

**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
DEPARTMENTUL DE PSIHOLOGIE
ȘCOALA DOCTORALĂ PSIHOLOGIE COGNITIVĂ APLICATĂ**

**VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA
POSTPARTUM: IMPLICAȚII PENTRU INTERVENȚIE**

Rezumatul tezei de doctorat

**Coordonator științific:
prof. univ. dr. BĂBAN ADRIANA**

**Doctorand:
MADAR ANDA-DIANA**

CLUJ-NAPOCA

2015

CUPRINS

CAPITOLUL 1 Depresia postpartum: status curent și direcții de dezvoltare

1.1. Depresia postpartum: status curent	3
1.1.1. Definiție	3
1.1.2. Evoluția conceptului	3
1.1.3. Delimitare conceptuală	4
1.1.4. Diagnostic diferențial	4
1.1.5. Evaluare	5
1.1.6. Prevalența depresiei postpartum	5
1.2. Consecințele depresiei postpartum	6
1.3. Factorii de risc pentru depresia postpartum	6
1.3.1. Factorii biologici	6
1.3.2. Factorii psihologici: vulnerabilitatea cognitivă	7
1.4. Depresia postpartum: direcții de dezvoltare	7

CAPITOLUL II Obiectivele cercetării

8

CAPITOLUL III Studiul 1. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum: o analiză sistematică a literaturii

3.1. Introducere	9
3.2. Metodă	10
3.3. Concluzii	11
3.3.1. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum	11
3.3.2. Evaluarea vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum	11
3.4. Discuții și direcții de cercetare	13

CAPITOLUL IV Studiul 2. Vulnerabilitatea cognitivă și dispoziția afectivă din perioada postnatală

4.1. Introducere	13
4.2. Metodă	14
4.3. Rezultate	14
4.4. Concluzii și discuții	17

CAPITOLUL V Studiul 3. Particularitățile vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum

5.1. Scala de credințe și atitudini materne: un studiu pilot	18
5.1.1. Introducere	18
5.1.2. Dezvoltarea Scalei de Atitudini și Credințe Materne	19
5.1.3. Metodă	19
5.1.4. Rezultate	20
5.1.5. Concluzii și direcții de cercetare	20
5.2. Specificul vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum	20
5.2.1. Introducere	20
5.2.2. Metodă	21
5.2.3. Rezultate	22
5.2.4. Concluzii și implicații	24

CAPITOLUL VI Studiul 4. Eficacitatea unui program de intervenție CBT pentru depresia postpartum

6.1. Introducere	24
6.1.1. Alternative de tratament pentru depresia postpartum	25
6.1.2. CBT pentru depresia postpartum: status prezent și caracteristici	25
6.2. Metoda	27
6.3. Rezultate	29
6.4. Concluzii și direcții de dezvoltare	31

CAPITOLUL VII Concluzii și direcții de dezvoltare

6.1. Contribuții teoretice, metodologice și practice	31
6.2. Limite și direcții de cercetare	32

CAPITOLUL 1

Depresia postpartum: status curent și direcții de dezvoltare

INTRODUCERE

Depresia este principala cauză de suferință și de afectare a funcționării persoanei, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare (World Health Organization, 2008a). Diagnosticul de depresie majoră se regăsește la femei de trei ori mai frecvent decât la bărbați (American Psychiatric Association, 2013). În plus, afectarea funcționării cauzată de depresie este la femei cu 50% mai crescută decât la bărbați (WHO, 2008b). Organizația Mondială Sănătății a previzionat că, până în 2020, una din patru femei va suferi de o tulburare afectivă pe parcursul vieții (WHO, 1997). Femeile la vârsta fertilă (15-44 ani) au o vulnerabilitate mai crescută decât oricând pentru tulburări afective (Abel & Kulkarni, 2006). Cauza o reprezintă atât modificările hormonale specifice asociate vârstei fertile (ex. perioada perinatală), cât și expunerea la o serie de stresori psihosociale.

Perioada postpartum este recunoscută ca prezentând un risc crescut pentru debutul unei tulburări afective (Robertson, Celasun & Steward, 2003; Jones & Venis, 2001). Se pare că 7-13% dintre mame dezvoltă depresie pe parcursul primului an după naștere (O'Hara & Swain, 1996) și până la 20% în primul trimestru postpartum (Gavin et al., 2005). Cu toate că această rată nu este mai crescută decât cea a depresiei la femei în general, depresia în perioada postpartum este considerată o problemă de sănătate publică întrucât afectează nu numai femeia, ci și dezvoltarea copilului. Cu referire la depresia care debutează în perioada postnatală este utilizat în literatură conceptul de depresie postpartum sau depresie postnatală.

1.1. Depresia postpartum: status curent

1.1.1. Definiție

Termenul de depresie postpartum este generic folosit în literatură pentru simptomatologia depresivă care debutează în perioada postnatală și care este din punct de vedere etiologic relaționată cu nașterea sau cu aspecte fiziologice/hormonale, sociale, psihologice sau de mediu care se petrec în proximitate temporală cu nașterea (O'Hara & Gorman, 2004). Există o variabilitate crescută în cercetare și în practica clinică, atât în definirea simptomatologiei depresive, cât și în delimitarea temporală a perioadei postpartum.

În sens larg, conceptul *depresie postpartum* circumscrie un episod depresiv non-psihotic ușor sau moderat, inclusiv simptomatologia depresivă subclinică, cu debut în primul an după naștere (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002). În sens restrâns, depresia postpartum se referă la un episod depresiv major care debutează în 4 săptămâni de la naștere (American Psychiatric Association, 2000). În cercetare, definiția depresiei postpartum se situează pe un continuum între aceste două limite.

1.1.2. Evoluția conceptului

Pitt (1968) este printre primii în literatură care descrie o depresie puerperală atipică cu o prezentare clinică diferită de cea a depresiei non-postpartum. În anii '80 regăsim deja conceptul de depresie postnatală în literatura britanică și conceptul de depresie postpartum în cea americană. Ultimul deceniu aduce o creștere semnificativă a interesului clinic și de cercetare pentru depresia postpartum. Cercetarea în domeniul depresiei postpartum a urmat traseul cercetării în domeniul depresiei în general, fiind însă un demers mai recent. Ca și o particularitate față de depresia nerelaționată nașterii, în cazul depresiei postpartum mecanismelor biologice li s-a acordat o atenție mai crescută. În prezent, temele principale de

cercetare în literatura privind depresia postpartum sunt consecințele asupra dezvoltării copilului, factorii de risc și eficiența intervențiilor.

1.1.3. Delimitare conceptuală

Spectrul tulburărilor afective postnatale cuprinde simptomatologie depresivă variind ca intensitate de la o ușoară tristețe postnatală (baby blues sau maternity blues), la depresia postpartum (sau postnatală) și la psihoza puerperală (postpartum sau postnatală).

Tristețea postnatală (postpartum/postnatal/maternity blues) este o condiție tranzitorie care debutează în primele două săptămâni după naștere la 50 – 85% dintre femei (Jones & Joyce, 2001). Simptomele caracteristice sunt: instabilitate emoțională, plâns, neliniște/anxietate, tristețe, insomnie, oboseală (Epperson & Ballew, 2006). Acestea pot dura de la câteva ore, la câteva zile, nu afectează major funcționarea și nu necesită tratament. Simptomele tristeții postnatale sunt atribuite în mare parte factorilor hormonal și biologici (Robertson et al., 2003).

Psihoza postpartum este o tulburare severă, dar cu o incidență scăzută (0.1 – 0.2 %). Are un debut acut în primele 3 – 4 săptămâni de la naștere, după o perioadă asimptomatică. Manifestările includ simptome afective severe și elemente psihotice de tipul: lipsă de speranță, neliniște, insomnie, dezorientare, halucinații auditive și vizuale, gânduri suicidare sau de a-i face rău copilului (Epperson & Ballew, 2006). Mecanisme biologice sunt implicate în debutul și în dezvoltarea tulburării (Robertson et al., 2003).

Depresia postpartum debutează în perioada de 1-12 luni de la naștere. Un episod depresiv postpartum are caracteristicile unui episod depresiv care apare în orice alt moment al vieții, dar în cazul episoadelor postpartum anxietatea este mai crescută. Simptomele comune cu episoadele depresive sunt sentimentele de singurătate, iritabilitate, de pierdere a sinelui, teama de a înnebuni (Epperson & Ballew, 2006). Episodul depresiv postpartum se particularizează în ceea ce privește conținutul prin sentimente de vină și inadecvare cu privire la rolul de mamă (Beck, 2002), sentimentul de incapacitate de a avea grijă corespunzător de copil și preocupări exagerate cu privire la sănătatea copilului (Robinson & Steward, 2001). Femeile cu depresie postpartum se percep ca mame rele, incapabile și neubitoare (Robinson & Steward, 2001). Wisner, Moses-Kolko & Sit (2010) prezintă mai multe trasee de dezvoltare ale depresiei postpartum. În unele cazuri, stările de tristețe postnatală continuă, se accentuează și se transformă în depresie postpartum. În alte cazuri, o perioadă cu stare de bine după naștere este urmată de un declin sau un debut gradual al depresiei. Alteori, simptomele debutează prenatal și se accentuează postpartum. De asemenea, episodul de depresie postpartum poate debuta pe fondul unei tulburări distimice sau anxioase preexistente. Există o variabilitate crescută în cercetare și în practica clinică, atât în definirea simptomatologiei depresive, cât și în delimitarea temporală a perioadei postpartum.

1.1.4. Diagnostic diferențial

În prezent, depresia postpartum nu este o categorie nosologică distinctă în cele două sisteme majore de clasificare (ICD, WHO; DSM, APA). Simptomatologia depresivă postnatală se regăsește încadrată în DSM (APA, 2000; APA, 2013) și ICD (WHO, 1993; WHO, 2007) ca parte a spectrului tulburărilor afective. Cele două sisteme de clasificare oferă criterii similare pentru diagnosticul depresiei majore.

ICD-10 (WHO, 1993; WHO, 2007) recomandă ca simptomatologia depresivă în perioada postnatală se fie încadrată categorial ca și simptomatologia depresivă nonrelaționată nașterii. Dacă simptomele nu permit încadrarea într-o categorie a tulburărilor afective, dar debutează în primele 6 săptămâni postpartum vor fi încadrate la tulburări mentale și comportamentale ușoare asociate perioadei puerperale, fără altă clasificare.

Pentru simptomatologia depresivă din perioada postnatală, DSM-IV-TR (APA, 2000) utilizează specificantul „cu debut postpartum” care poate fi aplicat episodului depresiv major

curent (sau celui mai recent) dacă debutul are loc în decurs de 4 săptămâni după nașterea unui copil. DSM-5 (APA, 2013) modifică specificantul „cu debut postpartum” în „cu debut peripartum”, menținând criteriul temporal.

În literatură și în practica clinică, termenul de depresie postpartum este folosit pentru a descrie toate simptomele de depresie din perioada postnatală, fie că debutul lor este în perioada postnatală, fie că sunt condiții preexistente. Spectrul simptomatologiei depresive din perioada postpartum este reunit așadar sub eticheta de depresie postpartum. Însă eticheta de depresie postpartum aplicată simptomatologiei depresive crescute din perioada postnatală cuprinde o serie de diagnostice distincte din spectrul tulburărilor depresive și de adaptare. Depresia postpartum circumscrie următoarele diagnostice DSM-5 (APA, 2013): tulburare depresivă majoră, episod depresiv de scurtă durată, depresie scurtă recurentă, tulburare depresivă persistentă (distimie), episod depresiv cu simptome insuficiente, tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă. Depresia postpartum circumscrie următoarele diagnostice ICD-10 (WHO, 1993; WHO, 2007): episod depresiv, tulburare depresivă recurentă, episod depresiv scurt recurent, distimie, tulburare de adaptare: reacție depresivă scurtă (o lună) sau prelungită (2 ani).

Statutul științific al depresiei postpartum ca și o categorie nosologică distinctă este în prezent în discuție (Wisner et al., 2010; Austin, 2010; Jones & Cantwell, 2010; Riecher-Rossler & Hofecker-Fallahpour, 2003).

1.1.5. Evaluare

În cercetare și în practica clinică se utilizează pentru evaluarea simptomelor depresive în perioada perinatală atât instrumente specifice precum Scala de depresie postnatală Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS; Cox, Holden & Sagovskzy, 1987), cât și instrumente generale precum Inventarul de depresie Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) sau Scala de depresie a Centrului pentru studii epidemiologice (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D; Radloff, 1977).

1.1.6. Prevalența depresiei postpartum

Ratele de prevalență estimate pentru depresia postpartum variază între 5 și 25%, în funcție de populație, metoda de evaluare și criteriul temporal utilizat pentru debut (Gaynes et al., 2005).

În 2008, OMS atrăgea atenția asupra faptului că problemele de sănătate mentală perinatală au fost studiate în peste 90% dintre țările dezvoltate, în timp ce informațiile disponibile despre țările nedezvoltate și cele în curs de dezvoltare sunt limitate (WHO, 2008a). Pentru România, Wallis et al. (2012) raportează recent rate de prevalență pentru simptomatologie depresivă în ultimul trimestru de sarcină de 32% (CES-D) și 38% (EPDS-R). Depresia în perioada prenatală este recunoscută ca fiind unul dintre predictorii cei mai puternici ai depresiei postnatale, iar simptomele depresive prenatale par a fi la fel de frecvente ca și simptomele depresive postnatale (Milgrom et al., 2008). În comparație, în Australia, doar 8.9% dintre cele 40.000 de participante au avut un scor EPDS prenatal peste 12 și 15.7% au avut un scor peste 9 la EPDS postnatal (Buist et al., 2007). Prevalența depresiei postpartum raportată utilizând EPDS are o mare varianță transculturală (Halbreich & Karkun, 2006): 5% în Austria, 5.5% în Danamarca, 8.5% în Franța, 12.8% în Marea Britanie, 17.1% în Germania, 17.4% în Spania, 22.5% în Irlanda, 29.8% în Turcia, 38.1% în Italia, 15.4% în Statele Unite ale Americii. Aceste rate sunt influențate de criteriul temporal ales, de factorii socio-economici și de diversitatea culturală.

1.2. Consecințele depresiei postpartum

Consecințelor negative pe care depresia postpartum le are asupra mamei, li se adaugă afectele negative pe care le are asupra relației cu copilul și asupra dezvoltării acestuia (Philipps & O'Hara, 1991; Burke, 2003), dar și afectarea relației de cuplu și a relațiilor interpersonale în

general (Burke, 2003). O serie de analize ale literaturii au sintetizat consecințele pe care le are depresia maternă asupra copilului (Grace & Sansom, 2003; Grace, Evindar & Steward, 2003; Field, 2011; Goodman & Santangelo, 2011).

În Figura 1 este prezentat un model teoretic explicativ al influenței depresiei postpartum materne asupra dezvoltării copilului. Acesta a fost construit pornind de la modelele descrise anterior în literatură de Cummings & Davies (1994), Goodman & Gotlib (1999) și Elgar, McGrath, Waschbusch, Steward & Curtis (2004) și integrează rezultatele cercetărilor mai recente.

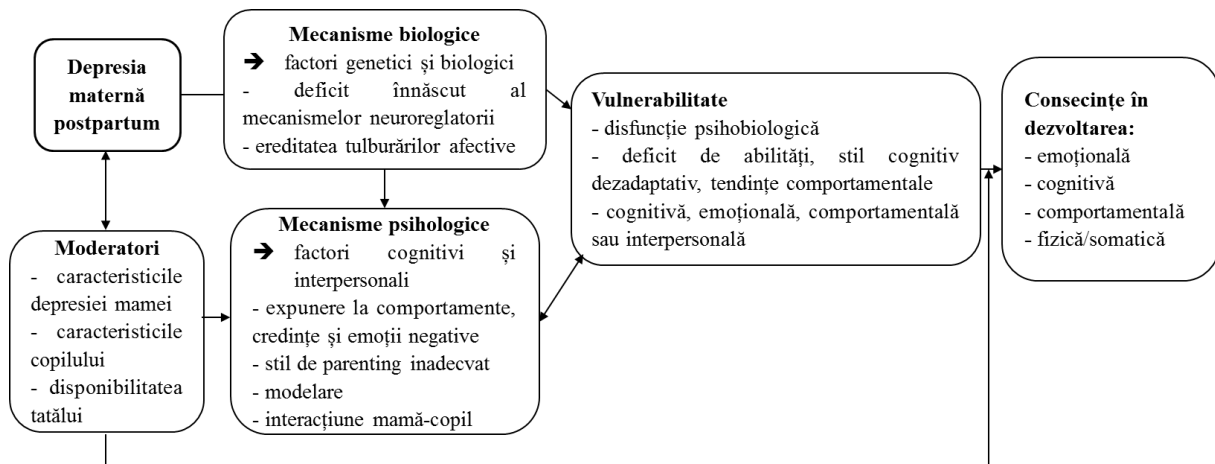


Figura 1 Model explicativ al influenței depresiei postpartum materne asupra dezvoltării copilului (după Cummings & Davies, 1994, Goodman & Gotlib, 1999, Elgar, McGrath, Waschbusch, Steward & Curtis, 2004)

1.3. Factorii de risc pentru depresia postpartum

O serie de factori biologici, psihologici și sociali au fost analizați ca posibili predictorii pentru depresia postpartum. O scanare a literaturii a identificat trei meta-analize asupra factorilor de risc pentru depresia postpartum (Robertson et al., 2003; O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001). În plus, Robertson, Grace, Wallington & Steward (2004) fac o analiză a factorilor prenatali de risc pentru depresia postpartum.

