



Universitatea Babeș-Bolyai  
Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației  
Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie  
Școala Doctorală Psihodiagnostic și Intervenții Psihologice Validat Științific



**TEZA DOCTORAT  
PREDICTORI AI REZULTATELOR ÎN INTERVENȚIILE  
DE TIP COGNITIV-COMPORTAMENTAL**

**PH.D. THESIS  
OUTCOME PREDICTORS IN COGNITIVE AND  
BEHAVIORAL INTERVENTIONS**

**Drd.: Ramona Moldovan  
Coordonator științific: Prof. Univ. Dr. Daniel David**

**Cluj-Napoca  
2012**



## NOTE

(1). Declar pe proprie răspundere că:

(a) Această teză de doctorat este rezultatul cercetărilor originale realizate de Ramona Maria Moldovan (autoarea acestei lucrări), cu scopul de a obține titlul de doctor;

(b) Părți ale acestei lucrări au fost deja publicate, sunt sub tipar sau au fost trimise spre publicare; modalitățile adecvate de citare ale acestor publicații sunt cuprinse în prezenta lucrare. Au fost incluși co-autori în lucrările în care aceștia au participat la scrierea textului sau interpretarea datelor statistice, etc. (contribuțiile co-autorilor au fost clar explicate în notele de subsol ale lucrării);

(c) Lucrarea a fost scrisă în concordanță cu standardele academice de redactare (autoarea a specificat în prezenta teză citațiile și mulțumirile pentru suport academic). Atât textul lucrării cât și rezumatul acesteia au fost scrise de Ramona Maria Moldovan, care își asumă întreaga responsabilitate pentru corectitudinea științifică a celor scrise; de asemenea:

- Pentru verificarea originalității textului academic a fost utilizat un soft (vezi <http://www.plagiarism-detector.com/>); teza a trecut testul critic;

- O copie a bazei de date/a setului de date a fost depusă în cadrul Departamentului/Școlii Doctorale

(2). Toate Tabele și Figurile sunt numerotate în conformitate cu numărul capitolelor sau subcapitolelor tezei.

Semnătură (electronica) pentru veridicitatea datelor din Note:

Doctorand Ramona Maria Moldovan



## CUPRINS

<b>CAPITOLUL 1</b>	
<b>FUNDAMENTARE TEORETICĂ.....</b>	<b>5</b>
1. Cum psihoterapia duce la schimbare.....	5
2. Principiile terapiei cognitiv-comportamentale .....	6
3. Integrarea procesului psihoterapeutic într-un cadru metodologic.....	10
<b>CAPITOLUL 2</b>	
<b>STRATEGIA METODOLOGICĂ .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPITOLUL 3</b>	
<b>CERCETĂRI ORIGINALE.....</b>	<b>12</b>
<b>Studiul 1.</b>	
Metaanaliza mediatorilor în intervențiile cognitiv-comportamentale .....	12
<b>Studiul 2.</b>	
Investigarea mediatorilor într-un studiu clinic controlat folosind biblioterapie cognitiv-comportamentală pentru depresia subclinică .....	18
<b>Studiul 3.</b>	
Investigarea predictorilor rezultatelor într-un studiu clinic controlat folosind o intervenție psihologică cognitiv-comportamentală prin realitate virtuală în cazul fobiei specifice. Cazul relației terapeutice, al expectanțelor și performanței terapeutului.....	29
<b>Studiul 4.</b>	
Investigarea relației dintre variabilele care țin de terapeuți și performanța acestora. Cazul expectanțelor, auto-eficacității și performanței terapeuților.....	35
<b>Studiul 5.</b>	
Investigarea relației dintre variabilele care țin de terapeuți și a rezultatelor unei tehnici psihoterapeutice. Cazul experienței, al relației terapeutice, auto-eficacității și acceptării necondiționate.....	175
<b>Studiul 6.</b>	
Investigarea cursului schimbării în cadrul tratamentului pentru ADHD. Elaborarea unui software pentru prezicerea rezultatelor ADHD.....	38
<b>CAPITOLUL 4</b>	
<b>CONCLUZII GENERALE ȘI DISCUȚII .....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....</b>	<b>49</b>



## **CAPITOLUL 1 FUNDAMENTARE TEORETICĂ**

### **1. CUM PSIHOTERAPIA DUCE LA SCHIMBARE**

#### **Aspecte generale**

Un număr mare de studii au demonstrat eficiența și eficacitatea pentru mai multe tratamente psihologice. Metaanalizele și analizele calitative au indicat faptul că multe forme de psihoterapie pentru copii, adolescenți și adulți duc la schimbări terapeutice (ex., Kazdin & Weisz, 1998; Lambert & Ogles, 2004; Nathan & Gorman, 2007, etc.) – studiile au demonstrat în repetate rânduri faptul că indivizii cu diverse probleme clinice vor beneficia, în medie, mai mult de pe urma psihoterapiei decât în lipsa acesteia. (Cooper, 2008; Lambert & Ogles, 2004). Beneficiile includ cel mai frecvent diverse arii de funcționare socială, emoțională, cognitivă, comportamentală, educațională și fizică.

Este cunoscut faptul că psihoterapia „funcționează” (adică este responsabilă pentru schimbare), dar se știe prea puțin despre modul în care aceasta „funcționează” (Kazdin, 2007). Înțelegerea și promovarea unui tratament eficient se realizează cel mai bine prin înțelegerea mecanismelor schimbării care duc cumulativ la rezultate pozitive, clarificând astfel ce anume în procesul de psihoterapie este responsabil pentru schimbare (Kazdin, 2007; 2009). Determinarea mijloacelor prin care psihoterapia funcționează este critică: identificarea „ingredientelor” necesare și a mecanismelor prin care tratamentele psihoterapeutice funcționează sunt esențiale pentru maximizarea eficienței și eficacității tratamentului, îmbunătățirea tehnicilor terapeutice și îmbunătățirea metodelor de formare a terapeuților (Kazdin & Nock, 2003; Weersing & Weisz, 2002). În ciuda importanței acestei arii de cercetare, există o diferență semnificativă între cunoștințele noastre despre rezultatele tratamentului și procesele asociate cu acestea.

Teza centrală a acestei lucrări este aceea că, exceptând câteva cazuri izolate, nu avem încă o înțelegere clară a motivelor pentru care terapeuții obțin schimbări terapeutice; sunt necesare studii suplimentare pentru a răspunde la această întrebare, studii inovative teoretic, la nivel de conceptualizare și în designul de cercetare (Kazdin, 2009).

#### **Relevanța domeniului**

În ciuda proliferării diverselor teorii și a numeroaselor investigații ce au demonstrat eficiența per ansamblu a multor tratamente psihologice, domeniul are relativ puține răspunsuri ferme despre cum anume psihoterapia duce la schimbare (ex., Kazdin, 1998; Kopta, Lueger, Saunders & Howard, 1999).

Clarificarea stării actuale a tratamentelor existente poate contribui la înțelegerea mecanismelor schimbării. Există o multitudine de intervenții psihologice care se definesc a fi distincte; totuși, pachetele de tratament au de fapt o serie de componente sau proceduri comune (e.g., Ablon & Jones, 1999). Mai mult decât atât, datele par să sugereze că elementele comune diverselor abordări sunt responsabile pentru mai multe schimbări decât sunt cele specifice abordărilor respective (Wampold, 2001). Identificarea mecanismelor prin care oamenii se schimbă pe parcursul tratamentului va oferi datele necesare pentru a clarifica factorii comuni și specifici responsabili pentru schimbarea clinică (Nock, 2007).

Cercetătorii și practicienii sunt de acord asupra importanței înțelegerii naturii și cauzelor schimbării în psihoterapie; cu toate acestea, nu există un acord ferm în ceea ce privește chiar și simpla examinare a schimbării. Un punct central comun al studiilor ce vizează schimbarea se referă la încercările de a identifica „ingredientele active” în

psihoterapie (Haaga & Stiles, 2000; Hollon, Evans, & DeRubeis, 1990). Aceste studii caută să examineze aspecte ale psihoterapiei care influențează rezultatele terapiei: spre exemplu, variabile care țin de terapeut sau tehnici specifice, variabilele care țin de client (ex., abilitățile sociale sau de comunicare, cognițiile dezadaptative etc), sau relația terapeutică etc. (Hollon et al., 1980; Whisman & Snyder, 1997).

Pe măsură ce domeniul se îndreaptă spre identificarea unor tratamente validate empiric, devine din ce în ce mai importantă nu doar identificarea unor pachete de tratament specifice care sunt eficiente pentru tulburări specifice, ci și validarea mecanismelor schimbării, cu scopul de a oferi cea mai bună oportunitate de a îmbunătăți continuu efectele tratamentelor disponibile în prezent (Gibbons, 2009).

### **Starea actuală a literaturii de specialitate**

În ciuda interesului crescut față de mecanismele și procesele de schimbare din timpul psihoterapiei, studiile de până acum au avut foarte puține rezultate interpretabile (Doss, 2004). În timp ce unele modele de tratament au mecanisme clar articulate, altele se axează pe principii generale, fără o înțelegere clară a modului în care acestea funcționează. Vom aborda pe scurt o parte dintre cei mai investigați factori responsabili pentru schimbarea în procesul terapeutic.

*Mecanisme ale schimbării și Mediatori.* Un review al mediatorilor rezultatelor tratamentului (Johansson & Hoglend, 2007) a identificat 61 de studii în care a fost efectuată o formă de analiză de mediere. Concluziile nu sunt consecvente în toate studiile (DeRubeis et al, 1990;. Kolko et al, 2000; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002; Hofman, 2004, Smits, Powers, Cho, & Telch, 2004; Kaufman , Rohde, Seeley, Clarke, & Stice, 2005): rezultatele arată atât faptul că nu s-au identificat variabile care să medieze impactul psihoterapiei, cât și faptul că diverse cogniții mediază impactul intervențiilor psihologice asupra simptomelor.

*Caracteristicile psihoterapeutului/ clientului și Moderatorii.* Contribuția terapeuților la rezultatele psihoterapiei a devenit un domeniu de interes mai intens investigat, în special după clarificarea unui număr de intervenții psihologice susținute empiric (Huppert et al., 2001). Sub rubrica variabilelor care țin de terapeut au fost abordate mai multe aspecte care ar putea influența rezultate în psihoterapie. Cercetătorii au efectuat analize pentru a clarifica ce factori contribuie la diferențele în rezultatele terapeuților. Astfel de factori includ caracteristici demografice (ex., vârstă, sex, rasă, religie), caracteristici legate de pregătire (titluri, formare, ani de experiență, număr de pacienți), sau caracteristici legate de personalitate și orientarea teoretică (Huppert et al., 2001). Datele empirice nu sunt substanțiale atunci când vine vorba de variabilele ce sunt responsabile pentru rezultatul în terapie – o analiză recentă și cuprinzătoare (Elkin et al., 2006) a concluzionat că nu există practic descoperiri semnificative în ceea ce privesc efectele generale ale terapeuților sau interacțiunea cu severitatea sau dificultatea pacientului. Experiența terapeuților, competența și aderența sunt considerate a fi variabile importante în prezicerea rezultatelor psihoterapiei, dar încă este nevoie de suport empiric suplimentar pentru a avansa concluzii mai ferme. Când vine vorba de caracteristicile clientului care prezic cel mai bine rezultatul tratamentului, expectanțele și colaborarea au cea mai multă susținere empirică.



## 2. PRINCIPIILE TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE

### Observații generale

Etiologia tulburărilor emoționale este departe de a fi complet înțeleasă. În multe cazuri, tulburările emoționale sunt declanșate de evenimentele de viață stresante, dar nu toată lumea devine tulburată în circumstanțe negative. De-a lungul ultimelor decenii, rolul cognițiilor ca factor de menținere, predispozant sau causal în diverse tulburări emoționale a capturat interesul comunității științifice, rezultând într-o proliferare a publicațiilor și dezvoltarea unor abordări de tratament destinate să modifice conținutul sau procesele cognitive presupuse a fi etiopatogenetice (Szentagotai et al., 2008). Există dovezi care susțin faptul că abordările cognitiv-comportamentale (ex., vezi lista de tratamente validate empiric realizată de American Psychological Association, [www.apa.org](http://www.apa.org)) sunt printre cele mai susținute empiric, atât în termeni de teorie cât și de intervenție.

Psihoterapia Cognitiv-Comportamentală (CBT) este o abordare ce are ca interes central modul în care indivizii interpretează evenimente. Tulburările emoționale sunt văzute ca rezultând din interpretări problematice, dezadaptative, și/sau nerealiste (Kellogg & Young, 2008). Cele mai multe forme de psihoterapie cognitiv-comportamentală se bazează pe modelul ABC al distresului formulat de Albert Ellis (Ellis, 1962; 1994), mai exact pe asumția conform căreia credințele (B) mediază impactul evenimentelor activatoare (A) asupra unor consecințe (C) emoționale sau comportamentale. Potrivit acestui model, oamenii experiențiază evenimente activatoare indezirabile (A), despre care au credințe/ cogniții (B) distorsionate (iraționale/ disfuncționale) sau nedistorsionate (raționale/ funcționale) despre sine, lume și viitor. Aceste credințe duc apoi la consecințe (C) emoționale, comportamentale și cognitive disfuncționale sau funcționale. În încercarea de a explica tulburările emoționale, profesioniștii au atribuit o mai mare importanță unor tipuri de cogniții particulare, rezultând în crearea mai multor modele teoretice (David & Szentagotai, 2006). Două dintre cele mai influente și răspândite forme de CBT sunt Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT) și Terapia Cognitivă (CT).

*Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT)* este cea mai veche formă de psihoterapie cognitiv-comportamentală (CBT) și a fost creată de Albert Ellis, în urmă cu mai bine de cinci decenii. REBT se bazează pe premisa conform căreia problemele psihologice au la bază credințe iraționale (Ellis, 1962; 1994). Modelul „ABCDE” este emblematic pentru REBT (Ellis, 1994): potrivit acestui model, oamenii experiențiază evenimente activatoare indezirabile (A), despre care au credințe raționale sau iraționale (B). Aceste credințe duc la consecințe emoționale, comportamentale și cognitive (C). Credințele raționale (RB) duc la consecințe funcționale, în timp ce credințele iraționale (IB) duc la consecințe disfuncționale (David et al., 2008). Clienții care se angajează în REBT sunt încurajați să își dispute activ (ex., să restuctureze) (D) IB și să asimileze credințe raționale, mai adaptative și mai eficiente (E), cu un impact pozitiv asupra răspunsurilor lor emoționale, cognitive și comportamentale (Ellis, 1994; Szentagotai et al., 2005; David & Szentagotai, 2006). Credințele iraționale sunt de obicei descrise ca fiind credințe evaluative, mai degrabă decât descrieri distorsionate și/sau inferențe (David & Szentagotai, 2006).

Credințele iraționale se încadrează în patru categorii de procese cognitive iraționale (Szentagotai et al., 2005; Ellis et al., 2010), în principal descrise ca fiind non-pragmatice, absolutiste, inconsistente cu realitatea și rigide (David et al., 2005): (1) Cerințele absolutiste (DEM) sunt văzute ca fiind credințe iraționale de bază și se referă la cerințele absolutiste exprimate sub formă de „e absolut necesar”, „trebuie” și „este imperativ”, și presupune cerințe imperative și absolutiste de la sine, ceilalți și de la viață. Corespondenta rațională a DEM este

preferința, o afirmație flexibilă vizavi de ceea ce vrea o persoană; (2) Catastrofarea (AWF) se referă la evaluarea unei situații ca fiind mai rea decât aceasta ar trebui să fie, în timp ce o credință rațională, non-catastrofală, se referă la o evaluare nuanțată a răului (ex., este foarte rău, nu groaznic); (3) Evaluarea globală/ Self downing (GE/SD) este întâlnită atunci când indivizii tind să fie excesiv de critici cu ei înșiși (ex., fac evaluări negative și globale despre ei), cât și cu ceilalți sau cu condițiile vieții. Echivalentul rațional al evaluării globale este acceptarea necondiționată a sinelui, a celorlalți și a lumii, în timp ce sunt evaluate doar comportamente specifice; (4) Toleranța scăzută la frustrare (LFT) se referă la convingerile indivizilor că aceștia nu pot îndura o situație dată. Alternativ, credințele raționale evaluează situația ca fiind greu de suportat, dar nu intolerabilă. Aceste patru procese cognitive iraționale acoperă diverse arii de conținut (ex., performanță, confort, afiliere) și se referă la noi înșine, la ceilalți și la condițiile vieții (Ellis et al., 2010). Potrivit lui Ellis (1962; 1994), DEM e credința irațională de bază și toate celelalte credințe iraționale derivă din aceasta.

Conform teoriei *Terapiei Cognitive (CT)* (Beck, 1976), oamenii au pattern-uri cognitive relativ stabile (ex., convingeri de bază encodate ca și scheme) care se dezvoltă ca o consecință a învățării timpurii și care pot duce la interpretări negative și distorsionate ale unor evenimente specifice de viață (ex., gânduri automate). Relația dintre convingerile de bază și gândurile automate este mediată de convingeri intermediare, precum atitudini, asumții și reguli (vezi Beck, 1995 pentru detalii). Gândurile automate sunt, de regulă, caracterizate mai degrabă ca descrieri distorsionate și/sau inferențe, (ex., cogniții reci), decât evaluări (ex., cogniții calde) (David & Szentagotai, 2006).

Beck (Beck, 1987; Bedrosian & Beck, 1980) a conturat o serie de procese cognitive (pentru o analiză recentă și cuprinzătoare vezi Kellogg & Young, 2008):

- *Inferența arbitrară*: Tragerea unei concluzii care fie nu este susținută de dovezi, fie este chiar în opoziție cu acestea.

- *Abstractizarea selectivă*: Conceptualizarea unei situații pe baza unui detaliu; imaginea de ansamblu nu este luată în considerare, prin urmare concluzia este scoasă din context.

- *Suprageneralizarea*: Crearea unei reguli care se bazează pe câteva cazuri specifice, care este apoi aplicată în multe alte situații, chiar și în contexte pentru care nu este potrivită. Pacienții pot face judecăți globale despre ei înșiși, bazându-se pe foarte puține incidente (sau chiar nici unul).

- *Maximizare sau minimalizare*: Interpretarea lucrurilor ca fiind mai importante sau mai puțin importante decât sunt acestea, cu adevărat. Această distorsiune este atât de absolutistă încât este în detrimentul individului.

- *Personalizarea*: Atribuirea cauzei evenimentelor externe propriei persoane, chiar și când nu există nici o dovadă că este cazul.

- *Gândirea dihotomică (sau polarizată)*: Interpretarea lucrurilor în termeni de extreme. Evenimentele sunt clasificate fie complet bune, fie complet rele; nu există cale de mijloc.

- *Evaluări incorecte în ceea ce privește pericolul sau siguranța*: Perceperea riscului ca fiind disproporționat de mare. Această distorsiune este frecvent întâlnită la pacienții cu tulburare de anxietate.

Argumentul pentru schimbare în CT se bazează pe principii similare argumentului pentru REBT. Mai concret, schimbările la nivelul acestor distorsiuni cognitive sunt urmate de schimbări ale simptomelor.

## **Starea actuală a literaturii de specialitate**

Un principiu teoretic central care ghidează CBT este că adresarea proceselor cognitive este asociată cu un tratament de succes. Această ipoteză a medierii poate fi abordată în sens larg (Garratt et al., 2007): „sunt schimbările cognitive asociate cu ameliorarea terapeutică?” și „sunt schimbările în cogniții specifice terapiei cognitive?” Aceste întrebări sunt deosebit de importante atunci când CBT este comparat cu alte tratamente (ex., farmacoterapia)

Atât în CT, cât și în REBT, terapeutul se concentrează pe modificarea cognițiilor disfuncționale/ iraționale și pe remedierea consecințelor emoționale și/sau comportamentale asociate cu acestea (David & Szentagotai, 2006). Principala diferență între cele două teorii ale schimbării este faptul că REBT pune accentul prioritar pe identificarea și restructurarea cognițiilor evaluative, mai degrabă decât pe cele non-evaluative.

Prima recenzie în literatura de specialitate ce abordează în mod specific această temă a fost realizată de Weersing și Weisz (2002) și a concluzionat că CBT produce modificări consistente reflectate în rezultatele generale ale tratamentului, atât pentru anxietate, cât și pentru depresie. Autorii au raportat că CBT este asociat cu modificări ale mediatorilor cognitivi în toate studiile privind anxietatea, și este asociat cu schimbări la nivelul mediatorilor cognitivi și comportamentali în majoritatea studiilor realizate pe depresie. Cu toate acestea, nu au fost furnizate mărimi ale efectului specifice, pentru a indica puterea relativă a acestor asocieri.

Trei studii suplimentare au explorat aspecte similare. Prins și Ollendick (2003) au analizat dovezile pentru variabilele cognitive și de coping ca mediatori ai CBT în cazul tinerilor anxioși. Similar recenziilor anterioare, au găsit puține studii care să testeze medierea, dar multe au analizat rezultate pre și post test ale proceselor cognitive și de coping. Autorii subliniază faptul că, atunci când se compară CBT cu un tratament activ alternativ, CBT produce schimbări semnificative de la pre- la post- în procesele cognitive și de coping, dar aceste diferențe nu sunt semnificativ diferite de condițiile de control. Astfel, CBT poate fi asociat cu modificări cognitive, dar o astfel de modificare nu pare a fi legată doar de CBT.

Davis și Ollendick (2005) au realizat o recenzie cuprinzătoare a impactului CBT în producerea schimbărilor specifice, într-un set mai larg de procese asociate cu fobia specifică (ex. cognitive, comportamentale, fiziologice și subiective). Recenzia lor a cuprins 22 de studii clinice, care au comparat un tratament comportamental sau cognitiv cu o condiție de control. S-au înregistrat dovezi semnificative cum că tratamentele comportamentale au produs modificări pozitive în majoritatea măsurătorilor comportamentale și ale fricii. Aceste rezultate s-au menținut indiferent dacă au fost comparate cu un control pasiv sau cu unul activ.

O a treia cercetare a realizat o meta-analiză pentru evaluarea rezultatelor globale ale CBT pentru tinerii cu anxietate și depresie, în comparație fie cu terapia a bona fide (tratament psihologic activ, cu o teorie clar definită), fie cu terapia non-bona fide (control activ nespecific) (Spielmans et al. 2007). Variabilele dependente au măsurat fie direct anxietatea sau depresia, fie alte efecte de interes. Analiza a sugerat faptul că CBT produce efecte semnificative de tratament, atât în termeni de simptome anxioase cât și depresive. Cu toate acestea, analiza nu a investigat procese specifice ale anxietății și depresiei (ex., cognitive, comportamentale, de coping sau fiziologice).

Cel mai recent review care a investigat mediatorii schimbării în CBT pentru tinerii cu anxietate și depresie a fost condus de Chu și Harrison (2007). Studiul realizat de aceștia oferă una dintre cele mai cuprinzătoare recenzii până în acest moment asupra efectelor specifice ale CBT. Studiul oferă, de asemenea, dovezi pentru potențialele mecanisme de diferențiere în tratarea anxietății și a depresiei. În concordanță cu teoria cognitiv-comportamentală, CBT a produs la nivelul variabilelor de proces efecte consistente de la moderate la mari, cu cel mai

mare efect găsit în cazul rezultatelor comportamentale – CBT pare a avea un impact consistent atât în măsurătorile cognițiilor specifice, cât și în cele generale.

### 3. <sup>1</sup> INTEGRAREA PROCESULUI PSIHOTERAPEUTIC ÎNTR-UN CADRU METODOLOGIC

Știm clar faptul că psihoterapia funcționează (ex., este responsabilă pentru schimbare), dar încă avem puține cunoștințe legate de pentru cine, în ce condiții și cum anume tratamentele psihoterapeutice funcționează (Kazdin, 2007), astfel încât cele mai multe studii continuă să se concentreze pe colectarea de date empirice care să susțină diferite pachete (psiho)terapeutice, în timp ce ignoră dacă există sau nu dovezi care să susțină bazele teoretice propuse de aceste tehnici (David, 2004); mijloacele prin care aceste tratamente psihoterapeutice exercită efectele lor benefice nu sunt, în general, bine înțelese (Kazdin, 2009; Webb et al., 2010), astfel că investigațiile realizate până în prezent au foarte puține rezultate interpretabile (Doss, 2004). De altfel, este chiar remarcabil faptul că după zeci de ani de cercetare în domeniul psihoterapiei, cu câteva excepții izolate, nu putem oferi o explicație susținută empiric atunci când este vorba de motivul pentru care până și cele mai studiate intervenții psihologice produc schimbări (Kazdin, 2007). Desigur, toate intervențiile psihologice se bazează pe teorii care explică de ce se presupune că apar îmbunătățiri (unele dintre ele au mecanisme clar articulate, în timp ce altele tind să se concentreze mai mult pe principii generale), dar aceste asumții teoretice sunt rareori testate empiric (Johansson & Høglend, 2007).

#### **Mecanisme de schimbare versus alte concepte relaționate : delimitări teoretice**

Având în vedere inconsistențele care au apărut în discuțiile despre mecanismele schimbării, este importantă clarificarea conceptelor cheie analiza modului în care acestea relaționează unele cu celelalte respectiv a modului în care se încadrează într-un context științific mai larg (Nock, 2007); este de asemenea importantă distingerea conceptelor interrelaționate și suprapuse. Un *mecanism* de schimbare se referă la procesul sau la seria de evenimente prin care o variabilă duce la și/sau cauzează modificări la nivelul altei variabile. Mecanismele de schimbare reflectă procesele prin care o variabilă independentă (ex., psihoterapia) produce schimbarea și explică cum anume intervenția duce la rezultat (Kazdin, 2007). În general, în cercetarea din psihoterapie, unul din obiective este acela de a înțelege mecanismele schimbării; studiul mediatorilor este cel mai adesea modul prin care se încearcă atingerea acestui scop. Un *mediator* este un construct ce evidențiază relații statistice specifice între o intervenție și rezultatul ei. Mediatorii efectelor tratamentului sunt variabile care explică, în sens statistic, cel puțin unele dintre efectele tratamentului cu privire la rezultat (Baron & Kenny, 1986). Analiza de mediere permite clarificarea modului în care tratamentele au efecte și, în particular, care sunt mecanismele posibile prin care un tratament ar putea duce la efecte (Kraemer et al., 2002). Mediatorul este un potențial mecanism prin care apare schimbarea (Johansson & Høglend, 2007). Acest fapt sugerează că tratamentul cauzează modificări la nivelul variabilei mediatore, care la rândul său duce la rezultat. În psihoterapie, mediatorii sunt de obicei procese interne pacientului (ex., cogniții, abilități etc.). Un *moderator* se referă la anumite caracteristici care influențează direcția sau amploarea relației

---

<sup>1</sup> Acest capitol a fost trimis pentru publicare în *Applied Psychological Measurement*

dintre intervenție și rezultat. În general vorbind, moderatorii clarifică la cine sau în ce condiții funcționează o intervenție (Baron & Kenny, 1986). Dacă rezultatele tratamentului variază în funcție de diferite caracteristici ale pacientului (ex., vârstă, simptome, expectanțe), ale terapeutului (ex., sex, experiență, auto-eficacitate) sau ale aplicării tratamentului (ex., tratament individual versus de grup), aceste variabile din urmă sunt moderatorii (Kazdin, 2007). Pentru a demonstra că o variabilă este un moderator, variabila trebuie să fie o caracteristică înainte de randomizare (cu alte cuvinte, precede tratamentul); în plus variabila trebuie să nu fie corelată cu tratamentul și să aibă un efect interactiv cu tratamentul asupra rezultatului, adică să „explice”, într-un sens statistic, diferențele individuale în efectele tratamentului (Kraemer et al., 2002).

