorului/ilor), (c) statutul de dezvoltator sau validator de scale al autorilor, (d) caracteristicile eșantionului (ex., mărimea eșantionului, media de vârstă a participanților, proporția de femei-bărbați, venit, statut educațional, statut ocupațional și statut clinic), (e) instrumentul cu care s-au măsurat credințele iraționale, (f) tipul de credințe iraționale (subscale ale măsurătorilor de credințe iraționale), (g) instrumentul cu care s-a măsurat stresul, (h) tipul de stres, (i) caracteristicile credințelor iraționale (generale versus specifice, măsurate versus manipulate, scorul raportat al credințelor iraționale: total sau subscale), (j) caracteristicile stresului (ex., autoraportat versus raportat de observator, (dis)funcționalitatea răspunsului emoțional), (k) distanța de timp dintre evaluarea credințelor iraționale și a stresului, (l) evenimentul stresant (prezent versus absent, real versus indus experimental, relevant versus irelevant personal), (m) testul statistic (ex., corelații bivariate, coeficienți de regresie standardizați, coeficienți de determinare) și (n) mărimea efectului.

Proceduri meta-analitice

Coeficientul de corelație, r , a fost ales pentru a evalua mărimea efectului în majoritatea meta-analizelor. Câteva studii (patru) au evaluat mărimile efectului utilizând alți indicatori statistici (ex., coeficienți de regresie standardizați, coeficienți de determinare); aceste valori statistice au fost convertite în r (Del Re & Hoyt, 2010). Mărimile efectului care nu au fost descrise sau au fost raportate ca nesemnificative au fost setate ca 0.

Toate calculele au fost efectuate pe baza transformării r în z a lui Fisher înainte ca mărimile efectului eșantioanelor să fie incluse în meta-analiza noastră. Mărimea medie a efectului ponderată a fost transformată înapoi în r în scopul interpretării. În analizele mărimii efectului am utilizat un random-effects model, care presupune că studiile incluse în această meta-analiză au fost extrase aleator dintr-o populație de studii. Toate analizele

au fost efectuate utilizând pachetele statistice R pentru meta-analiză “MAc” (Del Re & Hoyt, 2010) și “metafor” (Viechtbauer, 2010).

Eterogenitatea a fost evaluată utilizând indicii statistici Q și I^2 (Higgins & Thompson, 2002). Pentru identificarea biasului de publicare, asimetria a fost testată pe baza corelațiilor de rang (Begg & Mazumdar, 1994) și testelor de regresie (Egger, Smith, Schneider, & Minder, 1997). În plus, un funnel plot a fost examinat utilizând proceduri de tip „trim and fill” (Duval & Tweedie, 2000).

Resultate

Caracteristici descriptive

Caracteristicile participanților. Numărul total de participanți din cele 83 de studii, cuprinzând 100 de eșantioane diferite (eșantioane independente) a fost 16,110. Media de vârstă ponderată de mărimea eșantionului a fost de 29.4 ani (SD = 10.45), cu un minim de 12.5 ani și un maxim de 72.5 ani.

Caracteristicile studiului. Cele 83 de studii cuprinzând 100 de eșantioane diferite incluse în meta-analiza noastră au fost publicate între anii 1972 și 2013, cu mediana în anul 1994. Șaizeci și două de eșantioane au fost localizate în Statele Unite, 14 în România, 7 în Marea Britanie, 4 în Australia și câte unul în Franța, Emiratele Arabe Unite, Turcia, Spania, Grecia, Olanda, Singapore și Rusia; un studiu a inclus participanți atât din Statele Unite, cât și din Rusia.

Măsurători ale credințelor iraționale și distresului psihologic. Cele mai frecvent folosite măsurători ale credințelor iraționale au fost IBT (Jones, 1968) ($k = 23$), SPB (Kassinove, 1986) ($k = 18$), IBS (Malouff & Schutte, 1986) ($k = 15$), și ABS/GABS (Burgess, 1986; Bernard, 1990; DiGiuseppe et al., 1988; Lindner et al., 1999) ($k = 15$). Cele mai frecvent folosite măsurători ale distresului psihologic au fost BDI (Beck et al., 1996) ($k = 25$), STAI (Spielberger et al., 1983) ($k = 21$), POMS (McNair et al., 1971) ($k = 10$) și raportări cu un singru item (itemi emoționali evaluați pe o scală Likert; ex., anxietate, depresie, furie) ($k = 8$).

Tipuri de credințe iraționale și distres psihologic. Tipurile de credințe iraționale au fost măsurate după cum urmează: trebuie absolutist a fost măsurat în 40 de eșantioane, catastrofa în 22, toleranța scăzută la frustrare în 24 de eșantioane și evaluarea globală în 22 de eșantioane. Tipurile de distres psihologic (emoții disfuncționale negative) au fost măsurate astfel: distresul general a fost măsurat în 26 de eșantioane, depresia în 47, anxietatea în 44, furia în 17 și vina în 6.

Relațiile dintre credințele iraționale și distresul psihologic global

Test omnibus. Efectul global al analizei modelului necondiționat ($K = 100$) a fost $r = .38$ (95% CI = .34, .42). Mărimile efectului prezintă un grad semnificativ de heterogenitate în ($Q = 904.88$, $p < .001$; $I^2 = 89\%$, CI = .34 to .42), indicând că unul sau mai multe variabile existente la nivelul studiilor ar putea explica variabilitatea mărimilor efectului.

Bias-ul de publicare. Pentru a testa dacă studiile incluse în meta-analiză indică vreun bias de publicare a fost generat un funnel plot (Figura 1). Testele de semnificație ale asimetriei indică că în studiile incluse nu a existat un bias de publicare ($p > .22$). Procedura trim and fill (Duval & Tweedie, 2000) a estimat că un singur studiu este suficient pentru a atinge o simetrie completă; studiul respectiv este reprezentat în Figura 1.

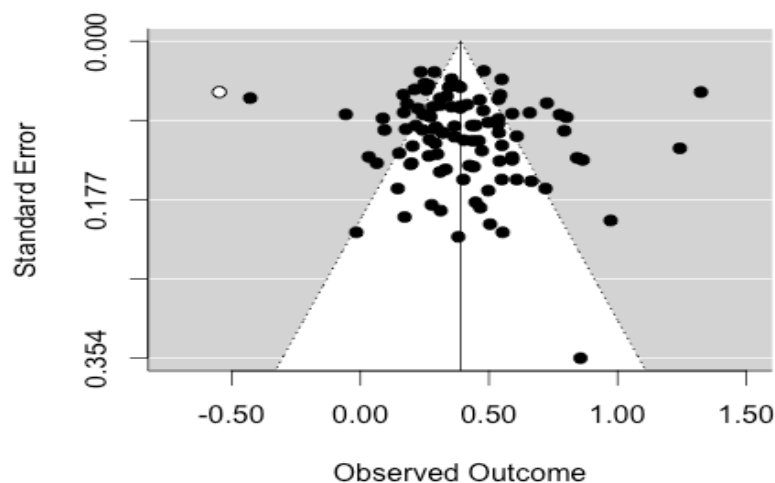


Figura 1. Funnel plot pentru mărimile efectului relației dintre credințele iraționale și distresul psihologic. Bara verticală reprezintă mărimea medie ponderată a efectului. Punctele negre reprezintă studiile incluse în meta-analiză. Punctul alb reprezintă studiul care ar fi fost necesar pentru atingerea unei simetrii complete.

Analiza de moderare pe întregul eșantion

Măsurători ale distresului. Scala cu care a fost măsurat distresul nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre credințele iraționale și distresul psihologic pe eșantionul global. ($Q_b[4] = 9.25, p > .05$).

Relațiile dintre credințele iraționale și tipurile de distres psihologic

Testul omnibus. Am evaluat mărimea efectului globală pentru fiecare tip de distres psihologic (vezi Tabel 1). Așa cum este arătat în Tabelul 1, relația dintre credințele iraționale și fiecare tip de distres a fost semnificativă statistic. Mai mult, a existat heterogenitate semnificativă pentru fiecare tip de distres. Prin urmare, în următoarele secțiuni vom include analize de moderare pentru fiecare tip de distres.

Tabelul 1. Mărimea efectului pentru diverse tipuri de distress psihologic

Tipul distresului	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	95% <i>CI</i>	<i>Q</i>	<i>F</i> ²
Distres general	26	4,290	.36**	[.27, .44]	243.2**	89%
Depresie	47	8,278	.33**	[.26, .39]	463.06**	90%
Anxietate	44	5,911	.41**	[.31, .5]	752.99**	94%
Furie	17	3,046	.25**	[.17, .32]	72.86**	76%
Vinovăție	6	1,270	.29*	[.02, .52]	122.15**	95%

Notă. *k* este numărul mărimilor efectului incluse în fiecare analiză; ** $p < .001$, * $p < .05$

Analize de moderare în cadrul tipurilor de distres

Datorită numărului mic de studii, nu am putut efectua analize de moderare în cazul vinei. În plus, pentru venit, status marital și status ocupațional, nu au fost suficiente studii pentru a testa aceste variabile ca posibili moderatori în niciunul din tipurile de distres.

Măsurătorile ale credințelor iraționale. Scala cu care s-au măsurat credințele iraționale nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre credințe iraționale și distres general ($Q_b [4] = 1.13$, $p > .05$; vezi Tabel 2). Totuși, așa cum este indicat în Tabelul 2, măsurătorile credințelor iraționale au moderat asocierea dintre credințe iraționale și depresie ($Q_b [4] = 16.36$, $p < .05$) și asocierea dintre credințe iraționale și anxietate ($Q_b [4] = 12.38$, $p < .05$; vezi Tabel 2).

Tabelul 2. Scala de credințe iraționale ca moderator al asocierii credințe iraționale – distres psihologic

Măsurători	Tipul de distres		
	Distres general ($Q = 1.13$; $p > .05$)	Depresie ($Q = 16.36$; $p < .05$)	Anxietate ($Q = 12.38$; $p < .05$)
IBT	.50* (k = 2)	.46** (k = 10)	.50** (k = 12)
IBS	.30* (k = 5)	.41** (k = 7)	.45** (k = 7)
ABS	.40** (k = 6)	.45** (k = 6)	.73** (k = 3)
SPB	.37* (k = 4)	.17* (k = 11)	.28* (k = 9)
Altele	.33** (k = 9)	.25** (k = 13)	.29* (k = 13)

Notă. IBT - Irrational Beliefs Test; IBS - Irrational Belief Scale; ABS - Attitude and Beliefs Scale; SPB - Survey of Personal Beliefs; Altele – alte instrumente folosite pentru măsurarea credințelor iraționale în afară de cele principale. k este numărul mărimilor efectului incluse în fiecare analiză; ** $p < .001$, * $p < .05$

Tipul de credințe iraționale. Așa cum se poate observa în Tabelul 3, nu am identificat niciun rezultat semnificativ pentru tipul de credințe iraționale ca moderator al asocierii dintre credințe iraționale și depresie ($Q_b [3] = 5.81$, $p > .05$), sau al asocierii dintre credințe iraționale și anxietate ($Q_b [3] = 0.54$, $p > .05$).

Tabelul 3. Tipul credințelor iraționale ca moderator al asocierii credințe iraționale – distres psihologic

Tipul credințelor iraționale	Tipuri de distres	
	Depresie ($Q = 5.81$; $p > .05$)	Anxietate ($Q = .54$; $p > .05$)
DEM	.19** ($k = 8$)	.32* ($k = 9$)
AWF/CAT	.20** ($k = 7$)	.30 ($k = 2$)
FI/LFT	.39** ($k = 4$)	.40* ($k = 7$)
GE	.20* ($k = 6$)	.24 ($k = 2$)

Notă. DEM – demandingness (trebuie absolutist); AWF/CAT – awfulizing/catastrophizing (catastrofare); FI/LFT – frustration intolerance/low frustration tolerance (intoleranță la frustrare/toleranță scăzută la frustrare); GE - global evaluation (evaluare globală). k este numărul mărimilor efectului incluse în fiecare analiză; ** $p < .001$, * $p < .05$

Intoleranța la frustrare versus alte tipuri de credințe iraționale. A fost observată o varianță crescută în ceea ce privește asocierea dintre credințele iraționale și distres pentru diferite tipuri de credințe iraționale; intoleranța la frustrare a arătat cea mai mare asociere. Prin urmare, am efectuat o analiză exploratorie contrastând intoleranța la frustrare cu toate celelalte tipuri de credințe iraționale (trebuie absolutist, catastrofare, evaluare globală) în cazul fiecărui tip de distres psihologic (vezi Tabelul 4). Un efect semnificativ de moderare al intoleranței la frustrare versus toate celelalte tipuri de credințe iraționale a fost obținut în cazul depresie ($Q_b [1] = 4.48$, $p < .05$), anxietății ($Q_b [1] = 3.97$, $p < .05$), furiei ($Q_b [1] = 3.89$, $p < .05$) și vinei ($Q_b [1] = 6.37$, $p < .05$), dar nu și în cazul distresului general ($Q_b [1] = 1.67$, $p > .05$). Așa cum este indicat de contrastele directe pentru tipurile de distres psihologic prezentate în Tabelul 4, relația dintre intoleranța la frustrare și distres a fost semnificativ mai mare decât relația dintre toate celelalte tipuri de credințe iraționale luate împreună și distres.

Tabelul 4. Intoleranța la frustrare/ toleranța scăzută la frustrare versus alte tipuri de credințe iraționale

FI/LFT vs. Altele	Tipuri de distres			
	Depresie	Anxietate	Furie	Vinovăție
	Q = 4.48	Q = 3.97	Q = 3.89	Q = 6.37
	p < .05	p < .05	p < .05	p < .05
FI/LFT	.38** (k = 6)	.47** (k = 9)	.30** (k = 5)	.36** (k = 3)
Altele	.22** (k = 19)	.24* (k = 11)	.16** (k = 8)	.00 (k = 3)

Notă. FI/LFT – frustration intolerance/low frustration tolerance (intoleranță la frustrare/toleranță scăzută la frustrare); Altele – alte tipuri de credințe iraționale (i.e., trebuie absolutist, catastrofare, evaluare globală). *k* este numărul mărimilor efectului incluse în fiecare analiză; ** $p < .001$, * $p < .05$

Distres auto-raportat versus raportat de observator. Asocierea dintre credințele iraționale și depresie nu a fost semnificativ diferită în funcție de modul în care depresia a fost măsurată - autoraportată sau măsurată din perspectiva unui observator ($Q_b [1] = .69$, $p > .05$). Nu am putut efectua analize pentru distres general, anxietate și furie deoarece nu au fost suficiente studii pentru fiecare categorie a moderatorului ($k < 2$).

Credințe iraționale generale versus specifice. Relația dintre credințele iraționale și distresul psihologic nu a diferit semnificativ în funcție de măsura în care credințele iraționale au fost măsurate general sau specific în cazul distresului general ($Q_b [1] = .65$, $p > .05$), depresiei ($Q_b [1] = .001$, $p > .05$) și anxietății ($Q_b [1] = .26$, $p > .05$). Nu am putut efectua aceste analize și pentru furie deoarece nu am avut suficiente studii pentru fiecare categorie a moderatorului ($k < 2$).

Credințe iraționale manipulate versus non-manipulate. Asocierea dintre credințe iraționale și distres general, precum și anxietate nu a diferit în funcție de faptul că credințele iraționale au fost manipulate sau doar măsurate ($Q_b [1] = 2.91$, $p > .05$ pentru distres general; $Q_b [1] = .04$, $p > .05$ pentru anxietate). Nu am putut realiza aceste analize pentru depresie și furie deoarece nu am avut suficiente studii în fiecare modalitate a moderatorului ($k < 2$).