Analiza realizată de Robertson et al. (2003) include și rezultatele celor două analize anterioare (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001) și clasifică factorii de risc în funcție de mărimea efectului. *Factorii de risc cu efect puternic/moderat* sunt: depresie/anxietate în sarcină, istoric anterior de depresie, evenimente de viață stresante, suport social scăzut. *Factorii de risc cu efect moderat* sunt: temperamentul dificil al copilului, un nivel crescut de stres relaționat îngrijirii copilului, neuroticism, stimă de sine scăzută, relația maritală. *Factorii de risc cu efect scăzut* sunt: complicații în sarcină și obstetricale, stil atribuțional, statut socio-economic. *Factorii sociodemografici cu efect nesemnificativ* sunt: vârsta mamei, nivelul educațional, paritatea (primipar/multipar), sexul copilului, etnia.

1.3.1. Factorii biologici

Una dintre caracteristicile distinctive ale nașterii este că aceasta este acompaniată de o scădere dramatică a nivelului unor hormoni steroidieni precum estradiol, progesteron și cortisol (Bloch et al., 2000; Bloch et al., 2005a). Studiile disparate privind influența hormonilor perinatali asupra dispoziției afective pot fi atribuite la două teorii majore: teoria scăderii nivelului hormonal și teoria dereglării axei HPA (hipotalamic-pituitar-adrenal).

Teoria scăderii nivelului hormonal pornește de la ipoteza că scăderea nivelului de estradiol și progesteron este cauza proximală a tristeții postnatale și a depresiei postpartum la

femeile vulnerabile (O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991; Workman, Barha, & Galea, 2012). Totuși, se pare că nu există diferențe între femeile cu depresie postnatală și cele fără depresie postnatală în ceea ce privește nivelul estrogenului, al progesteronului sau al cortisolului (Bloch, Daly & Rubinow, 2003; Workman et al., 2012).

Tot mai multe date susțin însă că anormalități în activitatea axei HPA joacă un rol important atât în depresie, cât și în depresia postpartum (Meltzer-Brody, 2011). Mecanismul inferat este: estrogenul și progesteronul interacționează semnificativ cu axa HPA și poate declanșa o activitate anormală a acesteia la femeile vulnerabile. Bloch et al. (2000) demonstrează că femeile cu depresie postpartum, deși au niveluri normale ale hormonilor reproductivi, au un răspuns atipic la modificări în nivelul estrogenului și a progesteronului. Se pare că există un subgrup de femei care au o sensibilitate diferită la hormonii reproductivi și că în cadrul acestui subgrup modificările endocrine normale relaționate cu nașterea pot declanșa un episod afectiv. Spre deosebire de teoria scăderii nivelului hormonal, această teorie biologică este congruentă cu o serie de alte date.

În primul rând, spectrul tulburărilor afective în perioada perinatală indică o vulnerabilitate aparentă a unor femei la modificări în nivelul steroizilor gonadali atât pe parcursul sarcinii, cât și după naștere. Apoi, este relația dintre depresia postpartum și sindromul disforic premenstrual (Klatzkin, Lindgren, Forneris, & Girdler, 2010; Haywood, Slade, & King, 2007; Bloch, Rotenberg, Korenc, & Klein, 2005), datele recente (Buttner et al., 2013) indicând chiar că sindromul disforic premenstrual este un factor de risc pentru tulburarea depresivă majoră postpartum. Nu în ultimul rând, Cooper & Murray (1995) concluzionează, în urma unui studiu longitudinal, că există un subgrup de femei pentru care perioada puerperală prezintă un risc crescut pentru depresie postpartum, iar acest risc crescut poate fi de natură biologică sau psihologică.

1.3.2. Factorii psihologici: vulnerabilitatea cognitivă

Rezultatele meta-analizelor (Robertson et al., 2003; Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996) privind factorii de risc ai depresiei postpartum arată că cei mai puternici factori de risc pentru depresia postpartum sunt depresia sau anxietatea în sarcină, un episod de depresie personal în istoric și suportul social scăzut. În schimb, factorii de vulnerabilitate cognitivă investigați (stilul atribuțional) au un efect scăzut.

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie postpartum este susținută indirect de literatura extensivă privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia generală. Astfel, dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum, iar în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariția și dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariția unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Așadar, dacă vulnerabilitatea există și este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuși evaluată și va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată și în simptomatologia depresivă prenatală.

1.4. Depresia postpartum: direcții de dezvoltare

Statutul științific al depresiei postpartum ca o categorie nosologică specifică este discutabil, iar utilitatea folosirii termenului de depresie postpartum este pusă în ultimii ani la îndoială (Wisner et al., 2010; Austin, 2010; Jones & Cantwell, 2010; Riecher-Rossler & Hofecker-Fallahpour, 2003). Totuși, literatura (ex. Cooper & Murray, 1995; Bloch et al., 2000) sugerează că nașterea poate acționa ca un eveniment declanșator specific pentru episoade depresive la unele femei și că un subgrup de femei cu depresie majoră sunt vulnerabile la un factor declanșator postpartum de natură biologică sau psihosocială.

Datele privind contribuția factorilor psihologici în debutul și menținerea depresiei postpartum nu sunt nici pe departe exhaustive. Ipoteza că factorii cognitivi ar putea avea un rol

important în etiologia depresiei postpartum este fundamentată teoretic pe modelele cognitive ale depresiei generale. Cum modelele cognitive ale depresiei sunt puternic susținute empiric, testarea acestora în relație cu depresia postpartum constituie o direcție viabilă de cercetare.

Există o serie de întrebări deschise în literatura privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum:

Q1: care sunt factorii de vulnerabilitate cognitivă care contribuie la dezvoltarea și menținerea depresiei postpartum?

Q2: cum se dezvoltă simptomatologia depresivă în perioada perinatală în relație cu vulnerabilitatea cognitivă?

Q3: există o vulnerabilitate cognitivă generală pentru depresia postpartum și/sau una specifică maternității?

Q4: cum interacționează factorii de vulnerabilitate cognitivă cu suportul social perceput în dezvoltarea depresiei postpartum?

Q5: care este efectul unei intervenții cognitiv-comportamentale care țintește factorii de vulnerabilitate cognitivă (atitudini disfuncționale și gânduri automate) asupra simptomatologiei depresive postpartum?

Aceste întrebări deschise identificate în literatura privind depresia postpartum au stat la baza formulării obiectivelor generale și a metodologiei cercetării de față.

CAPITOLUL II

Obiectivele cercetării

În urma analizei literaturii prezentate în capitolul introductiv, au fost identificate două direcții majore de cercetare: (1) investigarea factorilor cognitivi cu rol etiopatogenetic în depresia postpartum și (2) dezvoltarea unui program de intervenție ținând factorii cognitivi cu stabilirea efectului intervenției cognitiv-comportamentale asupra simptomatologiei depresive în perioada postpartum. La delimitarea acestor direcții au contribuit și următoarele premise teoretice:

1. Datele privind contribuția factorilor psihologici în debutul și în menținerea depresiei postpartum nu sunt nici pe departe exhaustive, iar ipoteza că factorii cognitivi ar putea avea un rol important în etiologia depresiei postpartum constituie o direcție viabilă de cercetare.

2. Nașterea poate acționa ca un eveniment declanșator specific pentru episoade depresive la unele femei; un subgrup de femei cu depresie majoră sunt vulnerabile la un factor declanșator postpartum de natură biologică sau psihosocială.

3. Perioada postnatală este unică pentru femei în ceea ce privește nivelul de modificări neuroendocrine și de solicitare a mecanismelor de adaptare psihologică. Modificările în stilul de viață asociate perioadei postnatale (îngrijirea copilului, modificarea drastică a programului zilnic, lipsa somnului, rutina zilnică, izolarea) pot deveni factori stresori și pot afecta dispoziția emoțională a mamei.

4. Depresia postpartum este asociată cu o serie de consecințe negative nu doar asupra mamei, ci și asupra dezvoltării copilului, a relației de cuplu și a relațiilor interpersonale în general.

Direcțiile de cercetare și întrebările derivate din analiza literaturii au delimitat obiectivele generale și metodologia cercetării de față.

Obiectivul 1: analiza literaturii privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum

În Studiul 1, a fost analizată literatura privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum. Structurarea informațiilor s-a făcut pe baza teoriilor cognitive investigate și a

instrumentelor de evaluare utilizate. Acest studiu și-a propus să ofere un răspuns preliminar la întrebarea: care sunt factorii de vulnerabilitate cognitivă care contribuie la dezvoltarea și menținerea depresiei postpartum? Analiza sistematică a literaturii a identificat (1) atitudinile disfuncționale și stilul atribuțional ca factori de vulnerabilitate cognitivă investigați în relație cu depresia postpartum, (2) stabilirea ca direcție de cercetare testarea atitudinilor disfuncționale în detrimentul stilului atribuțional, (3) necesitatea unui instrument de evaluare a credințelor disfuncționale particularizat contextului perinatal și fundamentat pe un model teoretic, (4) rolul studiilor longitudinale în investigarea vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum. Aceste concluzii au ghidat dezvoltarea celorlalte studii și revizuirea metodologiei.

Obiectivul 2: investigarea relației dintre vulnerabilitatea cognitivă și evoluția simptomatologiei depresive în perioada perinatală

În Studiul 2 au fost testați în relație cu depresia postpartum factorii de vulnerabilitate cognitivă (atitudini disfuncționale și gânduri automate). Designul de studiu longitudinal (prenatal/postnatal) a permis stabilirea precedenței temporale a factorului de vulnerabilitate cognitivă și a existenței acestuia independent de nivelul simptomatologiei. Acest studiu și-a propus să răspundă la întrebarea: cum se dezvoltă simptomatologia depresivă în perioada perinatală în relație cu vulnerabilitatea cognitivă?

Obiectivul 3: investigarea vulnerabilității cognitive generale și specifice și a interacțiunii factorilor de vulnerabilitate cognitivă cu suportul social în dezvoltarea simptomatologiei depresive în perioada postpartum

Studiul 3 a aprofundat testarea factorilor de vulnerabilitate cognitivă în relație cu depresia postpartum prin investigarea relației dintre procese cognitive și depresia postpartum, precum și a relației dintre tipuri de credințe iraționale și tipuri de suport social în dezvoltarea simptomatologiei depresive postnatale. De asemenea, studiul și-a propus să depășească limitele metodologice identificate în Studiul 1, prin dezvoltarea și validarea preliminară a unui instrument de evaluare a credințelor disfuncționale particularizat contextului postnatal și fundamentat pe un model teoretic. Studiul 3 urma să răspundă la două întrebări: cum interacționează factorii de vulnerabilitate cognitivă cu suportul social perceput în dezvoltarea depresiei postpartum?, respectiv: există o vulnerabilitate cognitivă generală pentru depresia postpartum și/sau una specifică maternității?

Obiectivul 4: stabilirea efectului intervenției cognitiv-comportamentale asupra simptomatologiei depresive în perioada postpartum

Studiul 4 a urmărit dezvoltarea unui program de intervenție pentru depresia postpartum ținând factorii cognitivi și stabilirea efectului intervenției cognitiv-comportamentale asupra simptomatologiei depresive în perioada postpartum. Acesta a răspuns întrebării: care este efectul unei intervenții cognitiv-comportamentale care țintește factorii de vulnerabilitate cognitivă (atitudini disfuncționale și gânduri automate) asupra simptomatologiei depresive postpartum?

CAPITOLUL III

Studiul 1. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum: o analiză sistematică a literaturii¹

3.1. Introducere

Investigarea vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum apare în literatură ca un demers mai recent, dar similar explorării variabilelor cognitive în relație cu depresia în general.

¹ Madar, A. (2013). Evaluarea vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum: o analiză sistematică. In Milcu, M. (Ed.) *Cercetarea aplicativă în psihologia modernă: premise metodologice* (48-58). București: Ed. Universitară.

Cu toate că relația dintre stilul cognitiv și vulnerabilitatea pentru depresie este puternic validată în literatură, investigarea relației dintre stilul cognitiv și depresia postpartum nu a adus încă rezultate similare. La înțelegerea mecanismelor etiologice ale depresiei generale au contribuit semnificativ două teorii cognitive (Alloy & Abramson, 1999): teoria lui Beck (1967) și teoria lipsei de speranță (Abramson et al., 1989).

Vulnerabilitatea cognitivă se referă la acele caracteristici cognitive (precum credințe dezadaptative, stiluri atribuționale, procese cognitive, scheme) care cresc probabilitatea de dezvoltare a unor tulburări. Aceste vulnerabilități cognitive există cu mult înainte de debutul primelor semne sau simptome ale tulburării. La intersecția cu evenimente de viață stresante, acestea creează vulnerabilitatea pentru tulburări psihologice specifice, dezvoltă și mențin problemele după debutul lor. Elementul central al modelelor stres-vulnerabilitate pentru depresie este ideea că evenimente de viață negative pot interacționa cu vulnerabilitatea personală preexistentă pentru depresie.

Cele două teorii ale depresiei, teoria lipsei de speranță (Abramson et al., 1989) și teoria lui Beck (1967), sunt modele stres-vulnerabilitate în care varianța în susceptibilitatea la depresie după un eveniment de viață stresant este înțeleasă în termenii diferențelor de stiluri cognitive care afectează felul în care acel eveniment este interpretat. Aceste două modele psihologice ale depresiei implică o vulnerabilitate cognitivă reprezentată de scheme negative despre sine (Beck, 1967) sau de un stil atribuțional disfuncțional (Abramson et al., 1989).

Studiul de față prezintă o analiză sistematică a literaturii privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum, urmată de o analiză instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive. Obiectivele studiului sunt: (1) analiza literaturii privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum și identificarea măsurii în care fiecare teorie cognitivă este reprezentată în literatura privind depresia postpartum, (2) analiza punctelor tari și a punctelor slabe ale instrumentelor utilizate pentru evaluarea vulnerabilității cognitive.

3.2. Metoda

S-a realizat o căutare computerizată a literaturii, cuprinzând articole indexate PsychInfo, Proquest, ScienceDirect și Medline. S-au folosit ca și cuvinte cheie în căutare: "postpartum depression" sau "postnatal depression" și combinații ale termenilor: "cognitive vulnerability", "attitudes", "beliefs" și "dysfunctional". Căutarea a inclus articole publicate până în ianuarie 2012.

Criteriile de includere au fost: (1) articol publicat în limba engleză, (2) are ca și temă depresia postpartum, (3) evaluează vulnerabilitatea cognitivă. Criteriile de excludere au fost: (1) investigarea depresiei postpartum sau a vulnerabilității cognitive în populații specifice (ex. mame adolescente, mame cu copii născuți prematur sau morți în perioada perinatală) sau în populații cu tulburări comorbide (mame cu tulburări alimentare, tulburare bipolară sau depresie cu elemente psihotice), (2) studiul are ca și obiectiv validarea unui instrument.

Literatura privind depresia postpartum este eterogenă, fenomenul fiind investigat nu numai din perspectivă psihologică, ci și medicală. S-a optat pentru o definiție generală a vulnerabilității cognitive, astfel încât să poată fi accesibile și studiile din alte domenii care au investigat credințele și atitudinile în perioada postnatală. Astfel, vulnerabilitatea cognitivă a fost definită ca acele caracteristici cognitive (precum credințe dezadaptative, stiluri atribuționale, procese cognitive, scheme) care, la intersecția cu evenimente de viață stresante, cresc probabilitatea de dezvoltare a unor tulburări psihologice specifice, dezvoltă și mențin problemele după debutul lor.

Căutarea inițială pe baza cuvintelor cheie a condus la 6652 de articole care au fost analizate pe baza abstractelor. În urma aplicării criteriilor prestabilite de includere și a celor de excludere, au rezultat 10 articole, iar pentru acestea s-a obținut apoi textul integral.

3.3. Concluzii

3.3.1. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum

Două constructe cognitive au fost testate în relație cu depresia postpartum: atitudinile disfuncționale (modelul cognitiv al lui Beck pentru depresie, Beck, 1967) și stilul atribuțional (modelul reformulat al neajutorării învățate, Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; teoria lipsei de speranță, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Studiile inițiale au adus rezultate promițătoare pentru stilul atribuțional (O'Hara, Rehm, & Campbell, 1982; Cutrona, 1983), în timp ce atitudinile disfuncționale nu păreau să contribuie semnificativ (O'Hara et al., 1982; Gotlib, Whiffen, Wallance, & Mount, 1991). Totuși, studiile mai recente nu confirmă rezultatele pentru stilul atribuțional (O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984; Grazioli & Terry, 2000) și oferă dovezi pentru atitudinile disfuncționale ca predictor pentru depresia postpartum (Grazioli & Terry, 2000; Church, Dunstan, Hine, & Marks, 2009; Phillips, Sharp, Matthey, & Charles, 2010).