În mod clar, mediatorul este proximal mecanismului schimbării și, de asemenea, necesar pentru a demonstra mecanismele de schimbare; în secțiunea următoare ne concentrăm asupra unor aspecte metodologice și statistice relaționate cu testarea medierii în studii clinice randomizate.

### **Investigarea mecanismelor de schimbare. Demonstrarea și testarea mediatorilor.**

Pe parcursul ultimelor 2 decenii, cercetătorii au dezvoltat mai multe metode pentru a testa dacă un mecanism propus poate acționa ca mediator, cu alte cuvinte să explice statistic relația dintre o variabilă independentă și una dependentă. Teoretic, pentru a arăta că o variabilă este un mediator al unui tratament, acea variabilă ar trebui să măsoare un eveniment sau o schimbare apărută în timpul tratamentului, iar apoi trebuie să coreleze cu tratamentul ales, prin urmare ar putea fi un rezultat al tratamentului, și să aibă fie un efect principal, fie unul interactiv asupra rezultatului (Kraemer et al., 2002). Direcționalitatea medierii este lipsită de ambiguitate, de vreme ce mediatorii nu sunt definiți exclusiv statistic, ci sunt folosite modele teoretice pentru a defini mediatorii potențiali și iar metodele statistice sunt folosite pentru a evalua un presupus model de mediere.

Practic, pentru a vedea o asemenea relație, trebuie demonstrat faptul că o variabilă independentă (A) este asociată cu o variabilă dependentă (B); că A este asociată cu mecanismul propus (M); că M este asociat cu B; iar atunci când A și M covariază cu B, M continuă să fie asociat cu B, dar relația dintre A și B este diminuată. Acest pattern de relație oferă dovada faptului că A este asociată cu B prin relația sa cu M (Nock, 2007; Baron and Kenny, 1986; MacKinnon et al., 2002).

Evaluarea statistică poate juca un rol central în a stabili dacă un construct particular poate explica schimbarea. Au fost dezvoltate o serie de soluții procedurale/statistice pentru a evalua dacă un presupus mediator întrunește criteriul statistic pentru mediere, fiecare având avantajele și limitele sale: soluția diferenței scorurilor (The difference scores solution), soluția schimbării reziduale (The residualised change solution), ANCOVA (The ANCOVA solution), modelul autoregresiv (The autoregressive model solution), și curba latentă a creșterii (The Latent Growth Curve (LGC)). Pentru o un review comprehensiv ce adresează limitele procedurilor medierii transversale când sunt aplicate la date longitudinale, sunt disponibile mai multe lucrări cuprinzătoare (MacKinnon, 2007; Cole & Maxwell, 2003, Gollob & Reichardt, 1985).

## **CAPITOLUL 2 STRATEGIA METODOLOGICĂ**

Pacienții vin la psihoterapie (ca indivizi, cupluri sau familii) cu anumite dificultăți comportamentale, emoționale și/sau cognitive, și se așteaptă să rezolve aceste probleme până

la finalul terapiei. În majoritatea cazurilor, nevoile acestora sunt satisfăcute. Psihoterapia funcționează. Ambiția de a înțelege cum funcționează psihoterapia i-a ghidat pe teoreticieni, cercetători și practicieni în psihoterapie de zeci de ani. Acest lucru a dus la o dezvoltare a literaturii, atât teoretic cât și empiric, cu privire la factorii care duc la schimbare în procesul psihoterapeutic. Un număr mare de cercetări au stabilit eficiența și eficacitatea unei game de tratamente psihologice, dar nu se știe foarte mult despre modul în care acestea funcționează; o sarcină importantă este identificarea principiilor și proceselor de schimbare. A afla nu numai dacă tratamentul psihoterapeutic funcționează, dar și pentru cine, în ce condiții și cum anume funcționează, ar putea ghida o dezvoltare viitoare a teoriei și practicii tratamentului și ar putea avea un impact serios asupra politicilor de formare în psihoterapie. Știm faptul că nu toți pacienții beneficiază de psihoterapie; prin urmare, descoperirea unor mecanisme de acțiune ar putea clarifica modul în care înțelegem răspunsurile diferențiate la tratament și ar putea, de asemenea, să maximizeze progresele făcute de pacienți.

Teoria și cercetarea în acest domeniu s-au concentrat mai puțin pe dezvoltarea unei abordări sistematice pentru a înțelege predictorii rezultatelor în psihoterapie. Fiind conștienți de implicațiile pe care psihoterapia le are și le va avea și mai mult în viitor, cercetarea prezentă, deși modestă în contextul unei arene științifice vaste, își propune să facă un pas înainte spre o abordare comprehensivă a predictorilor rezultatului (comuni și specifici) în cercetarea din domeniul psihoterapiei.

Primele două studii tratează în principal factorii specifici în psihoterapiile cognitive și comportamentale: Studiul 1 este o meta-analiză cantitativă ce investighează mediatorii în intervențiile psihologice cognitiv-comportamentale, care sunt mai apoi investigați empiric în Studiul 2. Studiile 3, 4 și 5 se concentrează asupra factorilor comuni din psihoterapie; mai specific, predictorii rezultatului investigați aici sunt relația terapeutică, performanța terapeutului, expectanțele pacientului, alligence-ul terapeutului, auto-eficacitatea terapeutului și auto-acceptarea necondiționată. Studiul 6 este menit să analizeze cursul schimbării pe parcursul terapiei, bazându-se pe formule derivate din date empirice, și să dezvolte un program software care nu doar că va detecta schimbările, ci va prezice un progres estimat și va oferi feedback .

### **CAPITOLUL 3 CERCETĂRILE ORIGINALE**

#### **<sup>2</sup>STUDIUL 1. MEDIATORI AI REZULTATULUI ÎN INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE COGNITIV-COMPORTAMENTALE. O META-ANALIZĂ CANTITATIVĂ**

##### **Abordarea Cognitiv-Comportamentală și Teoria Schimbării**

CBT este una dintre cele mai intens cercetate forme de psihoterapie și beneficiază de un suport empiric semnificativ susținut de sute de studii clinice. Cu toate acestea, rămân multe întrebări cu privire la eficiența globală a CBT (Butler et al., 2006). Analiza mecanismelor de schimbare a rezultatelor în CBT sunt, așadar, deosebit de relevante. Cunoașterea mecanismelor prin care CBT este eficient ar putea adăuga o valoare semnificativă studiilor anterioare din acest domeniu și ar putea ghida dezvoltarea unor protocoale de intervenție mai

---

<sup>2</sup> Acest studiu a fost trimis pentru publicare în *Psychotherapy*

eficiente, menite să modifice variabile specifice, care explică cel mai bine variația rezultatelor. Abordarea noastră este unică în sensul în care sumarizăm sistematic concluziile din studiile clinice randomizate, concentrându-ne pe variabile cognitive specifice ce mediază impactul CBT (în ansamblu) asupra rezultatelor prin estimarea mărimii efectului lor.

### **Aspecte metodologice și statistice, în studiul procesului de schimbare în psihoterapie**

Identificarea și examinarea mediatorilor schimbării în tratament s-au dovedit a fi esențiale, deoarece pot elucida modul în care psihoterapia are efecte asupra rezultatelor. Identificarea mediatorilor este un prim pas în stabilirea modului în care funcționează tratamentele, următorul pas fiind testarea statutului de cauzalitate a oricăror mediatori identificați, prin manipularea acestora. Prin urmare, identificarea mediatorilor este deosebit de importantă în clarificarea cercetării mecanismelor cauzale (Murphy et al., 2009).

### **Obiectivele studiului**

În încercarea de a înțelege mecanismele prin care CBT funcționează, scopul acestui studiu este de a identifica și evalua impactul mecanismelor găsite ca mediind efectul CBT asupra rezultatului. Există o serie de studii care au investigat impactul diversilor mediatori asupra rezultatului (Crits-Christoph et al., 2003; Kaufman et al., 2005; Beauchaine et al., 2005). De asemenea, există mai multe lucrări importante care cercetează dovezile care susțin o serie de variabilele cognitive ca fiind mediatorii ai CBT, pentru diferite tulburări sau grupe de vârste (Davis & Ollendick, 2005; Prins & Ollendick, 2003; Chu & Harrison, 2007). Cu toate acestea, până în prezent nu a fost realizată nici o meta-analiză pentru a investiga mediatorii impactului CBT (în ansamblu) asupra rezultatului și care să estimeze mărimea efectului acestora. Principalul obiectiv al studiului a fost acela de a efectua o asemenea analiză; în mod particular, ne-am propus să estimăm efectul mărimii globale a mediatorii din CBT deja identificați în studii anterioare.

## **Metodologie**

### **Analiza literaturii de specialitate**

A fost realizată o cercetare electronică extinsă a literaturii de specialitate publicate până în Aprilie 2009. Studiile incluse în eșantion au fost identificate printr-o căutare computerizată în baza de date MEDLINE și PSYCINFO. Următoarele cuvinte cheie au fost folosite pentru a dirija cercetarea în literatură: *cognitive therapy and mediators*, *cognitive therapy and mediation*, *cognitive behavioral therapy and mediators*, *cognitive behavioral therapy and mediation*, *cognitive therapy and mechanisms of change*, *cognitive behavioral therapy and mechanisms of change*, *cognitive therapy and theory of change*, *cognitive behavioral therapy and theory of change*. Ca o metodă adițională de căutare, s-a revizuit lista de referințe de la toate studiile găsite.

### **Criterii de Incluziune / Excluziune în Selecția pentru Studiu**

Căutarea inițială a rezultat în 593 de articole. Criteriile inițiale de incluziune au fost: (1) studii clinice randomizate ce investighează rolul mecanismelor din intervențiile cognitive-comportamentale; (2) intervenții cognitive-comportamentale clar definite; (3) existența unui grup de control; (4) suficiente date raportate pentru a calcula mărimea efectului; (5) o analiză clară a medierii a uneia sau mai multor variabile asupra rezultatului; (6) publicarea studiilor în Engleză, într-un jurnal peer-reviewed. Au fost excluse studiile experimentale și studiile clinice fără grup de control – lista de așteptare, placebo și farmacoterapia au fost singurele

condiții de control acceptate. Dat fiind obiectivul nostru privind mediatorii rezultatelor în CBT, studiile care și-au propus să investigheze mediatorii, dar au eșuat în a efectua mediere sau în a identifica mediatorii (fie din cauza lipsei unei corelații între variabile, fie din cauza unor parametrii ne semnificativi) au fost și ele excluse (Szentagotai et al., 2008). Trei studii clinice randomizate care au identificat un efect de mediere, dar nu au raportat date suficiente pentru a calcula mărimea efectului au fost de asemenea excluse. Pe baza criteriilor menționate mai sus au fost incluse 11 studii. Tabelul 1 prezintă un rezumat al acestor studii și caracteristicile lor, inclusiv mărimea eșantionului, tipul de tulburare, tipul de tratament și control, numărul de sesiuni în tratament, măsurătorile rezultate și mediatorii identificați.



Studiu	Participanți (N), Vârștă	Grup de tratament	Grup de control	Tipul de CBT	Sesiuni	Tulburare	Rezultat	Evaluare
Ackerson et al., 1998	22 (M = 16, SD = 1.4)	CBT	Listă de așteptare	Individual	4	Depresie moderată	Simptome de depresie	Nivel de bază, Sfârșit tratament, FU la 4 săpt.
Blalock et al., 2007	517 (M = 44.8, SD = 9.9)	CBASP	Farmacoterapie	Individual	16	Depresie cronică	Simptome de depresie	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului
DeRubeis et al., 1990	64 (M = 33, SD = SD = 7.3)	CBT	Farmacoterapie	Individual	20	Depresie majoră	Simptome de depresie	Nivel de bază, Săptămâna 6, Sfârșitul tratamentului
Hofmann, 2004	90 (M = 31.05, SD = 9.2)	CBT	Listă de așteptare	Grup	12	Fobie socială	Anxietate socială	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului, Follow-up la 6 luni
Hofmann et al., 2007	91 (M = ,37.56 SD = 10.54)	CBT	Farmacoterapie	Individual	11	Panică	Simptome de panică	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului, Follow-up la 6 luni
Kaufman et al., 2005	93 (M = 15.1, SD = 1.4)	CBT	Placebo	Grup	16	Depresie majoră	Simptome de depresie	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului, Follow-up la 6 și 12 luni
Kendall & Treadwell 2007	145 (M = 11, SD = 1)	CBT	Listă de așteptare	Individual	Necunoscut	Tulburare de anxietate	Anxietate, Frică	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului
Quilty et al., 2008	130 (M = 42.57, SD = 11.71)	CBT	Farmacoterapie	Necunoscut	18	Depresie majoră	Simptome de depresie	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului
Smeets et al., 2006	211 (M = 31.24 SD = 7.8)	CBT	Listă de așteptare	Individual	17	Durere cronică	Durere	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului
Smits et al., 2004	130 (M = 33.93, SD = 9.32)	CBT	Listă de așteptare	Grup	12	Panică	Simptome de panică	Nivel de bază, Sfârșitul tratamentului
Spinhoven et al., 2004	148 (M = 39.8, SD = 9.1)	CBSST	Listă de așteptare	Grup	29	Durere cronică	Depresie, Durere, Toleranță la activitate	Nivel de bază 1, Nivel de bază 2, Săptămâna 4, După 10 săptămâni de tratament, Follow-up la 6 și 12 luni

## **Proceduri de codare a studiului**

Studiile au fost codificate să identifice: (a) mărimea eșantionului; (b) diagnosticul; (c) tratamentul și caracteristicile designului; și (d) mediatorii identificați. Codarea a fost realizată independent de către trei experți (psihologi clinicieni și supervizori în CBT), iar acordul interevaluatori a fost de 100%. Au fost incluse evaluările rezultatelor tratamentului care au evaluat simptome (emoții, comportamente) și funcționarea globală. Au fost incluse evaluări ale mediatorilor dacă au vizat constructe cognitive, comportamentale sau de coping (ex., cogniții disfuncționale, convingeri iraționale).