Decalajul de timp dintre măsurarea credințelor iraționale și a distresului psihologic. Deoarece cea mai mare parte a studiilor au raportat că credințele iraționale și distresul psihologic au fost măsurate fie în același timp sau la timpi diferiți, am analizat suprapunerea temporală a măsurătorilor ca pe un moderator dihotomic. Analiza nu a indicat niciun efect semnificativ de moderare pentru niciunul din tipurile de distres: distres general ($Q_b [1] = 0.58$, $p > .05$), depresie ($Q_b [1] = 1.40$, $p > .05$), anxietate ($Q_b [1] = .03$, $p > .05$) și furie ($Q_b [1] = 0$, $p > .05$).

Evenimente stresante. În privința evenimentelor stresante, am efectuat trei contraste directe: (a) eveniment stresant present versus absent, (b) eveniment stresant real/natural versus indus experimental și (c) eveniment stresant relevant versus irelevant personal. Pentru (a), am obținut rezultate semnificative în cazul depresiei ($Q_b [1] = 7.87, p < .05$); asocierea dintre credințe iraționale și depresie a fost mai mare în prezența unui eveniment stresant ($r = .67, p < .001, k = 2$) decât în absența unui eveniment stresant ($r = .30, p < .001, k = 42$). Pentru (b), am obținut de asemenea un rezultat semnificativ pentru distresul general ($Q_b [1] = 4.77, p < .05$); o asociere mai puternică între credințele iraționale și distresul general a fost raportată când evenimentul stresant a fost indus experimental ($r = .55, p < .001, k = 2$) față de situațiile în care evenimentul stresant era real/natural ($r = .32, p < .001, k = 7$). Pentru (c), nu am obținut un efect semnificativ de moderare al relevanței personale a evenimentului stresant nici pentru anxietate, nici pentru depresie ($Q_b [1] = 1.002, p > .05$ pentru anxietate; $Q_b [1] = .22, p > .05$ pentru depresie).

Vârsta și genul. Vârsta participanților a fost un moderator semnificativ al relației dintre credințe iraționale și furie ($Q_b [1] = 4.57, p < .05, k = 11$). Pentru fiecare unitate de creștere în vârstă, am obținut o creștere cu .04 în asocierea dintre credințele iraționale și furie ($p < .05$). Pentru toate celelalte tipuri de distres psihologic, vârsta nu a fost un moderator semnificativ. Genul nu a fost un moderator semnificativ pentru niciunul dintre tipurile de distres psihologic.

Statusul educational. Statusul educational a fost moderator semnificativ pentru asocierea dintre credințele iraționale și distres în distresul general ($Q_b [1] = 4.02, p < .05$) și furie ($Q_b [1] = 15.52, p < .05$). Asocierea cu distresul general a fost semnificativ mai mică în cazul studenților ($r = .30, p < .001, k = 16$), decât în rândul subiecților din eșantioane non-universitare ($r = .46, p < .001, k = 10$). În mod similar, asocierea cu furia a fost mai mică în rândul studenților ($r = .19, p < .001, k = 14$) decât în rândul eșantioanelor non-universitare ($r = .52, p < .001, k = 3$). Nu am obținut rezultate semnificative în cazul depresiei ($Q_b [1] = .57, p > .05$) și anxietății ($Q_b [1] = .18, p > .05$).

Statusul clinic. Statusul clinic al participanților a fost un moderator semnificativ al asocierii dintre credințe iraționale și furie ($Q_b [1] = 10.62, p < .05$). Această asociere a fost mai intensă în eșantioanele clinice ($r = .54, p < .001, k = 3$) comparativ cu eșantioanele nonclinice ($r = .21, p < .001, k = 14$). Totuși, statusul clinic nu a fost un moderator semnificativ în cazul distresului general, ($Q_b [1] = .29, p > .05$), depresiei ($Q_b [1] = .1, p > .05$) sau anxietății ($Q_b [1] = .52, p > .05$).

Statusul de dezvoltator/validator al autorului(ilor). Statusul de dezvoltator/validator al scalei de măsurare a credințelor iraționale al autorului(ilor) a moderat asocierea dintre credințe iraționale și distres psihologic în cazul depresiei ($Q_b [1] = 5.97, p < .05$) și furiei ($Q_b [1] = 6.01, p < .05$). Asocierea dintre credințe iraționale și depresie a fost semnificativ mai mică atunci când oricare dintre autori era dezvoltator/validator ($r = .22, p < .001, k = 15$) decât când niciunul dintre autori nu era dezvoltator/validator ($r = .38, p < .001, k = 32$). În mod similar, asocierea dintre credințe iraționale și furie a fost semnificativ mai mică atunci când unul din autori era dezvoltator/validator ($r = .15, p < .05, k = 7$) decât când niciunul dintre autori nu era dezvoltator/validator ($r = .33, p < .001, k = 10$). Statutul de dezvoltator/validator al autorului(ilor) nu a moderat asocierea dintre credințe iraționale și distres pentru distres general ($Q_b [1] = .96, p > .05$) și anxietate ($Q_b [1] = .91, p > .05$).

Anul publicării și locul. Nu am identificat niciun efect semnificativ pentru anul

publicării în niciunul din tipurile de distres psihologic ($Q_b [1] = 1.13, p > .05$ pentru distres general; $Q_b [1] = 2.97, p > .05$ pentru depresie; $Q_b [1] = .22, p > .05$ pentru anxietate; $Q_b [1] = .07, p > .05$ pentru furie). Întrucât 62 de eşantioane erau din SUA, am construit o variabilă categorială, SUA versus toate celelalte ţări, pentru a coda locaţia în care au fost făcute studiile. Folosind această categorizare, nu am obţinut niciun efect semnificativ pentru ţara de origine în niciunul din tipurile de distres psihologic ($Q_b [1] = .05, p > .05$ pentru distres general; $Q_b [1] = 3.05, p > .05$ pentru depresie; $Q_b [1] = .13, p > .05$ pentru anxietate; $Q_b [1] = 2.54, p > .05$ pentru furie).

(Dis)funcţionalitatea răspunsului emoţional

În timp ce asocierea dintre credinţele iraţionale şi emoţiile negative disfuncţionale per ansamblu (anxietate, depresie, furie, vină) a fost semnificativă ($r = .34, p < .001, k = 73$), asocierea dintre credinţele iraţionale şi emoţiile negative funcţionale per ansamblu (preocupare, tristeţe, iritare, regret) nu a fost semnificativă ($r = .19, p > .05, k = 4$).

Discuţii

Pe baza celor 100 de eşantioane independente adunate din 83 de studii primare, publicate în 13 ţări diferite, în ultimii 60 de ani, meta-analiza de faţă a testat o ipoteză centrală în această paradigmă teoretică, anume relaţia dintre credinţele iraţionale şi distresul psihologic. Per ansamblu, rezultatele noastre indică o relaţie moderată (overall $r = .38$), dar robustă între distresul psihologic şi credinţele iraţionale. Niciuna din variabilele luate în considerare nu s-a dovedit a fi un moderator semnificativ al relaţiei dintre intensitatea credinţelor iraţionale şi nivelul de distres, cu următoarele excepţii: scala cu care s-au măsurat credinţele iraţionale, tipurile de credinţe iraţionale (în special intoleranţa la frustrare), evenimentul stresant, vârsta, statusul educaţional, statusul clinic şi statutul de dezvoltator/validator al autorului(ilor).

Contrar ipotezelor noastre, scala cu care s-a măsurat distresul nu a moderat semnificativ relaţia dintre credinţe iraţionale şi distresul psihologic. Totuşi, atunci când analizele au fost efectuate pe tipuri specifice de distres, scala cu care s-au măsurat credinţele iraţionale s-a dovedit a fi un moderator semnificativ în cazul depresiei şi anxietăţii, dar nu şi în cazul distresului general (numărul de studii pentru fiecare modalitate a moderatorului a fost insuficient pentru analize în cazul vinei şi furiei). Oarecum contrar scalelor de măsurare a credinţelor iraţionale, tipul de credinţe iraţionale nu a moderat semnificativ relaţia dintre credinţe iraţionale şi distresul psihologic în cazul depresiei şi anxietăţii, pentru care a existat un număr suficient de mare de studii pentru a permite analize de moderare. Totuşi, intoleranţa la frustrare s-a dovedit a avea o corelaţie semnificativ mai mare cu toate tipurile de distres comparativ cu toate celelalte tipurile de credinţe iraţionale împreună. În privinţa evenimentelor stresante care ofereau contextul pentru evaluare, am obţinut rezultate semnificative pentru depresie şi distres general. În mod specific, asocierea dintre credinţe iraţionale şi depresie a fost mai mare în prezenţa decât în absenţa unui eveniment stresant. Contrar aşteptărilor noastre, o asociere mai puternică între credinţele iraţionale şi distresul general a fost raportată când evenimentul stresant a fost indus experimental, comparative cu cazurile în care evenimentul era real/natural. Totuşi, nu putem trage concluzii ferme pentru ambele tipuri de distres în baza acestor rezultate întrucât numărul de studii incluse în fiecare modalitate a moderatorului a fost foarte mic, reducând puterea statistică.

Statusul educaţional a fost un moderator semnificativ al asocierii dintre credinţe iraţionale şi distres în cazul distresului general şi al furiei; aşa cum era preconizat,

asocierea a fost semnificativ mai mică în cazul studenților comparativ cu eșantioanele care nu includeau studenți. Statusul clinic al participanților a fost de asemenea un moderator semnificativ, asocierea dintre credințe iraționale și furie fiind semnificativ mai mare în eșantioane clinice comparative cu eșantioane non-clinice. Totuși, acest rezultat ar trebui interpretat cu precauție întrucât numărul eșantioanelor clinice pentru furie a fost mic (3). Vârsta participanților a fost un moderator semnificativ al relației dintre credințe iraționale și furie; asocierea dintre credințe iraționale și furie a crescut cu vârsta.

În studiile incluse, nu am găsit niciun indicator al existenței unui bias de publicare, nici per ansamblu, nici în subgrupuri. Contrar ipotezelor noastre, corelația dintre credințele iraționale și distresul psihologic a fost semnificativ mai mică în studiile derulate de către cercetători care erau dezvoltatori/validatori ai unei scale de credințe iraționale, comparative cu studiile derulate de către cercetători care nu erau dezvoltatori/validatori. Acest rezultat este oarecum contraintuitiv și s-ar putea datora aderenței stricte a dezvoltatorilor la standardele științifice și/sau investiției lor sporite în dezvoltarea celor mai valide măsurători ale credințe iraționale care să fie minim contaminate cu itemi emoționali. În final, un rezultat interesant a fost faptul că asocierea dintre credințe iraționale și emoții negative funcționale (ex., preocupare, tristețe, iritare, regret) nu a fost semnificativă, în timp ce asocierea dintre credințe iraționale și emoții negative disfuncționale (ex., anxietate, depresie, furie, vină) a fost semnificativă.

Limite

Meta-analiza de față prezintă câteva limite. În primul rând, în ciuda câtorva studii experimentale incluse în meta-analiză, cercetarea de față nu ne permite să tragem concluzii puternice referitoare la relația cauzală dintre credințe iraționale și distres psihologic. Pentru că efectele investigate nu au fost induse experimental, acestea ar putea fi influențate de alte variabile care nu au fost controlate (Little, Preacher, Selig, & Card, 2007). În al doilea rând, studiile incluse în meta-analiză au fost derulate predominant într-un context cultural occidental (nici un studiu din cele incluse nu a fost derulat în Asia). Prin urmare, studii viitoare ar trebui să testeze dacă rezultatele obținute de noi sunt aplicabile și în alte contexte culturale. În al treilea rând, aproape toate studiile incluse în meta-analiză au inclus măsurători autoraportate ale constructelor investigate. Prin urmare, cercetări viitoare ar beneficia de includerea măsurătorilor bazate pe cotearea observatorului (e.g., raportări ale clinicianului sau partenerului) și de interviuri de diagnosticare pentru a controla posibilele biasuri apărute ca urmare a măsurătorilor autoraportate. În al patrulea rând, deși scalele de credințe iraționale, distres general, și anxietate nu se suprapun de obicei în conținut, scalele de depresie includ de obicei unul sau doi itemi care sunt apropiați conceptual cu cei ai credințelor iraționale. În al cincilea rând, majoritatea studiilor au fost efectuate pe eșantioane subclinice sau nonclinice (persoane fără un diagnostic clinic). Cercetări viitoare vor fi necesare pentru a investiga dacă mecanisme psihologice comparabile leagă credințele iraționale de distresul psihologic și în eșantioane clinice. În al șaselea rând, studiile pe vinovăție și emoții negative funcționale (preocupare, tristețe, iritare, regret) nu au fost atât de numeroase precum studiile pe distress general, depresie, anxietate și furie. În al șaptelea rând, această meta-analiză a fost focalizată pe asocierea dintre credințe iraționale și distress psihologic² și prin urmare a exclus scalele/subscalele de credințe raționale. Studii viitoare

² În eșantionul nostru de studii, am găsit un k de 5 studii care au raportat și relația dintre credințe raționale și distress psihologic.

ar trebui să investigheze relația dintre credințe iraționale și/sau credințe raționale și emoții pozitive și negative, precum și emoții funcționale și disfuncționale în același timp, în timpul unor evenimente activatoare diverse.

Concluzii

Această meta-analiză sumarizează rezultatele cantitative referitoare la relația dintre credințe iraționale și diverse tipuri de stres psihologic din studiile empirice derulate în ultimii 60 de ani. Rezultatele arată că puterea asocierii dintre credințele iraționale și diverse tipuri de stres psihologic este modestă; această relație este însă robustă și se păstrează de-a lungul diverselor tipuri de populații, măsurători, și design-uri ale studiilor. Din punct de vedere clinic, o înțelegere mai bună a rolului credințelor iraționale în diverse condiții clinice îi va ajuta pe clinicieni să desfășoare cercetare translațională pentru a genera și testa intervenții mai puternice care să țintească în mod eficient credințele iraționale cu scopul reducerii stresului și îmbunătățirii sănătății mentale.

Studiul 2. Convingerile fundamentale, gândurile automate și expectanțele de răspuns în prezicerea anxietății de vorbit în public^{3,4}

O distincție în cognițiile care constituie obiectul intervenției în diverse forme de Terapie Cognitiv-Comportamentală (Cognitive-Behavioral Therapy; CBT) este între convingeri fundamentale, care sunt mai generale și nu ușor accesibile în mod direct (ex., „Sunt o persoană fără valoare”) și gânduri mai specifice, adesea activate automat în situații specifice (ex., „O să râdă de mine”). În conformitate cu teoria CBT (Beck, 1995; Ellis, 1994), în situații specifice, convingerile fundamentale (ex., credințele iraționale) generează, prin biasarea procesării informaționale a evenimentelor activatoare specifice, credințe mai specifice în forma gândurilor automate care apoi generează emoții și comportamente disfuncționale. Atât convingerile fundamentale, cât și gândurile specifice pot fi descrieri (ex., „Camera e plină de oameni”), inferențe (ex., „O să râdă de mine”), sau evaluări (ex., „Trebuie să nu râdă de mine și este groaznic dacă o fac”); cu toate acestea, dacă nu sunt evaluate, credințele descriptive și inferențiale nu generează direct emoții, deși acestea pot genera comportamente (David, 2003; Lazarus, 1991).