Cele două teorii ale depresiei sunt egal reprezentate în studiile analizate, cu toate că anterior, Swendsen & Mazure (2000) constatau că teoria lipsei de speranță (Abramson et al., 1989) a fost cea mai investigată teorie stres-vulnerabilitate în relația cu depresia postpartum. Swendsen & Mazure (2000) subliniau de asemenea că, în pofida atenției date acestui concept, stilul atribuțional nu a primit susținere empirică ca și predictor consistent pentru depresia postpartum. Într-adevăr, concluzia lui Swendsen & Mazure (2000) este confirmată și aici.

Această analiză a literaturii confirmă importanța designurilor de studiu longitudinale sau prospective ca modalitate de a testa factorii de vulnerabilitate cognitivă, întrucât acestea permit stabilirea, atât a precedenței temporale a factorului de vulnerabilitate cognitivă, cât și independența sa de nivelul simptomelor. De asemenea, permit observarea participanților cu risc crescut care încă nu au dezvoltat tulburarea.

Abia studiile recente (Church et al., 2009; Phillips et al., 2010) au luat în considerare ipoteza existenței unor subtipuri de depresie postpartum. Chiar dacă datele obținute nu sunt concludente, reprezintă o direcție viabilă de cercetare.

O limită majoră a studiilor analizate este nedefinirea clară a stresorului în testarea modelelor stres-vulnerabilitate propuse. De regulă, se consideră că perioada perinatală, cu modificările specifice, constituie un stresor în sine (sarcina, nașterea, perioada postpartum, adaptarea la rolul de mamă).

3.3.2. Evaluarea vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum

În studiile analizate se regăsesc trei categorii de instrumente pentru evaluarea vulnerabilității cognitive. Pe de o parte sunt instrumentele de evaluare a vulnerabilității cognitive specifice, iar pe de altă parte sunt cele două categorii de instrumente de evaluare a vulnerabilității cognitive generale (evaluarea stilului atribuțional și evaluarea atitudinilor disfuncționale), în concordanță cu cele două teorii care s-au impus în literatură în relație cu depresia (Beck, 1967; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

Maternal Attitudes Questionnaire (MAQ, Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1997) este un instrument de evaluare a credințelor mamei cu privire la maternitate, ca factor de vulnerabilitate cognitivă specifică pentru depresia postpartum. *Punctele tari* ale MAQ sunt pe de o parte, datele psihometrice bune: fidelitate crescută (test-retest și consistență internă), validitate concurrentă și de aspect, iar pe de altă parte, timpul redus de administrare, relevanța pentru perioada postpartum și congruența tematică cu credințele specifice depresiei postpartum care îi sporesc utilitatea practică, în intervenție. *Punctele slabe* ale MAQ sunt: nu poate fi folosit prenatal, dar ar putea fi adaptat pentru a investiga prospectiv credințele prenatale predictive pentru depresia postpartum; itemii sunt derivați pornind de la experiența practică și de la

subscalele unor instrumente anterioare care vizau credințe relaționate maternității; conceptual, itemii vizează credințe disfuncționale, atitudini și așteptări, însă fără o relaționare cu constructele vreuneia dintre teoriile cognitive ale depresiei.

Dysfunctional Attitudes Scale (DAS, Weissman, 1979; Weissman & Beck, 1978) este un instrument de autoevaluare pentru atitudinile asociate simptomatologiei depresive. Scala a fost construită pentru a evalua conținuturile cognitive care stau la baza simptomatologiei depresive conform teoriei lui Beck (Beck, 1967). *Punctele tari* ale DAS sunt: datele psihometrice bune, asocierea puternică, validată în numeroase studii, cu depresia (ex. Oliver, Murphy, Ferland, & Ross, 2007; Macavei, 2006) și faptul că este construit pe baza unui model teoretic al depresiei. *Principalul punct slab* este specificitatea: incongruența tematică cu credințele specifice perioadei perinatale. Astfel, utilitatea practică, în intervenție, poate avea de suferit, precum și puterea predictivă și explicativă a DAS pentru simptomatologia depresivă postnatală.

Attributional Style Questionnaire (ASQ, Peterson et al., 1982) este un instrument dezvoltat pentru a măsura constructele atribuționale relevante pentru teoriile atribuționale ale depresiei. *Punctele slabe* ale ASQ sunt consistența internă moderată și validitatea de aspect deficitară: utilizarea situațiilor ipotetice, în detrimentul evenimentelor reale, personale. *Un punct tare* al ASQ comparativ cu MAQ este modelul teoretic al depresiei de la care a pornit construirea acestei scale.

Real Events Attributional Style Questionnaire (REASQ, Norman & Antaki, 1988) a fost dezvoltat ca o alternativă de evaluare a stilului atribuțional la ASQ, propunându-și să remedieze deficiențele acestuia (consistența internă moderată și validitatea de aspect deficitară). *Punctul slab* al REASQ, la fel ca și al ASQ este consistența internă moderată, însă *avantajul* REASQ față de ASQ și față de DAS este validitatea de aspect, iar comparativ cu MAQ, REASQ este dezvoltat pornind de la un model teoretic al depresiei.

Au fost identificate așadar o serie de puncte tari și puncte slabe ale instrumentelor utilizate în studiile analizate. Instrumentelor utilizate pentru evaluarea vulnerabilității cognitive generale pentru depresie le lipsește relevanța în contextul postpartum și congruența tematică cu credințele specifice perioadei perinatale. Aceste limite le-ar putea afecta capacitatea de predicție și explicare a simptomatologiei depresive postnatale. Iar singurul instrument de evaluare a credințelor și a atitudinilor specifice maternității utilizat în studiile analizate nu are la bază un model teoretic explicativ. Identificând această lacună metodologică, Moorhead, Owens and Scott (2003) au dezvoltat un chestionar de evaluare a credințelor disfuncționale relaționate cu sarcina. Chestionarul necesită însă rafinare, analiză factorială și validare pe o populație mai mare.

În ceea ce privește evaluarea vulnerabilității cognitive specifice pentru depresia postpartum, se observă așadar nevoia de rafinare a metodelor folosite. Instrumentele analizate nu diferențiază acurat între așteptări, experiențe anterioare, credințe și atitudini relaționate maternității. Studiile recente (Church, 2009; Phillips, 2010) avansează ipoteza eterogenității depresiei postpartum: (re)activarea vulnerabilității generale pentru depresie de către un stresor postnatal și/sau activarea unei vulnerabilități specifice pentru depresia postpartum, dar nu și pentru depresie. Însă, avansarea în înțelegerea mecanismelor de dezvoltare a depresiei postpartum este dificilă fără un progres în ceea ce privește metodele de evaluare folosite. Aceste studii își propun să surprindă eterogenitatea depresiei postpartum utilizând metodele de evaluare a vulnerabilității cognitive existente deja în literatură. Ori, pe de o parte, instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive pentru depresie le lipsește adecvarea la contextul perinatal, diminuându-le astfel puterea predictivă și explicativă. Iar, pe de altă parte, instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive specifice le lipsește un model teoretic explicativ.

3.4. Discuții și direcții de cercetare

Rezultatele acestei analize relevă rolul factorilor de vulnerabilitate cognitivă investigați în relație cu depresia postpartum, punctele slabe și punctele tari ale instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive utilizate în literatură, precum și progresul realizat în ultimii ani în literatura privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum. De asemenea, studiul de față identifică lacunele din literatură și posibile direcții de cercetare. Mai întâi, investigarea suplimentară a modelului lui Beck (1967) în relație cu depresia postpartum și utilizarea designurilor de studiu longitudinale. Apoi explorarea vulnerabilității cognitive generale vs specifice pentru depresia postpartum și investigarea modelului lui Ellis (1962) privind psihopatologia în relație cu depresia postpartum.

CAPITOLUL IV

Studiul 2. Vulnerabilitatea cognitivă și dispoziția afectivă din perioada postnatală²

4.1. Introducere

Perioada postnatală este unică pentru femei în ceea ce privește nivelul de modificări neuroendocrine și de adaptare psihologică. Cercetarea asupra etiologiei depresiei postpartum s-a focalizat atât asupra factorilor biologici, cât și a celor psihosociali. Figura 2 prezintă un model teoretic integrativ pentru dispoziția emoțională postnatală construit într-un cadru stres-vulnerabilitate. Cum nașterea este acompaniată de modificări hormonale dramatice, factorii biologici au fost extensiv explorați în relație cu depresia postpartum. Se pare că există o vulnerabilitate într-un subgrup de femei pentru modificările perinatale normale în nivelul steroizilor gonadali, dar mecanismele genetice, neuronale și de mediu necesită investigații suplimentare (O'Hara & McCabe, 2013).

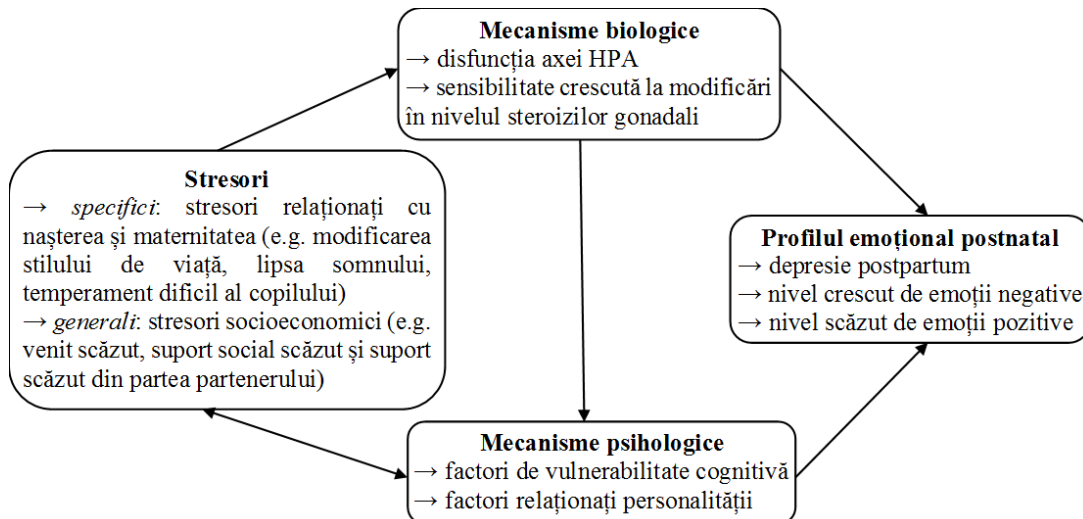


Fig. 2 Un model teoretic integrativ al tulburărilor emoționale postnatale

² Mureșan-Madar, A. & Băban, A. (2014). Insights on postpartum mood: Why childbirth is associated with depression and mixed feelings? In Dumitrașcu, D. L. & Soellner, W. (Ed.) *Annual Meeting of the EAPM 2014* (196-200). Bologna: Medimond International Proceedings.

O serie de metaanalize asupra factorilor de risc pentru depresia postpartum (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson, 2003) indică spre depresia și anxietatea pe parcursul sarcinii, istoricul personal de depresie și suportul social. Teoriile cognitive pentru psihopatologie au contribuit semnificativ la înțelegerea mecanismelor depresiei și anxietății. Apare astfel ipoteza că factorii cognitivi pot îmbunătăți și înțelegerea mecanismelor depresiei postpartum. În relație cu depresia postpartum au fost investigați doi factori de vulnerabilitate cognitivă: atitudinile disfuncționale (modelul cognitiv al lui Beck pentru depresie, Beck, 1967) și stilul atribuțional (modelul reformulat al neajutorării învățate, Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; teoria lipsei de speranță, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Pentru stilul atribuțional, studiile inițiale au adus rezultate promițătoare (O'Hara, Rehm, & Campbell, 1982; Cutrona, 1983), dar studiile mai recente nu au confirmat rezultatele (O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984; Grazioli & Terry, 2000). În schimb, atitudinile disfuncționale nu păreau să contribuie semnificativ în studiile inițiale (O'Hara et al., 1982; Gotlib, Whiffen, Wallance, & Mount, 1991), dar studiile mai recente oferă dovezi pentru atitudinile disfuncționale ca predictor pentru depresia postpartum (Grazioli & Terry, 2000; Church, Dunstan, Hine, & Marks, 2009; Phillips, Sharp, Matthey, & Charles, 2010).

Obiectivul principal al acestui studiu a fost de a investiga rolul vulnerabilității cognitive în dezvoltarea depresiei postpartum. Adicional, și-a propus să testeze vulnerabilitatea cognitivă în relație cu dispoziția afectivă globală din perioada postnatală. Utilizarea designului longitudinal permite stabilirea precedenței temporale a factorilor de vulnerabilitate cognitivă și existența lor independent de nivelul simptomatologiei. Vulnerabilitatea cognitivă vizează aici atitudinile disfuncționale și gândurile automate (modelul cognitiv al lui Beck pentru depresie, Beck, 1967). Depresia postpartum este definită ca un scor crescut pentru simptomatologie depresivă la EPDS (Cox et al., 1987).

4.2. Metodă

Femei însărcinate au fost informate despre studiu prin medici de familie și mass-media locală și au completat evaluări online, atât în ultimul trimestru de sarcină (T1), cât și la 3 luni după naștere (T2); 133 de femei au oferit date în ambele momente. Participantele au vârste cuprinse între 19 și 40 de ani ($M=30.56$ ani, $S.D.=5.5$); 41.4% au raportat un nivel semnificativ de simptomatologie depresivă postpartum dacă utilizăm scorul critic de 12 la EPDS (Wallis et al., 2012) și 33.8% dacă folosim 13 ca și scor critic (Cox et al., 1987,). Prenatal au fost folosite instrumente de autoevaluare pentru atitudini disfuncționale (Dysfunctional Attitudes Scale, Weissman & Beck, adapt. Macavei, 2007) și simptomatologie depresivă (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al., 1987, adapt. Wallis et al., 2012). Chestionare adiționale pentru gânduri automate (Automatic Thoughts Questionnaire, Hollon & Kendall, adapt. Moldovan, 2007) și distres emoțional (Profile of Affective Distress, Opreș & Macavei, 2005) au fost completate postnatal.

4.3. Rezultate

4.3.1. Statistici descriptive

Tabelul 1 prezintă mediile, abaterile standard și corelațiile Pearson dintre simptomatologia depresivă, atitudinile disfuncționale, gândurile automate și distresul emoțional prenatal (T1) și postnatal (T2).

Nivelul postnatal al atitudinilor disfuncționale este relaționat nu numai cu simptomatologia depresivă postpartum ($r=0.42$, $p<0.01$), ci și cu emoțiile negative funcționale ($r=0.30$, $p<0.01$) și cu emoțiile pozitive ($r=0.33$, $p<0.01$).

Tabelul 1. Mediile (M), Abaterile standard (SD) și Corelațiile Pearson dintre simptomatologia depresivă, atitudinile disfuncționale, gândurile automate și distresul emoțional (N=133)

Variabile (Timp)	M	SD	Corelații					
			1.1.	1.2.	2.1.	2.2.	3	4
1.1. Simptomatologie depresivă (T1)	9.79	4.32						
1.2. Simptomatologie depresivă (T2)	12.16	5.03	.761**					
2.1. Atitudini disfuncționale (T1)	118.96	21.31	.394**	.280**				
2.2. Atitudini disfuncționale (T2)	119.86	22.57	.332**	.424**	.613**			
3. Gânduri automate (T2)	26.41	7.95	.536**	.689**	.406**	.644**		
4. Distres emoțional global (T2)	72.56	16.62	.654**	.856**	.252**	.381**	.745**	

**p<0.01

4.3.2. Analiza de regresie

Analiza de regresie a fost folosită pentru a testa în ce măsură vulnerabilitatea cognitivă explică varianța în nivelul autoevaluat al simptomatologiei depresive postpartum. Atitudinile disfuncționale evaluate prenatal explică 8% din varianța simptomatologiei depresive postpartum, $F(1,132)=11.11$, $p<0.001$. Nivelul simptomatologiei depresive prenatale prezice 58% din varianța simptomatologiei depresive postpartum, $F(1,132)=180.52$, $p<0.001$.