## **Analize Statistice**

S-au analizat parametrii mărimii efectului (ES), valorile medii pre- și post-, abaterea standard pre- și post-, mărimile eșantioanelor pentru toate condițiile în fiecare studiu. Ca măsură a ES a fost folosită valoarea  $d$  (Cohen, 1988).

ES au fost calculate în conformitate cu procedurile publicate.  $d$  este diferența medie dintre media rezultatului în grupul de tratament și media rezultatului în grupul de control împărțită la abaterea standard cumulată, intra grup. Când datele nu au fost prezentate în acest format, au fost transformate în  $d$  pentru a calcula ES. Pentru a interpreta ES, au fost folosite definițiile lui Cohen (1992), potrivit cărora un ES de 0.20 indică un efect mic, 0.50 un efect mediu, iar 0.80 un efect mare.

Toate valorile ES au fost corectate pentru erorile mici de eșantionare (Hedges & Olkin, 1985), calculând  $D$  în loc de  $d$  și varianța lui  $D$  -  $VAR D$  în schimbul lui  $SD$  (Hunter & Schmidt, 1990). Valorile ES au fost apoi ponderate cu inversul varianței lor, ajustându-se pentru diferite mărimi ale eșantioanelor și heterogenitatea varianței între studii (Hedges & Olkin, 1985).

La calcularea valorilor medii a ES,  $Q$  statistic a fost calculat pentru a testa dacă toate valorile ES au estimat aceeași populație (Lipsey & Wilson 2001). Dacă omogenitatea este respinsă, acest lucru indică faptul că variabilitatea mărimilor efectului între studii este mai mare decât ar fi fost probabil să fi rezultat doar în urma erorii de eșantionare. În cazul nostru,  $Q(28) = 72.74$ ,  $p < .05$ . În plus față de  $Q$ , indicele  $I^2$  a fost calculat, pentru a verifica gradul de heterogenitate:  $I^2 = 60\%$  CI: 42.17 și 77.83. Pentru că intervalul de încredere nu include 0%, există dovada eterogenității (Higgins & Thompson, 2002; Higgins et al., 2003). Astfel, am adoptat un model random effects, care explică variabilitatea aleatoare, atât la nivel de studiu (studii selectate dintr-o populație de studii), cât și la nivel de subiect (subiecții din fiecare studiu aleși dintr-o populație de studii).

Pentru a estima ES global al mediatorilor asupra rezultatului, a fost calculat intervalul de încredere de 95% pentru mărimea efectului și apoi comparat cu zero.  $Q$ -between a fost folosit pentru a investiga dacă anumite categorii de mediatorii diferă între ele în termen de ES.

## **Rezultate**

### **Caracteristici Descriptive ale Studiilor Analizate**

Eșantionul final a fost compus din 11 studii clinice randomizate, ce au investigat mediatorii schimbării în CBT. Acolo unde CBT nu a fost descris explicit (Blalock et al., 2007; Spinhoven et al., 2004), a fost analizată definiția intervenției dată de autor. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) și Cognitive Behavioral and Social Skills Training (CBSST) au fost considerate intervenții CBT, deoarece au fost definite ca o combinație de proceduri comportamentale, cognitive și de rezolvare de probleme interpersonale, ce vizează cogniții problematice globale și comportamente dezadaptative, ce

interferează cu atingerea obiectivelor situaționale în situațiile interpersonale (Blalock et al., 2007). Aceste principii concordante cu teoria și practica CBT. Din cele 11 studii, șase au folosit ca și control lista de așteptare, patru au comparat CBT cu farmacoterapia și un studiu a folosit ca și control deprinderile de viață (life skills). CBT s-a realizat în grup sau individual. Participanții din aceste studii au fost adolescenți și adulți cu tulburări depresive (cinci studii), tulburări de anxietate (patru studii) sau durere (două studii). Toate studiile au raportat măsurătorile de evaluare folosite în principal în analiza indicatorilor globali ai simptomelor depresive, de anxietate sau de durere, înainte sau după tratament; o gama diversă de metode au fost folosite pentru a evalua procesele cognitive. Nici o metodă obiectivă directă nu a fost folosită. Auto-evaluarea a fost modul principal de evaluare în toate studiile. Măsurătorile de follow-up au fost eterogene, iar acestea au variat de la 4 la 10 săptămâni respectiv de la 6 la 12 luni. Informații descriptive despre design-ul studiului, participanți și tratamente sunt raportate în Tabelul 1.

### Analiza mediatorilor

Analizele au identificat 29 de mediatori cognitivi cu ES între  $d = 0.06$  (nici un efect) la  $d = 1.64$  (efect mare). Analiza a indicat un efect global semnificativ de mediere a cognițiilor asupra rezultatului. Datele indică un ES mic spre mediu a impactului mediatorilor cognitivi asupra rezultatului, la sfârșitul tratamentului. CI de 95% indică faptul că acest ES diferă semnificativ de zero [(CI = .40, .50)  $p < .05$ ]. Numărul pacienților a fost 1,876, iar numărul de ES a fost 29.

Mediatorii identificați au fost grupați în următoarele categorii: (1) gânduri automate; (2) afirmații anxioase despre sine; (3) stilul atribuțional; (4) catastrofare; (5) coping; (6) costuri sociale estimate; (7) atitudini disfuncționale; (8) frica de frică; și (9) lipsa de speranță. Așa cum indică Tabelul 2, diferite tipuri de mediatori au un ES de la mic spre mediu asupra rezultatului.

Tabelul 2. Mărirea efectului pentru mediatori (N total = 29)

Mediatori	Mărirea efectului
coping (N = 2)	D = <b>.14</b> [(CI = .01, .27) $p < .05$ ]
stilul atribuțional (N = 2)	D = <b>.22</b> [(CI = .21, .23) $p < .05$ ]
afirmații anxioase despre sine (N = 3)	D = <b>.40</b> [(CI = .32, .66) $p < .05$ ]
frica de frică (N = 4)	D = <b>.47</b> [(CI = .46, .48) $p < .05$ ]
atitudini disfuncționale (N = 4)	D = <b>.50</b> [(CI = .29, .71) $p < .05$ ]
catastrofarea (N = 10)	D = <b>.53</b> [(CI = .40, .63) $p < .05$ ]
costuri sociale estimate (N = 1)	D = <b>.78</b> CI = nici o valoare
lipsa de speranță (N = 1)	D = <b>.88</b> CI = nici o valoare
gânduri automate (N = 2)	D = <b>1.15</b> [(CI = .86, 1.44) $p < .05$ ]

Coping-ul pare a avea cel mai mic ES. Stilul atribuțional, afirmații anxioase despre sine, frica de frică și atitudinile disfuncționale au un efect mic. Catastrofarea și costurile sociale estimate au un efect mediu, în timp ce lipsa de speranță și gândurile automate au un efect mare.

Cel de-al doilea obiectiv a fost să comparăm ES în funcție de natura mediatorilor. Având în vedere faptul că toți mediatorii identificați au fost cogniții, după o cercetare amănunțită a literaturii de specialitate, am clasificat mediatorii în două categorii: cogniții evaluative și non-evaluative. Din nou, trei experți în psihologia clinică, tulburări afective și terapii cognitiv-comportamentale au grupat mediatorii în cele două categorii, cu un acord interevaluatori de 100%. Mediatorii cognitivi au fost incluși în una dintre cele două categorii, după cum urmează: (1) cogniții evaluative: catastrofarea, costuri sociale estimate; (2) cogniții non-evaluative: atitudini disfuncționale, stil atribuțional, coping, gânduri automate, afirmații anxioase despre sine, frica de frică.

Mărimile efectului calculate pentru aceste două categorii indică un efect mai mare în cazul cognițiilor evaluative [ $D = .55$ , (CI = .40, .60)  $p < .05$ ], în comparație cu cognițiile non-evaluative [ $D = .39$ , (CI = .34, .66)  $p < .05$ ]. Deși relevant din punct de vedere teoretic, diferențele nu sunt semnificative din punct de vedere statistic [ $F(1, 27) = 2.07$ ,  $p = .16$ ].

### Concluzii și discuții

Rezultatele au evidențiat un efect semnificativ de mediere a cognițiilor asupra rezultatului. Acest indicator global este foarte relevant, în mod deosebit în această fază a cercetărilor în domeniu, atât din punct de vedere teoretic cât și practic. Mecanismele cognitive par să fie responsabile, într-o oarecare măsură, pentru ameliorarea simptomelor depresive, de anxioase și durere; datele sugerează că mecanismele cognitive joacă un rol important în modificarea acestor simptome. Chiar dacă acest indicator are un efect mic spre mediu și explică doar 4% din varianța rezultatului, sugerează o mediere cognitivă a simptomelor și, în consecință, a rezultatelor obținute. Aceste rezultate indică și faptul că există o serie de alți factori care influențează rezultatul – acești factori ar putea fi specifici pentru CBT sau, cel mai probabil, pot fi factori non-specificali, adică factori care influențează rezultatul și în alte intervenții psihologice. Asemenea factori ar putea să se refere la relația terapeutică, caracteristici ale pacientului sau placebo (Lambert, 2003).

Cognițiile non-evaluative au un efect mic, dar semnificativ asupra rezultatului; mai specific, acestea explică 3% din varianța rezultatelor. Chiar dacă nu sunt diferențe semnificative între cognițiile evaluative și non-evaluative, în termeni de efect, direcția diferențelor este consonantă cu literatura anterioară.

Există o serie de limite în studiul de față. Ca în orice meta-analiză, rezultatele sunt limitate la studiile incluse în analiză. Criteriile de includere au permis doar analiza câtorva studii riguroase; acest criteriu strict a eliminat câteva RCT-uri remarcabile din literatură ce vizează CBT (ex., Jacobson et al., 1996). O altă limită ce merită menționată este aceea că, având în vedere lipsa de evaluări realizate în timpul tratamentului și la follow-up din cele mai multe RCT investigate, analiza medierii ar trebui privită cu prudență: un număr mai mare de evaluări (atât în termeni de mediator, cât și de descriptori ai rezultatului) ar fi oferit o imagine mai validă a procesului de schimbare. În sfârșit, eterogenitatea studiilor incluse în analize (în termeni de tratament, tulburări, mediator, măsurători) obligă, de asemenea, la o interpretare prudentă a rezultatelor noastre. O altă limită o reprezintă posibilitatea unei erori de publicare care, deși este într-o mare măsură caracteristică acestui domeniu de cercetare, ar fi putut să contribuie la concluziile noastre. Astfel, este mult mai probabil să se găsească studii în care

sunt raportate rezultate pozitive, decât rezultate negative sau neconcludente; în acest caz particular, este posibil ca autorii să fie mai predispuși să raporteze analizele de mediere în care rezultatele au fost semnificative, decât rezultate în care medierea nu a putut fi testată sau rezultatele erau nesemnificative. Pentru a evalua stabilitatea rezultatelor noastre, a fost calculat fail save N (Hunter & Schmidt, 1990). Numărul de studii noi, nepublicate sau nesemnificative de care ar fi nevoie pentru ca rezultatele noastre să fie nesemnificative este de 35.2. În plus, am investigat și eroarea de publicare, folosind un algoritm derivat din metoda lui Stauffer ( $X = (\sum z_i)^2 / 2706 - NL$  în relație cu un nivel critic de  $5NL + 10$ , unde NL este numărul de studii din meta-analiză) Rosenthal, 1979). Datele au indicat că este puțin probabil ca rezultatul meta-analizei să nu fie semnificativ. Având în vedere aceste date și stadiul actual al cercetării în acest domeniu, este rezonabil să spunem că rezultatele susțin concluzii relativ robuste.

Identificarea mediatorilor este primul pas în înțelegerea felului în care psihoterapia funcționează; următorul pas este testarea acestor mediatori în studii clinice controlate. Din această perspectivă, studiile clinice ar putea să profite de oportunitatea de a investiga mediatorii ai tratamentului, prin formularea de ipoteze a priori, menite să investigheze mecanismele de schimbare, respectiv prin realizarea unor evaluări intermediare sau de follow-up a presupușilor mediatorii și a indicatorilor rezultatului. Identificarea factorilor responsabili pentru ameliorarea sau deteriorarea cursului unei tulburări specifice, în timpul sau la finalul tratamentului, ar putea fi un pas crucial în clarificarea curbei schimbării, pentru diverse tulburări. Aceasta poate fi, de asemenea, cheia pentru elaborarea și implementarea unui protocol de intervenție bazat pe dovezi și, pe termen lung, cheia pentru o formare în psihoterapie bazată pe dovezi.

În ciuda limitărilor sale, studiul nostru constituie o metaanaliza cuprinzătoare despre mediatorii specifici CBT și este, după cunoștințele noastre, primul studiu în acest sens. Acesta oferă, de asemenea, informații suplimentare despre mecanismele potențiale de schimbare în CBT. Mediatorii identificați sunt acum candidați potriviți pentru studii viitoare. Rezultatele noastre pot servi ca un excelent punct de plecare pentru diverse arii de cercetare și de dezvoltare a tratamentelor.