În afara cognițiilor adresate în mod tradițional în CBT, o literatură robustă (Kirsch, 1985) ilustrează impactul expectanțelor de răspuns (ex., ce așteaptă indivizii în ceea ce privește răspunsurile nonvolitionale) asupra răspunsurilor emoționale. Kirsch (1990) a emis ipoteza că expectanțele de răspuns sunt suficiente să determine răspunsuri nonvolitionale, nu sunt mediate de alte variabile cognitive și au rol de autoconfirmare. Cu toate acestea, el a recunoscut că ipoteza expectanțelor de răspuns nu diferă de alte relații dintre cogniții și experiențe emoționale presupuse a fi cauzale, cum ar fi teoria lui Beck, din moment ce expectanțele de răspuns pot fi conceptualizate ca și gânduri automate inferențiale. Problema „efectului direct” pare a fi contradictorie cu ideea că descrierile/inferențele nu pot genera direct emoții doar dacă acestea sunt evaluate (David,

³ Acest studiu a fost acceptat spre publicare: Vișlă, A., Cristea, I. A., Szentágotai Tatar, A., & David, D. (2013). Core beliefs, automatic thoughts and response expectancies in predicting public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 856-859. doi:10.1016/j.paid.2013.06.003. ISI Impact factor: 1.861

⁴ Datele folosite în acest studiu au fost anterior utilizate pentru obținerea diplomei de master; analizele incluse în acest studiu sunt suplimentare însă celor incluse în teza de disertație.

2003). Prin urmare, rolul expectanțelor de răspuns în teoria generală a CBT are nevoie de clarificări viitoare.

Toate aceste tipuri de cogniții disfuncționale au fost asociate cu diverse măsurători ale stresului și psihopatologiei (ex., David, Schnur, & Belloiu, 2002; Hofmann & DiBartolo, 2000; Szentagotai & Freeman, 2007; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastyrnak, 1997). Cu toate acestea, doar câteva studii au investigat cum combinații ale acestor constructe se relaționează cu stresul. De exemplu, Szentagotai și Freeman (2007) au găsit că impactul credințelor iraționale generale asupra depresiei a fost mediat de gânduri automate. Montgomery, David, DiLorenzo, și Schnur (2007) au arătat că impactul credințelor iraționale generale asupra stresului a fost mediat de expectanțele de răspuns. Cu toate acestea, nu am găsit studii empirice care să combine toate aceste constructe (credințe iraționale, gânduri automate, expectanțe de răspuns) și stres în același design, chiar dacă relațiile dintre acestea au fost discutate la nivel teoretic (vezi Beck, 1995; Ellis, 1994).

Scopul studiului de față a fost să clarifice relațiile dintre credințele fundamentale, gândurile automate specifice și expectanțele de răspuns în ceea ce privește contribuția acestora la anxietatea de a vorbi în public. Relația dintre aceste constructe cognitive nu a fost investigată în contextul vorbitului în public sau pe subiecți cu anxietate socială. Ne așteptăm, pe baza literaturii anterioare, ca impactul cognițiilor mai generale precum credințele iraționale asupra anxietății de vorbit în public să fie mediat de credințe mai specifice precum gânduri automate negative și expectanțe de răspuns. Investigarea relației dintre ultimele două este exploratorie. Pentru a ne atinge obiectivele, am folosit o tehnologie inovatoare bazată pe realitatea virtuală.

Metodă

Participanți

Nouăzeci și nouă de studenți de nivel licență (92 participanți de sex feminin și 7 participanți de sex masculin; media vârstei = 20.25; SD = 8.21) au luat parte în studiu în schimbul creditelor de curs. Participanții au fost selectați dacă au avut un scor de 30 sau mai mare la Liebowitz Social Anxiety Scale- Self-Report (LSAS-SR; Fresco și colab., 2001).

Măsurători

Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report Version (LSAS-SR; Liebowitz, 1987; Fresco și colab., 2001) măsoară anxietatea socială prin evaluarea fricii și evitării pe care individul le poate resimți în situații de interacțiune socială sau de performanță. Un cut-off point de 30 este considerat un indicator al diagnosticului de fobie socială. Am folosit versiunea self-report a LSAS, care a fost tradusă în limba română. Datele indică o fidelitate excelentă (Alpha Cronbach = .93).

General Attitude and Beliefs Scale, Short Form (GABS – SF; Lindner, Kirkby, Wertheim, & Birch, 1999) este o scală de 26 de itemi construită pentru a măsura credințele raționale și iraționale generale (cu precădere evaluative). GABS-SF a fost adaptat și validat pe populația românească (Trip, 2007), cu o bună fidelitate (Alpha Cronbach = .81).

Self-Statements During Public Speaking (SSPS; Hofmann & DiBartolo, 2000) este un chestionar care evaluează gândurile de frică asociate cu vorbitul în public. Acest chestionar scurt de 10 itemi cuprinde două subscale de câte 5 itemi, subscala Positive Self-Statements (SSPS-P) și subscala Negative Self-Statements (SSPS-N). SSPS a fost

tradus special pentru acest studiu. Alpha Cronbach în acest eșantion a fost .78 pentru SSPS-P și .81 pentru SSPS-N.

Visual Analogue Scale (VAS). VAS de 10 centimetri, care măsoară expectanțele referitoare la anxietatea resimțită înainte de a susține discursul, a fost administrat. Participanții au trebuit să indice cât de anxioși se așteaptă să se simtă înainte de a susține discursul.

The short form of the State version of the State-Trait Anxiety Inventory (mSTAI; Marteau & Bekker, 1992) conține 6 itemi selectați din versiunea originală a STAI. Le cere participanților să coteze propoziții referitoare la starea acestora în termeni de intensitate percepută. Alpha Cronbach în acest eșantion a fost .81.

Procedură

După semnarea consimțământului informat, participanții au completat GABS-SF și SSPS. Participanților li s-au spus că trebuie să susțină un discurs de 3 minute în fața unei audiențe virtuale pe o temă anunțată acestora chiar înainte de începerea discursului, și li s-au cerut să indice cât de anxioși se așteaptă să se simtă în timp ce susțin discursul (VAS). O listă cu teme de discurs pe probleme sociale, economice, și politice controversate (ex., jocurile pe calculator violent ear trebui interzise) a fost construită și fiecare subiect a primit o temă diferită. Mediul VR (Grapp, 2004) a constatat într-o audiență virtuală aranjată într-o cameră de mărime medie (15-20 persoane), în care participantul a luat poziția celui care vorbește în fața podiumului. Anxietatea subiectivă (mSTAI) a fost măsurată chiar înainte de începerea discursului. În final, participanților li s-a cerut să susțină discursul.

Analiza datelor

Au fost realizate corelații și analize de mediere. Pentru analizele de mediere, am folosit procedura bootstrapping pentru evaluarea efectelor indirecte (Preacher & Hayes, 2008). Indicele kappa-square (i.e., κ^2) a lui Preacher și Kelley (2011) a fost raportat ca mărime a efectului pentru modelele de mediere care au fost semnificative, precum și intervalele de încredere corespondente.

Rezultate

Corelațiile între variabilele considerate sunt prezentate în Tabelul 1. Pentru analizele de mediere, am folosit testele bootstrapping cu 5000 de re-eșantionări, și am raportat bias corrected and accelerated confidence interval (Preacher & Hayes, 2008). Se consideră mediere când intervalul de încredere pentru estimarea efectului indirect nu conține 0. Din moment ce acesta a fost în primul rând un studiu exploratoriu, am testat alternativ toate modelele de mediere posibile folosind anxietatea legată de discurs ca și outcome.

Tabelul 1. Corelațiile dintre variabilele cognitive și emoționale considerate

<i>Variabile cognitive</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Credințe iraționale generale (GABS-SF)	—			
Expectanțele de răspuns pentru anxietate (VAS)	.28*	—	—	
Gânduri automate negative (SSPS-N)	.42*	.48*	—	
<i>Variabile emoționale</i>				
Anxietate (mSTAI)	.31*	.40*	.47*	—

Notă. GABS-SF - General Attitude and Beliefs Scale, Short Form; VAS -Visual Analogue Scale; SSPS-N - Self-Statements During Public Speaking, Negative Self-Statements Subscale; mSTAI - Short form of the State version of the State-Trait Anxiety Inventory; * $p < .05$ corectat cu Bonferroni Holm pentru comparații multiple

Rezultatele (vezi Figura 1) indică faptul că expectanțele de răspuns au mediat relația dintre credințe iraționale generale și anxietatea legată de discurs, efect indirect = .02, $SE = .01$, 95% CI (bias corrected and accelerated) = .008 to .053; $\kappa^2 = .09$, 95% CI (bias corrected) = .02 to .19. Relația dintre credințe iraționale generale și anxietate a fost mediată și de gânduri automate negative specifice vorbitului în public, efect indirect = .04, $SE = .01$, 95% CI (bias corrected and accelerated) = .021 to .088; valoarea κ^2 a fost .17, 95% CI (bias corrected) = .07 to .29. Nu s-a găsit nici o dovadă de mediere în modelele alternative. Am testat și două modele de mediere multiplă în care mediatorii se influențează reciproc, bazându-ne pe rezultatele obținute în modelele de mediere simple: (1) cu expectanțele de răspuns ca mediator 1 și gândurile automate negative specifice vorbitului în public ca mediator 2; (2) cu gândurile automate negative specifice vorbitului în public ca mediator 1 și expectanțele de răspuns ca mediator 2. Am folosit credințele iraționale generale ca predictor și anxietatea legată de discurs ca outcome. Rezultatele (vezi Figura 1) indică mediere semnificativă doar când expectanțele de răspuns sunt mediatorul 1 și gândurile automate negative specifice vorbitului în public - mediatorul 2 (model 1), efect indirect = .009, $SE = .005$, 95% CI (bias corrected and accelerated) = .002 to .026.

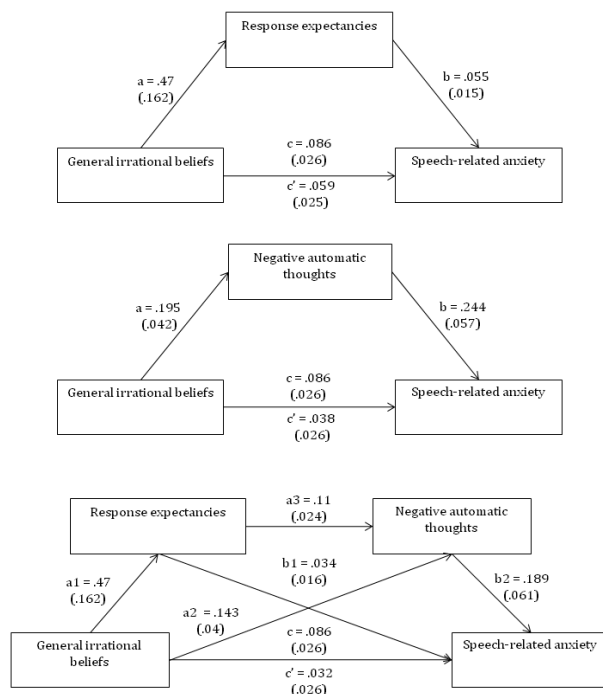


Figura 1. Mediere simplă și multiplă. Valorile reprezintă coeficienți de regresie nestandardizați și erorile lor standard (în paranteze).

Discuții

În conformitate cu teoriile prezentate, precum și cu studiile anterioare (ex., Hofmann & DiBartolo, 2000; Schoenberger și colab., 1997) și cu ipotezele noastre, rezultatele obținute susțin asocieri semnificative între constructele cognitive investigate și anxietatea de a vorbi în public. Asocierile dintre cogniții au fost medii spre mari, ceea ce poate sugera că acestea reflectă concepte relaționale, dar totuși diferite.

Rezultatele noastre sunt în conformitate cu analizele de mediere obținute de Montgomery și colab. (2007), și Szentagotai și Freeman (2007), în care relația dintre credințe iraționale și distres este mediată de expectanțe de răspuns, respectiv de gânduri automate. După cum am precizat anterior, credințele iraționale sunt conceptualizate ca și credințe fundamentale, codate ca scheme (Beck, 1995; Ellis, 1994), care sunt mai generale și nu ușor de experiențiat în mod direct. În situații stresante specifice, cum ar fi susținerea unui discurs, gândurile fundamentale generale biasează perceperea evenimentelor generând gânduri specifice, adesea în forma gândurilor automate (vezi David și colab., 2010).

Un rezultat interesant, obținut ca urmare a analizei de mediere multiplă, a fost că efectul credințelor iraționale generale asupra anxietății de vorbit în public s-a realizat prin intermediul expectanțelor de răspuns pentru anxietate, care la rândul lor au activat gândurile automate specifice vorbitului în public, care au fost cel mai proxim factor de anxietate. Am putea argumenta faptul că gândurile automate măsurate aici include nu doar cogniții descriptive și inferențiale, ci și cogniții evaluative care sunt esențiale pentru generarea emoțiilor.

Studiul de față prezintă câteva limite. Cea mai importantă este design-ul său cross-sectional, care nu ne permite să generăm inferențe cauzale, dar cu toate acestea este

relevant pentru testarea asocierilor dintre constructele investigate. Am măsurat ambii mediatori înainte de outcome (anxietate), dar important, nu am produs sau măsurat schimbarea în mediatori (expectanțe de răspuns, gânduri automate), sau în predictor (credințe iraționale). Un studiu experimental longitudinal, cuprinzând o intervenție care modifică variabilele predictor, și măsoară mediatorii înainte de a măsura schimbarea în outcome ar oferi informații legate de cauzalitate. În al doilea rând, eșantionul nostru a inclus semnificativ mai mulți participanți de gen feminine decât de gen masculin, ceea ce nu ne permite să realizăm comparații între genuri. Un eșantion mai echilibrat în ceea ce privește genul participanților ar fi folositor pentru a testa dacă sunt diferențe de gen în relația dintre constructele cognitive și anxietatea de a vorbi în public. De asemenea, deși am selectat indivizi anxioși social, nu am realizat un interviu clinic structurat pentru a stabili un diagnostic clinic. Studiul poate fi replicat pe indivizi cu anxietate socială, precum și pe diverse eșantioane clinice pentru a stabili dacă modelele de mediere identificate sunt transdiagnostice sau specifice anumitor probleme de anxietate.

Pentru a rezuma, am arătat că pentru indivizii cu anxietate socială puși într-o sarcină de a vorbi în public, efectul schemelor cognitive generale asupra anxietății este mediat atât de gânduri automate specifice, cât și de expectanțe de răspuns. În plus, am evidențiat un model de mediere multiplă, cu expectanțele de răspuns în ceea ce privește anxietatea activând gândurile automate negative specific vorbitului în public. Acest rezultat subliniază relația dintre tipuri de cogniții mai generale și mai specifice în generarea anxietății de vorbit în public, fiind susținut de argumentul lui Ellis (Ellis, 1994), și anume că, pentru “a te face bine”, față de doar “a te simți mai bine”, intervențiile psihologice ar trebui să modifice cognițiile tip schema care stau la baza problemei, și nu doar cele specifice.

Studiul 3. Relațiile dintre procesele cognitive descriptive/inferențiale și cele evaluative și distresul emoțional în contexte academice stresante⁵

Cognițiile sunt un element central în Terapia Cognitiv-Comportamentală (Cognitive-Behavioral Therapy; CBT), una din cele mai intens investigate forme de psihoterapie. Cu toate acestea, abordările CBT diferă în ceea ce privesc importanța pe care o oferă diverselor tipuri de cogniții în generarea emoțiilor.

Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (Rational Emotive Behavior Therapy; REBT) și Terapia Cognitivă (Cognitive Therapy; CT) diferă în accentul pe care îl pun pe cogniții “calde” versus “reci” (vezi David & Szentagotai, 2006). Terapia Cognitivă a lui Beck se focalizează în primul rând (dar nu exclusiv) pe cogniții “reci”, adică pe reprezentări mentale ale circumstanțelor relevante, care reflectă cunoștințe sau credințe despre ce se întâmplă (Lazarus, 1991), în forma descrierilor și inferențelor distorsionate/disfuncționale. Prin contrast, REBT se focalizează în principal (dar nu în mod exclusiv) pe cogniții “calde”, denumite și cogniții evaluative (credințe raționale și iraționale), care se referă la cum aceste reprezentări sunt evaluate în ceea ce privește relevanța lor pentru starea de bine personală (Lazarus, 1991) (ex., “Trebuie să nu râdă de mine și dacă o fac este catastrofal”; credințe iraționale catastrofale și absolutiste).