Tabelul 2 Analiza de regresie

	R ²	F	df	Sig. (2-tailed)
Atitudini disfuncționale (T1)	,078	11,111	1 132	,001
Simptomatologie depresivă (T1)	,579	180,516	1 132	,000

4.3.2. Analiza de mediere

Pentru a identifica dacă există un efect mediator și tipul medierii s-a utilizat modalitatea de analiză propusă de Baron & Kenny (1986) bazată pe testarea unei succesiuni de trei ecuații de regresie: (c) efectul direct al variabilei independente asupra variabilei dependente, (b) efectul mediatorului asupra variabilei dependente independent de efectul variabilei independente și (a) efectul variabilei independente asupra mediatorului. Conform Baron & Kenny (1986), trei criterii trebuie să fie îndeplinite pentru a stabili efectul de mediere: (1) variabila independentă trebuie să prezică mediatorul, (2) mediatorul trebuie să prezică variabila dependentă după includerea variabilei independente în model și (3) asocierea dintre variabila independentă și variabila dependentă ar trebui să se reducă (mediere parțială) sau să devină nesemnificativă (mediere totală) după includerea mediatorului în model.

Efectul mediator al simptomatologiei depresive prenatale asupra relației dintre atitudinile disfuncționale și simptomatologia depresivă postpartum. Varianța în nivelul prenatal al atitudinilor disfuncționale explică semnificativ varianța în nivelul simptomatologiei depresive prenatale ($\beta=.394$, $t=4.91$, $p<0.001$). Varianța simptomatologiei depresive prenatale explică semnificativ varianța simptomatologiei depresive postnatale ($\beta=.771$, $t=12.46$, $p<0.001$). Efectul atitudinilor disfuncționale asupra simptomatologiei depresive postnatale a devenit nesemnificativ statistic când simptomatologia depresivă prenatală a fost inclusă în model ($\beta=-.024$, $t=-.392$, $p>0.05$). Testul Sobel efectuat pentru acest efect al medierii, a fost semnificativ statistic ($Z=4.64$, $p<0.001$). În Fig. 3 sunt reprezentate rezultatele acestei analize de mediere. Nivelul simptomatologiei depresive prenatale mediază total efectul atitudinilor disfuncționale evaluate prenatal asupra simptomatologiei depresive postpartum.

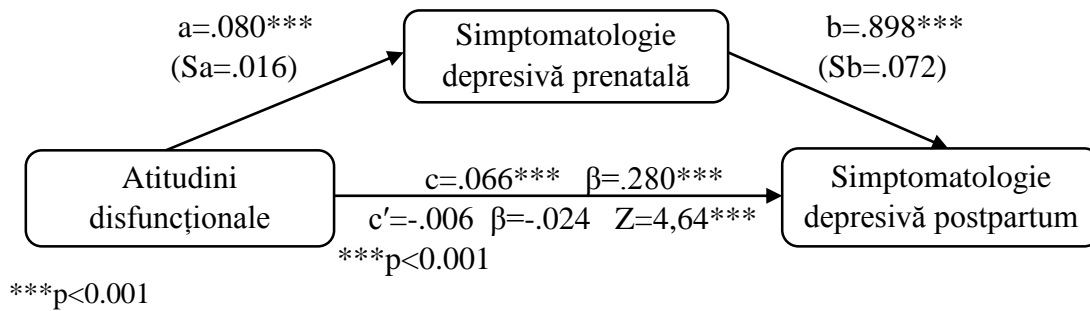


Fig. 3 Efectul mediator al simptomatologiei depresive prenatale asupra relației dintre atitudinile disfuncționale și simptomatologia depresivă postpartum

Efectul mediator al gândurilor automate asupra relației dintre atitudinile disfuncționale și simptomatologia depresivă postpartum. Postnatal, varianța în nivelul atitudinilor disfuncționale explică semnificativ varianța în nivelul gândurilor automate ($\beta = .644$, $t = 9.64$, $p < 0.001$). Varianța în nivelul gândurilor automate explică semnificativ varianța simptomatologiei depresive postnatale ($\beta = .710$, $t = 8.54$, $p < 0.001$). Efectul atitudinilor disfuncționale asupra simptomatologiei depresive postnatale a devenit nesemnificativ statistic când gândurile automate au fost incluse în model ($\beta = -.033$, $t = -.402$, $p > 0.05$). Testul Sobel efectuat pentru acest efect al medierii, a fost semnificativ statistic ($Z = 6.35$, $p < 0.001$). În Fig. 4 sunt reprezentate rezultatele acestei analize de mediere. Postnatal, nivelul gândurilor automate mediază total efectul atitudinilor disfuncționale asupra simptomatologiei depresive postpartum.

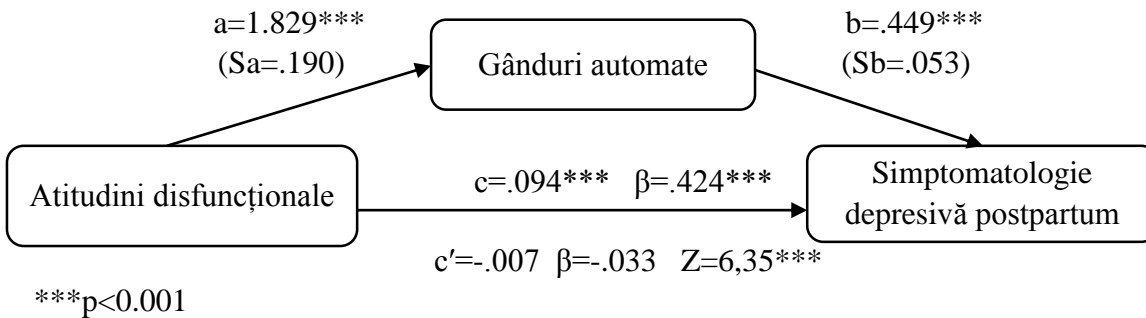


Fig. 4 Efectul mediator al gândurilor automate asupra relației dintre atitudinile disfuncționale și simptomatologia depresivă postpartum

4.3.3. Testul t pentru eșantioane perechi

Două teste t pentru eșantioane perechi au fost efectuate pentru a testa diferențele în timp (prenatal vs postnatal) în nivelul simptomatologiei depresive și al atitudinilor disfuncționale. Sunt diferențe semnificative între nivelul simptomatologiei depresive prenatal și postnatal, $t(132) = 8.28$, $p < 0.05$, cu niveluri mai crescute ale simptomatologiei postpartum. Cum se aștepta, nu sunt diferențe semnificative între atitudinile disfuncționale evaluate prenatal și postnatal, $t(132) = 0.53$, $p < 0.05$.

Tabelul 4 Testul t pentru eșantioane perechi

	t	df	Sig. (2-tailed)
Atitudini disfuncționale (T1) – Atitudini disfuncționale (T2)	-.538	132	.591
Simptomatologie depresivă (T1) – Simptomatologie depresivă (T2)	-8,284	132	.000

4.3.4. ANOVA pentru măsurători independente

Pentru a evidenția evoluția simptomatologiei depresive în perioada perinatală, eșantionul a fost împărțit în subgrupe, iar pentru a evalua dacă factorii de vulnerabilitate cognitivă discriminează între aceste subgrupe cu simptomatologie diferită, s-a calculat semnificația diferențelor dintre acestea. Categoriile delimitate în cadrul eșantionului pe baza nivelului simptomatologiei depresive sunt: (1) nivel scăzut al simptomatologiei depresive prenatale ($EPDS_{prenatal} < 12$) și postnatale ($EPDS_{postnatal} < 12$) (*subclinic/subclinic*, $N=58$), (2) simptomatologie depresivă postnatală – nivel scăzut al simptomatologiei depresive prenatale ($EPDS_{prenatal} < 12$) și nivel crescut al simptomatologiei depresive postnatale ($EPDS_{postnatal} \geq 12$) (*subclinic/clinic*, $N=33$), (3) simptomatologie depresivă prenatală – nivel crescut al simptomatologiei depresive prenatale ($EPDS_{prenatal} \geq 12$) și nivel scăzut al simptomatologiei depresive postnatale ($EPDS_{postnatal} < 12$) (*clinic/subclinic*, $N=7$), (4) simptomatologie depresivă perinatală – nivel crescut al simptomatologiei depresive prenatale ($EPDS_{prenatal} \geq 12$) și nivel crescut al simptomatologiei depresive postnatale ($EPDS_{postnatal} \geq 12$) (*clinic/clinic*, $N=35$). A fost utilizat testul ANOVA pentru măsurători independente pentru a compara cele patru grupe în privința variabilelor dependente de tip vulnerabilitate cognitivă (atitudini disfuncționale și gânduri automate negative).

Există diferențe între grupe, atât în ceea ce privește nivelul atitudinilor disfuncționale $F(3,129)=9,46$, $p < 0,01$, cât și în ceea ce privește nivelul gândurilor automate negative $F(3,129)=23,42$, $p < 0,01$. Pentru calculul diferențelor specifice dintre cele patru grupe au fost selectat testul Tukey adaptat pentru eșantioane cu număr inegal de participanți prin utilizarea mediei armonice. Există o diferență semnificativă în ceea ce privește atitudinile disfuncționale între persoanele cu un nivel perinatal scăzut al simptomatologiei depresive (*subclinic/subclinic*) și cele cu un nivel postnatal crescut al simptomatologiei depresive (*subclinic/clinic*; Tukey=-17,42, $p < 0,01$), respectiv cele cu un nivel perinatal crescut al simptomatologiei depresive (*clinic/clinic*; Tukey=-21,31, $p < 0,01$). Nu există o diferență semnificativă în ceea ce privește atitudinile disfuncționale între persoanele cu un nivel postnatal crescut al simptomatologiei depresive (*subclinic/clinic*) și cele cu un nivel prenatal crescut al simptomatologiei depresive (*clinic/subclinic*; Tukey=10,11, $p > 0,10$), respectiv cele cu un nivel perinatal crescut al simptomatologiei depresive; Tukey=-3,89, $p > 0,10$). Există o diferență semnificativă în ceea ce privește gândurile automate negative între persoanele cu un nivel perinatal scăzut al simptomatologiei depresive (*subclinic/subclinic*) și cele cu un nivel postnatal crescut al simptomatologiei depresive (*subclinic/clinic*; Tukey=-4,81, $p < 0,01$), respectiv cele cu un nivel perinatal crescut al simptomatologiei depresive (*clinic/clinic*; Tukey=-11,03, $p < 0,01$).

4.4. Concluzii și discuții

Studiul de față a investigat rolul vulnerabilității cognitive în dezvoltarea simptomatologiei depresive postpartum și relația cu dispoziția afectivă globală din perioada postnatală. Rezultatele oferă o perspectivă asupra stării emoționale din perioada postnatală, precum și asupra mecanismelor psihologice subiacente. Cum se aștepta, rate crescute ale simptomatologiei depresive sunt asociate cu un stil cognitiv disfuncțional reflectat în scorul mai crescut la atitudini disfuncționale și o frecvență mai mare a gândurilor negative. Acești factori cognitivi influențează și dispoziția afectivă globală din perioada postnatală, inclusiv emoțiile negative funcționale și emoțiile pozitive. Efectul vulnerabilității cognitive generale de tip schemă (atitudini disfuncționale) asupra simptomatologiei depresive postpartum este mediat total de către gândurile automate și de către simptomatologia depresivă prenatală. Persoanele cu un nivel postnatal sau perinatal crescut al simptomatologiei depresive au avut, în medie, niveluri mai crescute ale atitudinilor disfuncționale și o frecvență mai mare a gândurilor automate comparativ cu persoanele care au avut un nivel perinatal scăzut al simptomatologiei depresive. Nu există o diferență semnificativă în ceea ce privește atitudinile disfuncționale între

persoanele cu un nivel postnatal crescut al simptomatologiei depresive și cele cu un nivel prenatal sau perinatal crescut al simptomatologiei depresive. Aceste rezultate confirmă traseele de dezvoltare ale depresiei postpartum descrise de Wisner, Moses-Kolko & Sit (2010).

Acest studiu prezintă o dovadă pentru existența unei vulnerabilități cognitive subiacente pentru depresia postpartum stabilă de-a lungul perioadei perinatale. Deloc surprinzător, întrucât depresia și anxietatea în sarcină precum și istoricul personal de depresie sunt cei mai puternici predictorii ai depresiei postpartum (Robertson et al., 2004). În ceea ce privește depresia postpartum, se pare că există un continuum al simptomatologiei depresive pe parcursul perioadei perinatale, cu niveluri mai crescute în perioada postnatală. Aceasta sugerează că nașterea și maternitatea pot acționa ca un eveniment activator pentru vulnerabilități psihologice, declanșând depresia postpartum într-un subgrup de femei vulnerabile. Rămâne de investigat pe viitor dacă această vulnerabilitate cognitivă pentru depresia postpartum este generală și/sau specifică maternității.

CAPITOLUL V

Studiul 3. Particularitățile vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum

5.1. Scala de credințe și atitudini materne: un studiu pilot³

5.1.1. Introducere

Cooper & Murray (2005) susțin ipoteza existenței a două categorii de femei cu depresie postpartum. Pe de o parte, ar fi cele cu o vulnerabilitate cognitivă generală pentru depresie care dezvoltă depresie postpartum după naștere și îngrijirea copilului ca stresori non-specifici, iar pe de altă parte cele pentru care maternitatea este un stresor specific direct relaționat cu depresia.

Pornind de la această asumție, o serie de studii (Warner et al., 1997; Church et al., 2009; Phillips et al., 2010) s-au focalizat pe factorii cognitivi ca trăsături distincte ale femeilor cu depresie postpartum. Ipoteza subiacentă a acestor studii este că vulnerabilitatea cognitivă la femeile cu depresie postpartum poate fi încadrată în două categorii: (re)activarea vulnerabilității cognitive generale pentru depresie de către un stresor specific maternității și/sau activarea unei vulnerabilități cognitive specifice depresiei postpartum, dar nu și depresiei generale. În acord cu această perspectivă, tocmai eterogenitatea depresiei postpartum ar putea afecta măsurarea ei cu instrumentele validate pentru vulnerabilitate cognitivă pentru depresie generală precum Scala de atitudini disfuncționale (DAS; Weissman & Beck, 1978).

Instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive generale pentru depresie le lipsește specificitatea și congruența tematică cu conținutul gândurilor femeilor cu depresie postpartum. În plus, instrumentele folosite pentru a evalua stilul atribuțional nu prezintă bune proprietăți psihometrice (Grazzioli & Terry, 2000). Un progres în înțelegerea etiologiei depresiei postpartum a fost posibil prin dezvoltarea unor noi instrumente care evaluează vulnerabilitatea cognitivă specifică pentru depresia postpartum (Warner et al., 1997). Chestionarul de atitudini materne (MAQ, Warner et al., 1997) este un instrument larg utilizat pentru evaluarea vulnerabilității cognitive specifice maternității. MAQ cuprinde credințe relaționate schimărilor de rol, așteptărilor privind maternitatea și așteptărilor de la sine ca mamă la femei postpartum/după naștere. Comparativ cu alte instrumente care evaluează vulnerabilitatea cognitivă, un punct tare al MAQ este specificitatea și congruența tematică cu conținutul gândurilor din depresia postpartum, în timp ce un posibil punct slab ar putea fi faptul că nu este relaționat/asociat cu niciuna dintre teoriile cognitive generale pentru depresia generală sau

³ Madar, A. (2013). Maternal Attitudes and Beliefs Scale: Development and Piloting. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 415 – 419.

pentru psihopatologie. Astfel, acesta nu diferențiază acurat între așteptări, experiențe anterioare, credințe și atitudini relaționate maternității. Înțelegerea mecanismelor subiacente depresiei postpartum ar fi considerabil îmbunătățită, conducând la intervenții țintite și în consecință mai eficiente, dacă instrumentele de evaluare a vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum ar surprinde caracteristicile cognitive distincte ale femeilor cu depresie postpartum.

Modelul cognitiv al lui Beck pentru depresie (Beck, 1967) și modelul reformulat al neajutorării învățate (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) au fost mai pe larg investigate în relație cu depresia postpartum, în timp ce prea puțină atenție i-a fost acordată teoriei cognitive a lui Ellis privind psihopatologia (terapia/teoria rațional emotiv comportamentală; REBT, Ellis, 1962, Ellis & Dryden, 1997). Milgrom & Beatrice (2003), investigând stilurile cognitive și de apărare ale femeilor cu depresie postpartum, au identificat diferențe între femeile cu depresie și cele fără depresie la majoritatea atitudinilor și credințelor considerate ca fiind constructe centrale în REBT.

Obiectivele principale ale studiului de față au fost (1) dezvoltarea unui instrument de evaluare a vulnerabilității cognitive specifice pentru depresia postpartum dezvoltat pe baza modelul lui Ellis privind psihopatologia (Ellis, 1962, Ellis & Dryden, 1997) și (2) testarea preliminară a scalei de atitudini și credințe maternelor în relație cu depresia postpartum. Adicional, studiul de față și-a propus (3) testarea factorilor de vulnerabilitate cognitivă generală de tip credințe iraționale în relație cu simptomatologia depresivă postpartum.