## **STUDIUL 2. INVESTIGAREA MEDIATORILOR ÎNTR-UN STUDIU CLINIC RANDOMIZAT FOLOSIND BIBLIOTERABIA COGNITIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ PENTRU DEPRESIA SUB PRAGUL CLINIC<sup>3</sup>**

### **Depresia și depresia subclinică**

Depresia este una dintre cele mai prevalente afecțiuni mentale. Se estimează că 9.1% dintre adulții din Statele Unite ale Americii îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru depresie (Center for Disease Control and Prevention, 2010) și mai mult de 15% vor avea un episod depresiv pe parcursul vieții lor (National Institute for Clinical Excellence, 2009). Depresia este considerată un spectru de tulburări ce include distimia, depresia minoră, depresia majoră, și sindroame depresive mixte (Angst et al., 2003; Judd & Akiskal, 2003; Kendler & Gardner, 1998). Aceste tulburări interferează semnificativ cu bună funcționare cotidiană a unei

---

<sup>3</sup> Acest studiu a fost acceptat spre publicare.

Moldovan, R., Cobeanu, O., & David, D. (in press). Cognitive Bibliotherapy for Mild Depressive Symptomatology: Randomised Clinical Trial of Efficacy and Mechanisms of Change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*

persoane (Horwath, Johnson, Klerman, & Weissman, 1992). Deloc surprinzător, estimările Organizației Mondiale a Sănătății (1996) indică faptul că până în anul 2020 depresia va deveni una din cele mai des întâlnite afecțiuni în țările dezvoltate.

În ultimii ani s-a recunoscut necesitatea de a aborda sistematic și depresia "subclinică" (NICE, 2009). Cu toate acestea, nu există o clasificare acceptată în sistemele actuale de diagnostic pentru depresia subclinică, cei mai apropiați termeni fiind distimia sau depresia minoră, care este un diagnostic de cercetare în DSM-IV. Descriptorii utilizați în ghidurile internaționale recente (NICE, 2009) citează în general American Psychiatric Association (2000) și indică mai multe instrumente de evaluare a nivelurilor de depresie, cum ar fi Scala de Depresie Beck (BDI) cu următoarele delimitări: 0-9 (depresia nu este prezentă), 10-16 (subclinică), 17-29 (ușoară până la moderată), 30 + (moderată până la severă). În studiul de față am folosit acești descriptorii pentru evaluarea depresiei subclinice.

Cercetările recente au început să descrie costurile personale și sociale asociate cu depresia subclinică. Acestea au un impact substanțial asupra calității vieții (Cuijpers, De Graaf, & Van Dorsselaer, 2004; Rapaport & Judd, 1998; Rowe & Rapaport, 2006), și sunt asociate cu un risc crescut pentru dezvoltarea unei tulburări depresive majore (Cuijpers & Smit, 2004; Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005) și cu o rată a mortalității relativ ridicată (Cuijpers & Smit, 2002; Cuijpers & Schoevers, 2004). O serie de intervenții psihologice pentru depresia subclinică sunt investigate în prezent și se speră că acestea vor ajuta în prevenirea debutului unei depresii majore (Cuijpers, Smit, & Straten, 2007) prin restructurarea mecanismelor de schimbare responsabile pentru depresie.

### **Tratamente validate științific pentru depresia majoră și subclinică**

Tratamentele validate științific pentru depresia majoră sunt disponibile și utilizate pe scară largă (NICE, 2009; Abbass, Sheldon, Gyra, & Kalpin, 2008; Cuijpers, van Straten, van Oppen, & Andersson, 2008; Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2008; David, Szentagotai, Lupu, & Cosman, 2008; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004; Leichsenring & Rabung, 2008). În cazul depresiei subclinice sau a depresiei ușoare până la moderată, tratamentul nu este la fel de clar conturat. Mai multe intervenții psihologice de "mică intensitate" cu potențiale beneficii în tratamentul depresiei subclinice au fost însă recent sugerate (2009 NICE), precum cele self-help (i.e. auto-ajutorare) bazate pe principiile terapiei cognitiv comportamentale (CBT). Abordările de acest fel pot fi deosebit de eficiente pentru tulburări subclinice (de exemplu, depresia subclinică), deoarece acestea oferă un tratament noninvaziv, cu costuri minimale și se evită potențiala stigmatizare cauzată de apelarea la un specialist (Cuijpers, 1997; Bower, Richards, & Lovell, 2001; Williams, 2001). Astfel de tratamente psihologice sunt, prin urmare, oferite din ce în ce mai des în format scris (de exemplu, biblioterapia). Biblioterapia se referă la intervențiile auto-administrate, bazate pe materiale scrise specifice și validate care sunt, în general, facilitate de un profesionist. Cel mai adesea, această facilitare se limitează la introducerea, monitorizarea și revizuirea rezultatul tratamentului (NICE, 2009).

Biblioterapia este din ce în ce mai utilizată în depresie (Cuijpers, 1998; Starker, 1988a, 1988b; Ackerson, Scogin, McKendree-Smith, & Lyman, 1998; Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd, & Rokke, 2004; Floyd et al., 2006). Majoritatea formelor de biblioterapie se bazează pe principiile teoriei cognitiv comportamentale (Gregory, Canning, Lee, și Wise, 2004) și sunt concepute pentru a oferi pacienților mijloace de restructurare a unor procese cognitive care sunt implicate în tulburarea depresivă. Mai multe intervenții biblioterapeutice pentru depresie (Anderson et al., 2005; Cuijpers, Smit, & van Straten, 2007; Gellatly et al., 2007; Richardson, Richards, & Barkham, 2008) au fost evaluate în studii clinice randomizate:

*Coping with Depression* (Lewinsohn, Antonucci, Brekenridge, și Teri, 1984); *Managing anxiety and depression* (Holdsworth & Paxton, 1999), *eeling good – the new mood therapy* (Burns, 1999); *What should I do? A handy guide to managing depression and anxiety* (Kennedy & Lovell, 2002; Mead, MacDonald, Bower et al., 2005).

Literatura în domeniu este în creștere, ceea ce indică faptul că tratamentele psihologice pentru depresia subclinică sunt eficiente (Clarke și colab., 2001; Lynch, Tamburrino, & Nagel, 1997; Mossey, Knott, Higgins, & Talerico, 1996; Willemse, Smit, Cuijpers, & Tiemens, 2004). O metaanaliză recentă (Cuijpers et al., 2007) ce include studii clinice controlate ce au investigat efectele tratamentelor psihologice în depresie (predominant bazate pe teoria cognitiv-comportamentală) a indicat o mărime a efectului moderată pe termen scurt și o mărime a efectului mică la 1 an după intervenție.

Acest studiu clinic controlat contribuie la literatura de specialitate prin investigarea eficienței biblioterapiei bazate pe terapia cognitiv comportamentală în depresia subclinică, și prin identificarea mecanismelor schimbării pentru această intervenție.

### **Obiectivele studiului**

Primul nostru obiectiv a fost investigarea eficienței tratamentului (i.e. biblioterapie cognitiv comportamentală) în depresia subclinică. Principala ipoteză a fost că biblioterapia scade în mod semnificativ simptomele depresive, comparativ cu lista de așteptare, placebo și lipsa tratamentului. Literatura (ex., Lambert, 1992; Lambert, 2003) sugerează că există o serie de efecte nespecifice ale intervențiilor psihologice, care ar putea explica îmbunătățirile din timpul psihoterapiei, cum ar fi relația terapeutică, caracteristicile pacientului, placebo sau evoluția naturală (Bertisch și colab., 2009; Schoevers și colab., 2003; Schoevers, Deeg, van Tilburg, și Beekman, 2005; Stek și colab., 2006.). Aceste efecte nespecifice au fost controlate prin includerea condiției placebo și a unei condiții de control, fără tratament. Condiția din urmă prezintă cursul natural al simptomelor depresive. Ipoteza specifică a fost că, în timp ce biblioterapia va duce la scăderi ale simptomelor depresive și a cognițiilor dezadaptative, situația placebo va fi asociată doar cu o scădere temporară a simptomelor. Nu am anticipat schimbări semnificative ale simptomelor depresive sau ale cognițiilor dezadaptative în condițiile de listă de așteptare și lipsa a tratamentului (evoluție naturală).

Am vrut de asemenea să investigăm efectele biblioterapiei asupra factorilor cognitivi care pot contribui în depresie: gândurile negative automate, atitudinile disfuncționale și credințele iraționale, și anume măsura în care biblioterapia reduce cognițiile dezadaptative iar aceste modificări cognitive mediază efectele biblioterapiei asupra simptomelor depresive.

### **Metodologie**

#### **Design**

Participanții au fost împărțiți în mod egal în una din cele patru condiții de tratament: (1) biblioterapie, (2) listă de așteptare; (3) placebo, și (4) fără tratament (evoluție naturală). Principalul outcome este reprezentat de simptomele depresive. Gândurile automate, atitudinile disfuncționale și credințe iraționale au fost de asemenea evaluate și au fost abordate ca fiind potențiali mediatorii.

Având în vedere că studiile anterioare (Cuijpers, 1997; Cuijpers et al., 2007; Gregory et al., 2004) care au investigat eficiența biblioterapiei, sugerează o mărime a efectului de la moderată până la mare, am anticipat mărimi ale efectului similare și în studiul nostru. Calculul puterii statistice (Cohen, 1988) pentru acest studiu a indicat faptul că între 18 și 42 de subiecți în fiecare grup ar permite să detectarea unei mărimi a efectului moderată sau mare,

cu putere mai mare decât 0.80 la nivelul alfa .05. Prin urmare, recrutarea a 96 de subiecți în acest studiu a conferit suficientă putere statistică pentru a putea investiga în mod adecvat principalele obiective (Jacobson și colab., 1996).

### **Participanții**

Participanții au fost studenți în primul an de studiu la psihologie. Criteriile de eligibilitate au fost: (1) punctaj între 10 și 16 pe Scala de Depresie Beck (BDI) și (2) absența unei alte forme de tratament - psihoterapie sau medicație psihotropă. Eșantionul inițial a constat din 96 de participanți (84 femei și 12 bărbați), cu o vârstă medie de 23.03 (SD = 2.17). ANOVA univariata nu a arătat diferențe semnificative între grupurile de tratament în ceea ce privește oricare dintre variabilele demografice (ex., vârstă, sexul).

### **Condițiile de Tratament**

*Biblioterapia.* Participanții din condiția biblioterapie au primit o versiune adaptată a cărții *Feeling Good* (Burns, 1980). Cartea este fundamentată teoretic de teoria cognitivă a depresiei al lui Beck (1970); eficiența acesteia pentru adulții cu depresie ușoară și moderată a fost investigată în studii clinice anterioare (Ackerson et al., 1998; Floyd et al., 2004; Jamison & Scogin, 1995; Scogin, Jamison, & Gochneaur, 1989). *Feeling Good* are un nivel de lectură echivalent cu clasa a 6-a și a fost evaluată anterior ca fiind extrem de interesantă (Scogin et al., 1989). Exemple de secțiuni din carte sunt: "Te simți în funcție de cum gândești", "Modalități de a învinge vinovăția," și "Modalități de a depăși procrastinarea". Biblioterapia a fost concepută ca un tratament în care participanții au fost contactați telefonic săptămânal, timp de 5 minute, cu scopul de a discuta întrebări potențiale asupra materialului citit sau alte probleme practice relaționate cu studiul.

*Lista de așteptare.* Participanții din acest grup de au fost introduși pe o listă de așteptare timp de o lună.

*Placebo.* Participanții din grupul placebo au primit o carte similară cu materialul biblioterapeutic în ceea ce privește aspectul și structura. Materialul de citit includea sfaturi practice despre cum să fie mai organizați la domiciliu sau la locul de muncă. Și acest grup a fost contactat telefonic săptămânal, timp de 5 minute, pentru a se discuta întrebări potențiale din material sau referitoare la studiu. Când toate evaluările au fost finalizate, s-a oferit și acestui grup materiale biblioterapeutice. Prin acest grup ne-am propus să investigăm rolul efectelor nespecifice ale intervențiilor psihologice, în special pentru a observa dacă, și în ce măsură, participanții s-au simțit mai puțin deprimați după primirea unei intervenții psihologice fără ingrediente "active".

*Fără tratament (evoluție naturală).* Pațienților din acest grup li s-a spus că ei nu au putut fi incluși în studiul actual, dar că ar putea fi contactați pentru alte studii. Ei au fost invitați să completeze toate măsurile, în toate momentele de evaluare. Când toate evaluările au fost completate, acestora li s-au oferit materialele de biblioterapie. Obiectivul nostru pentru acest grup a fost investigarea cursului simptomelor depresive, atunci când tratamentul nu a fost implementat, așteptat sau simulat.

### **Evaluare**

*Măsurarea rezultatelor.* Toți participanții au fost evaluați la pre-tratament, la mijlocul tratamentului, post-tratament, și la 3 luni follow up. Pentru a evalua simptome depresive, pacienții au fost examinați cu ajutorul BDI-II (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, Steer, & Brown, 1996). BDI-II este una dintre măsurătorile cele mai utilizate pentru



simptomele de depresie și include 21 de itemi referitori la diverse simptome psihologice și fizice (de exemplu, tristețea, vinovăția, lipsa de speranță, agitația).

*Mecanisme cognitive.* Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon & Kendall, 1980), Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Weissman & Beck, 1978), și General Attitudes and Beliefs Scale (GABS, Lindner, Kirkby, Wertheim, & Birch, 1999) au fost utilizate pentru a evalua mecanismele cognitive relevante în depresie, la pre-tratament, la mijlocul tratamentului, post-tratament, și de 3 luni follow up. ATQ este o scală cu 30 de itemi, folosită în evaluarea cognițiilor relaționate cu depresia., cu validitate convergentă, consistență internă, și fidelitate test-retest adecvate (David, 2007; Harrell & Ryon, 1983). ATQ poate identifica de asemenea schimbările în nivelul de depresie (Pervaz & Rush, 1984). DAS este un instrument cu 40 de itemi de măsurare a atitudinilor care, conform teoriei cognitive a depresiei, contribuie la vulnerabilitatea pentru depresie. Consistența internă adecvată și fidelitatea test-retest a scalei DAS au fost anterior raportate (David, 2007; Hammen și Krantz, 1985). GABS este un instrument care măsoară procesele cognitive iraționale (ex., cerințele absolutiste, catastrofarea, evaluarea globală, toleranța scăzută la frustrare) referitoare la 6 domenii de conținut: realizarea, aprobarea, confortul, justiția, sinele și ceilalți. Proprietăți psihometrice adecvate au fost descrise în literatura de specialitate (David, 2007; DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988).