⁵ Acest studiu este în review la Journal of Counseling Psychology. Vișlă, A., grosse Holtforth, M., & David, D. (under review). The interrelations between descriptive/inferential cognitive processes, evaluative cognitive processes, and emotional distress in stressful academic settings. ISI impact factor: 2.955

Asocieri între fiecare dintre aceste constructe cognitive și distres ori psihopatologie au fost intens investigate (ex., David, Montgomery, Macavei, & Bovbjerg, 2005; David, Schnur, & Belloiu, 2002; DiLorenzo, David, & Montgomery, 2007; Mogoase & Stefan, 2013). Cu toate acestea, doar câteva studii au investigat relația dintre cogniții “calde” sau evaluative și “reci” sau descriptive/inferentiale și contribuția acestora la distresul emoțional (Cristea, Montgomery, Szamoskozi, & David, 2013; Montgomery, David, DiLorenzo, & Schnur, 2007; Szentagotai & Freeman, 2007; Vislă, Cristea, Szentagotai Tatar, & David, 2013). Rezultatele acestor studii par să conteste postulatele teoriei REBT și ale teoriei evaluării și sugerează faptul că credințele iraționale sau evaluative au un effect indirect asupra distresului prin intermediul descrierilor/inferențelor. Cu toate acestea, la o examinare mai atentă, scala folosită pentru evaluarea gândurilor automate, Automatic Thoughts Questionnaire-Short Version (ATQ-SV; Netemeyer și colab., 2002), conține atât gânduri descriptive/inferențiale, cât și evaluative. Prin urmare, doar diferențiind în mod explicit între credințe descriptive/inferențiale și credințe evaluative și conducând analize separate pe aceste constructe ne va permite să tragem concluzii acurate în ceea ce privește contribuția diverselor tipuri de cogniții specifice în generarea emoțiilor. Investigarea diferențiată a acestor tipuri de cogniții ne va permite și să testăm teoriile descriese mai sus. Mai mult, studii anterioare au măsurat descrierile/inferențele ca și credințe specifice și convingerile raționale/iraționale ca și credințe generale; prin urmare, nu doar că este discutabil cum o credință generală poate media una mai specifică, dar practic confirmă teoriile REBT și CT și anume faptul că gândurile generale, în interacțiune cu diverse evenimente activatoare, generează gânduri specifice care generează mai departe consecințe psihologice (ex., emoții, comportamente). Prin urmare, pentru a testa teoria, atât cognițiile “reci”, cât și cele ‘calde’ ar trebui măsurate la același nivel de generalitate.

Scopul studiului de față a fost să clarifice contribuția relativă a descrierilor/inferențelor și evaluărilor specifice la distresul emoțional. Am ales perioada înainte de un examen obligatoriu la universitate ca și situație specifică deoarece cercetări anterioare (ex., DiLorenzo și colab., 2007, 2011) au demonstrat că această perioadă este adesea percepută de individ ca fiind foarte stresantă și poate afecta în mod negativ starea de sănătate a unui individ. Ideile prezentate în această secțiune ne permit să tragem concluzia că, deși descrierile și inferențele pot contribui la emoții, acestea operează prin intermediul evaluărilor (credințe raționale și iraționale). Prin urmare, prezicem faptul că gândurile descriptive/inferențiale vor avea un efect indirect asupra distresului relaționat cu examenul prin intermediul credințelor evaluative.

Metode

Participanți și procedură

Șaptezeci și patru de studenți la nivel de licență (media vârstei = 24.68, SD = 7.47) au luat parte în studiu în schimbul creditelor de curs. În ceea ce privește genul participanților, 18.9% au fost participanți de gen masculin ($n = 14$) și 81.1% participanți de gen feminin ($n = 60$). Toți participanții au fost recrutați de la cursurile oferite de departamentul de psihologie. În ziua examenului, chiar imediat înainte de acesta, studenții au completat măsurători ale gândurilor automate și distresului emoțional după ce au oferit informații demografice. Consimțământul informat a fost obținut de la toți participanții înainte de a lua parte în studiu. Trei terapeuți CBT (primul autor și alți doi studenți doctoranzi din departamentul primului autor) au împărțit itemii ATQ-SV în

descrieri/inferențe și evaluări prin consens (vezi *Anexa*).

Măsurători

Gândurile automate au fost măsurate folosind *Automatic Thoughts Questionnaire-Short Version* (ATQ-SV; Netemeyer și colab., 2002). Acest instrument cuprinde 15 fraze care reprezintă gânduri automate disfuncționale. Subiectul a fost instruit să coteze aceste fraze în ceea ce privește frecvența cu care apar în viața lor pe o scală Likert de 5 puncte, de la 1 (*niciodată*) la 5 (*aproape întotdeauna*). ATQ a fost adaptat pe populația românească (Moldovan, 2007), dovedind o fidelitate excelentă (Cronbach's alpha = .92). Alpha Cronbach pentru acest eșantion a fost .91. Am efectuat și analize de fidelitate separat pentru itemii care au fost incluși în categoria descrieri/inferențe (Alpha Cronbach = .81) și pentru cei incluși în categoria evaluări (Alpha Cronbach = .86).

Distresul asociat cu susținerea examenului a fost evaluat folosind *Profile of Mood States-Short Version* (POMS-SV; DiLorenzo, Bovbjerg, Montgomery, Valdimarsdottir, & Jacobsen, 1999). Această măsurătoare cuprinde 37 de itemi și conține șase subscale cu scorurile aferente, precum și un scor total al distresului. Scorul total a fost folosit pentru aceste analize. Scala a demonstrat fidelitate și validitate satisfăcătoare (DiLorenzo și colab., 1999). Studii anterioare pe populația românească au demonstrat că POMS-SV poate fi folosit cu succes pentru evaluarea distresului psihologic (David și colab., 2005). În eșantionul de față, POMS-SV a prezentat o consistență internă bună, cu un coeficient Alpha Cronbach de .95.

Analiza datelor

Au fost realizate corelații și analize de mediere. Pentru analizele de mediere, am folosit procedura bootstrapping pentru evaluarea efectelor indirecte (Preacher & Hayes, 2008), folosind scriptul PROCESS (Hayes, 2012) pentru SPSS. Având în vedere dificultățile de estimare a mărimii efectului pentru mediere, autorii recomandă un index standardizat numit kappa-square (i.e., κ^2 ; Preacher & Kelly, 2011), care reprezintă magnitudinea efectului indirect relative la efectul indirect maxim posibil, luând în considerare design-ul studiului și particularitățile de distribuție ale variabilelor considerate. Prin urmare, κ^2 a fost folosit ca măsură a mărimii efectului în cazul modelelor de mediere semnificative, iar intervalele de încredere au fost raportate.

Rezultate

Date descriptive. Media distresului, raportată de POMS-SV, califică eșantionul ca având un nivel ridicat de emoții negative ($M = 50.99$, $SD = 31.37$), comparabil cu scorul obținut de DiLorenzo și colab. (2007) pe studenți aflați într-o situație stresantă similară (înainte de un examen sau începerea semestrului).

Analize corelaționale. Corelațiile dintre variabilele cognitive considerate și asocierile lor cu distresul emoțional sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1. Corelații între constructele investigate

<i>Variabile cognitive</i>	1	2	3
Descreri/inferențe (ATQ-SV)	—		
Evaluări (ATQ-SV)	.85*	—	
<i>Variabile emoționale</i>			
Distres (POMS-SV)	.68*	.70*	—

Notă. ATQ-SV - Automatic Thoughts Questionnaire-Short Version; POMS-SV - Profile of Mood States-Short Version. * $p < .05$ corecția Bonferroni Holm pentru comparații multiple

Analize de mediere. Pentru analizele de mediere, am folosit testul bootstrapping cu 5000 re-eșantionări și am raportat intervalul de încredere bias-corrected and accelerated (Preacher & Hayes, 2008). Am testat alternative două modele de mediere posibile: (1) un model în care evaluările mediază relația dintre descreri/inferențe și distres și (2) un model în care descrerile/inferențele mediază relația dintre evaluări și distres. Rezultatele (vezi Figura 1) au favorizat primul model, în care evaluările au fost mediator al relației dintre descreri/inferențe și distresul relaționat cu susținerea examenului, efect indirect = 2.37, SE = .956, 95% CI (bias-corrected and accelerated) = .382 to 4.141; $\kappa^2 = .273$, 95% CI (bias-corrected) = .058 to .451. În plus, efectul direct al descrerilor/inferențelor asupra distresului nu a fost semnificativ (efect indirect = 1.881, SE = .975, 95% CI (bias-corrected and accelerated) = -.062 to 3.836). Efectul indirect raportat la efectul total al descrerilor/inferențelor asupra distresului a fost .557, SE = .225, 95% CI (bias-corrected) = .117 to 1.011. Prin urmare, aproximativ .56% din efectul total al descrerilor/inferențelor asupra distresului relaționat cu examenul a fost explicat de evaluări. Nu a existat nici o dovadă de mediere în modelul alternativ.

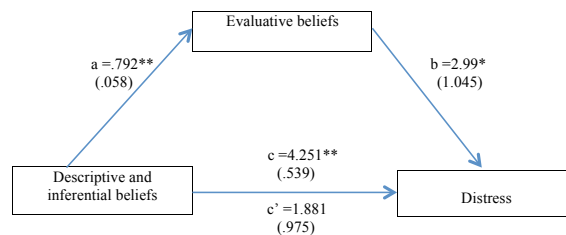


Figura 1. Mediere simplă: a, b, c and c' reprezintă coeficienți de regresie nestandardizați și erorile lor standard (în paranteze). Calea c reprezintă efectul total al cognițiilor descriptive/inferențiale asupra distresului relaționat cu susținerea examenului. Calea c' reprezintă efectul direct al cognițiilor descriptive/inferențiale asupra distresului relaționat cu susținerea examenului. Toate căile semnificative au fost marcate cu ** dacă $p < .001$, și cu * dacă $p < .05$

Discuții

Studiul de față este primul care a examinat asocierile dintre gânduri automate descriptive/inferențiale, gânduri automate evaluative, și distresului relaționat cu susținerea examenului. În concordanță cu teoriile prezentate (Ellis, 1994; Lazarus, 1991) precum și cu studiile anterioare (e.g., David și colab., 2002, 2005; DiLorenzo și colab., 2007; Mogoase & Stefan, 2013), asocierile semnificative medii spre mari dintre constructele cognitive investigate și distresului relaționat cu susținerea examenului, confirmă ipotezele prezentate în introducere. Corelația semnificativă pozitivă mare între descrieri/inferențe și evaluări găsită în acest studiu poate fi explicată de faptul că ambele constructe au fost măsurate ca și cogniții situaționale specifice în forma gândurilor automate (vezi și Vislă și colab., 2013). Ambele constructe au fost extrase din aceeași scală pentru că în momentul de față nu există scale separate care să măsoare aceste constructe. În ultimul rând, atât cognițiile evaluative, cât și cele descriptive/inferențiale au fost măsurate în același context, o procedură care e posibil să fi mărit corelațiile.

Rezultatele noastre de mediere sunt în concordanță cu teoria REBT (Ellis, 1994) și cu teoria evaluării emoțiilor (Lazarus, 1991), în care credințele descriptive/inferențiale influențează distresul prin intermediu credințelor evaluative. În plus, intervalele de încredere ale mărimii efectului includ 0.25, indicând o mărime a efectului mare. Mai mult, efectul direct al descrierilor/inferențelor asupra distresului a fost nesemnificativ, ceea ce poate fi considerat un indicator al medierii totale. Cu toate acestea, doar aproximativ .56% din efectul total al descrierilor/inferențelor asupra distresului relaționat cu examenul poate fi explicat de evaluări. În plus, în acest studiu, chestionarul de gânduri automate a inclus doar câteva din credințele iraționale (ex., trebuie absolutist, intoleranța la frustrare, și evaluarea globală). Catastrofarea, credința irațională fundamental presupusă a fi implicată în simptomele anxioase (Ellis, 1994), nu a fost măsurată. De asemenea, credințele descriptive/inferențiale nu s-au referit la evaluări.

Pe baza premizelor teoretice ale CBT, aceste rezultate întăresc faptul că, în situații stresante specifice, reprezentările (credințe descriptive și inferențiale) activează factorii cognitivi de vulnerabilitate (credințe evaluative), care la rândul lor sunt componente centrale ale mecanismului proximal care rezultă în distres emoțional. Pe aceeași linie, David și colab. (2002) au găsit că emoțiile sunt mai direct asociate cu evaluările și cu credințele iraționale decât cu atribuirile. Rezultatele de față susțin și postulatele teoriei evaluării emoțiilor (Lazarus, 1991). În ciuda importanței reprezentărilor ca ținte ale evaluărilor personale în ceea ce privește relevanța motivațională, rezultatele prezente sunt compatibile cu noțiunea că reprezentările nu duc la emoții fără a fi mai întâi evaluate (Lazarus, 1991).

Studiul de față prezintă câteva limite. Cea mai importantă este design-ul său cross-sectional, care nu ne permite să generăm inferențe cauzale. Cu toate acestea, el este relevant pentru testarea asocierilor dintre constructele investigate. În al doilea rând, eșantionul nostru a inclus semnificativ mai mulți participanți de gen feminine decât de gen masculin, ceea ce nu ne permite să realizăm comparații între genuri. Un eșantion mai echilibrat în ceea ce privește genul participanților ar fi folositor pentru a testa dacă sunt diferențe de gen în relația dintre constructele cognitive și distresul relaționat cu susținerea examenului. În al treilea rând, pentru a testa ipotezele formulate, predictorul și mediatorul a fost extras din aceeași scală deoarece în momentul de față nu există scale separate care să măsoare aceste constructe. Prin urmare, studii viitoare ar trebui să investească în

construcția de noi scale care să evalueze separat atât evaluările, cât și descrierile/inferențele specifice. În al patrulea rând, eșantionul nostru de studenți nu permite generalizarea rezultatelor la alte eșantioane clinice și nonclinice aflate în situații stresante diferite. Prin urmare, rezultatele studiului de față trebuie să fie replicate în eșantioane clinice și nonclinice aflate în situații stresante diferite pentru a permite generalizarea modelului obținut. În al cincilea rând, studiul a inclus doar o scală pentru măsurarea gândurilor automate și o scală pentru măsurarea distresului emoțional. Prin urmare, este neclar dacă aceste rezultate se vor generaliza la alte măsurători ale gândurilor automate și distresului emoțional. În al șaselea rând, distresul emoțional a fost măsurat doar din perspectiva participantului; prin urmare, asocierea dintre gânduri automate și distres ar putea varia în funcție de cine cotează distresul (participant, observator). Studii viitoare ar trebui să investigheze acest aspect.

În concluzie, am arătat că în situații stresante de viață, cum ar fi susținerea unui examen, modul în care ne reprezentăm situația (descrierile și inferențele pe care le elaborăm despre situație) pot influența semnificativ nivelul experiențial al distresului emoțional prin gânduri evaluative despre noi înșine, situație sau alți oameni. Studii viitoare ar putea investiga aceeași relație pentru gânduri centrale cu scopul de a determina care tip de credințe centrale sau scheme (evaluative sau descriptive/inferențiale) este proximal distresului emoțional. În cele din urmă, într-un ultim pas, studii viitoare ar putea folosi modele statistice mai complexe, precum modele de mediere multiplă serială (Hayes, 2012), pentru a testa relația dintre credințe centrale evaluative și descriptive/inferențiale (credințe iraționale și atitudini disfuncționale) și descrieri/inferențe și evaluări specifice (gânduri automate) cu privire la contribuția acestora la distresul emoțional. Aceste tipuri de modele ar permite investigarea interacțiunii reciproce a diverșilor moderator, precum și influența acestora asupra distresului.