5.1.2. Dezvoltarea Scalei de Atitudini și Credințe Maternelor

Analiza sistematică a literaturii privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie postpartum a indicat nevoia unui instrument de măsură pentru credințele maternelor care să aibă la bază un model teoretic (al depresiei în general). Scala de atitudini și credințe maternelor (Maternal Attitudes and Beliefs Scale, MABS) a fost concepută ca un instrument de evaluare a constructelor centrale în REBT (Ellis, 1962, Ellis & Dryden, 1997) relevant tematic contextului postpartum.

Itemii au fost construiți astfel încât conținutul lor să reflecte atât principiile ale teoriei rațional-emotive și comportamentale, cât și temele specifice maternității (ex. îngrijirea copilului, modificări corporale, somn neodihnit, schimbări de rol: rolul de mamă și limitarea activității).

În dezvoltarea MABS s-a pornit de la scalele existente în literatură privind credințele generale (ABS-2, DiGiuseppe, Leaf, Exner & Robin, adapt. Macavei, 2007), credințele maternelor în perioada perinatală (MAQ, Warner et al., 1997; PRBQ, Moorhead et al., 2003; BaM-13, Matthey, 2011) și de la interviuri realizate cu femei despre experiența maternității (Madar & Băban, 2010).

MABS măsoară convingerile iraționale de tipul pretențiilor absolutiste (DEM, 20 itemi), evaluării globale negative (GE/SD, 20 itemi), toleranței scăzute la frustrare (LFT, 10 itemi) și catastrofării (AWF, 5 itemi) și corespondentul rațional al acestora: convingeri de tip preferențial, evaluarea nuanțată a caracterului aversiv al unui eveniment, toleranța la frustrare, acceptarea necondiționată a propriei persoane și evaluarea comportamentelor specifice.

5.1.3. Metodă: participanți și procedură

42 de femei în primele trei luni postnatal au completat chestionare privind simptomatologia depresivă (EPDS, Cox et al., 1987, adapt. Wallis et al., 2012), atitudini și credințe (ABS-2, DiGiuseppe, et al., adapt. Macavei, 2007) și atitudini și credințe maternelor (MABS). Participantele au vârste cuprinse între 24 și 37 de ani ($M=29.19$ ani, $S.D.=2.8$). 26.2% au raportat un nivel semnificativ de simptomatologie depresivă postpartum dacă utilizăm scorul critic de 12 la EPDS (Wallis et al., 2012) și 23.8% dacă folosim 13 ca și scor critic (Cox et al., 1987).

5.1.4. Rezultate

5.1.4.1. Validitatea scalei

Tabelul 3 prezintă mediile, abaterile standard și corelațiile Pearson dintre simptomatologia depresivă, atitudinile și credințele maternelor și atitudinile și credințele generale. Scala de atitudine și credințe maternelor este relaționată semnificativ atât cu simptomatologia depresivă postpartum ($r=0.55$, $p<0.01$), cât și cu atitudinile și credințele generale ($r=0.76$, $p<0.01$).

Tabelul 3 Mediile, abaterile standard și corelațiile Pearson dintre simptomatologia depresivă, atitudinile și credințele maternelor și atitudinile și credințele generale.

Variabile	M	SD	Corelații		
			1.	2.	3.
1. Simptomatologie depresivă postpartum (EPDS)	8.55	5.71			
2. Atitudini și credințe maternelor (MABS)	81.76	26.72	.549**		
3. Atitudini și credințe generale (ABS-2)	94.14	36.44	.587**	.761**	

** $p<0.01$

Subscalele MABS, mai puțin subscala DEM, corelează semnificativ cu subscalele corespondente din ABS-2: DEM ($r=0.29$, $p>0.05$), SD/GE ($r=0.76$, $p<0.01$), LFT ($r=0.66$, $p<0.01$), AWF ($r=0.60$, $p<0.01$).

5.1.4.2. Fidelitatea scalei - Consistența internă

Datele preliminare din acest studiu indică o consistență internă foarte bună scalei, adecvată utilizării instrumentului (*Alpha Cronbach .94*); consistență internă bună a scalei indică faptul că itemii testului evaluează același construct – credințele iraționale specifice maternității. Analiza consistenței interne pe subscale indică o consistență internă foarte bună pentru subscala SD/GE (*Alpha Cronbach .95*) și o consistență bună pentru subscalele DEM (*Alpha Cronbach .70*), LFT (*Alpha Cronbach .80*) și AWF (*Alpha Cronbach .75*).

5.1.5. Concluzii și direcții de cercetare

Rezultatele inițiale arată că MABS poate deveni un instrument valid de evaluare a diferențelor individuale în credințe iraționale specifice maternității, dar numărul mic de participanți obligă la tratarea cu rezervă a rezultatelor. MABS necesită validare și rafinare prin aplicarea pe o populație mai mare, analiză factorială și excluderea itemilor redundanți. Itemii subscalei DEM a MABS necesită o analiză suplimentară întrucât este posibil să nu facă o distincție semantică clară între *trebuie cu necesitate* și *preferință* pentru teme specifice maternității. Datele preliminare justifică aprofundarea investigării vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum pe baza modelului cognitiv al lui Ellis privind psihopatologia (Ellis, 1962, Ellis & Dryden, 1997).

5.2. Specificul vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum⁴

5.2.1. Introducere

Analiza sistematică a literaturii privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum a arătat că două constructe cognitive au fost testate în relație cu depresia postpartum: atitudinile disfuncționale (modelul cognitiv al lui Beck pentru depresie, Beck, 1967) și stilul

⁴ Madar, A. (2013). General and Specific Maternal Cognitions in Postpartum Depression: an Explorative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 420 – 424.

atribuțional (modelul reformulat al neajutorării învățate, Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; teoria lipsei de speranță, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Prea puțină atenție a fost însă acordată investigării credințelor iraționale (terapia/teoria rațional emotiv comportamentală, REBT, Ellis, 1962, Ellis & Dryden, 1997) ca factor de vulnerabilitate cognitivă pentru depresia postpartum.

Milgrom & Beatrice (2003) au investigat stilurile cognitive și de apărare ale femeilor cu depresie postpartum. Autorii au identificat diferențe între femeile cu depresie și cele fără depresie la majoritatea atitudinilor și credințelor considerate ca fiind constructe centrale în REBT (Ellis, 1962, Ellis & Dryden, 1997). Femeile cu depresie aveau mai puține credințe raționale și mai multe credințe iraționale și erau diferite pe aproape toate subscalele: rate mai crescute de auto-devalorizare, nevoi mai crescute de aprobare și realizare, cerințe absolutiste de corectitudine și o nevoie mai crescută de confort.

Cei mai puternici factori de risc pentru depresia postpartum sunt depresia sau anxietatea în sarcină, un episod de depresie personal în istoric și suportul social scăzut (Robertson et al., 2003, Beck, 2001, O'Hara & Swain, 1996). Teoriile cognitive pentru psihopatologie au contribuit semnificativ la înțelegerea mecanismelor depresiei și anxietății. Însă modalitatea în care interacționează factorii cognitivi cu suportul social scăzut în depresia postpartum este investigată limitat în literatură.

La o analiză mai detaliată a literaturii privind relația dintre suportul social și depresia postnatală, se pare că anumite tipuri de suport social deficitar cresc riscul pentru simptomatologie depresivă postpartum. Spre exemplu: a nu avea un confident sau o persoană cu care să discuți și o relație de cuplu nesatisfăcătoare (Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999), a raporta dificultăți maritale (Mauthner, 1998) sau lipsa suportului perceput din partea membrilor din grupul de suport primar (ex. a nu primi suport fără să ceri, a nu avea pe cineva cu care să discuți care s-a confruntat cu probleme similare; Brugha et al., 1998). Se pare că suportul profesional postnatal are rol protectiv în primele 6 săptămâni postpartum, dar rezultatele nu sunt semnificative pentru suportul oferit de non-profesioniști în prevenția depresiei postpartum (Dennis & Creedy, 2007). Însă factorii implicați în relația dintre suportul social și depresia postpartum necesită investigații suplimentare. Literatura privind relația dintre suportul social și distresul emoțional oferă posibile direcții de cercetare.

Generic, suportul social este conceptualizat ca percepția subiectivă a persoanei asupra suportului de care poate beneficia, iar aceasta nu este cu necesitate o reflecție a unor comportamente efective. Se pare că această percepție asupra suportului este relativ stabilă de-a lungul timpului și este relaționată cu constructe cognitive precum stilul atribuțional și credințele dezadaptative (Lakey & Cassady, 1990). De asemenea, se asociază cu diferențe în procesarea informațiilor sociale: persoanele cu un suport social perceput ca fiind crescut interpretează aceleași comportamente ca fiind mai suportive decât persoanele cu un scăzut suport social perceput ca fiind scăzut, dar au și o memorie mai bună a comportamentelor de suport relevante (Lakey & Drew, 1997). Relația dintre interacțiunile sociale negative și distres poate fi influențată de credințele disfuncționale (Lakey, Tardiff & Drew, 1994). Lakey & Cohen (2000) sugerează că gândurile disfuncționale despre relații sociale sunt în sine suficiente pentru a provoca distres. De asemenea, Lakey & Cohen (2000) prezintă un model integrativ asupra rolului suportului social în răspunsul persoanei la situații stresante și modalitatea în care interacționează cu factorii cognitivi. Așadar un stil cognitiv disfuncțional sau irațional poate influența și modul în care suportul social este perceput în perioada postnatală.

Obiectivele studiului de față au fost: (1) investigarea modelului lui Ellis privind psihopatologia în relație cu depresia postpartum, (2) investigarea în perioada postnatală a relației dintre factorii de vulnerabilitate cognitivă (credințe iraționale, procese cognitive, arii de conținut), simptomatologia depresivă și tipurile de suport social perceput și (3) identificarea

modalității de interacțiune dintre credințele iraționale și suportul social în relație cu dezvoltarea simptomatologiei depresive în perioada postpartum.

5.2.2. Metodă

94 de femei în primele trei luni postnatal au completat chestionare privind simptomatologia depresivă (EPDS, Cox et al., 1987, adapt. Wallis et al., 2012), atitudini și credințe iraționale (ABS-2, DiGiuseppe et al., adapt. Macavei, 2007) și suport social perceput (Inventarul suportului social MOS, Sherbourne & Stewart, 1991). Participantele au vârste cuprinse între 19 și 38 de ani ($M=27.56$ ani, $S.D.=4.1$). 44.7% au raportat un nivel semnificativ de simptomatologie depresivă postpartum, dacă utilizăm scorul critic de 12 la EPDS (Wallis et al., 2012) și 42.6% dacă folosim 13 ca și scor critic (Cox et al., 1987).

5.2.3. Rezultate

5.2.3.1. Statistici descriptive

În Tabelul 4 sunt prezentate mediile, abaterile standard și corelațiile Pearson dintre simptomatologia depresivă, suportul social, atitudinile și credințele iraționale. Atitudinile și credințele iraționale sunt relaționate pozitiv semnificativ cu simptomatologia depresivă postpartum ($r=0.68$, $p<0.01$) și negativ semnificativ cu suportul social ($r=-0.45$, $p<0.01$). Procesele cognitive de tip devalorizare/evaluare globală sunt relaționate mai puternic cu simptomatologia depresivă postpartum ($r=0.78$, $p<0.01$) decât cerințele absolutiste ($r=0.52$, $p<0.01$), toleranța scăzută la frustrare ($r=0.55$, $p<0.01$) și catastrofarea ($r=0.53$, $p<0.01$).

Tabelul 4. Mediile (M), abaterile standard (SD) și corelațiile Pearson dintre simptomatologia depresivă, suportul social, atitudini și credințe iraționale

	EPDS	MOS	ABS-2	DEM	SD/GE	LFT	AWF
EPDS		-.448**	.681**	.522**	.777**	.551**	.530**
MOS			-.388**	-.431**	-.420**	-.297**	-.228*
<i>M(SD)</i>	<i>11.15</i> <i>(6.74)</i>	<i>76.36</i> <i>(13.81)</i>	<i>106.40</i> <i>(35.72)</i>	<i>30.46</i> <i>(8.40)</i>	<i>22.88</i> <i>(12.94)</i>	<i>27.83</i> <i>(9.26)</i>	<i>25.23</i> <i>(9.01)</i>

$p<0.01$

În tabelul 5 sunt prezentate corelațiile dintre simptomatologia depresivă postpartum, tipurile de suport social și tipurile de conținut al atitudinilor și credințelor. Suportul social tangibil scăzut este mai puternic asociat cu simptomatologia depresivă postpartum ($r=-0.59$, $p<0.01$) decât suportul scăzut de tip emoțional/informațional ($r=-0.30$, $p<0.01$), afectiv ($r=-0.20$, $p<0.01$) și interacțiuni sociale pozitive ($r=-0.23$, $p<0.01$). Credințele iraționale cu un conținut particularizat pe confort sunt relaționate cu percepția suportului social de tip tangibil ($r=-0.47$, $p<0.01$) și afectiv ($r=-0.35$, $p<0.01$) ca fiind scăzut. Credințele iraționale cu un conținut particularizat pe realizare sunt relaționate cu percepția suportului social de tip tangibil ($r=-0.35$, $p<0.01$) și interacțiuni sociale pozitive ($r=-0.25$, $p<0.01$) ca fiind scăzut. Credințele iraționale cu un conținut particularizat pe aprobare sunt relaționate cu percepția suportului social de tip tangibil ($r=-0.33$, $p<0.01$) și emoțional/informațional ($r=-0.36$, $p<0.01$) și afectiv ($r=-0.25$, $p<0.01$) ca fiind scăzut.

Tabelul 5. Corelațiile dintre simptomatologia depresivă postpartum, tipurile de suport social și tipurile de conținut al atitudinilor și credințelor (N=94)

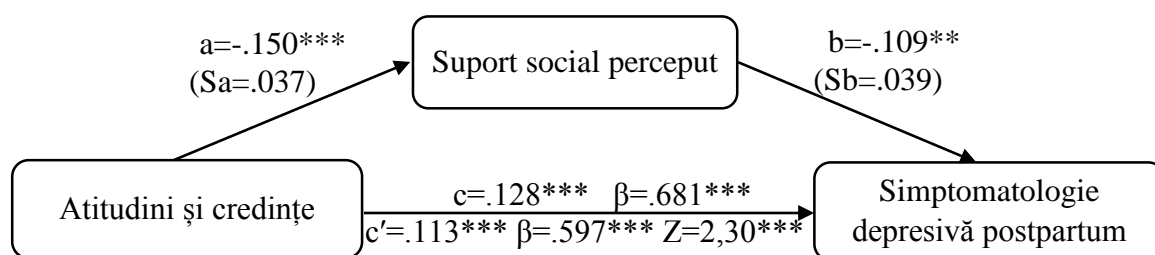
Variabile	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. EPDS								
2. ABS-confort	.651**							
3. ABS-realizare	.627**	.766**						
4. ABS-aprobare	.567**	.697**	.710**					
5. MOS-suport em/info	-.302**	-.188	-.171	-.361**				
6. MOS-suport tangibil	-.589**	-.486**	-.351**	-.328**	.504**			
7. MOS-suport afectiv	-.205*	-.349**	-.175	-.251*	.488**	.437**		
8. MOS-interacț soc poz	-.230*	-.197	-.249*	-.186	.488**	.195	.357**	

**p<0.01, *p<0.05

5.2.3.2. Analiza de mediere

A fost identificată necesitatea de a lua în considerare simultan efectele factorilor de vulnerabilitate și a interacțiunii dintre aceștia în explicarea simptomatologiei depresive postpartum. Așadar, investigarea izolată a factorilor de vulnerabilitate a fost completată de testarea unor posibile traiectorii sau mecanisme de interacțiune dintre factorii de vulnerabilitate cognitivă (atitudini și credințe iraționale) și psihosocială (suport social). Pentru a identifica dacă există un efect mediator și tipul medierii s-a utilizat modalitatea de analiză propusă de Baron & Kenny (1986) bazată pe testarea unei succesiuni de trei ecuații de regresie (vezi Studiul 2).

Efectul mediator al suportului social perceput asupra relației dintre credințele iraționale și simptomatologia depresivă postpartum. Variația în nivelul credințelor iraționale explică semnificativ variația în nivelul suportului social perceput ($\beta = -.388$, $t = -4.04$, $p < 0.001$). Variația suportului social perceput explică semnificativ variația simptomatologiei depresive postpartum ($\beta = -.217$, $t = -2.70$, $p < 0.01$). Efectul credințelor iraționale asupra simptomatologiei depresive postpartum scade semnificativ statistic când suportul social perceput a fost inclus în model ($\beta = .597$, $t = 7.442$, $p < 0.001$). Testul Sobel efectuat pentru acest efect al medierii, a fost semnificativ statistic ($Z = 2.30$, $p < 0.001$). În Fig. 5 sunt reprezentate rezultatele acestei analize de mediere. Nivelul perceput al suportului social mediază parțial efectul credințelor iraționale asupra simptomatologiei depresive postpartum.