*Comprehensiunea.* Pentru evaluarea înțelegerii și reținerii materialului biblioterapeutic s-a folosit de Testul de Biblioterapie Cognitivă (adaptat după *Feeling Good* - Burns, 1980): o scală de 20 itemi de tip adevărat / fals, care s-a dovedit a avea validitate bună, făcând posibilă discriminarea nivelului de înțelegere și retenție a materialului, precum și o discriminare între cei care au citit cartea și cei care nu au citit-o (Scogin, Jamison, Floyd, & Chaplin, 1998).

## **Procedură**

Potențialii participanți au fost evaluați pentru eligibilitate printr-o testare inițială a simptomelor depresive cu ajutorul BDI-II. A fost organizată o întâlnire cu participanții care au îndeplinit criteriile de includere (ex., un scor BDI-II între 10 și 16), moment în care a fost făcută o scurtă descriere a studiului de către cercetătorul principal. Cei care au fost interesați să participe la studiu au fost rugați să semneze un formular de consimțământ informat și să completeze măsurătorile pre-tratament.

Planul de randomizare a fost generat de către un cercetător independent cu scopul de a aloca aleator participanții în una dintre cele patru condiții: biblioterapie; listă de așteptare; placebo; sau fără-tratament (evoluție naturală).

Subiecții au completat electronic toate instrumentele menționate mai sus. Participanții din grupul de biblioterapie au fost evaluați la pre-tratament (T1), în timpul tratamentului (T2: 2 săptămâni după începerea tratamentului), la post-tratament (T3: după o lună de tratament), și la 3-luni după aceasta (T4). Participanții din grupurile placebo, lista de așteptare și fără tratament au fost evaluați la aceleași momente ca și participanții din grupul experimental.

Subiecților din condiția biblioterapie li s-a dat cartea, împreună cu instrucțiuni clare cu privire la modul de utilizare a secțiunilor desemnate din carte, timp de o lună. În acest timp au fost efectuate apeluri telefonice săptămânale către participanți. Apelurile telefonice nu au depășit 5 minute și nu s-a oferit consiliere psihologică. În timpul acestor convorbiri cercetătorul răspundea la întrebări cu privire la studiu sau la materialul de citit; participanții au fost întrebați despre numărul de pagini deja citite și numărul de exerciții finalizate. Cei care au terminat cartea în mai puțin de o lună au fost încurajați să revizuiască materialul până când o evaluare post-tratament va fi stabilită.

Participanții din condiția placebo au fost, de asemenea, contactați telefonic săptămânal; iar pe parcursul apelurilor telefonice, care nu depășit 5 minute, cercetătorul a răspuns la întrebări privitoare la studiul derulat sau la materialul de citit.

Participanții din lista de așteptare, au primit intervenția de biblioterapie după o lună de așteptare.

### **Analiza datelor**

Analizele statistice au fost efectuate folosind principiul intent to treat: analiza a inclus toți pacienții randomizați în grupul de tratament la care au fost alocați, indiferent de aderența lor la protocol, și / sau de retragerea ulterioară de la tratament sau evaluări. Ultimul scor disponibil pentru fiecare evaluare a servit ca scoruri de eliminare pentru cei ce au renunțat.

Scorurile BDI-II post-tratament au servit ca măsură primară a rezultatelor tratamentului (ex., simptomele depresive). Analizele de varianță au fost efectuate pentru a compara eficiența tratamentului. ANOVA cu măsurători repetate a fost utilizată pentru a investiga cursul simptome depresive. Analizele follow-up au fost efectuate pentru a determina dacă efectele tratamentului s-au menținut și la 3 luni după tratament. Pentru a investiga mecanismele de schimbare, analiza de mediere și ANOVA cu măsurători repetate au fost utilizate pentru a determina dacă efectele intervenției pot fi atribuite mecanismelor de schimbare, care este cursul acestor mecanisme în timpul tratamentului, și dacă îmbunătățirile sunt menținute la 3 luni după tratament. Condiția de tratament a fost codată ca și variabilă “dummy” (a se vedea Treadwell & Kendall, 1996). Un prag alfa de .05 a fost utilizat la toate testele statistice.

Procedurile propuse de Baron și Kenny (1986) au fost utilizate pentru a examina dacă cognițiile dezadaptative au mediat efectele biblioterapiei asupra simptomelor depresive. Analizele impun întâi ca mediatorii potențiali (ex., gândurile automate, atitudinile disfuncționale și convingerile iraționale) să fie corelați atât cu variabilele dependente (ex., simptome depresive) cât și cu variabilele independente (condiția de tratament), apoi ca trei analize de regresie să fie realizate pentru fiecare dintre mediatorii investigați. În primul rând, mediatorul propus este regresat pe variabila independentă. În al doilea rând, variabila dependentă este regresată pe variabila independentă. În cele din urmă, variabila dependentă este regresată atât pe mediatorul propus cât și pe variabila independentă. Mediarea este sugerată dacă variabila independentă afectează mediatorul în direcția presupusă din prima ecuație, dacă variabila independentă afectează variabila dependentă în direcția corespunzătoare în a doua ecuație, dacă mediatorul afectează variabila dependentă în ecuația a treia; și dacă efectul variabilei independente în a treia ecuație este zero sau mai mic decât în a doua ecuație.

## **Rezultate**

Diagrama de mai jos ilustrează progresul din fazele studiului (vezi Fig. 1).

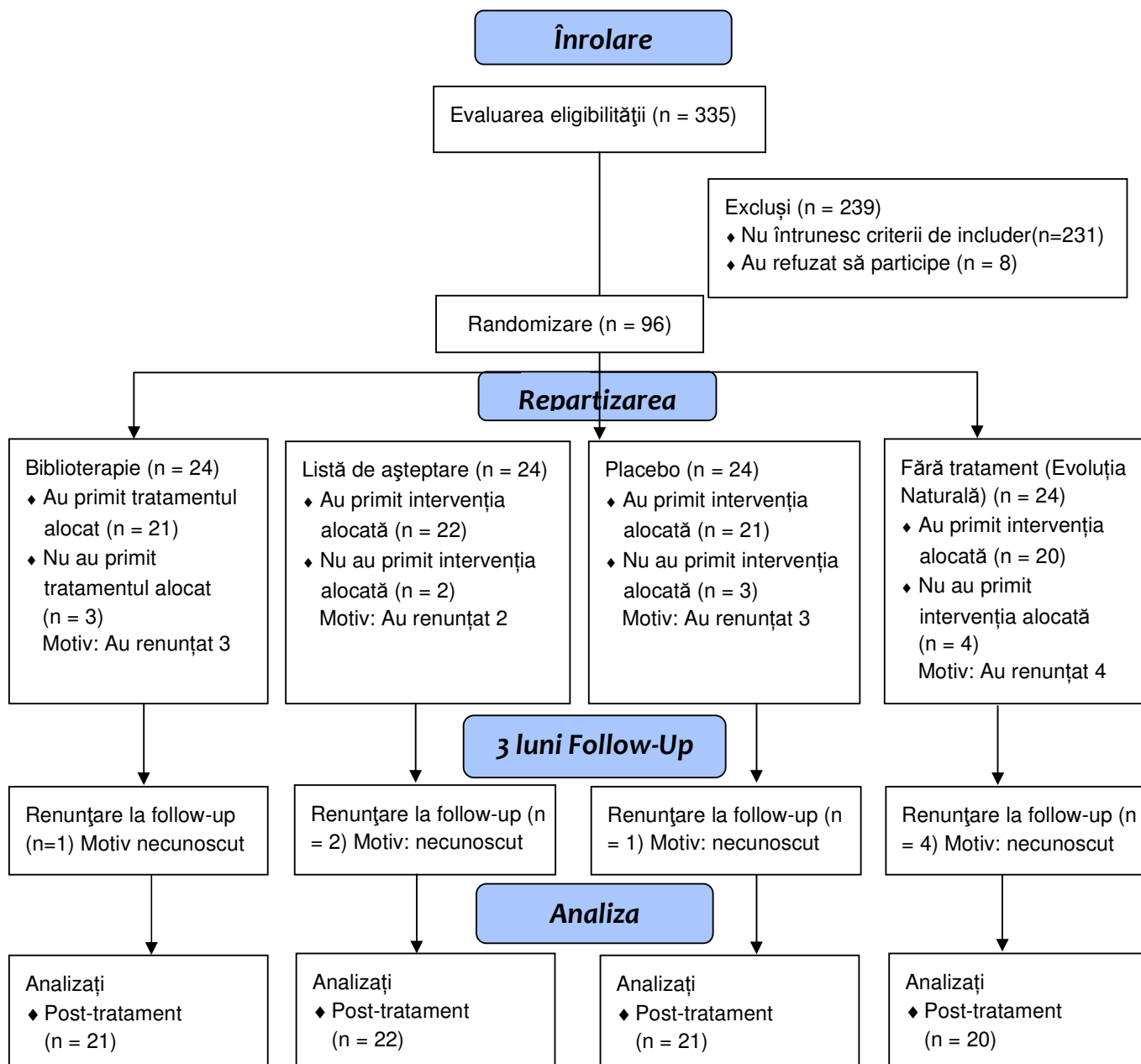


Fig.1. Diagrama progresului din fazele studiului

Trei sute treizeci și cinci de studenți au răspuns la diverse anunțuri în ceea ce privește studiul și au fost invitați să completeze un test BDI-II online. O sută patru studenți eligibili au fost invitați printr-un e-mail să participe la cercetare. Un total de N = 96 subiecți au intrat în studiu.

Două persoane au renunțat înainte de începerea tratamentului din lista de așteptare, trei în timpul intervenției placebo și patru din grupul de control, iar trei au renunțat în timpul biblioterapiei. Un total de 12 de participanți au renunțat la studiu înainte de evaluarea post-

tratament. Nu au existat diferențe semnificative între numărul de abandonuri dintre grupul de tratament activ și celelalte condiții.

### Rezultatele tratamentului

Tabelul 1 sintetizează rezultatele studiului, în funcție de condiția de tratament și de timpul de evaluare. Au fost comparate toate condițiile la nivelul inițial al simptomelor depresive pentru a stabili dacă au existat diferențe semnificative între condiții înainte de tratament. Nu au existat diferențe semnificative între scorurile BDI-II înainte de perioada de așteptare și evaluarea pre-tratament pentru grupul din lista de așteptare; de asemenea, nu au fost identificate diferențe semnificative între grupuri la evaluarea pre-tratament a simptomelor depresive (T1). Astfel, participanții din toate cele patru grupuri au avut niveluri comparabile de depresie înainte de intrarea în acest studiu.

Tabelul 1. Mediile și Abaterile Standard pentru simptomele depresive, în toate momentele,

T (Timp)				
Variabila	1	2	3	4
Biblioterapie (N = 24) <sup>a</sup>				
BDI				
<i>M</i>	11.7	6.8	7.7	7.2
<i>SD</i>	2.2	5.0	4.8	4.9
Listă de așteptare (N = 24) <sup>b</sup>				
BDI				
<i>M</i>	12.7	9.20	12.0	6.7
<i>SD</i>	2.3	9.0	7.9	5.2
Placebo (N = 24) <sup>c</sup>				
BDI				
<i>M</i>	11.7	9.9	7.1	10.2
<i>SD</i>	1.6	6.1	5.3	4.8
Fără tratament (N = 24) <sup>d</sup>				
BDI				
<i>M</i>	11.3	11.1	11.0	9.2
<i>SD</i>	1.9	8.1	6.1	5.4

a, b, c, d: T1 = pre-tratament, T2 = în timpul tratamentului, T3 = post-tratament, T4 = follow-up

ANOVA a fost efectuată pentru a evalua eficiența tratamentului în ansamblu. Variabila independentă în această analiză a fost grupul de tratament (biblioterapia vs. placebo vs. listă de așteptare vs. fără tratament). Variabila dependentă a fost scorul BDI la post-tratament. Analizele au arătat diferențe semnificative între grupuri:  $F [3,92] = 3.43$ ,  $p < .05$ . Analize post-hoc (Tukey HSD) au indicat faptul că condiția biblioterapie este semnificativ

diferită de lista de așteptare și condiția fără tratament, dar nu diferă în mod semnificativ de grupul placebo.

ANOVA cu măsuri repetate (pentru cele trei momente de evaluare) indică o scădere semnificativă a simptomelor depresive ( $F [2,21] = 8.21, p <.05, \eta^2 = 0.44$ ) pentru biblioterapie. Lista de așteptare și grupul fără tratament nu diferă în mod semnificativ de la T1 la T2 respectiv la T3. Cu toate acestea, a existat o scădere a simptomelor depresive pentru grupul placebo ( $F [2,21] = 8.21, \eta^2 = 0.42$ ).

Pentru grupul de biblioterapie au fost efectuate analize pentru a determina dacă beneficiile în urma tratamentului s-au menținut la 3 luni follow-up. Rezultatele au indicat că nu au existat diferențe semnificative între evaluările de la T3 și T4 în cazul simptomelor depresive, ceea ce sugerează că au fost menținute câștigurile din timpul tratamentului. Au fost efectuate de asemenea analize pentru a determina cursul simptomelor depresive pentru grupul fără tratament; inspecția mediilor a indicat o scădere a scorurilor BDI-II, mai ales la 3 luni follow-up, dar diferențele nu sunt semnificative. În evoluția simptomelor depresive la grupul placebo, la 3 luni follow-up (comparativ cu evaluarea făcută imediat după intervenție), s-a observat o creștere semnificativă:  $T [23] = 2.45, p <.05, d=1.16$ , ceea ce sugerează că câștigurile nu s-au menținut.