Studiul 4. Prezicerea expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și a schimbării acestora în timpul terapiei la pacienții cu depresie: O abordare multinivelară care ia în considerare efectul terapeutului⁶

Modul în care credințele pacienților influențează psihoterapia a fost un subiect de interes pentru psihologii clinicieni în ultimii 50 de ani. De exemplu, Frank (1961) considera că un tratament eficient implică “remoralizarea” pacienților – adică dezvoltarea sau formarea credinței că schimbarea este posibilă și că un anumit tratament va influența o asemenea schimbare. Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului reprezintă credința unei persoane în legătură cu eficiența tratamentului pe care îl primește (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011). Când expectanțele sunt scăzute, acestea reflectă cel mai probabil un proces de “demoralizare”; când expectanțele sunt ridicate, acestea reflectă un proces de “remoralizare,” sau convingerea că schimbarea este posibilă și că terapia va influența o asemenea schimbare (DeFife & Hilsenroth, 2011; Frank, 1961). Cercetarea legată de motivație distinge o componentă de speranță și una de frică a expectanțelor (Heckhausen, 1991). Acest lucru este valabil și pentru expectanțele

⁶ Această cercetare a fost susținută de Programul de Schimb Științific Sciex-NMS-CH 12.319 acordat Andreei Vîslă.

referitoare la rezultatul tratamentului (Schulte, 2005). Expectanțele sunt direcționate nu doar către efecte pozitive, posibile beneficii, dar și spre posibile efecte negative. În studiile de psihoterapie, posibilele beneficii sunt investigate mai frecvent față de efectele negative (vezi de e.g., Schulte, 2008; Grosse Holtforth, Krieger, Bochsler, & Mauler, 2011).

De obicei, studiile referitoare la expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului ignoră faptul că pacienții aparțin de anumiți terapeuți. Prin urmare, obiectivele studiului de față au fost (1) să investigheze relația dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat în funcție de cum este operaționalizat rezultatul, (2) să investigheze dacă terapeuții diferă în ceea ce privește eficiența cu care se schimbă expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei (dacă anumiți terapeuți sunt mai buni decât alții, în medie, în a influența expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului), (3) să investigheze forma schimbării în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, (4) să investigheze asocierea dintre expectanțele inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și cum acestea se schimbă în timpul terapiei (5) să investigheze caracteristicile pacienților care prezic variația în expectanțele inițiale referitoare la rezultatul tratamentului, (6) să examineze dacă interacțiunea dintre variabilitatea pacientului și variabilitatea terapeutului în alianța terapeutică inițială (ședințele 1-3) prezice variația în modul în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă în timpul terapiei.

Pe baza studiilor anterioare prezentate în partea introductivă a acestei teze, ne așteptăm ca asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat să difere semnificativ în funcție de cum rezultatul este operaționalizat. În al doilea rând, ne așteptăm ca anumiți terapeuți să fie mai buni decât alții, în medie, în creșterea expectanțelor pacienților referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei. În al treilea rând, ne așteptăm ca timpul să prezinte o relație lineară cu expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, în sensul că acestea din urmă vor crește în timpul terapiei. În al patrulea rând, ne așteptăm ca expectanțele inițiale referitoare la rezultatul tratamentului vor corela negativ cu schimbarea acestora, în sensul că pacienții și terapeuții cu un nivel crescut al expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului vor manifesta o creștere mai mică a expectanțelor în timpul terapiei, în timp ce pacienții și terapeuții cu un nivel scăzut al expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului vor manifesta o creștere mai mare a expectanțelor în timpul terapiei. Prezicerea expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și a modului în care acestea se schimbă în timpul terapiei cu variabilele propuse este exploratorie; prin urmare, nu am conturat nici o ipoteză specifică.

Participanți și procedură

Pacienți. După obținerea aprobării de la comitetul de etică local, pacienții au fost recrutați în contextul unui studiu clinic randomizat de psihoterapie pentru depresie (Grosse Holtforth, Krieger, Altenstein, Dörig, & Meisch, under review) via media locală și anunțuri online. Din 631 indivizi care au fost inițial testați pentru eligibilitate, 143 au fost incluși pentru tratament la clinica de psihoterapie a universității. Media de vârstă a pacienților a fost $M = 40.6$ ($SD = 11.4$) ani și 81 (56.6 %) au fost persoane de sex feminin.

Psihoterapeuți. Un număr de 24 terapeuți au oferit tratament în acest studiu. Fiecare terapeut a oferit un număr egal de terapii în ambele condiții și numărul cazurilor

tratate în medie de fiecare terapeut a fost $M = 5.96$ ($SD = 2.66$; range = 1-13). Media de vârstă a terapeuților a fost $M = 31.2$ ($SD = 5.2$; range = 22-45) ani și 21 (87.5 %) au fost terapeuți de gen feminin.

Tratament

Cele două condiții de tratament incluse în studiul clinic randomizat au fost ambele tratamente manualizate. Detalii privind tipul de terapie și sarcini specifice sunt raportate în altă parte pentru Terapia Cognitiv-Comportamentală (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Hautzinger, 2003), precum și pentru Terapia Cognitivă pentru Depresie bazată pe Expunere (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005). Tratamentul a constat în 22 de sesiuni oferit pe parcursul a 26 de săptămâni în medie.

Măsurători

Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului. Expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului au fost evaluate folosind Patients' Therapy Expectation and Evaluation (PATHEV; Schulte, 2005). PATHEV constă în trei subscale: Speranța de îmbunătățire (patru itemi), Frica de schimbare sau Frica de efecte secundare (trei itemi), and Potrivire (patru itemi). Pentru analizele din acest studiu am folosit doar subscala Speranța de îmbunătățire. Cei patru itemi ai subscalei sunt (vezi Anexa): "Mi-e teamă că nici psihoterapia nu mă mai poate ajuta." (Itemul 1), "Cred că problemele mele pot fi în sfârșit rezolvate." (Itemul 4), "Problemele mele nu se vor schimba foarte mult nici dacă merg la psihoterapie." (Itemul 5), "De fapt, sunt mai degrabă sceptic că tratamentul mă poate ajuta." (Itemul 9), cu itemii 1, 5, și 9 inversați. Pacienții cotează itemii folosind o scală Likert de 5 puncte, de la 1 (*în totalitate greșit*) la 5 (*în totalitate corect*). Speranța de îmbunătățire a fost măsurată în patru puncte temporale: screening, pretratament, sesiunea 7 și sesiunea 14.

Alianța terapeutică. O versiune adaptată a Bern Post-Session Reports for Patients and Therapists, short form 2000 (BPSR-Patient/Therapist; Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010) a fost construită pentru acest studiu. Pentru analiza de față, am folosit doar scorul la alianța terapeutică (sesiunile 1-3) raportat de pacient și terapeut.

Outcome. Simptomele depresive au fost evaluate după tratament (post) cu Beck Depression Inventory - II (BDI-II; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006). Versiunea germană a BDI-II a demonstrat anterior o consistență internă satisfăcătoare ($\alpha = .89$ și $.93$) și o fidelitate test-retest ($r_{tt} = .78$), validitate convergentă și discriminantă bună, precum și o sensibilitate bună la schimbare (Kühner și colab., 2007).

Analize statistice

În analiza datelor, am folosit corelații bivariate și growth curve modeling. Toate analizele au fost efectuate utilizând programul R și pachetele "multilevel" (Bliese, 2013) și "nlme" (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team, 2013). Am folosit în R și pachetul "lattice" (Sarkar & Deepayan, 2008) pentru generarea graficelor. Rezultatele analitice și de simulare arată că growth models au o putere statistică mai mare decât metodele tradiționale aplicate pe aceleași date (e.g., Muthén & Curran, 1997).

Analiza datelor a fost condusă în cinci pași, urmând recomandările lui Bliese și Ployhart (2002). În primul rând, am început cu examinarea naturii variabilei dependente (speranța de îmbunătățire), determinând dacă variază în mod aleatoriu între pacienți și terapeuți. În al doilea rând, am fost interesați să examinăm forma relației dintre timp și speranța de îmbunătățire. Specific, am vrut să știm dacă speranța crește, descrește, sau

demonstrează o altă relație cu timpul. În al treilea rând, am vrut să determinăm dacă relația dintre timp și speranță este constantă între pacienți și terapeuți sau dacă variază de la pacient la pacient sau de la terapeut la terapeut (alegerea tipului de model). În al patrulea rând, am modelat erori complexe, adică am determinat dacă modelul se îmbunătățește prin încorporarea (a) unei structuri autoregressive cu corelații seriale și (b) eterogenitate în structurile erorilor. În al cincilea rând, am testat posibili predictorii ai speranței de îmbunătățire inițiale (intercept) și ai schimbării speranței de îmbunătățire de-a lungul terapiei (slope).

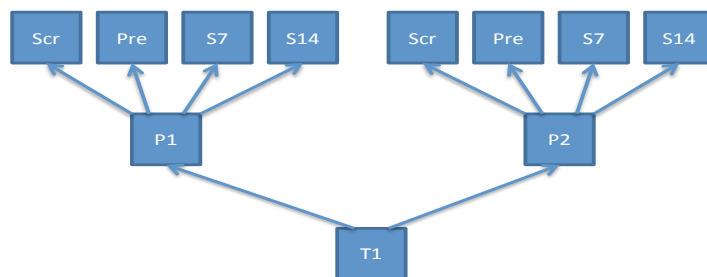


Figure 1. Nested data structure (assessment-, patient- and therapist-level); Scr – screening; Pre – pretreatment; S7 – session 7; S14 – session 14.

Rezultate

Asocierea dintre expectanțele legate de rezultat și rezultat

Tabelul 1 prezintă rezultatele privind asocierea dintre speranța de îmbunătățire și rezultat. După cum se poate observa, nu am găsit că asocierea dintre speranța de îmbunătățire și rezultat depinde de cum rezultatul a fost operaționalizat (fie ca BDI post sau ca BDI schimbare), ci de când speranța de îmbunătățire a fost măsurată. Mai mult, asocierea dintre speranța de îmbunătățire și rezultat a fost semnificativă doar cu speranța de îmbunătățire măsurată la ședința 7 și 14, dar nu la screening și pretratament.

Tabelul 1

Asocierea dintre expectanțele legate de rezultat și rezultat

PATHEV	Rezultat	
	BDI post	BDI schimbare
Speranța de îmbunătățire screening	-.01 (N = 115)	.06 (N = 115)
Speranța de îmbunătățire preterapie	-.17 (N = 120)	-.03 (N = 120)
Speranța de îmbunătățire ședința 7	-.34** (N = 118)	-.19* (N = 118)
Speranța de îmbunătățire ședința 14	-.39** (N = 114)	-.29* (N = 114)

Notă. PATHEV - Patients' Therapy Expectation and Evaluation; BDI - Beck Depression Inventory – II. * $p \leq .05$; ** $p \leq .001$

Rezultatele la growth model analysis

Pasul 1: Stabilirea dacă variabila dependent este ierarhică

În Figura 2, putem observa că pacienții (primii 30 pacienți) diferă în relația pe care o arată între speranța de îmbunătățire și timp; același lucru poate fi observat și în cazul terapeuților (Figura 3). Se observă o variație considerabilă în nivelul general al speranței la screening și cum aceasta se schimbă de-a lungul timpului. După estimarea unui model nului (**modelul₁**) și calcularea ICC la nivelul pacientului și terapeutului, am tras concluzia că datele sunt ierarhice/nested: variația within (ICC1= .61 pentru pacienți; ICC1= .09 pentru terapeuți) a fost mai mică decât cea between (ICC2 = .85 pentru pacienți; ICC2 = .68 pentru terapeuți) atât în cazul pacienților, cât și în cel al terapeuților. Valoarea ICC1 de .61 indică faptul că 61% din variația în orice raportare individuală a speranței poate fi explicată de proprietățile pacientului care a oferit raportarea; valoarea ICC1 de .09 indică faptul că 9% din variația în orice raportare individuală a speranței poate fi explicată de proprietățile terapeutului care a condus terapia. Prin urmare, bazându-ne pe valorile ICC prezentate mai sus, putem conclud că speranța măsurată în patru puncte temporale (screening, pretratament, ședința 7 și ședința 14; nivelul 1) este nested în pacienți (N = 143; nivelul 2), care sunt nested în terapeuții lor (N = 24; nivelul 3).

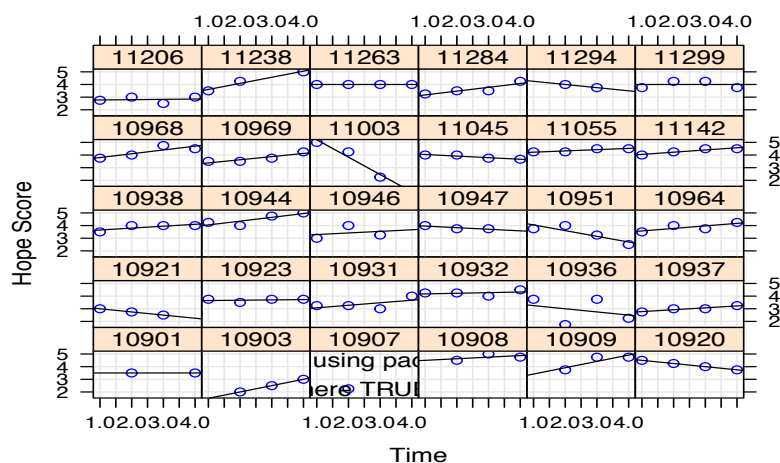


Figura 2. Inspecția vizuală a growth structure pentru primii 30 de pacienți.

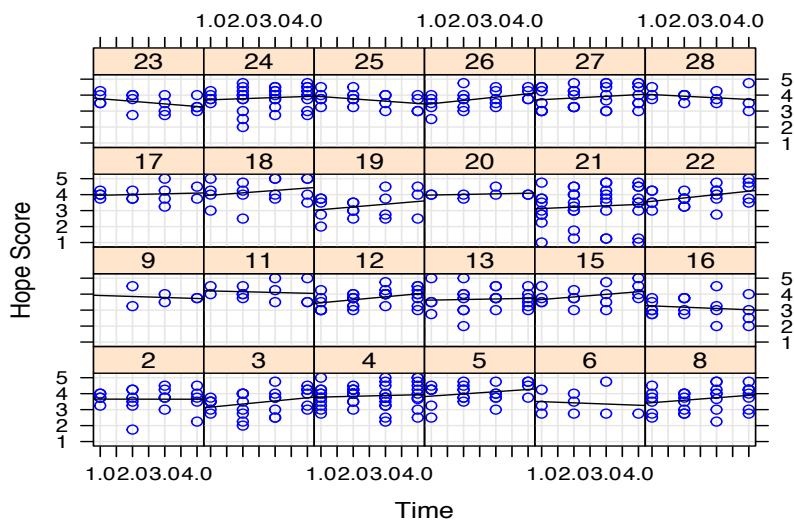


Figura 3. Inspecția vizuală a growth structure pentru terapeuți.