***p<0.001, **p<0.01

Fig. 5 Efectul mediator al suportului social percepu asupra relației dintre credințele iraționale și simptomatologia depresivă postpartum

3.2.3.3. Testul t pentru eșantioane independente

Eșantionul a fost împărțit pe baza scorului critic la scala pentru simptomatologie depresivă și s-a testat dacă există diferențe între cele două grupuri în ceea ce privește factorii de vulnerabilitate cognitivă. Femeile cu un scor EPDS > 12 (N=42, cazuri probabile cel puțin de

depresie ușoară) diferă de cele cu un scor EPDS \leq 12 (N=52) pe toate subscalele ABS-2: au nevoi mai crescute de confort, $t(92)=7.82$, $p<0.005$, realizare, $t(92)=6.81$, $p<0.005$, aprobare, $t(92)=6.32$, $p<0.005$ și rate mai crescute de cerințe absolutiste, $t(92)=6.23$, $p<0.005$, auto-devalorizare, $t(92)=10.69$, $p<0.005$, toleranță scăzută la frustrare, $t(92)=6.07$, $p<0.005$ și catastrofare, $t(92)=4.89$, $p<0.005$

5.2.4. Concluzii și implicații

Suportul social perceput evaluat în termeni de prezență/absență și frecvență poate funcționa ca un mediator parțial al relației dintre atitudinile și credințele iraționale și simptomatologia depresivă din perioada postnatală. Rezultatele trebuie tratate totuși cu rezervă întrucât variabilele implicate în evaluarea suportului social și în relația credințe iraționale-suport social necesită o investigație suplimentară (ex. diferențele dintre suportul social real, suportul social perceput și mulțumirea/nemulțumirea față de suportul social perceput).

Niveluri crescute ale simptomatologiei depresive postpartum sunt asociate cu un nivel mai crescut al credințelor iraționale și cu un nivel mai scăzut al suportului social perceput. Un nivel global crescut al credințelor iraționale este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului social tangibil. Un nivel crescut al credințelor iraționale cu un conținut de aprobare este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului emoțional/informațional și afectiv. Un nivel crescut al credințelor iraționale cu un conținut confort este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului afectiv. Un nivel crescut al credințelor iraționale cu un conținut de realizare este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului de tip interacțiuni sociale pozitive.

Mamele cu depresie este mai probabil să fie nemulțumite de calitatea suportului social primit. Se pare că mamele cu un nivel global crescut al credințelor iraționale este mai probabil să resimtă suportul tangibil ca fiind deficitar în perioada postpartum. În plus, în funcție de conținutul pe care se focalizează credințele iraționale vor resimți ca fiind scăzut fie suportul afectiv, fie cel emoțional/informațional sau cel de tip interacțiuni sociale pozitive. Astfel, intervențiile suportive pot deveni mai eficiente în reducerea simptomatologiei depresive postpartum dacă sunt coroborate cu intervenții cognitive.

CAPITOLUL VI

Studiul 4. Eficacitatea unui program de intervenție CBT pentru depresia postpartum⁵

6.1. Introducere

Perioada perinatală este generic asociată cu o stare emoțională de bine și a fost mult timp considerată ca fiind un factor protectiv pentru tulburările mentale. Acum însă, maternitatea este privită ca o perioadă de tranziție care aduce schimbări majore de viața femeii și pune la încercare mecanismele ei de adaptare. Perioada postpartum precipită nu doar episoade psihotice, ci și simptomatologie depresivă (Robertson et al., 2003). Prevalența depresiei postpartum variază între 5 și 25% în funcție de populație, metoda de evaluare și criteriul temporal utilizat pentru debut.

Tratamentele uzuale pentru depresia postpartum sunt farmacoterapia și intervențiile psihologice și psihosociale. Medicația antidepressivă este cel mai comun tratament pentru depresia postpartum (NICE, 2007). Patru abordări majore pot fi distinse în literatura privind intervențiile psihologice: consiliere generală (general counseling, listening visits), terapie interpersonală (IPT), psihoterapie cognitiv-comportamentală (CBT) și terapie psihodinamică. Intervențiile psihologice sunt furnizate într-o mare varietate de modalități.

⁵ Mureșan-Madar, A. & Băban, A. (2015). The development and piloting of a CBT group program for postpartum depression. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1), 53 – 66.

6.1.1. Alternative de tratament pentru depresia postpartum

În cazul femeilor care alăptează, deciziile de tratament pentru depresia postpartum sunt influențate de preocuparea lor față de consecințele pe care le-ar putea avea asupra copilului expunerea la medicația antidepressivă. Pearlstein et al. (2006) a realizat un studiu pilot privind opțiunile de tratament ale pacientelor cu depresie postpartum, comparând medicația (sertralina) cu psihoterapia (IPT). Marea majoritate a femeilor au ales psihoterapie cu sau fără medicație.

Riscurile asociate tratamentului cu antidepressive pe parcursul perioadei de alăptare, coboară pragul pentru tratamentele psihologice. Ghidul clinic de tratament NICE (2007) recomandă cu tărie înlocuirea tratamentului antidepressiv cu psihoterapie (CBT sau IPT) pentru episod depresiv ușor și moderat, respectiv combinarea tratamentului antidepressiv cu psihoterapia în cazul episodului depresiv sever.

IPT a fost investigată extensiv și s-a dovedit a fi o intervenție eficientă pentru depresia postpartum. Tranzițiile de rol și relațiile interpersonale sunt două probleme cheie țintite în IPT (O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel, 2000; Mulcahy, Reay, Wilkinson, & Owen, 2010). Există o mare variabilitate în cadrul intervențiilor cognitiv-comportamentale pentru depresia postpartum. Unele constau în consiliere și rezolvarea de probleme practice vizând aspecte ce țin de îngrijirea copilului, lipsa suportului practic, dificultăți de adaptare, lipsa activităților plăcute (Cooper, Murray, Wilson, & Romaniuk, 2003; Milgrom, Negri, Gemill, McNeil, & Martin, 2005). Dacă IPT este în mare parte administrată de terapeuți formați profesional (O'Hara et al., 2000; Mulcahy et al., 2010), intervențiile CBT sunt în mare parte administrate de asistente medicale (health visitor nurses; Appleby, Warner, Whitton, & Faragher, 1997; Cooper et al., 2003). Spre deosebire de intervențiile interpersonale care sunt implementate pe baza unui manual standard de tratament, intervențiile cognitiv-comportamentale au fost aplicate în modalități diferite, însă niciuna fundamentată în terapia cognitivă standard CT-CBT (Beck et al., 1979) sau REBT-CBT (Ellis et al., 1977). Terapia psihodinamică scurtă se focalizează pe reprezentările mamei despre copil și problemele relaționate nașterii (Bloch et al., 2012; Cooper et al., 2003). Consilierea generală, cunoscută ca Listening Visits, este focalizată de asemenea pe relația mamei cu copilul și pe problemele practice cu care se confruntă. Intervenția de tip Listening Visits este o consiliere focalizată pe client administrată de către asistentele medicale care asigură vizitele la domiciliu după naștere în Marea Britanie și mai recent în Statele Unite ale Americii (Segre, Stasick, O'Hara, & Arndt, 2010).

O serie de analize sistematice ale literaturii indică faptul că intervențiile care încorporează o componentă prenatală (Dennis, 2005) și cele cu implementare numai postpartum produc mărimi ale efectului mai crescute decât implementarea pe parcursul sarcinii (Bledsoe & Grote, 2006). În plus, intervențiile individuale sunt mai eficiente decât cele de grup (Dennis, 2005), psihoterapia individuală fiind superioară psihoterapiei de grup în ceea ce privește modificările în simptomatologie dintre pretratament și posttratament (Sokol, Epperson, & Barber, 2011). O analiză mai recentă a literaturii (Goodman & Santangelo, 2011) oferă un suport inițial pentru rolul terapiei de grup în tratamentul depresiei postpartum. Adicional, intervențiile care includ o componentă IPT s-au dovedit a avea o mărime a efectului mai crescută comparativ cu intervențiile care includ o componentă CBT (Sokol et al., 2011). Studiile cu listă de așteptare ca grup de control au o mărime medie a efectului mai crescută comparativ cu studiile cu grup de control îngrijire standard (care-as-usual) (Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008). În urma unei analize a literaturii, Leis, Mendelson, Tandon, & Perry (2009) sugerează că intervențiile psihologice administrate acasă (home-based) sunt o abordare promițătoare pentru intervențiile în depresia postpartum.

6.1.2. CBT pentru depresia postpartum: status prezent și caracteristici

În ultimii 40 de ani am asistat la o ascensiune a CBT drept cea mai influentă și cel mai extensiv studiată formă de psihoterapie pentru depresie (Friedman & Thase, 2006). Deși CBT

este recunoscută ca fiind o formă eficientă de tratament pentru depresie, studiile care examinează eficacitatea CBT pentru depresia postpartum sunt puține și mai puțin concludente. Pentru depresia postpartum, CBT este mai eficientă decât îngrijirea standard (treatment-as-usual; Chabrol et al., 2002; Meager & Milgrom, 1996), dar are același efect ca și consilierea non-specifică (Milgrom et al., 2005). Meta-analiza lui Cuijpers et al., (2008) concluziona că intervențiile psihologice per ansamblu conduc la îmbunătățiri moderate ale simptomelor în comparație cu grupul de control de tip listă de așteptare sau îngrijire standard (treatment-as-usual). Totuși, mărimea efectului CBT pentru depresie postpartum (.36; CI: 0.15, 0.58) a fost mai scăzut comparativ cu CBT pentru depresie majoră în general (mărimea efectului: .68).

În ceea ce privește CBT pentru depresia postpartum, Milgrom, Martin and Negri (2006), în literatura revizuită la acea vreme, subliniau confuzia creată de utilizarea unor termeni globali precum terapie cognitivă pentru a descrie componente ale tratamentului care nu pot fi comparate între studii. Revizuind literatura mai recentă, se pare că intervențiile CBT continuă să fie aplicate cu o mare variabilitate în studii. În Appleby et al. (1997), CBT viza consiliere focalizată pe a oferi reasigurări și sfaturi practice în ariile cu dificultăți de adaptare, lipsa activităților plăcute, lipsa suportului practic și îngrijirea copilului mai mare. La Cooper et al. (2003) CBT era o formă modificată a tratamentului de interacțiune ghidată (McDonough's interaction guidance treatment). Alte studii prezintă adaptări ale Lewinsohn's Coping with Depression Course pentru depresia postpartum, intervenție de grup (Milgrom et al., 2005; Milgrom et al., 2011) și intervenție online (web-based; Danaher et al., 2013). Strategii CBT (Craig, Judd, & Hodgins, 2005) și componente CBT (Meager & Milgrom, 1996) au fost de asemenea folosite și menționate ca intervenții CBT. Precum recent subliniau O'Hara & McCabe (2013), niciuna dintre intervențiile CBT nu sunt fundamentate pe terapia cognitivă standard CT-CBT (Beck et al., 1979) sau REBT-CBT (Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Dryden, 1997) și sunt aplicate în modalități foarte diferite. O serie de factori trebuie analizați în ceea ce privește intervențiile CBT: terapeutul (specialist vs non-specialist), localizarea (la domiciliu vs în clinică), perioada (antenatal vs postnatal), administrarea (terapie de grup vs terapie individuală).

Terapeutul: specialist sau non-specialist? Efectul expertizei terapeutului asupra rezultatului tratamentului nu a fost încă luat în considerare. Terapeuții care aplică intervențiile în depresia postpartum sunt în mare parte non-specialiști: asistente medicale (Prendergast & Austin, 2001; Milgrom et al., 2011; Cooper et al., 2003), muncitori în domeniul sănătății publice (Craig et al., 2005), studenți la psihologie (Chabrol et al., 2002), asistenți de cercetare (Danaher et al., 2013) și psihologi fără a le fi menționat nivelul de expertiză (Milgrom et al., 2011; Wiklund et al., 2010; Appleby et al., 1997; Austin et al., 2008). Numai Milgrom et al. (2005) au menționat un terapeut cu experiență (senior therapist) și profesioniști din domeniul psihologiei clinice ca și co-terapeuți. Aceasta ar putea explica faptul că nu a fost identificată o diferență între CBT aplicat de asistente medicale și CBT aplicat de psihologi (Milgrom et al., 2011), între îngrijirea standard ideală (ideal standard care) și CBT (Prendergast & Ausin, 2001) sau între CBT și consilierea non-directivă (Cooper et al., 2003).

Localizarea: la domiciliu sau în clinică? În ceea ce privește locația desfășurării intervenției, un aspect distinctiv al intervențiilor în depresia postpartum este faptul că deseori acestea sunt efectuate acasă la mame (Cooper et al., 2003, Chabrol et al., 2002) mai degrabă decât în clinică sau în contexte de asistență medicală (Milgrom et al., 2005; Milgrom et al., 2011).

Perioada: prenatal sau postnatal? În general intervențiile cu implementare numai postpartum produc mărimi ale efectului mai crescute decât implementarea pe parcursul sarcinii (Bledsoe & Grote, 2006). Într-adevăr, și în cazul CBT nu s-a găsit nicio diferență în scorurile pentru depresie între grupul de intervenție CBT și grupul de control din perioada prenatală și până la 4 luni postpartum (Austin et al., 2008). De asemenea, nu au fost efecte semnificative

clinic pentru o ședință CBT prenatal (Chabrol et al., 2002), dar intervenția ulterioară postpartum a redus semnificativ simptomatologia depresivă comparativ cu grupul de control.

Aplicarea: intervenție de grup sau individuală? Atât CBT individual, cât și CBT de grup și-au dovedit efectul asupra reducerii simptomatologiei depresive. Pentru depresia postpartum, terapia de grup oferă o serie de avantaje comparativ cu terapia individuală adițional reducerii costurilor. Tendința către izolare și inactivitate este abordată prin aderarea la un grup în afara casei. Mamele care se întâlnesc în grup raportează că se simt mai puțin izolate, sunt mai capabile să fie oneste cu sentimentele lor și să își exprime gândurile (Milgrom et al., 2006). Adaptarea este facilitată și dezvoltată prin împărtășirea unor experiențe similare, așteptări nerealiste și temeri. Așteptările personale cu privire la maternitate și noua viață pot fi analizate, puse la îndoială și restructurate în interacțiunea dintre participante: gândurile dezadaptative exprimate de cineva pot asista o altă mamă în a-și pune la îndoială și în a-și restructura propriile-i credințe. Totodată, mamele pot să dezvolte reciproc soluții la problemele practice ale fiecăreia. În plus, suportul social oferit de specialiști (Dennis & Creedy, 2007) și de către persoane care s-au confruntat cu probleme similare (Brugha et al., 1998) este un element cheie în depresia postpartum.

Astfel, studiul de față și-a propus să examineze eficiența unei intervenții CBT postpartum de grup implementată de către un terapeut. Intervenția a abordat simptomatologia depresivă postpartum (depresia postpartum ușoară și moderată) și aspectele principale ale maternității pe baza mecanismelor schimbării derivate din terapia cognitivă pentru depresie a lui Beck (CBT-CT, Beck et al., 1979). Pentru a crește relevanța CBT-CT pentru depresia postpartum, au fost luate în considerare și integrate în intervenție temele specifice perioadei perinatale (Madar & Băban, 2010; O'Mahen et al., 2013) și temele principale abordate în IPT pentru depresia postpartum. Cele două teme cheie din IPT pentru depresia postpartum, tranzițiile de rol și relațiile interpersonale (O'Hara et al., 2000; Mulcahy et al., 2010), au fost abordate din perspectiva CBT-CT. În urma unei analize tematice, O'Mahen et al. (2013) au identificat teme relevante pentru CBT în trei domenii majore: sine, maternitate și nivel interpersonal și au subliniat importanța unor teme precum: mituri despre maternitate, autosacrificiul și gestionarea suportului social. Adaptarea intervenției CBT-CT pentru a se potrivi nevoilor particulare ale femeilor în perioada postnatală poate îmbunătăți rezultatele intervenției și poate contribui la creșterea aderenței la tratament. Obiectivele generale ale programului au fost: (1) reducerea simptomatologiei depresive postpartum, (2) reducerea nivelului emoțiilor negative disfuncționale și (3) creșterea nivelului emoțiilor pozitive. De asemenea, s-a testat efectul intervenției și asupra atitudinilor disfuncționale și a gândurilor automate. Programul a fost derulat de către un terapeut prin 6 ședințe săptămânale de grup de câte 2 ore și o ședință de follow-up la o lună după terminarea programului.

6.2. Metodă

Femeile în primele trei luni postnatal au fost informate despre program și invitate să participe prin știri în media locală și broșuri oferite de către medicii de familie. După înregistrarea online pe site-ul programului, au fost direcționate către pagina de evaluare inițială. Evaluarea preliminară online a cuprins un chestionar cu informații personale și Inventarul de depresie Beck II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, adapt. David & Doborean, 2012). Figura 6 prezintă procesul de selecție a participanților. În final, 60 de femei cu vârste între 23 și 37 de ani ($M=28.8$ ani, $S.D.=2.16$) au luat parte la acest studiu. În funcție de ordinerea înscrierii în program, au fost repartizate aleator în grupul de intervenție (CBT, $N=30$) și grupul de control (listă de așteptare, $N=30$).