### Mecanismele schimbării

După determinarea faptului că intervenția a fost eficientă în ceea ce privește simptomatologia depresivă, s-a investigat influența intervenției asupra mecanismelor schimbării respectiv dacă efectele intervenției ar putea fi datorate mecanismelor de schimbare presupuse. Mediile și abaterile standard pentru fiecare dintre mecanismele de schimbare investigate sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabelul 2. Mediile și Abaterile Standard pentru presupusele mecanisme de schimbare

T (Timp)				
Variabila	1	2	3	4
Biblioterapie (N = 24) <sup>a</sup>				
ATQ				
<i>M</i>	31.5	22.4	24.4	23.6
<i>SD</i>	6.6	11.7	4.3	5.1
GABS				
<i>M</i>	60.0	57.0	49.2	48.2
<i>SD</i>	11.4	12.8	12.8	11.6
DAS				
<i>M</i>	117.6	112.5	99.4	101.8
<i>SD</i>	19.6	22.4	24.0	23.4
Listă de așteptare (N = 24) <sup>b</sup>				
ATQ				
<i>M</i>	35.1	29.1	33.4	22.4
<i>SD</i>	8.8	16.9	11.8	4.9
GABS				
<i>M</i>	62.9	59.15	58.8	52.4
<i>SD</i>	11.1	11.75	11.5	12.2
DAS				
<i>M</i>	116.1	117.84	117.1	106.4
<i>SD</i>	23.5	28.8	24.7	19.8

Placebo (N = 24) <sup>c</sup>				
ATQ				
<i>M</i>	33.6	30.7	30.4	29.7
<i>SD</i>	7.6	13.5	9.6	6.8
GABS				
<i>M</i>	60.5	58.7	55.5	57.2
<i>SD</i>	8.9	10.7	10.5	9.7
DAS				
<i>M</i>	125.9	126.8	122.8	124.6
<i>SD</i>	27.6	21.8	27.0	24.5
Fără tratament (N = 24) <sup>d</sup>				
ATQ				
<i>M</i>	33.9	33.1	31.6	29.6
<i>SD</i>	13.4	14.4	14.5	9.6
GABS				
<i>M</i>	64.1	62.5	59.5	61.4
<i>SD</i>	12.0	12.6	13.5	12.2
DAS				
<i>M</i>	132.0	129.2	130.3	132.4
<i>SD</i>	23.1	26.8	29.7	22.8

a, b, c, d: T1 = pre-tratament, T2 = în timpul tratamentului, T3 = post-tratament, T4 = follow-up

Au fost efectuate analize ANOVA pentru a evalua legătura dintre participarea într-o condiție de tratament și schimbările la nivelul mecanismelor de schimbare la post-tratament. Variabila independentă în această analiză a fost grupul de tratament (biblioterapia vs. placebo vs. listă de așteptare vs. fără tratament). Variabilele dependente au fost ATQ, GABS și DAS. Rezultatele analizei de varianță au indicat faptul că grupurile diferențiau semnificativ la toate măsurătorile făcute: pe ATQ,  $F [3,92] = 2.45$ ,  $p < .05$ ; GABS,  $F [3,92] = 3.57$ ,  $p < .05$ ; și DAS,  $F [3,92] = 4.30$ ,  $p < .05$ .

Analizele post-hoc au indicat diferențe semnificative între mediile biblioterapiei și listei de așteptare pe ATQ: MD = 9.66,  $p < .05$ ,  $d = 0.93$  Cohen; GABS: MD = 12.2,  $p < .05$ , Cohen  $d = 0,70$ ; și DAS : MD = 20.33,  $p < .05$ , Cohen  $d = 0,73$ . Nu au fost identificate diferențe între lista de așteptare și placebo sau grupul fără tratament, la nici una dintre măsurătorile mecanismelor.

ANOVA cu măsurători repetate a indicat o scădere semnificativă de la T1 la T2 și T3 la nivelul gândurilor negative automate ( $F [2,21] = 7.20$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = 0,27$ ), al atitudinilor și credințelor generale ( $F [2,21] = 24.28$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = 0,61$ ), precum și în ceea ce privește atitudinile disfuncționale ( $F [2,21] = 9.93$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = 0,58$ ) pentru grupul de biblioterapie. În schimb, grupul placebo, lista de așteptare și grupul fără tratament nu au fost în mod semnificativ diferite în ceea ce privește cognițiile evaluate pe parcursul intervenției.

Analizele au fost efectuate pentru a determina și dacă câștigurile la nivel cognitiv din timpul tratamentului s-au menținut la 3 luni follow-up. Rezultatele au indicat că nu au existat diferențe semnificative între evaluările de la T3 și T4 pentru oricare dintre mecanismele cognitive identificate, ceea ce sugerează că câștigurile din tratament au fost menținute.

### Analizele de mediere

Datele au îndeplinit cerințele necesare pentru mediere atunci când s-a utilizat condiția de tratament ca variabilă independentă, gândurile automate ca mediator și simptomele depresive ca variabilă dependentă (coeficienții de corelație sunt prezentați în Tabelul 3).

Tabelul 3. Coeficienții de corelație pentru toate variabilele la Timp 3

	BDI	ATQ	DAS	GABS	Tratament
BDI	-				
ATQ	0.68**	-			
DAS	0.39**	0.54**	-		
GABS	0.43**	0.55**	0.59**	-	
Tratament	-0.38*	-0.51**	-0.40*	-0.48**	-

\* Corelația este semnificativă la pragul .05

\*\* Corelația este semnificativă la pragul .01

Conform ipotezelor, simptomele depresive au fost semnificativ corelate cu gândurile automate ( $r = 0.68$ ,  $p < 0.01$ ) și cu condiția de tratament ( $r = -0.38$ ,  $p < 0.05$ ). Atunci când se face regresia simptomelor depresive atât pe condiția de tratament, cât și pe gândurile automate, coeficientul standardizat pentru tratament a fost redus de la  $-0.38$  ( $p < 0.05$ ) în a doua ecuație, la  $0.03$  ( $p > 0.05$ ) în a treia ecuație, în timp ce coeficientul standardizat pentru gândurile automate în ecuația a treia a fost  $0.84$ ,  $p < 0.05$ . Testul Sobel a confirmat o mediere semnificativă:  $z = 5.33$ ,  $p < 0.05$ , astfel, rolul gândurilor automate în medierea impactului biblioterapiei cognitive asupra simptomelor depresive a fost susținut empiric. În cazul atitudinilor disfuncționale și a credințelor iraționale, modelele de mediere nu au fost susținute.

### Concluzii și discuții

Biblioterapia duce la schimbări semnificative ale simptomelor depresive și cognițiilor dezadaptative, atât statistic cât și clinic, în timp ce condiția placebo a fost asociată doar cu o scădere temporară a simptomelor, fără nici o modificare la nivel cognitiv. Biblioterapia s-a dovedit a fi de asemenea superioară față de lista de așteptare și grupul fără tratament, atât în ceea ce privește simptomele cât și cognițiile. În plus, a fost testat rolul mediator al cognițiilor și a fost demonstrat faptul că gândurile automate mediază efectul biblioterapiei asupra simptomelor depresive. Prin urmare, aceste rezultate vin în sprijinul ideii că biblioterapia cognitivă este eficientă pentru depresia subclinică și cognițiile sunt cel mai probabil mecanismul de schimbare.

Aceste constatări sunt în concordanță cu studiile anterioare care indică un efect moderat al diverselor tratamente psihologice (ex., CBT) în depresia subclinică. Studiul nostru s-a concentrat pe biblioterapia bazată pe teoria cognitiv comportamentală și a demonstrat că aceasta este un tratament eficient pentru depresia subclinică (Cuijpers, 1997; Cuijpers et al., 2007; Gregory et al., 2004; Jamison & Scogin, 1995; Scogin, Hamblin, & Beutler, 1987; Scogin et al., 1989). Rezultatele actuale susțin teoria cognitivă a depresiei a lui Beck (1970) și lărgesc descoperirile cercetărilor anterioare (Ackerson et al., 1998; Treadwell & Kendall, 1996) în care mecanismele cognitive, precum gândurile automate, mediază impactul unor intervenții psihologice asupra simptomelor depresive.

Aceste rezultate indică faptul că în urma tratamentului biblioterapia este superioară în comparație cu placebo (în termeni de cogniții), precum și față de condițiile de listă de așteptare și fără tratament (atât în termeni de simptome cât și de cogniții). Citirea unei cărți ce

nu are "ingredientele active" (de exemplu, cea folosită în grupul placebo) poate contribui la reducerea simptomelor depresive pe termen scurt. Cu toate acestea, aceste îmbunătățiri nu vor fi menținute pe termen lung, deoarece mecanismele cognitive (ex., gândurile automate) responsabile pentru depresie nu sunt restructurate. Evaluarea la follow-up a rezultatelor a indicat în mod clar că, deși efectele biblioterapiei au fost în general de lungă durată (ex., îmbunătățirile semnificative obținute în timpul tratamentului au fost menținute atât în termeni de simptome cât și de mecanisme), grupul placebo a pierdut îmbunătățirile obținute temporar prin citirea cărții placebo și a revenit la nivelul inițial de simptome depresive.

Studiul de față nu este lipsit de limite. Datorită dimensiunii mici a eșantionului, toate rezultatele trebuie să fie interpretate cu precauție. Folosind calcule ale puterii statistice (Cohen, 1988) și indicații pentru interpretare mărimilor efectului (Cohen, 1977), un eșantion de 24 de participanți per grup oferă suficientă putere pentru a detecta efecte medii spre mari, dar nu efecte mici; prin urmare, concluziile noastre în ceea ce privește diferențele dintre condițiile de tratament sunt din această perspectivă doar sugestive și necesită dovezi empirice suplimentare. Acest studiu are, de asemenea, limitări comune altor studii similare: au fost recrutați studenți din anul I ai Facultății de psihologie; cunoștințele lor despre psihologie, psihoterapie și depresie s-au presupus a fi neglijabile, dar este foarte probabil ca studenții la psihologie care sunt dispuși să se ofere ca voluntari pentru un studiu de cercetare sunt diferiți într-o anumită măsură de adulții ușor deprimați din comunitate. Prin urmare, rezultatele acestui studiu s-ar putea să nu se aplice populației generale.

În ciuda acestor limitări, am găsit indicii clare că biblioterapia cognitivă este eficientă în tratamentul depresiei subclinice. În plus față de rezultatele anterioare, am adus o contribuție importantă la literatura de specialitate prin descrierea efectelor factorilor cognitivi implicați în depresie: majoritatea participanților sub tratament au putut să-și reducă simptomele depresive, și să-și schimbe atitudinile disfuncționale, convingerile iraționale și gândurile automate (care s-a constatat că mediază de asemenea efectul tratamentului); aceste câștiguri au fost menținute la trei luni după tratament.

În concluzie, acest studiu a arătat că biblioterapia cognitivă este eficientă în tratamentul depresiei subclinice și că schimbările în gândurile automate a mediat efectele sale asupra simptomelor depresive.

### **STUDIUL 3. INVESTIGAREA PREDICTORILOR REZULTATELOR ÎNTR-UN STUDIU CLINIC CONTROLAT FOLOSIND O INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ PRIN REALITATE VIRTUALĂ ÎN CAZUL FOBIEI SPECIFICE. CAZUL RELAȚIEI TERAPEUTICE, AL EXPECTANȚELOR ȘI PERFORMANȚEI TERAPEUTULUI**

#### **Remarci introductive:**

Fobiile sunt descrise ca o teamă exagerată, irațională de obiecte specifice ori situații, și sunt caracterizate de evitarea oricărei expuneri *in vivo* sau *in vitro* deoarece se asociază cu o frică intensă de stimuli, respectiv cu suportarea lor cu mare distress atunci când evitarea nu e posibilă. Aproximativ 4.4% din populația adultă din SUA suferă de una sau mai multe fobii (Narrow et al., 2002) ce persistă pentru mai mulți ani, devenind cronică; remisia completă fără tratament este foarte rară.

Fobia socială este privită ca fiind cea mai comună tulburare de anxietate și a treia cea mai comună tulburare psihiatrică (Craske, 1999), având o prevalență la 1 an de 3,2 % în SUA. Este caracterizată de anxietate excesivă și persistentă în situații sociale, de la vorbitul în



public până la executarea unei sarcini în prezența altor indivizi. La fel ca și în cazul fobiei simple, fobia socială are un debut timpuriu (copilărie ori adolescență) și de regulă, netratată, devine cronică. Cel mai des, severitatea simptomelor și gradul de deterioare variază datorită cererilor de la locul de muncă și stabilității relațiilor sociale. Studii recente arată că în 93% din cazuri, fobia socială interferează cu performanța la locul de muncă, viața socială (la 82% din indivizi) și relațiile interpersonale (la 71% din indivizi) (Ruscio et al., 2008; Wallach, 2009).

O fobie specifică este o frică intensă, irațională de ceva ce nu prezintă risc ori acesta este foarte scăzut. Adulții care suferă de fobie, deseori realizează că fricile sunt iraționale dar cel mai des află asta atunci când se confruntă cu stimulul ori doar se gândesc să se confrunte cu obiectul sau situația ce le provoacă anxietatea. Fobiile specifice relativ comune, de vreme ce afectează 19.2 milioane de adulți în SUA. De asemenea se știe că sunt de două ori mai frecvente la femei decât la bărbați (Kessler et al., 2005). Printre subtipurile fobiei stabilite de DSM-IV (unele dintre cele mai comune implică spațiile închise, înălțime, lift, tunele, apă sau răni ce implică sânge etc.), frica de zbor a devenit foarte comună în societățile moderne. Statisticile în SUA și Europa arată că 10%-15% din populația generală este afectată de frica de zbor iar aproximativ 20%-25% experimentează nivele crescute de anxietate în timpul zborului (Ost, 1997; Muhlberger, 2002). Acrofobia, sau frica de înălțimi este de asemenea relativ comună, afectând 1 din 20 de adulți (Coelho, 2009).