Pasul 2: Identificarea modelului

Graficul primilor 30 de participanți arată nici un patern clar al modului în care speranța de îmbunătățire se schimbă de-a lungul timpului, dar analizele pot identifica un trend în rândul celor 143 de participanți. Prin urmare, am modelat relația fixă dintre timp și speranța de îmbunătățire (**model₁**). Am găsit faptul că timpul prezintă doar o relație lineară cu speranța de îmbunătățire (Coeff. = 1.965, $SE = .714$, $t = 2.752$, $p < .05$), și nu pătratică (Coeff. = .137, $SE = .714$, $t = .191$, $p > .05$) sau cubică (Coeff. = -.502, $SE = .714$, $t = -.703$, $p > .05$).

Pasul 3: Alegerea tipului de model

Primul step în progresul de la un model de regresie la un model growth model prin compararea modelelor este stabilirea unui model simplu fără nici un effect aleatoriu ca și baseline. Am început cu un model simplu de regresie (**modelul₁**) și am adăugat progresiv complexitate în termeni de efecte aleatorii. În fiecare pas, am comparat log likelihood ratios (devianța) dintre modele pentru a ne ajuta să decidem includerea unor termeni specifici. În al doilea pas, am determinat dacă potrivirea datelor poate fi îmbunătățită prin adăugarea unui intercept aleatoriu la modelul de bază (**modelul₂**). Am folosit funcția ANOVA – o funcție generică folosită pentru a contrasta modele alternative și poate fi folosită pentru a compara $-2 \log$ likelihood values (devianțele) între modelul₁ și modelul₂. Probabilitatea raportului de 224.78 este semnificativă la două grade de libertate asociate cu interceptul fix versus cel aleatoriu ($p < .0001$). Prin urmare, putem trage concluzia că modelul care permite pacienților să varieze aleator în termeni de scor inițial la speranța de îmbunătățire (random-intercepts model) se potrivește datelor mai bine decât modelul care fixează interceptul la a fi constant de-a lungul pacienților. În pasul trei, am determinat dacă este o variație semnificativă în ceea ce privește modelul în care se schimbă speranța de îmbunătățire de-a lungul timpului (slope). Un model cu un slope aleatoriu pentru timp a fost estimat (**modelul₃**). Prin compararea modelului₂ cu modelul₃ am obținut un log likelihood value de 31.98. Această valoare este semnificativă ($p < .0001$) și indică faptul că modelul cu un slope aleatoriu (random-intercepts-and-slopes model) se potrivește datelor semnificativ mai bine decât modelul fără slope aleatoriu. Corelația dintre slope și intercept este - 0.235 pentru pacienți și - 0.031 pentru terapeuți.

Corelația negativă indică faptul că pacienții și terapeuții cu un nivel crescut al speranței de îmbunătățire la începutul terapiei manifestă o creștere mai mică a speranței în timpul terapiei, în timp ce pacienții și terapeuții cu un nivel scăzut al speranței de îmbunătățire la începutul terapiei manifestă o creștere mai mare a speranței în timpul terapiei. Modelul random-intercepts-and-slopes oferă o descriere mai potrivită a datelor decât modelul de regresie.

Pasul 4: Modelarea erorilor complexe

Modul în care am controlat pentru erori complexe a fost să (a) examinăm reziduurile și să determinăm dacă acestea prezintă autocorelație și heteroscedasticitate, și (b) să-I includem în modelul final dacă aceștia sunt prezenți în reziduri. Am început modelarea luând în considerare autocorelația (**modelul₄**). Diferența log likelihood dintre modelul₃ și modelul₄ este 2.49. Această diferență nu este semnificativă ($p > .05$), indicând că modelul₄ nu se potrivește mai bine decât modelul₃. Am continuat prin a examina dacă erorile asociate cu speranța de îmbunătățire sunt homoscedastice de-a lungul timpului. O inspecție descriptivă a varianței speranței de îmbunătățire de-a lungul măsurătorilor indică faptul că varianța nu crește sau descrește sistematic de-a lungul măsurătorilor. Prin urmare, pentru că n-am găsit nici o dovadă de heteroscedasticitate, aceasta nu a fost inclusă în modelul final.

Așa cum a fost sugerat de Bliese și Ployhart (2002), am continuat analizele adăunând predictorii ai variabilității intercept-ului și slope. Varianțele explicate se bazează pe pseudo- R^2 , reducerea în varianță a modelului condițional în comparație cu modelul necondiționat fără predictorii (modelul necondiționat minus modelul condiționat împărțit la modelul necondiționat; Raudenbush & Bryk, 2002).

Pasul 5: Prezicerea varianței interceptului

Interceptul speranței de îmbunătățire prezis de severitatea depresiei la pretratament și numărul de episoade depresive anterioare. Severitatea depresiei la pretratament (Coeff. = $-.154$, $SE = .07$, $t [118] = -2.206$, $p = .029$; pseudo- $R^2 = .05$), dar nu numărul de episoade depresive anterioare (Coeff. = $-.045$, $SE = .043$, $t [103] = -1.042$, $p > .05$) a fost un predictor semnificativ al intercept-ului speranței de îmbunătățire (**modelul₅**). Un nivel crescut de severitate a depresiei la pretratament este asociat cu un nivel scăzut al interceptului speranței de îmbunătățire. Prin includerea severității depresiei în model explicăm 5% din varianța la nivelul pacientului (nivelul 2).

Interceptul speranței de îmbunătățire prezis de numărul comorbidităților pe Axa I și Axa II. Nici numărul comorbidităților pe Axa I (Coeff. = $.005$, $SE = .067$, $t [118] = .068$, $p > .05$), nici cel de pe Axa II (Coeff. = $-.019$, $SE = .088$, $t [118] = -.210$, $p > .05$) nu au fost predictorii semnificativi ai interceptului speranței de îmbunătățire.

Interceptul speranței de îmbunătățire prezis de factori demografici. Nici unul dintre factorii demografici testați (vârsta [Coeff. = $-.004$, $SE = .004$, $t [118] = -.931$, $p > .05$], genul [Coeff. = $.084$, $SE = .101$, $t [118] = .834$, $p > .05$], statusul marital [Coeff. = $.008$, $SE = .068$, $t [110] = .123$, $p > .05$], statusul educațional [Coeff. = $.016$, $SE = .055$, $t [113] = .295$, $p > .05$]) nu au fost predictorii semnificativi ai interceptului speranței de îmbunătățire.

Interceptul speranței de îmbunătățire prezis de contextual terapeutic (experiența anterioară cu psihoterapia și medicația). Experiența anterioară cu psihoterapia (Coeff. = $-.217$, $SE = .103$, $t [110] = -2.114$, $p = .037$; pseudo- $R^2 = .005$), dar nu și medicația la pretratament (Coeff. = $.061$, $SE = .103$, $t [118] = .593$, $p > .05$) a fost

un predictor semnificativ al interceptului speranței de îmbunătățire. Modelul care include experiența anterioară cu psihoterapia (**modelul₆**) diferă de modelul₃ prin faptul că include un nou effect fix, și anume experiența anterioară cu psihoterapia. A avea experiență anterioară cu psihoterapia este asociat cu un intercept al speranței de îmbunătățire mai mic versus a nu avea experiență cu psihoterapia. Incluzând experiență anterioară cu psihoterapia în model, explicăm doar 0.5% din varianța la nivelul pacientului (nivelul 2).

Pasul 6: Prezicerea varianței slope

În ceea ce privește modul în care speranța de îmbunătățire se schimbă de-a lungul terapiei (slope), am prezis folosind scorul agregat la alianța terapeutică inițială (ședințele 1, 2, 3) raportate de pacient și terapeut. Atât pentru raportarea din perspectiva pacientului, cât și pentru cea din perspectiva terapeutului, am folosit estimarea alianței terapeutice de la nivelul pacientului (nivelul 2) și de la nivelul terapeutului (nivelul 3). Prin urmare, am testat interacțiunea dintre variabilitatea pacientului la alianța terapeutică (alianța terapeutică within terapeuți) și variabilitatea terapeutului la alianța terapeutică (alianța terapeutică between terapeuți), atât pentru raportarea din perspectiva pacientului, cât și pentru cea din perspectiva terapeutului. Așa cum am prezis, interacțiunea dintre variabilitatea pacientului la alianța terapeutică și variabilitatea terapeutului la alianța terapeutică raportată din perspectiva pacientului a fost un predictor semnificativ al modul în care speranța de îmbunătățire se schimbă de-a lungul terapiei (Coeff. = -.91, $SE = .56$, $t [284] = .06$, $p = .019$; **modelul₆**), în timp ce interacțiunea dintre variabilitatea pacientului la alianța terapeutică și variabilitatea terapeutului la alianța terapeutică raportată din perspectiva terapeutului nu a fost (Coeff. = .03, $SE = .101$, $t [355] = -2.182$, $p > .05$).

Discuții

Cercetarea de față este una dintre puținele studii care au investigat forma schimbării în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și prima care a examinat efectul terapeutului în acest tip de expectanțe. Este de asemenea și prima care a testat predictorii ai modelului în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul intervenției. În acest studiu ne-am focalizat pe expectanțele pozitive referitoare la rezultatul tratamentului (speranța de îmbunătățire). Cercetări viitoare ar putea încerca să replice rezultatele noastre pe expectanțe negative referitoare la rezultatul tratamentului (frica de schimbare sau frica de efecte secundare).

În primul rând, relația dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat nu depinde de cum rezultatul este operaționalizat (ca BDI post sau ca BDI schimbare), ci de când expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului sunt măsurate. Când expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului sunt măsurate la mijlocul tratamentului (ședința 7 și 14), asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat este semnificativă, în timp ce asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat la screening și pretratament nu este una semnificativă. Acest lucru poate indica faptul că pe măsură ce pacienții înaintează în terapie, expectanțele acestora referitoare la rezultatul tratamentului devin mai relevante pentru rezultat. În al doilea rând, am găsit că varianța within terapeut (pacienți tratați de același terapeut) a fost mai mică decât varianța between terapeuți (pacienți tratați de terapeuți diferiți), ceea ce este un indicator al faptului că datele sunt ierarhice/nested. Rezultatele indică faptul că aproximativ 9% din varianța în orice raportarea individuală a expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului poate fi explicată de proprietățile terapeutului care a realizat terapia, iar 61% din varianța în raportarea individuală a

expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului poate fi explicată de proprietățile pacientului. În al treilea rând, am găsit că timpul prezintă doar o relație lineară cu expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului, în sensul că expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului cresc în timpul terapiei. În al patrulea rând, am găsit o corelație negativă între expectanțele inițiale referitoare la rezultatul tratamentului și modul în care aceasta se schimbă în timpul terapiei, atât pentru pacient, cât și pentru terapeut. Corelația negativă indică faptul că pacienții și terapeuții cu un nivel crescut al expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului la începutul terapiei manifestă o creștere mai mică a expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei, în timp ce pacienții și terapeuții cu un nivel scăzut al expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului la începutul terapiei manifestă o creștere mai mare în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei. În al cincilea rând, severitatea depresiei și experiența anterioară cu psihoterapia au fost predictorii semnificativi ai expectanțelor inițiale referitoare la rezultatul tratamentului. Un nivel crescut de severitate a depresiei la pretratament a fost asociat cu un nivel scăzut al expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului la screening. În ceea ce privește experiența anterioară cu psihoterapia, contrar a ceea ce ne-am așteptat, a avea experiență anterioară cu psihoterapia a fost asociat cu expectanțe referitoare la rezultatul tratamentului la screening mai mici versus a nu avea experiență cu psihoterapia. În al șaselea rând, interacțiunea dintre variabilitatea pacientului la alianță și variabilitatea terapeutului la alianță raportată din perspectiva pacientului a fost un predictor semnificativ al modul în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul terapiei. Pe de altă parte, interacțiunea dintre variabilitatea pacientului la alianță și variabilitatea terapeutului la alianță raportată din perspectiva terapeutului nu a prezis în mod semnificativ modul în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul terapiei.

Expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului sunt o variabilă măsurată din perspectiva pacientului. Prin urmare, era de așteptat ca o altă variabilă raportată din perspectiva pacientului să prezică modul în care expectanțele referitoare la rezultat se schimbă în timpul tratamentului, și mai puțin probabil ca acestea să fie prezise de o variabilă raportată de terapeut. Studii viitoare ar putea investiga atribute ale terapeutului și tehnici folosite de terapeut și să le testeze ca potențiali predictorii ai modului în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul terapiei sau în interacțiune cu caracteristici ale pacientului. În studiul de față, de exemplu, experiența terapeuților nu a putut fi considerată ca potențial predictor al modului în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul terapiei deoarece nu existau diferențe semnificative între terapeuți în ceea ce privește această caracteristică. Pe de altă parte, studii viitoare ar putea identifica tehnicile folosite de terapeuți prin observarea și codarea ședințelor video.

Limite

În afară de punctele tari ale studiului de față, cum ar fi investigarea schimbării în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului de-a lungul terapiei și căutarea unui efect al terapeutului, studiul prezent prezintă și câteva limite. În primul rând, eșantionul nostru omogen de pacienți caucazieni cu depresie majoră nu permite generalizarea la pacienți cu alte diagnostice sau din alte etnii. O a doua limită este faptul că studiul a inclus doar o măsurătoare pentru fiecare construct investigat. Prin urmare, nu este clar dacă aceste rezultate se vor generaliza la alte măsurători ale constructelor investigate. În

al treilea rând, rezultatul terapiei a fost măsurat doar din perspectiva pacientului; asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat poate varia în funcție de cine raportează rezultatul (pacient, clinician, observator). Prin urmare, studii viitoare ar trebui să investigheze acest aspect.

Implicații terapeutice

Pe baza rezultatelor obținute (vezi de asemenea Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012), putem formula niște concluzii teoretice și sugera possible sfaturi de urmat de către terapeuți. În primul rând, având în vedere asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat, sugerăm că este important și poate chiar necesar să evaluăm aceste expectanțe și să le adresăm în mod explicit. A doua sugestie clinică se bazează pe prima; evaluarea expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului ar trebui să fie făcută cât de devreme posibil (dacă este posibil, de la primul contact al pacientului cu terapeutul), și ar trebui continuată pe tot parcursul terapiei. Pare să fie important să evaluăm expectanțele pacientului referitoare la rezultatul tratamentului la screening deoarece îl poate informa pe terapeut de cum expectanțele pacientului referitoare la rezultatul tratamentului se vor schimba în timpul terapiei. Terapeuții pot evalua expectanțele pacientului referitoare la rezultatul tratamentului fie prin intermediul scalelor sau cel puțin informal prin intermediul dialogului (Constantino și colab., 2012). În al treilea rând, clinicienii pot evalua de asemenea și severitatea simptomelor, precum și experiența anterioară cu psihoterapia pentru a prezice în mod eficient care pacienți ar putea intra în terapie cu un nivel scăzut al expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului. În al patrulea rând, terapeuții ar trebui să investească mai mult în a construi o alianță terapeutică puternică și a evita rupturile în alianță pe cât posibil (vezi Westra, Constantino, & Aviram, 2011), cu scopul de a crește modul în care expectanțele pacientului referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă în timpul terapiei.

În concluzie, studiul de față a fost construit pentru a examina longitudinal expectanțele pacientului referitoare la eficiența tratamentului în diminuarea simptomelor sale și pentru a investiga variabile ale pacienților și terapeuților care ar putea explica expectanțele inițiale ale pacientului referitoare la rezultatul tratamentului și cum acestea se schimbă în timpul terapiei. Studiul de față a încercat, de asemenea, să despartă variația pacientului și terapeutului la alianța terapeutică și să studieze contribuția lor interactivă la modul în care expectanțele pacienților referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă în timpul tratamentului. Folosind modele multinivelare longitudinale (growth modeling), am investigat și un efect al terapeutului la modul în care expectanțele pacientului referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă în timpul terapiei.