Evaluarea nivelului de bază a constat în evaluarea emoțiilor (EPDS, Cox et al., 1987, adapt. Wallis et al., 2012; PDA, Opreș & Macavei, 2005), a atitudinilor disfuncționale (DAS, Dysfunctional Attitude Scale, Weissman & Beck, adapt. Macavei, 2007) și a gândurilor

automate (ATQ, Automatic Thoughts Questionnaire, Hollon & Kendall, adapt. Moldovan, 2007). EPDS și PDA au fost utilizate pentru monitorizarea progresului pe parcursul intervenției, iar EPDS, PDA, DAS, ATQ pentru a măsura rezultatele finale. Intervenția a cuprins 6 ședințe săptămânale de grup de 2 ore, urmate de o ședință de follow-up la o lună după încheierea programului. Participanților le-a fost oferită o ședință booster disponibilă la cerere în primele 3 luni după încheierea programului.

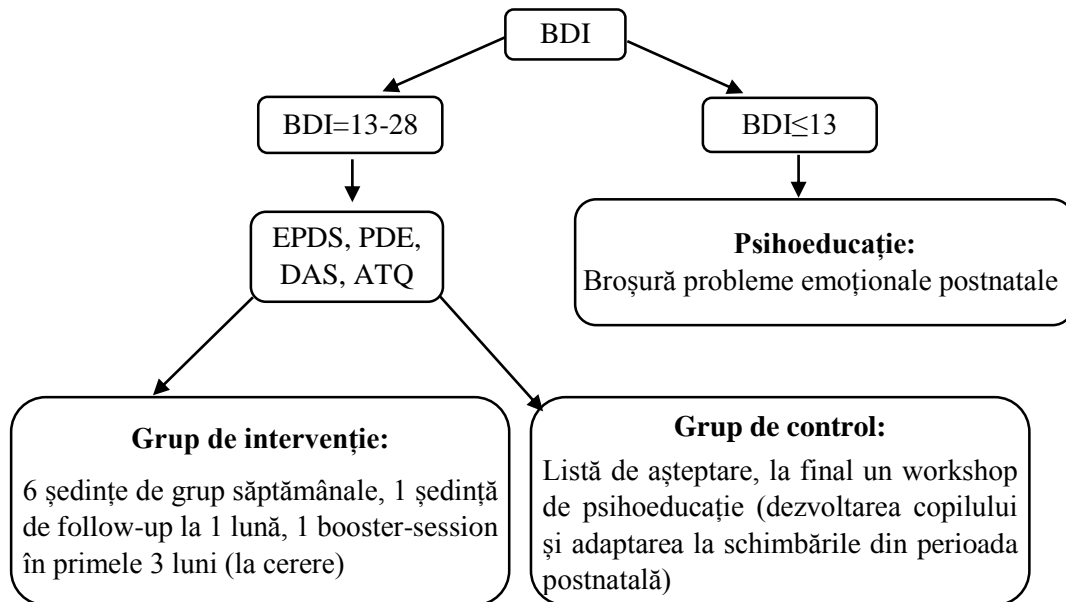


Fig. 6 Procesul de selecție a participanților

Desfășurarea intervenției. Protocolul de intervenție a fost dezvoltat pornind de la intervenții CBT-CT standard pentru depresie (Leahy & Holland, 2010; David, 2007; Bilsker & Paterson, 2005; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), intervenții CBT-CT de grup (Bieling, McCabe & Antony, 2006; White & Freeman, 2000) și intervenții specifice pentru depresie postpartum cu elemente CBT (Haring, Smith, Bodnar & Deirdre, 2011; Milgrom, Martin, & Negri, 2006). Au fost abordate din perspectiva CBT-CT teme specifice perioadei perinatale (Madar & Băban, 2010; O'Mahen et al., 2013: sine, maternitate și nivel interpersonal, mituri despre maternitate, autosacrificiul și gestionarea suportului social) și teme principale abordate în IPT pentru depresia postpartum (tranzițiile de rol și relațiile interpersonale: O'Hara et al., 2000; Mulcahy et al., 2010). Figura 7 prezintă desfășurarea intervenției.

În primele 3 ședințe, participanții din grupul de intervenție au învățat și conștientizat rolul comportamentului și al gândirii în depresia postpartum. Prima ședință a fost focalizată pe psihoeducație privind tulburările emoționale postnatale și pe conceptualizarea CBT a depresiei postpartum. A doua ședință a evidențiat rolul activităților plăcute în îmbunătățirea stării emoționale. Participanții și-au dezvoltat un plan personal de activare comportamentală incluzând atât activități individuale plăcute, cât și activități plăcute cu copilul și/sau partenerul. Ședința 3 a familiarizat participanții cu terapia cognitivă și rolul gândurilor în simptomatologia depresivă. Ulterior, participanții au învățat să își identifice gândurile negative relaționate maternității și temelor interpersonale.

În ședințele 4 și 5, participanții au învățat să folosească strategii eficiente pentru a identifica, disputa și schimba gândurile disfuncționale în gânduri alternative mai realiste și funcționale. Au fost abordate prin prisma CBT-CT teme specifice precum: mituri privind maternitatea, așteptările personale privind mama perfectă și copilul/partenerul perfect, atitudinea de auto-sacrificiu, gânduri disfuncționale privind relațiile interpersonale și suportul social perceput.

În ședința 7 participanții și-au dezvoltat abilitățile de comunicare asertivă, managementul timpului și rezolvare de probleme. În final, la ședința de follow-up, participanții și-au conștientizat factorii personali de vulnerabilitate cognitivă, situațiile activatoare și modalitățile eficiente de a-și gestiona emoțiile negative pe viitor.

Fig. 7 Desfășurarea intervenției

Intervenție și evaluare	EPDS	PDE	ATQ	DAS
Săptămâna 1 <i>Tulburările emoționale postnatale: psihoeducație și conceptualizare CBT</i>	√	√	√	√
Săptămâna 2 <i>ABC-ul comportamental: activitățile plăcute și simptomatologia depresivă, activarea comportamentală</i>				
Săptămâna 3 <i>Terapia cognitivă: rolul gândurilor în simptomatologia depresivă, (1) identificarea gândurilor negative</i>	√	√		
Săptămâna 4 <i>ABC-ul gândirii realiste: (2) punerea la îndoială a gândurilor negative disfuncționale</i>				
Săptămâna 5 <i>ABC-ul gândirii realiste: (3) formularea gândurilor alternative</i>				
Săptămâna 6 <i>Optimizare și dezvoltare personală: comunicare asertivă, managementul timpului, rezolvare de probleme</i>	√	√	√	√
Săptămâna 10 <i>Follow-up și prevenirea recăderilor</i>	√	√		

6.3. Rezultate

6.3.1. Comparații intergrup – control vs intervenție

Testul t pentru eșantioane independente a fost folosit pentru a testa diferențele dintre grupul experimental și grupul control în nivelul de bază și post-intervenție al simptomatologiei depresive, distresului afectiv, emoțiilor pozitive, atitudinilor disfuncționale și gândurilor automate.

Nivelul de bază (Săptămâna 1). Tabelul 6 prezintă valorile t, gradele de libertate și pragurile de semnificație. Nu sunt diferențe semnificative între grupul experimental și grupul control în ceea ce privește nivelul de bază al simptomatologiei depresive $t(58)=0,91$, $p>0,05$, distresului afectiv $t(58)=1,87$, $p>0,05$, emoțiilor pozitive $t(58)=0,69$, $p>0,05$, atitudinilor disfuncționale $t(58)=0,16$, $p>0,05$ și gândurilor automate $t(58)=1,385$, $p>0,05$.

Tabelul 6 Comparații intergrup nivel de bază

Intervenție vs control	t	df	Sig. (2-tailed)
Simptomatologie depresivă	,914	58	$p>0,05$
Distres afectiv	1,871	58	$p>0,05$
Emoții pozitive	0,686	58	$p>0,05$
Atitudini disfuncționale	-0,157	58	$p>0,05$
Gânduri automate	1,385	58	$p>0,05$

Evaluare post-intervenție (Săptămâna 6). Tabelul 7 prezintă valorile t, gradele de libertate și pragurile de semnificație. Nu sunt diferențe semnificative între grupul experimental

și grupul control în ceea ce privește nivelul post-intervenție al distresului afectiv $t(58)=0,86$, $p>0,05$ și al emoțiilor pozitive $t(58)=0,78$, $p>0,05$. Post-intervenție, există diferențe semnificative între grupul experimental și grupul control în nivelul simptomatologiei depresive $t(58)=4,34$, $p>0,001$, atitudinilor disfuncționale $t(58)=2,97$, $p>0,005$ și gândurilor automate $t(58)=2,07$, $p>0,05$. Grupul de intervenție are niveluri semnificativ mai mici comparativ cu grupul de control ale simptomatologiei depresive, atitudinilor disfuncționale și gândurilor automate. Valorile coeficientului Cohen indică pentru simptomatologia depresivă ($d=1,122$) un efect foarte puternic al intervenției, pentru atitudinile disfuncționale ($d=0,766$) un efect puternic și gândurile automate un efect mediu ($d=0,533$).

Tabelul 7 Comparații intergrup postintervenție

Intervenție vs control	t	df	Sig. (2-tailed)	Mărimea efectului d (coeficientul Cohen)
Simptomatologie depresivă	-4,340	58	$p<0,001$	-1,122
Distres afectiv	0,864	58	$p>0,05$	0,222
Emoții pozitive	-0,776	58	$p>0,05$	-0,200
Atitudini disfuncționale	-2,970	58	$p<0,005$	-0,766
Gânduri automate	-2,067	58	$p<0,05$	-0,533

6.3.2. Comparații intragrup – evoluția grupului de intervenție

Testul t pentru eșantioane perechi a fost folosit pentru a testa la grupul experimental diferențele dintre nivelul de bază, nivelul de la mijlocul tratamentului, de la sfârșitul tratamentului și post-intervenție (follow-up) pentru simptomatologia depresivă, distresul afectiv și emoțiile pozitive.

Nivelul de bază – evaluare intermediară (Săptămâna 1 - Săptămâna 3). Sunt diferențe semnificative la grupul experimental între nivelul de bază și nivelul la mijlocul tratamentului al simptomatologiei depresive $t(29)=6,28$, $p<0,001$ și distresului afectiv $t(29)=5,45$, $p<0,001$, dar nu și în nivelul emoțiilor pozitive $t(29)=1,31$, $p>0,05$.

Nivelul de bază - evaluare post-intervenție (Săptămâna 1 - Săptămâna 6). Sunt diferențe semnificative la grupul experimental între nivelul de bază și nivelul la sfârșitul tratamentului al simptomatologiei depresive $t(29)=12,49$, $p<0,001$, distresului afectiv $t(29)=8,67$, $p<0,001$, emoțiilor pozitive $t(29)=5,41$, $p<0,001$, atitudinilor disfuncționale $t(29)=9,19$, $p<0,001$ și gândurilor automate $t(29)=7,12$, $p<0,001$. Valorile coeficientului Cohen indică pentru simptomatologia depresivă ($d=1,697$) și pentru gândurile automate ($d=1,091$) un efect foarte puternic al intervenției, pentru distresul afectiv ($d=0,510$), emoțiile pozitive ($d=0,532$) și atitudinile disfuncționale ($d=0,626$) un efect mediu.

Evaluare post-intervenție - evaluare follow-up (Săptămâna 6 - Săptămâna 10). Tabelul 8 prezintă valorile t, gradele de libertate și pragurile de semnificație. Sunt diferențe semnificative la grupul experimental între nivelul de la sfârșitul tratamentului și nivelul la 4 săptămâni de la sfârșitul tratamentului al simptomatologiei depresive $t(29)=7,48$, $p<0,001$, distresului afectiv $t(29)=4,79$, $p<0,001$ și emoțiilor pozitive $t(29)=6,91$, $p<0,001$.

Tabelul 8 Evoluția grupului de intervenție (post-intervenție – follow-up)

	t	df	Sig. (2-tailed)
Simptomatologie depresivă	7,477	29	$p<0,001$
Distres afectiv	4,790	29	$p<0,001$
Emoții pozitive	6,915	29	$p<0,001$

Nivelul de bază - evaluare follow-up (Săptămâna 1 - Săptămâna 10). Sunt diferențe semnificative la grupul experimental între nivelul de bază și nivelul la 4 săptămâni de la sfârșitul tratamentului al simptomatologiei depresive $t(29)=14,87$, $p<0,001$, distresului afectiv $t(29)=11,98$, $p<0,001$ și emoțiilor pozitive $t(29)=11,76$, $p<0,001$. Valorile coeficientului Cohen indică pentru simptomatologia depresivă ($d=2,101$) și pentru emoțiile pozitive ($d=1,064$) un efect foarte puternic al intervenției, iar pentru distresul afectiv ($d=0,711$) un efect mediu-crescut.

6.4. Concluzii și direcții de dezvoltare

Studiul a prezentat un program de intervenție CBT de grup adaptat pentru depresia postpartum și a arătat superioritatea acestuia față de grupul de control în reducerea simptomatologiei depresive, a atitudinilor disfuncționale și a gândurilor automate. Deși la finalul intervenției nu sunt diferențe semnificative între grupul de intervenție și grupul control în ceea ce privește nivelul distresului afectiv global și al emoțiilor pozitive, evoluția post-tratament a grupului de intervenție indică posibilitatea existenței unor rezultate superioare grupului control pentru distresul afectiv global și emoțiile pozitive. Specificul populației nu a permis însă urmărirea grupului de control la o lună, nici urmărirea ambelor grupe la 3 și 6 luni după intervenție. Totuși, urmărirea grupului de intervenție la o lună după încheierea intervenției a arătat că rezultatele obținute la sfârșitul tratamentului s-au menținut. Deși la evaluarea follow-up a grupului de intervenție mărimea efectului este foarte mare, rezultatele trebuie tratate cu rezervă în lipsa datelor privind evoluția grupului de control. O contribuție la diferențele observate în nivelul simptomatologiei depresive și al emoțiilor pozitive îl poate avea procesul normal de adaptare la stresorii specifici maternității.

Au fost identificate o serie de direcții de dezvoltare a programului de intervenție: (1) includerea unor module focalizate pe anxietate/îngrijorare, furie și emoții pozitive, (2) revizuirea modulelor astfel încât programul să poată fi folosit și pentru simptomatologia subclinică și/sau optimizare, (3) dezvoltarea unor module de psihoeucație privind dezvoltarea copilului în primul an de viață.

Dezvoltarea unui program de screening și extinderea programului de intervenție la simptomatologia subclinică și non-clinică ar ajuta mamele să facă față mai bine provocărilor maternității și problemelor emoționale pe care le întâlnesc în această perioadă din viața lor.

CAPITOLUL VII

Concluzii și direcții de dezvoltare

7.1. Contribuții teoretice, metodologice și practice

Studiul 1 a prezentat o analiză a modalității în care fiecare teorie cognitivă este reprezentată în literatura privind depresia postpartum și a instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive utilizate.

Două constructe cognitive au fost testate în relație cu depresia postpartum: atitudinile disfuncționale (modelul cognitiv al lui Beck pentru depresie, Beck, 1987) și stilul atribuțional (modelul reformulat al neajutorării învățate, Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; teoria lipsei de speranță, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Cele două teorii ale depresiei sunt egal reprezentate în studiile analizate, cu toate că anterior, Swendsen & Mazure (2000) constatau că teoria lipsei de speranță (Abramson et al., 1989) a fost cea mai investigată teorie stres-vulnerabilitate în relația cu depresia postpartum.

Studiile inițiale au adus rezultate promițătoare pentru stilul atribuțional (O'Hara et al., 1982; Cutrona, 1983), în timp ce atitudinile disfuncționale nu păreau să contribuie semnificativ (O'Hara et al., 1982; Gotlib et al., 1991). Totuși, studiile mai recente nu confirmă rezultatele

pentru stilul atribuțional (O'Hara et al., 1984; Grazioli & Terry, 2000) și oferă dovezi pentru atitudinile disfuncționale ca predictor pentru depresia postpartum (Grazioli & Terry, 2000; Church et al., 2009; Phillips et al., 2010).

Au fost identificate o serie de puncte tari și puncte slabe ale instrumentelor utilizate în studiile analizate: instrumentelor de evaluare a vulnerabilității cognitive generale pentru depresie le lipsește relevanța în contextul postpartum și congruența tematică cu credințele specifice perioadei perinatale, MAQ, nu are la bază un model teoretic explicativ, iar ASQ și REASQ au o consistență internă moderată. Sockol, Epperson & Barber (2014) au identificat și ei limite similare pentru instrumentele de evaluare ale atitudinilor materne analizate.

Studiul 2 a adus dovezi în favoarea unei vulnerabilități cognitive latente pentru depresia postpartum stabilă de-a lungul perioadei perinatale activată de stresori specifici nașterii și maternității.

Niveluri crescute ale simptomatologiei depresive postpartum sunt asociate cu un stil cognitiv disfuncțional reflectat în niveluri crescute de atitudini disfuncționale și o frecvență crescută a gândurilor automate negative. Acești factori cognitivi influențează și dispoziția emoțională generală, inclusiv emoțiile funcționale negative și emoțiile pozitive. Efectul vulnerabilității cognitive generale de tip schemă (atitudini disfuncționale) asupra simptomatologiei depresive postpartum este mediat total de către gândurile automate și simptomatologia depresivă prenatală. Persoanele cu un nivel postnatal sau perinatal crescut al simptomatologiei depresive au avut, în medie, niveluri mai crescute ale atitudinilor disfuncționale și o frecvență mai mare a gândurilor automate comparativ cu persoanele care au avut un nivel perinatal scăzut al simptomatologiei depresive. Nu există o diferență semnificativă în ceea ce privește atitudinile disfuncționale între persoanele cu un nivel postnatal crescut al simptomatologiei depresive și cele cu un nivel prenatal sau perinatal crescut al simptomatologiei depresive. Aceste rezultate confirmă traseele de dezvoltare ale depresiei postpartum descrise anterior de Wisner, Moses-Kolko & Sit (2010). Se pare că aceste tipare de evoluție a simptomatologiei depresive în perioada perinatală sunt asociate unei vulnerabilități cognitive latente.

Studiul 3.1. a prezentat dezvoltarea unui instrument de evaluare a atitudinilor materne care, față de alte instrumente, are la bază un model teoretic și este particularizat contextului postnatal. Rezultatele inițiale arată că acesta poate deveni un instrument valid de evaluare a diferențelor individuale în credințe iraționale specifice maternității. Identificând aceeași lacună metodologică, Sockol et al. (2014) au dezvoltat și validat un instrument similar – Scala de atitudini față de maternitate (Attitudes Toward Motherhood Scale; AToM).

Studiul 3.2. este printre puținele din literatură care investighează modelului lui Ellis privind psihopatologia în relație cu depresia postpartum. În plus, acesta a arătat particularitățile vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum în relație cu tipurile suportul social perceput. Există diferențe semnificative între femeile cu simptomatologie depresivă scăzută și cele cu simptomatologie depresivă crescută în ceea ce privește stilul cognitiv. Acestea din urmă au nevoi mai crescute de confort, realizare, aprobare, și rate mai crescute de cerințe absolutiste, auto-devalorizare, toleranță scăzută la frustrare și catastrofare. Niveluri crescute ale simptomatologiei depresive postpartum sunt asociate cu un nivel mai crescut al credințelor iraționale și cu un nivel mai scăzut al suportului social perceput. Un nivel crescut al credințelor iraționale cu un conținut de aprobare este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului emoțional/informațional, afectiv și tangibil. Un nivel crescut al credințelor iraționale cu un conținut confort este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului afectiv și tangibil. Un nivel crescut al credințelor iraționale cu un conținut de realizare este relaționat cu raportarea unui nivel scăzut al suportului tangibil și de tip interacțiuni sociale pozitive. Relația dintre credințele iraționale și nivelul simptomatologiei depresive postpartum este mediată parțial de suportul social perceput din perioada postnatală.

Studiul 4 a prezentat dezvoltarea unui program de intervenție CBT de grup adaptat pentru depresia postpartum și a arătat superioritatea acestuia față de grupul de control în reducerea simptomatologiei depresive, a atitudinilor disfuncționale și a gândurilor automate. Programul de intervenție a avut rezultate semnificative la evaluările post-tratament și a reușit să mențină aceste rezultate și la o lună după încheierea intervenției. Evoluția post-tratament a grupului de intervenție indică posibilitatea existenței unor rezultate superioare și după 3 luni de la primirea intervenției pentru simptomatologia depresivă, distresul afectiv global și emoțiile pozitive.

7.2. Limite și direcții de cercetare

Proiectul de față reprezintă un pas în înțelegerea mecanismelor de dezvoltare a depresiei postpartum și în dezvoltarea unor intervenții eficiente, însă rezultatele trebuie tratate cu rezervă din cauza numărului mic de participanți la studii. Specificul populației limitează semnificativ numărul de participanți la studii și realizarea de evaluări multiple. Totuși, opțiunea de completare online a instrumentelor de evaluare reduce rata de drop-out.

Deși o serie de factori biologici și hormonalni au fost avansați ca având o implicare majoră în depresia postpartum, se pare că vulnerabilitatea cognitivă constituie o direcție viabilă de cercetare. Utilizarea designurilor de studiu longitudinale și investigarea suplimentară a modelului lui Ellis privind psihopatologia în relație cu depresia postpartum și cu factorii de risc constituie posibile direcții de cercetare viitoare. Dezvoltarea unui program de screening și extinderea programului de intervenție la simptomatologia subclinică și non-clinică ar ajuta mamele să facă față mai bine provocărilor maternității și problemelor emoționale pe care le întâlnesc în această perioadă din viața lor.

Cuvinte cheie: *depresia postpartum, vulnerabilitatea cognitivă, intervenție cognitiv-comportamentală*

Referințe bibliografice selective:

- Abel, K. M., & Kulkarni, J. (2006). Depression in postpartum women: Hormonal influences. In Castle, D., Kulkarni, J., & Abel, K. M. (Eds.) *Mood and Anxiety Disorders in Women* (pp 116-136). New York: Cambridge University Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 227-262.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 314, 932-936.
- Austin, M.P. (2010). Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Womens Ment Health*, 13, 41-44
- Austin, M.-P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N. & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the

- prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105, 35–44.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- 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. (2012). *Inventarul de depresie Beck—ediția a doua* (adaptat de David, D. & Dobrean, A). Manual de utilizare. Cluj-Napoca: Editura RTS.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-72.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. The Guilford Press, New York.
- Bilsker, D., & Paterson, R. (2005). *Antidepressant Skills Workbook*. Retrieved from <http://www.comh.ca/antidepressant-skills/adult/>
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating Depression During Pregnancy and the Postpartum: A Preliminary Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 16, 109-120.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatr*, 157(6), 924-930.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in etiology of postpartum depression. *Compr. Psychiatry*, 44, 234–46.
- Bloch, M., Rubinow, D. R., Schmidt, P. J., Lotsikas, A., Chrousos, G. P., & Cizza, G. (2005a). Cortisol Response to Ovine Corticotropin-Releasing Hormone in a Model of Pregnancy and Parturition in Euthymic Women with and without a History of Postpartum Depression. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(2), 695–699.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Korenc, D., & Klein, E. (2005b). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88, 9-18.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatr*, 157(6), 924-930.
- Bloch, M., Meiboom, H., Lorberblatt, M., Bluvstein, I., Aharonov, I., & Schreiber, S. (2012). The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, doubleblind, placebo-controlled study. *J. Clin. Psychiatry*, 73, 235–41.
- Brugha, T. S., Sharp, H. M., Cooper, S.-A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Sherrif, T., & Kirkwan, P. H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 28, 63-79.
- Buist, A., Barnett, B., Milgrom, J., Hayes, B., Ellwood, D., Speelman, C., & Condon, J. (2007). The Beyondblue Australian National Postnatal Depression Program 2001-5. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 12.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 243–255.
- Buttner, M. M., Mott, S. L., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., & O'Hara, M. W. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health*, 16, 219–225.
- Chabol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., & Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32, 1039–1047.
- Church, N. F., Dunstan, D. A., Hine, D. W., & Marks, D. G. (2009). Differentiating subtypes of postnatal depression based on a cluster analysis of maternal depressive cognitions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 24(2), 89–98.

- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 97-99.
- Cooper, P.J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria: A Pilot Study. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 291-295.
- Cuijpers P., Brannmark J.G., & Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 103-118.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *J child Psychol Psychiat*, 35(1), 73-112.
- Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- Danaher, B.G, Milgrom, J., Seeley, J.R., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M. S., Ericksen, J., Lester, W., Gemill, A.W., Kosty, D.B., & Lewinsohn, P. (2013). MomMoodBooster Web-Based Intervention for Postpartum Depression: Feasibility Trial Results. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e242.
- David, D. (2007). *Ghid și protocol clinic de psihoterapie cognitivă pentru depresie*. Editura Sinapsis, Cluj-Napoca
- Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ*, 331, 1-8.
- Dennis, C. L., & Creedy, D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4. Retrieved from <http://apps.who.int/whl/reviews/CD001134.pdf>
- DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. (2007). Scala de atitudini și convingeri 2 (adaptat de Macavei, B.). În David, D. (coord.), Sistem de evaluare clinică. Cluj-Napoca: Editura RTS.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy 2nd edition*. New York: Springer Publishing Company
- Ellis, A., & Grieger, R.M. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Co.
- Epperson, C.N., & Ballew, J. (2006). Postpartum depression: a common complication of childbirth. In Hendrick, V. (Ed.) *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum. Principles and Treatment* (pp 41-83). New Jersey: Humana Press.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior & Development*, 34, 1-14.
- Friedman, E. F., & Thase, M. E. (2006). Cognitive-behavioral therapy for depression and dysthymia. In: Stein, D.J., Kupfer, D.J., & Schatzberg, A.F. (Eds.), *Textbook of Mood Disorders* (pp 353-371). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5/1), 1071-83.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. (Prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) Retrieved from <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/peridepr/peridepr.pdf>

- Goodman, J. H. & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 277–293.
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458–90.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 122–132.
- Grace, S.L., & Evindar, A. & Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263–274.
- Grace, S.L., & Sansom, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
- Grazioli, R., & Terry, D. J. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 329–347.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97–111.
- Haywood, A., Slade, P., & King, H. (2007). Is there evidence of an association between postnatal distress and premenstrual symptoms? *Journal of Affective Disorders*, 99, 241–245.
- Haring, M., Smith, J. E., Bodnar, D., & Deirdre, R. (2011). *Coping with Depression during Pregnancy and Following Childbirth. A cognitive-Behaviour Therapy-Based Self-Management Guide for Women*. The BC Reproductive Mental Health Program Retrieved from www.bcmhsus.ca/.../download.php?.../Coping%20with%20Depression.pdf
- Hollon, S., & Kendall, P. (2007). Chestionarul gândurilor automate (adaptat de Moldovan, R.). În David, D. (coord.), *Sistem de evaluare clinică*. Cluj-Napoca: Editura RTS.
- Jones, I. & Craddock, N. (2001). Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*, 158, 913-917.
- Jones, H., & Joyce, V. (2001). Identification and classification of postpartum psychiatric disorders. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(12), 23-30.
- Jones, I. & Cantwell, R. (2010). The classification of perinatal mood disorders - suggestions for DSMV and ICD11. *Arch Womens Ment Health*, 13, 33–36.
- Jones, L., Scott, J., Cooper, C., Forty, L., Smith, C. G., Sham, P., Farmer, A., McGuffin, P., Craddock, N. & Jones, I. (2010) Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 200-5.
- Klatzkin, R. R., Lindgren, M. E., Forneris, C. A., & Girdler, S. S. (2010). Histories of Major Depression and Premenstrual Dysphoric Disorder: Evidence for Phenotypic Differences. *Biol Psychol*, 84(2), 235–247.
- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 337-343.
- Lakey, B., Tardiff, T. A., & Drew, J. B. (1994). Negative Social Interactions: Assessment and Relations to Social Support, Cognition, and Psychological Distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(1), 42-62.
- Lakey, B., & Drew, J. B. (1997). A social-cognitive perspective on social support. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason, (Eds) *Sourcebook of social support and personality* (pp 107-140). New York: Plenum.
- Lakey, B. & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B (Eds.) *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists* (pp 29-52). New York: Oxford.
- Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2010). *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate* (trad. Kallay, E.), Editura ASCR, Cluj-Napoca
- Leis, J.A., & Mendelson, T. & Tandon, S.D., & Perry, D.F. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 3–13.

- Macavei, B. (2006). Dysfunctional Attitudes Scale, form A: norms for the romanian population. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6(2), 157–171.
- Madar, A. & Băban, A. (2010). Motherhood experience in postpartum depressed women: An interpretative phenomenological approach. Poster presentations. *Psychology & Health*, 25(1), 137-376.
- Matthey, S. (2011) Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 142-52.
- Mauthner, N. S. (1998). Re-assessing the importance and role of the marital relationship in postnatal depression: Methodological and theoretical implications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 157-175.
- Meager, I., & Milgrom, J. (1996). Group treatment for postpartum depression: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 852–860.
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*, 13, 89-100.
- Milgrom, J., & Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood: cognitive and defence style of women with postnatal depression. *Stress and Health*, 19, 281–287.
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Psychology*, 44, 529–542.
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. (2006). *Treating postnatal depression* (4th ed., pp 30-41). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147–157
- Milgrom, J., Holt, C. J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Leigh, B., Buist, A. & Schembri, C. (2011). Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry*, 11(95), 1-9.
- Moorhead, S. R. J., Owens, J., & Scott, J. (2003). Development and piloting of the Pregnancy Related Beliefs Questionnaire. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 207–213.
- Mulcahy, R., & Reay, R.E., Wilkinson, R.B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 125–139.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). Antenatal and postnatal mental health, Clinical management and service guidance, NICE clinical guideline 45. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, London. Retrieved from guidance.nice.org.uk/cg45
- Norman, P. D. & Antaki, C. (1988) Real Events Attributional Style Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2/3, 97-100.
- O'Hara, M. V., Rehm, L. P. & Campbell, S. P. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive behavioural models of postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), 457-461.
- O'Hara, M. V., Neunaber, D. & Zekoski, E. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171.
- O'Hara, M. V., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. & Varner, M. V. (1991). Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 63-73.
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L.L. & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2004). Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry*, 11(3), 42-47.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407.

- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R. & Ross, M. J. (2006). Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy Resources*, 31, 51-69.
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for Perinatal Depression: What Do Women Want? A Qualitative Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 359-371.
- Oprîș, D., & Macavei, M. (2007). Profilul distresului afectiv. În David, D. (coord.), Sistem de evaluare clinică. Cluj-Napoca: Editura RTS.
- Pearlstein, T.B., Zlotnick, C., Battle, C.L., Stuart, S., O'Hara, M. W., Price A. B., Grause M. A., & Howard, M. (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 303-308.
- Peterson, C. Semmel, A., von Bayer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Research and Therapy*, 6, 287-300.
- Phillips, J., Sharpe, L., Metthey, S., & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and the novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 120, 67-75.
- Phillips, L. H. C., & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4 1/2 -year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 151-155.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" Depression Following Childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Prendergast, J. & Austin, M.P. (2005). Early Childhood Nurse-Delivered Cognitive Behavioural Counselling for Post-Natal Depression. *Australasian Psychiatry*, 13, 291-295.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Riecher-Rossler, A. & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand*, 108(418), 51-56
- Robertson, E., Celasun, N., & Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Seward, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robinson, G. E. & Stewart, D. E. (2001). Postpartum disorders. In N.L.Stotland & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women's health care* (2nd ed. ed., pp. 117-139). Washington: American Psychiatric Press.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J, & Lelong N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med*, 49, 1651-61.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline. Retrieved from www.sign.ac.uk
- Segre, L.S., Stasik, S.M., O'Hara, M.W., & Arndt, S. (2010). Listening Visits: An Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of a Home-based Depression Treatment. *Psychotherapy Research*, 20(6), 712-721.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin. Psychol. Rev.*, 31, 839-49.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 199-212.
- Swendsen, J. D., & Mazure, C. M. (2000). Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 17-31.
- Wallis, A.B., Fernandez, R., Oprescu, F., Cherecheș, R., Zlati, A. & Dungy, C.I. (2012). Validation of a romanian scale to detect antenatal depression. *Central European Journal of Medicine*, 7(2), 216-223.

- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(4), 351–358.
- Weissman, A., & Beck, A. (2007). Scala de atitudini disfuncționale. Formele A și B (adaptat de Macavei, B.). În David, D. (coord.), *Sistem de evaluare clinică*. Cluj-Napoca: Editura RTS.
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. American Psychological Association, Washington
- WHO (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Division of mental health and substance abuse. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/en/54.pdf
- WHO (2008a). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Report of the WHO-UNFPA. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
- WHO (2008b). *The global burden of disease: 2004 update*. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- Wiklund, I., Mohlkert, P., & Edman, G. (2010). Evaluation of a brief cognitive intervention in patients with signs of postnatal depression: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 1100–1104.
- Wisner, K. L. & Moses-Kolko, E. L. & Sit, D. K. Y. (2010). Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*, 13(1), 37-40.
- Wisner, K.L., Moses-Kolko, E. L. & Sit, D. K. Y. (2010). Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*, 13, 37–40.
- Workman, J. L., Barha, C. K., & Galea, L. A. M. (2012). Endocrine Substrates of Cognitive and Affective Changes During Pregnancy and Postpartum. *Behavioral Neuroscience*, 126, 56-72.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organisation, Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- World Health Organisation (2007) *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd edn*. World Health Organisation, Geneva. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>