CAPITOLUL IV. DISCUȚII GENERALE ȘI IMPLICAȚII

Teza de față are ca scop investigarea influenței unor factori specifici și nonspecifice la distresul emoțional și tulburările mentale. Ca factori specifici, ne-am focalizat pe diferite tipuri de conștiințe postulate a fi ținta unor intervenții în diferite forme de CBT, în special în REBT (ex., credințe iraționale). În ceea ce privește factorii nonspecfici, ne-am focalizat asupra expectanțelor pacienților referitoare la rezultatul tratamentului. Cu referire la categorii de tulburări mentale, ne-am focalizat pe investigarea contribuției acestor factori specifici și nonspecifice în tulburările de anxietate și depresie. Mai exact, am analizat fiecare linie de cercetare în conformitate cu lacunele existente, așa cum au fost prezentate în Capitolul 1 al acestei teze.

4.1. Implucații teoretice, metodologice și clinice

Obiectivul general al acestui proiect de cercetare a fost acela de a investiga contribuția unor factori specifici și nonspecifice la distresul emoțional și tulburările mentale. Am atins aceste obiective, luând în considerare preocupările teoretice, metodologice și clinice cu care literatura credințelor iraționale și cea a expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului se confruntă, așa cum a fost prezentat în Capitolele 1 și 3 ale acestei teze. Ca o consecință a acestui obiectiv general, rezultatele noastre contribuie din punct de vedere teoretic și clinic la literatura de specialitate.

Nivel teoretic

Din punct de vedere teoretic, enumerăm pentru fiecare studiu principalele contribuții teoretice. Studiul 1 a fost o meta-analiză care a integrat cantitativ, pentru prima dată în literatura de specialitate, studiile empirice care au investigat relația dintre credințele iraționale și distresul psihologic. Bazat pe 100 de eșantioane independente din 83 de studii primare, realizate în 13 țări diferite, în ultimii șaiszeci de ani, rezultatele meta-analizei de față arată că puterea relației dintre credințele iraționale și diferite tipuri de distres psihologic (ex., distres general, anxietate, depresie, furie, vinovăție) este modestă; cu toate acestea, această relație este robustă și se păstrează pentru diverse populații, măsurători, și design-uri.

Al doilea studiu a fost conceput pentru a investiga relațiile dintre credințele iraționale generale, gândurile automate specifice vorbitului în public, expectanța de răspuns cu privire la anxietate, și anxietatea de a vorbi în public. Rezultatele subliniază importanța ambelor constructe cognitive (generale și specific) la anxietatea de a vorbi în public. Mai mult decât atât, rezultatele evidențiază faptul că efectul credințelor iraționale de tip schemă generală asupra anxietății de vorbit în public a fost mediat de constructe mai specifice precum expectanțele de răspuns pentru anxietate, care, la rândul lor au amorsat gândurile automate specifice vorbitului în public, acestea din urmă fiind cele mai apropiate de anxietate.

Al treilea studiu are, în primul rând, implicații teoretice, din moment ce, pe baza postulatelor teoretice ale CBT-ului clasic, rezultatele obținute consolidează ideea că în anumite situații stresante, reprezentările (ex., credințele descriptive și inferențiale) activează factorii de vulnerabilitate cognitivă (ex., credințele evaluative), care la rândul lor sunt componente centrale ale mecanismului proximal care rezultă în distres emoțional.

Al patrulea studiu al acestei teze a avut mai multe întrebări de cercetare. Răspunsurile la aceste întrebări, pe baza rezultatelor obținute, au mai multe implicații teoretice. Prin urmare, am constatat că în primul rând, expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă liniar, în sensul că ele cresc în timpul tratamentului, un proces similar conceptului de “remoralizare” al lui Frank (1961); pacienții dezvoltă sau redobândesc credința că schimbarea este posibilă și că un anumit tratament va influența o astfel de schimbare. Mai mult decât atât, am constatat că terapeuții diferă în modul în care influențează această schimbare, în sensul că unii terapeuți sunt mai buni decât alții în ceea ce privește influențarea expectanțelor pacienților referitoare la rezultatul tratamentului. O implicație teoretică importantă a acestui studiu este că am testat predictorii ai expectanțelor inițiale ale pacienților referitoare la rezultatul tratamentului și predictorii ai modului în care aceste expectanțe se schimbă în timpul

terapiei. Am găsit că severitate depresie și experiența anterioară cu psihoterapia prezic expectanțele inițiale, iar interacțiunea dintre variabilitatea pacientului la alianță și variabilitatea terapeutului la alianță a fost un predictor semnificativ al modul în care expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului se schimbă de-a lungul terapiei, atunci când acestea au fost raportată din perspectiva pacientului, dar nu din cea a terapeutului.

Nivel metodologic

Câteva implicații metodologice apar ca o consecință a rezultatelor obținute în această teză. Un rezultat al meta-analizei a fost că relația dintre credințele iraționale și distresul psihologic diferă în funcție de ce scale au fost folosite pentru a măsura credințele iraționale. În general, am observat că relația a fost mai puternică atunci când s-au folosit scale mai vechi care conțin itemi emoționali față de situația în care s-au folosit scale mai noi care nu conțin elemente emoționale. A doua implicație metodologică a acestei meta-analize constă în importanța luării în considerare a preferinței cercetătorului pentru un anumit tratament (în cazul de față – scală) ca o variabilă moderator în meta-analize. Chiar dacă rezultatele obținute de noi în ceea ce privește această variabilă moderator au fost în direcția opusă celei așteptate, ele au implicații serioase care merită să fie luate în considerare de către viitoarele meta-analize. O a treia implicație metodologică constă în a considera relevanța evenimentului stresant indus în studii care au ca scop măsurarea credințele iraționale. Rezultatele obținute în al treilea studiu au, de asemenea, implicații metodologice. Deoarece de cele mai multe ori cercetătorii și clinicienii nu fac diferența între descrieri/inferențe și evaluări, și în consecință le combină într-un scor unitar (ex., Automatic Thoughts Questionnaire-Short Version; Netemeyer și colab., 2002) în cadrul măsurilor aferente, în scopul de a clarifica contribuția acestora la distresul emoțional, am delinuat itemii aparținând fiecărei categorii. În ceea ce privește implicațiile metodologice ale celui de-al patrulea studiu, subliniem (1) importanța considerării efectului terapeutului (ex., pacienții sunt nested în terapeuți) și (2) importanța de a delinea variabilitatea pacientului la alianța terapeutică de cea a terapeutului.

Nivelul clinic

Fără a mai enumera în continuare obiectivele și rezultatele fiecărui studii, precizăm câteva dintre cele mai importante implicații clinice care reies din teza de față. Toate studiile întreprinse au importante implicații clinice.

Primul studiu coroborează o relație modestă (overall $r = .38$), dar robustă între credințele iraționale și diverse tipuri de distress psihologic. Aceste rezultate sugerează faptul că credințele iraționale sunt un construct important în distresul general, anxietate, depresie, furie, și vinovăție, care trebuie să fie abordat în intervențiile clinice. Al doilea și al treilea studiu au implicații clinice comune. Ambele au ca și întrebare de cercetare ce tipuri de cogniții sunt proxime distresului emoțional (ex., credințe generale sau specifice, convingeri descriptive/inferențiale sau evaluative). Răspunsul la această întrebare de cercetare are importante implicații clinice, în sensul informării clinicienilor asupra tipurilor de cogniții pe care ar trebui să-și focalizeze intervențiile cu scopul ca clienții lor să se facă mai bine, nu doar să se simtă mai bine. Studiu patru are importante implicații clinice. În primul rând, dată fiind asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat, sugerăm că este important și poate chiar necesar evaluarea acestor expectanțe și abordarea lor în mod explicit în timpul terapiei. A doua sugestie clinică se bazează pe prima; evaluarea expectanțelor referitoare la rezultatul tratamentului

ar trebui să se facă cât mai curând posibil, și ar trebui să fie continuată pe tot parcursul terapiei. Terapeuții ar putea evalua expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului fie prin scale, sau cel puțin informal, prin dialog (Constantino și colab., 2012). În al treilea rând, clinicienii ar putea evalua, de asemenea, severitatea simptomelor, precum și experiența anterioară cu psihoterapia pentru a prezice, în mod eficient, acei pacienți care ar putea intra în terapie cu expectanțe reduse referitoare la rezultatul tratamentului. În al patrulea rând, terapeuții ar trebui să investească mai mult în construirea unei alianțe terapeutice inițiale puternice și în evitarea rupturilor în alianță pe cât posibil (a se vedea Westra și colab., 2011), cu scopul de a crește expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului în timpul terapiei.

4.2. Limite și direcții viitoare

Cercetarea condusă în această lucrare prezintă câteva limite. Am discutat limitele specifice fiecărui studiu în secțiunea de discuții a acestora. Cu toate acestea, le sumarizăm aici pentru a avea o imagine de ansamblu asupra lor, și pentru a sugera posibile direcții viitoare care merită a fi urmate în studiile viitoare.

În primul rând, în ciuda dovezilor experimentale sporadice incluse în meta-analiză, cercetarea prezentă nu ne permite să tragem concluzii ferme privind cauzalitatea relației dintre credințele iraționale și distresul psihologic. Deoarece efectele supuse investigației nu au fost induse experimental, acestea pot fi influențate de alte variabile care nu au fost controlate (Little, Preacher, Selig, & Card, 2007). Mai mult decât atât, o analiză longitudinală va permite o mai bună înțelegere a naturii potențial etiopatogenetice a credințelor iraționale (David și colab., 2010). În al doilea rând, în legătură cu evenimentul stresant care a oferit contextul evaluării, majoritatea studiilor nu au indus un eveniment stresant (aproximativ 80%). În cazul acelor studii care au indus un eveniment stresant, acesta a fost relevant doar în aproximativ jumătate. În al treilea rând, doar un număr mic de studii au raportat starea civilă, statutul ocupațional, și venitul participanților; prin urmare, nu am putut testa rolul acestor variabile ca potențiali moderatorii în asocierea dintre credințele iraționale și distres. În al patrulea rând, studiile incluse în meta-analiză au fost conduse mai ales în contextual culturii occidentale (ex., nici un studiu nu a fost făcut în Asia). De aceea, cercetările ulterioare vor trebui să testeze dacă aceste rezultate sunt aplicabile în alte context culturale, ca de exemplu cel asiatic sau african, având în vedere dovezile tot mai pregnante privind faptul că procesele cognitive și motivaționale de bază variază de la o populație la alta (Henrich, Heine, & Norenzayan, 2010). În al cincilea rând, aproape toate studiile incluse în meta-analiză au folosit scale de auto-raportate ale constructelor. Prin urmare, cercetări viitoare ar putea beneficia de includerea unor măsurători bazate pe cotarea de către un observator (ex., cotare de către clinician sau partener) și interviuri de diagnosticare pentru a limita posibilele biasuri apărute ca efect al autoraportării. În al șaselea rând, majoritatea studiilor au fost realizate pe populație subclinică sau nonclinică (fără un diagnostic clinic). Cercetări viitoare vor fi necesare pentru a investiga dacă mecanisme psihologice comparabile leagă credințele iraționale de distresul psihologic și în eșantioane clinice. În al șaptelea rând, studiile pe vinovăție și emoții negative funcționale (preocupare, tristețe, iritare, regret) nu au fost atât de numeroase precum studiile pe distress general, depresie, anxietate și furie. În al optulea rând, această meta-analiză a fost focalizată pe asocierea dintre credințe iraționale și distress psihologic și prin urmare a exclus scalele/subscalele de credințe raționale. Studii

viitoare ar trebui să investigheze relația dintre credințe iraționale și/sau credințe rationale și emoții pozitive și negative, precum și emoții funcționale și disfuncționale în același timp, în timpul unor evenimente activatoare diverse.

Următoarele două studii (Studiul 2 și 3) prezintă limite comune. În primul rând, acestea au un design cross-sectional care nu permite formularea unor concluzii cauzale dar, cu toate acestea, este relevant pentru testarea asocierilor dintre constructe. Un studiu experimental longitudinal, cuprinzând o intervenție care modifică variabilele predictor, și măsoară mediatorii înainte de a măsura schimbarea în outcome ar oferi informații legate de cauzalitate. În al doilea rând, în ambele eșantioane, proporția participanților de gen feminin a fost mai mare decât cea a participanților de gen masculin, nepermițându-ne o comparație fidelă pe genuri. Un eșantion mai echilibrat în ceea ce privește genul participanților ar fi folositor pentru a testa dacă sunt diferențe de gen în relația dintre constructele cognitive și stresul relaționat cu susținerea examenului. De asemenea, în studiul 2, chiar dacă am selectat indivizi cu anxietate socială, nu am condus un interviu clinic structurat pentru a stabili un diagnostic clinic. Prin urmare, ambele studii trebuie să fie replicate pe eșantioane clinice, precum și nonclinice aflate în situații stresante diverse pentru a stabili generalizabilitatea modelului obținut. O limită specifică doar pentru studiul 3 a fost faptul că atât predictorul, cât și mediatorul a fost extras din aceeași scală pentru că în momentul de față nu există scale separate care să măsoare aceste constructe. Prin urmare, cercetări viitoare ar trebui să investească în construirea de noi scale care să măsoare separat evaluările și reprezentările specifice (descrieri și inferențe).

În afară de punctele tari ale studiului 4, cum ar fi investigarea schimbării în expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului de-a lungul terapiei și căutarea unui efect al terapeutului, studiul prezent prezintă și câteva limite. Eșantionul nostru omogen de pacienți caucazieni cu depresie majoră nu permite generalizarea la pacienți cu alte diagnostice sau din de alte etnii. În al doilea rând, studiul a inclus doar o măsurătoare pentru fiecare construct investigat; prin urmare, nu este clar dacă aceste rezultate se vor generaliza la alte măsurători ale constructelor investigate. În al treilea rând, rezultatul terapiei a fost măsurat doar din perspectiva pacientului; asocierea dintre expectanțele referitoare la rezultatul tratamentului și rezultat poate varia în funcție de cine raportează rezultatul (pacient, clinician, observator). Prin urmare, studii viitoare ar trebui să investigheze acest aspect.

REFERENCES

References marked with an asterisk indicate studies included in the meta-analysis.

- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 314-322. doi:10.1007/s10608-008-9182-1
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257. doi:10.1037//0022-0167.48.3.251
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patient* (pp. 325–346). New York: Oxford University Press.

- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2012). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), 1-7, doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapies and emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory – Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Begg, C. B., & Mazumdar, M. (1994). Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics*, 50(4), 1088-1101. doi:10.2307/2533446
- Bernard, M. E. (1990). *Validation of General Attitude and Belief Scale*. Presented at the World Congress on Mental Health Counselling. Keystone, Colorado.
- Bliese, P. D. (2013). multilevel: Multilevel Functions. R package version 2.5 [Computer software]. Retrieved from <http://cran.r-project.org/package=multilevel>
- Bliese, P. D., & Ployhart, R. E. (2002). Growth modeling using random coefficient models: Model building, testing, and illustrations. *Organizational Research Methods*, 5(4), 362-387. doi:10.1177/109442802237116
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Broadbent, D. (1958). *Perception and Communication*. London: Pergamon Press.
- Brown, L. A., Wiley, J. F., Wolitzky-Taylor, K., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., ... & Craske, M. G. (2014). Changes in self-efficacy and outcome expectancy as predictors of anxiety outcomes from the CALM study. *Depression and Anxiety*, 31, 678-689. doi:10.1002/da.22256
- Burgess, P. (1986). *Belief systems and emotional disturbance: Evaluation of the rational emotive model*. Unpublished doctoral dissertation. University of Melbourne, Parkville, Melbourne, Australia.
- Chomsky, N. (1959). On Certain Formal Properties of Grammars. *Information & Control*, 2, 137-167. doi:10.1016/S0019-9958(59)90362-6
- Constantino, M. J., Ametrano, R. A., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569. doi:10.1037/a0029440
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. doi:10.1002/jclp.20754
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211. doi:10.1037/0022-006X.73.2.203
- Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J. S., & Arnow, B. A. (2007). Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 5(3), 210-228. doi:10.1080/15402000701263932

- Constantino, M. J., Penek, S., Bernecker, S. L., & Overtree, C. E. (2013). A Preliminary Examination of Participant Characteristics in Relation to Patients' Treatment Beliefs in Psychotherapy in a Training Clinic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 238-250. doi:10.1037/a0031424
- *Cramer, D., & Buckland, N. (1995). Effect of rational and irrational statements and demand characteristics on task anxiety. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 129(3), 269-275. doi:10.1080/00223980.1995.9914964
- *Cramer, D., & Kupshik, G. (1993). Effect of rational and irrational statements on intensity and 'inappropriateness' of emotional distress and irrational beliefs in psychotherapy patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(3), 319-325. doi:10.1111/j.2044-8260.1993.tb01062.x
- *Cristea, I. A., Montgomery, G., Szamoskozi, S., & David, D. (2013). Key constructs in "classical" and "new wave" cognitive-behavioral psychotherapies: Relationships among each other and with emotional distress. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 584-599. doi:10.1002/jclp.21976
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122(3), 216-220. doi:10.1037/0033-2909.122.3.216
- David, D. (in press). Rational emotive behavior therapy. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- David, D. (2003). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT); The view of a cognitive psychologist. In W. Dryden (Ed.). *Theoretical developments in REBT*. London: Brunner/Routledge.
- David, D., Lynn, S. J. & Ellis, A. (2010). *Rational and irrational beliefs. Research, Theory, and Clinical Practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- *David, D., Montgomery, G. H., Macavei, B., & Bovbjerg, D. H. (2005). An empirical investigation of Albert Ellis's binary model of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 499-516. doi:10.1002/jclp.20058
- *David, D., Schnur, J., & Belloiu, A. (2002). Another search for the "hot" cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(2), 93-131. doi:10.1023/A:1019876601693
- David, D., & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 284 - 298. doi:10.1016/j.cpr.2005.09.003
- DeFife, J. A., & Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 172-191. doi:10.1037/a0023889
- Del Re, A. C., & Hoyt, W. T. (2010). MAc: Meta-Analysis with Correlations. R Package Version 1.0.5 [Computer software]. Retrieved from <http://CRAN.R-project.org/package=Mac>
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183. doi: 10.1093/clipsy.bpi022
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21-33. doi:10.1007/s11020-005-1963-5
- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. W. (1988). *The development of a measure of*

- irrational/rational thinking*. Presented at the World Congress of Behaviour Therapy, Edinburgh, Scotland.
- DiLorenzo, T. A., Bovbjerg, D. H., Montgomery, G. H., Valdimarsdottir, H., & Jacobsen, P. B. (1999). The application of a shortened version of the profile of mood states in a sample of breast cancer chemotherapy patients. *British Journal of Health Psychology*, 4(4), 315-325. doi:10.1348/135910799168669
- *DiLorenzo, T. A., David, D., & Montgomery, G. H. (2007). The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 765-776. doi:10.1016/j.paid.2006.08.022
- *DiLorenzo, T., David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The impact of general and specific rational and irrational beliefs on exam distress; a further investigation of the binary model of distress as an emotional regulation model. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 11(2), 121-142.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2011). Epidemiology of Psychological Distress. In L. L'Abate (Ed.), *Mental illnesses – Understanding, prediction and control* (pp. 105-134). Rijeka, Croatia: InTech.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/12075-000
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463. doi:10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*, 315(7109), 629-634. doi:10.1136/bmj.315.7109.629
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O., & Best, M. (2014). The Process of Seeking Psychotherapy and Its Impact on Therapy Expectations and Experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1900
- Ellis, A. (1955). New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 207-260. doi:10.1002/1097-4679(195507)
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuard.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 121-146. doi:10.1007/BF01183137
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. ed.). Secaucus, New Jersey: Birch Lane Press.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (1985). What is rational-emotive therapy (RET)? In A. Ellis, & M. E. Bernard (Eds.), *Clinical Applications of rational-emotive therapy* (pp. 1-30). New York, London: Plenum Press.
- Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., ... & Whiteford, H. A. (2014). The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*, 9(4). doi:10.1371/journal.pone.0091936
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000: Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 17-19. doi:10.1026/1616-3443/a000015

- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Oxford, England: Johns Hopkins University Press.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025–1035. doi:10.1017/S003329170105405
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76. doi:10.1093/ptr/kpg007
- *Goldfried, M. R., & Sobocinski, D. (1975). Effect of irrational beliefs on emotional arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 504-510. doi:10.1037/h0076787
- Grapp K. (2004): Virtually Better, Inc. Available at: <http://www.virtuallybetter.com>. Accessed July 12, 2012.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678. doi:10.1016/j.cpr.2005.03.002
- Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Altenstein, D., Dörig, N., Meisch, L. (under review). Fostering cognitive-emotional processing in the treatment for depression - A randomized controlled trial comparing Exposure-Based Cognitive Therapy (EBCT-R) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT).
- Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Bochsler, K., & Mauler, B. (2011). The prediction of psychotherapy success by outcome expectations in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(5), 321-322. doi:10.1159/000324171
- Haaga, D. A., & Davison, G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 215-220. doi:10.1037/0022-006X.61.2.215
- Hardin, S. I., & Yanico, B. J. (1983). Counselor gender, type of problem, and expectations about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30(2), 294-297. doi:10.1037/0022-0167.30.2.294
- *Hart, K. E., & Hittner, J. B. (1991). Irrational beliefs, perceived availability of social support, and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 582-587. doi:10.1002/1097-4679(199107)47:4<582::AID-JCLP2270470418>3.0.CO;2-Z
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien* (Vol. 6. überar. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II*. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. *Manuscript submitted for publication*.
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122. doi:10.1207/s15327558ijbm1202_9
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Berlin: Springer.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 61-83. doi:10.1017/S0140525X0999152X
- Higgins, J., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics*

- in Medicine*, 21(11), 1539-1558. doi:10.1002/sim.1186
- Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., ... & Leucht, S. (2014). Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses. *JAMA psychiatry*, 71(6), 706-715. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(3), 161-176. doi: 10.1037/a0036933
- Jones, R. G. (1968). *A factored measure of Ellis'irrational belief systems with personality and maladjustment correlated*. Wichita, KS: Test Systems.
- *Kassinove, A. (1986). Self reported affect and core irrational thinking: A preliminary analyses. *Rational-Emotive Therapy*, 4, 119-130. doi:10.1007/BF01074170
- *Kassinove, H., & Eckhardt, C. I. (1994). Irrational beliefs and self-reported affect in Russia and America. *Personality and Individual Differences*, 16(1), 133-142. doi:10.1016/0191-8869(94)90117-1
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(01), 23-33. doi:10.1017/S1121189X00001421
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. doi:10.1017/S0033291702006074
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40(11), 1189-1202. doi:10.1037/0003-066X.40.11.1189
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1999). Automaticity in clinical psychology. *American Psychologist*, 54(7), 504-5015. doi:10.1037/0003-066X.54.7.504
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II): Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*, 78(6), 651-656. doi:10.1007/s00115-006-2098-7
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lindner, H., Kirkby, R., Wertheim, E., & Birch, P. (1999). A brief assessment of irrational thinking: The Shortened General Attitude and Belief Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(6), 651-663. doi:10.1023/A:1018741009293
- Little, T. D., Preacher, K. J., Selig, J. P., & Card, N. A. (2007). New developments in latent variable panel analyses of longitudinal data. *International Journal of Behavioral Development*, 31(4), 357-365. doi:10.1177/0165025407077757
- MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 219-228. doi:10.1037//1089-2699.6.3.219
- *Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (1986). Development and validation of a measure of irrational belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 860-862.

doi:10.1037/0022-006X.54.6.860

- *Malouff, J. M., Schutte, N. S., & McClelland, T. (1992). Examination of the relationship between irrational beliefs and state anxiety. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 451-456. doi:10.1016/0191-8869(92)90074-Y
- Marteau, T., & Bekker H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Psychology*, 31, 301-306.
- *Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2004). Irrational beliefs and the experience and expression of anger. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1), 3-20. doi:10.1023/B:JORE.0000011574.44362.8f
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Profile of Mood State*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- *Mezo, P. G., & Short, M. M. (2012). Construct validity and confirmatory factor analysis of the Self-Control and Self-Management Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 1-8. doi:10.1037/a0024414
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63(2), 81-97. doi:10.1037/h0043158.
- Mogoase, C., & Stefan, S. (2013). Is there a difference between functional and dysfunctional negative emotions? The preliminary validation of the functional and dysfunctional negative emotions scale. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(1), 13-32.
- Moldovan, R. (2007). Chestionarul gandurilor automate [Automatic thoughts questionnaire]. In D. David (ed.), *Sistem de evaluare clinica [Clinical Evaluation System]*, Cluj-Napoca: RTS Publishing.
- *Montgomery, G. H., David, D., DiLorenzo, T. A., & Schnur, J. B. (2007). Response expectancies and irrational beliefs predict exam-related distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(1), 17-34. doi:10.1007/s10942-006-0029-y
- *Monti, P. M., Zwick, W. R., & Warzak, W. J. (1986). Social skills and irrational beliefs: A preliminary report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1), 11-14. doi:10.1016/0005-7916(86)90004-2
- Muthén, B. O., & Curran, P. J. (1997). General longitudinal modeling of individual differences in experimental designs: A latent variable framework for analysis and power estimation. *Psychological Methods*, 2(4), 371-402. doi:10.1037/1082-989X.2.4.371
- Netemeyer, R. G., Williamson, D. A., Burton, S., Biswas, D., Jindal, S., Landreth, S., ... & Primeaux, S. (2002). Psychometric properties of shortened versions of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 62(1), 111-129. doi:10.1177/0013164402062001008
- Newman, M. G., & Fisher, A. J. (2010). Expectancy/Credibility Change as a Mediator of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Mechanism of Action or Proxy for Symptom Change?. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(3), 245-261. doi:10.1521/ijct.2010.3.3.245
- Omer, H., & London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: End of the systems era. *Psychotherapy*, 26, 427-435. doi:10.1037/h0085329
- Phillips, M. R. (2009). Is distress a symptom of mental disorders, a marker of impairment, both or neither? *World Psychiatry*, 8(2), 91-92.

- Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., and the R Development Core Team (2013). nlme: Linear and Nonlinear Mixed Effects Models. R package version 3.1-111[Computer software]. Retrieved from <http://cran.r-project.org/web/packages/nlme/>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 4(3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Preacher, K. J., & Kelley, K. (2011). Effect size measures for mediation models: Quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods*, 16(2), 93-115. doi:10.1037/a0022658
- Raudenbush, S.W., & Bryk, A.S. (2002). Hierarchical linear models (2nd ed). Thousand Oaks: Sage.
- Sarkar, D. (2008). *Lattice: Multivariate Data Visualization with R*. Springer: New York.
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Schulte, D. (1995). How treatment success could be assessed. *Psychotherapy Research*, 5(4), 281-296. doi:10.1080/10503309512331331406
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV) [Assessment of treatment expectancy and treatment evaluation]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 176-187.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18(4), 481-494. doi:10.1080/10503300801932505
- Shorkey, C. T., & Whiteman, V. L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 527-534. doi:10.1177/001316447703700232
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists' Press.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 0(0), 1-18. doi:10.1093/ije/dyu038
- Storch, E. A., Roberti, J. W., & Roth, D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory - Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, 19(3), 187-189. doi:10.1002/da.20002
- Swift, J. K., Whipple, J. L., & Sandberg, P. (2012). A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy*, 49(4), 549-556. doi:10.1037/a0029441
- *Szentagotai, A. (2006). Irrational beliefs, thoughts suppression and distress - A meditation analysis. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 6(2), 119-127.
- *Szentagotai, A., & Freeman, A. (2007). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thought in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 1-9.
- Terjesen, M. D., Salhani, J., & Sciutto, M. J. (2009). A psychometric review of measures of irrational beliefs: Implications for psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(2), 83-96. doi:10.1007/s10942-009-0093-1

- Trip, S. (2007). Scala de atitudini și convingeri generale [General Attitude and Beliefs Scale]. In D. David (Ed.), *Sistem de evaluare clinica [Clinical Evaluation System]*, Cluj-Napoca: RTS Publishing.
- Tsai, M., Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., & Mirmiran, J. (2012). Forecasting Success: Patients' Expectations for Improvement and Their Relations to Baseline, Process and Outcome Variables in Group Cognitive-Behavioural Therapy for Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 97-107. doi:10.1002/cpp.1831
- *van Wijhe, C., Peeters, M., & Schaufeli, W. (2013). Irrational beliefs at work and their implications for workaholism. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 336-346. doi:10.1007/s10926-012-9416-7
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1-48. Retrieved from <http://www.jstatsoft.org/v36/i03/>
- *Vișlă, A., Cristea, I. A., Szentágotai Tatar, A., & David, D. (2013). Core beliefs, automatic thoughts and response expectancies in predicting public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 856-859. doi:10.1016/j.paid.2013.06.003
- Westra, H. A., Constantino, M. J., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. (2011). Therapist differences in cognitive-behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy*, 48(3), 283-292. doi:10.1037/a0022011
- Westra, H. A., Constantino, M. J., & Aviram, A. (2011). The impact of alliance ruptures on client outcome expectations in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 21(4), 472-481. doi:10.1080/10503307.2011.581708
- Wheaton, B. (2007). The twain meet: Distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health*, 11(3), 303-319. doi:10.1177/1363459307077545
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Wittchen, H.-U., Fydrich, T., & Zaudig, M. (1997). *SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Achse I und II. Achse I: Psychische Störungen*: Hogrefe.
- *Wong, S. S. (2008). The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. *Current Psychology*, 27(3), 177-191. doi:10.1007/s12144-008-9033-y

APPENDIX

AUTOMATIC THOUGHTS QUESTIONNAIRE – SHORT VERSION (ATQ-SV)

Descrieri și inferențe:

Nu cred că pot continua așa. (Itemul 2)

Nu mai îmi place nimic. (Itemul 4)

Nu îmi vine să mă apuc de nimic. (Itemul 6)

Ce se întâmplă cu mine? (Itemul 7)

Nu voi reuși niciodată. (Itemul 9)

Viitorul meu este cenușiu. (Itemul 13)

Pur și simplu nu merită. (Itemul 14)

Nu pot face nimic până la capăt. (Itemul 15)

Evaluări:

Nu sunt bun(ă) de nimic. (Itemul 1)

Sunt foarte dezamăgit(ă) de mine însumi / însămi. (Itemul 3)

Nu mai suport. (Itemul 5)

Sunt lipsit(ă) de valoare. (Itemul 8)

Mă simt foarte neajutorat(ă). (Itemul 10)

Ceva trebuie să se schimbe. (Itemul 11)

Precis este ceva în neregulă cu mine. (Itemul 12)

PATIENTS' THERAPY EXPECTATION AND EVALUATION (PATHEV)
SUBSCALA SPERANȚA DE ÎMBUNĂTĂȚIRE

Mi-e teamă că nici psihoterapia nu mă mai poate ajuta. (Itemul 1)

Cred că problemele mele pot fi în sfârșit rezolvate. (Itemul 4)

Problemele mele nu se vor schimba foarte mult nici dacă merg la psihoterapie. (Itemul 5)

De fapt, sunt mai degrabă sceptic că tratamentul mă poate ajuta. (Itemul 9)