### **Tratamentul Psihologic al Fobiilor**

În mare măsură, fobia este rezultatul învățării, astfel că tulburarea este dezvoltată fie prin condiționare clasică fie prin învățare vicariantă. Prin condiționare clasică, frica este menținută de evitarea comportamentului. Dat fiind faptul că evitarea previne simptomele fobice (anxietate subiectivă și arousal fiziologic), frica exagerată (fobia) nu este rezolvată ci întărită negativ (prin urmare, expunerea are rol de extincție). Adicional studiilor despre condiționare există multe cercetări care arată că atât cognițiile disfuncționale (Beck, 1976) cât și credințele iraționale (Ellis, 1979) explică extensiv simptomele anxietății. Până în acest moment există date empirice care susțin eficiența CBT în tratarea fobiilor (Ost et al., 1997; Chambless et al., 1998; Choy et al., 2007; Zlomke et al. 2008; Wolitzky-Taylor et al., 2008; Wallach et al. 2009).

În ce privește expunerea, câteva studii au oferit dovezi empirice arătând că această tehnică, atât in vivo cât și în realitate virtuală (VR), poate influența semnificativ rezultatele tratamentului (Rothbaum et al, 2000; Emmelkamp et al., 2002; Kamphuis & Telch, 2000; Powers et al., 2004; Rowe & Craske, 1997a,b; Sloan & Telch, 2002; Telch et al., 2004; Wolitzky-Taylor et al., 2008). Pentru acest studiu, realitatea virtuală a fost abordată ca o tehnică de desensibilizare datorită avantajelor pe care le are, comparativ cu tehnicile in vivo: capacitatea de a personaliza experiența expunerii, costuri financiare (ex., zbor domestic) și de timp reduse.

### **Tratamentul de o ședință (One session treatment)**

Tratamentul de o ședință a fost pentru prima dată introdus într-un studiu controlat, condus de Ost et al. (1992) în fobia de injecții, urmat de mai multe studii pentru anxietatea de zbor (Ost et al., 1997) și claustrofobie (Ost et al., 2001). Rezultatele acestor studii au indicat că îmbunătățirile aduse de 5 ședințe de tratament (CBT combinat cu expunere in vivo) comparativ cu o tratament de o ședință nu sunt semnificativ mai mari (Wolitzky-Taylor et al., 2008; Powers & Emmelkamp, 2008)

## Obiectivele studiului

Studiul prezent a fost structurat în jurul mai multor obiective. În primul rând am dorit să investigăm eficiența intervenției de o ședință VR+CBT în tratarea fobiei sociale și specifice: aici am fost interesați dacă intervenția funcționează (în termeni de rezultate și mecanisme), dar și care este cursul schimbării în timpul intervenției. Apoi, ne-am concentrat pe investigarea relației terapeutice, a așteptărilor pacienților și performanței terapeutului respectiv a gradului în care acestea contribuie la schimbare. Din această perspectivă această cercetare este inovativă: în prezent nu există alte cercetări care să adreseze simultan componente ale psihoterapiei cum ar fi relația terapeutică, expectanțele pacienților și performanța terapeutului: intervenția de o ședință VRCBT (ex. pentru fobia socială și specifică) oferind un cadru metodologic excelent pentru investigarea acestor aspecte.

## Metodologie

### Design

Participanții care au îndeplinit criteriile de includere în studiu au fost alocați în mod egal în una din cele două condiții corespunzătoare condițiilor de tratament: (1) intervenție VRCBT sau (2) listă de așteptare. După pre-test participanții din condiția experimentală au intrat în sesiunea VRCBT. Grupul înscris pe lista de așteptare nu a beneficiat de intervenție până când toți participanții din grupul experimental au parcurs sesiunea VRCBT.

### Participanți

Criteriile de includere în studiu au presupus ca participanții să aibă peste 18 ani și să îndeplinească criteriile de diagnostic DSM-IV pentru fobia socială sau pentru una dintre cele două fobii specifice (fobia de zbor și fobia de înălțimi). 32 de subiecți care au îndeplinit criteriile (15 femei, 17 bărbați) au intrat în studiu; 15 au fost diagnosticați cu fobie socială (6 bărbați și 9 femei), 8 au avut acrofobie (6 bărbați și 2 femei) iar 9 au avut fobie de zbor (5 bărbați și 4 femei). Media grupului pentru vârstă a fost de 13.13 (SD = 12.05) ani. ANOVA univariată nu a indicat diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește variabilele demografice (ex., vârstă, sex).

A doua categorie de participanți a fost reprezentată de 4 psihologi clinicieni formați în CBT, care au condus toate sesiunile de VRCBT; nici unul dintre ei nu a avut experiență anterioară în psihoterapie. Un al 5-lea terapeut a fost pregătit să folosească tehnologia VR și a fost co-terapeut în expunerea în VR.

### Evaluare

Măsurătorile folosite s-au adresat atât simptomelor anxietății generale cât și celor specifice dar și măsurătorilor relaționate specific cu mecanismele cognitive presupuse ca fiind responsabile pentru simptomatologie. Adicional, au fost folosite măsurători specifice relaționate cu VR au avut ca scop evaluarea imersiei și prezenței.

*Măsurătorile rezultatului:* *Interviu Clinic Structurat pentru DSM-IV* (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) a fost utilizat pentru a stabili dacă participanții au îndeplinit criteriile de diagnostic pentru fobia socială sau fobiile simple - fobia de zbor sau acrofobia. *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS, Liebowitz, 1987) include 24 de itemi, 13 relaționați cu anxietatea de performanță și 11 privind situațiile sociale. *Flight Anxiety Situation Questionnaire* (FAS; Nousi et al., 2008). Acesta este un instrument ce conține 32 de itemi unde participanții își evaluează anxietatea relaționată cu situații variate de zbor. *State-Trait Anxiety Inventory – Y Form* (STAI-Y, Spielberger, 1973, 1983). Este un inventar cu 40 de

itemi ce măsoară anxietatea ca stare (S-Anxietate) și anxietatea ca trăsură. *Subjective Units of Distress (SUDs)*. Pentru a descrie cu acuratețe o anxietate ridicată sau una scăzută, participanții au fost antrenați să folosească o scală de la 0 la 100 (the Subjective Units of Distress, SUDs, Wolpe, 1973) cu scopul identificării nivelului de anxietate experiențiat. SUDs au fost folosite la fiecare 3 minute în timpul expunerii în VR.

*Mecanisme cognitive. The Self Statements during Public Speaking Scale* (SSPS, Hofmann & DiBartolo, 2000). Acesta este un chestionar cu 10 itemi cuprinzând două scale a câte 5 itemi fiecare: "Positive Self-Statements" și "Negative Self-Statements". *Fear of Negative Evaluation Scale – versiunea scurtă* (BFNE; Leary, 1983). Versiunea scurtă a scalei de evaluare negativă a fricii (FNE; Watson & Friend, 1969, Collins et al., 2005) a fost aleasă pentru acest studiu datorită administrării rapide și proprietăților psihometrice bune. *Flight Anxiety Modality Questionnaire* (FAM; Gerwen et al., 1999). Este un chestionar cu 18 itemi care măsoară 2 componente ale simptomelor anxietății în situații de zbor: (a) modalitatea somatică - simptome fizice și (b) modalitatea cognitivă - cogniții care provoacă distres.

*Așteptările* au fost evaluate prin cotarea de către participanți a răspunsurilor pe scala analogă vizuală (VAS). Au fost evaluate 3 așteptări: (1) "În ce măsură vă așteptați ca frica dumneavoastră să se remedieze?"; (2) "În ce măsură vă așteptați ca psihoterapia să vă reducă frica?"; (3) "În ce măsură vă așteptați ca realitatea virtuală să vă ajute să vă reduceți frica?"

*Măsurătorile Realității Virtuale. Immersive tendencies questionnaire* (ITQ; Witmer & Singer, 1998). Această scală de 34 de itemi măsoară starea psihologică de a te simți absorbit ori imersat în realitatea virtuală. *Presence questionnaire* (PQ; Witmer & Singer, 1998). Această scală evaluează experiența subiectivă de a fi fost "prezent" într-un mediu virtual chiar și atunci când individual este fizic situat în altul. *Măsurile Psihoterapiei. Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath & Greenberg, 1986, 1989). Pentru a evalua relația terapeutică am folosit varianta scurtă a Working Alliance Inventory. Acesta este o măsură globală a relației terapeutice și conține 12 itemi.

## **Procedură**

Intervenția VRCBT a fost precedată și urmată de o sesiune de evaluare unde a fost pus diagnosticul și au fost completate scalele de evaluare. Protocolul CBT folosit pentru acest studiu a fost bazat pe teoria REBT (Ellis, 1979): participanții au învățat să identifice credințele iraționale care duc la anxietate și comportamente neproductive (evitare, încercarea de a evita etc.) și să dispute aceste credințe iraționale asimilând credințe alterantive raționale. Participanții au învățat de asemenea cum comportamentele de evitare mențin anxietatea în loc să o rezolve și cum expunerea la situația temută poate reduce anxietatea și tendințele de evitare. În timpul sesiunii CBT nu au fost făcute exerciții de expunere. Sesiunea CBT s-a finalizat cu stabilirea de comun acord cu participanții a ierarhiei situațiilor care le provoacă frica pe o scală Likert de 7 puncte (1= absența fricii, 7= frică extremă). Această listă a fost folosită ca input pentru personalizarea scenariilor în cadrul VR. Expunerea în VR a constat în 4 scenarii a câte 15 minute fiecare, separate de pauze scurte. Nivelul fricii în timpul expunerii a fost măsurat cu Subjective Units of Discomfort (SUDs, Wolpe, 1973), scală cotate de la 0 (absența fricii) la 100 (frică copleșitoare). Participanții au fost instruiți să își evalueze frica pe scala de la 0 la 100 înainte de expunerea în VR iar evaluarea a fost cerută la fiecare 3 minute. Media evaluării fricii a fost calculată pentru fiecare scenariu.

4 terapeuți cu background și pregătire similară, fără experiență anterioară în psihoterapie, au condus toate sesiunile de psihoterapie. Performanța lor a fost evaluată prin ascultarea tuturor înregistrărilor sesiunilor și prin evaluarea performanței lor folosind the REBT Therapy Rating Scale.

## Rezultate

### Rezultatele tratamentului

În primă instanță am evaluat și comparat toate variabilele pentru a determina dacă au existat diferențe semnificative între cele două grupuri înainte de tratament. Analizele nu au indicat diferențe semnificative între grupuri la evaluarea pre-tratament pentru nici o măsurătoare.

După intervenția VRCBT, am evaluat eficiența generală a tratamentului: variabila independentă în această analiză a fost grupul de tratament (tratament imediat și tratament amânat) iar variabila dependentă a fost reprezentată de măsurătorile ce au evaluat rezultatul tratamentului și mecanismele cognitive. Analiza nu a indicat diferențe semnificative la nici o măsurătoare între grupul care a beneficiat de tratament imediat și grupul cu tratament amânat.

Mai departe, au fost efectuate teste T pentru eșantioane perechi cu scopul de a determina dacă tratamentul VRCBT a redus semnificativ simptomele și mecanismele cognitive de la pre- la post-tratament. Nu a fost identificată nici o diferență semnificativă pentru măsurătorile generale (ex., anxietate, credințe iraționale), în schimb toate celelalte măsurători specifice (ex. anxietate socială, anxietate de zbor) au indicat diferențe semnificative între măsurătorile pre și post tratament.

Un alt rezultat ce merită menționat este scorul pentru credințele iraționale:  $t(30) = 1.80$ ,  $p = .08$ . Dat fiind numărul redus de participanți din acest studiu a fost important să estimăm dacă această tendință ar atinge pragul statistic de semnificație în cazul unui eșantion mai mare. Așadar, ne-am uitat la tabelul cu valori critice pentru testul T și am concluzionat că acest rezultat ar fi fost semnificativ la  $p < .05$  dacă eșantionul ar fi fost  $N = 35$ .

Pentru a treia ipoteză, respectiv investigarea unui posibil efect moderator al imersiei și prezenței asupra relației anxietății dintre pre și post test, rezultatele nu au fost semnificative statistic.

### Cursul schimbării

Pentru a investiga cursul schimbării în timpul unei intervenții de o ședință am calculat o medie pentru toate scorurile SUD din fiecare scenariu. Testul T pentru eșantioane perechi a fost folosit pentru a determina dacă și când apar diferențe semnificative ale nivelului de frică. Au fost identificate diferențe semnificative între prima și ultima evaluare subiectivă a fricii:  $t(30) = 3.22$ ,  $p < .05$ .

### Expectanțe

Pentru a investiga dacă expectanțele au un impact asupra schimbării, au fost efectuate corelații bivariate între cele trei expectanțe evaluate și schimbare (diferența dintre scorurile pre și post intervenție). Datele au indicat corelații semnificative între expectanțe și toate schimbările rezultatelor cu excepția STAI-S. Așteptarea ca psihoterapia să ajute la reducerea fricii explică 21% din câștiguri la nivelul credințelor raționale, 38% din reducerea credințelor iraționale și 22% din reducerea fricii în timpul intervenției. Așteptarea ca VR să reducă frica explică 13% din câștigurile în cogniții raționale, 23% din descreșterea credințelor iraționale. În general, expectant ca frica să fie remediată explică 35% din descreșterea cognițiilor iraționale și 16% din descreșterea fricii în timpul expunerii.

### Relația terapeutică

Legătura dintre relația terapeutică (evaluată atât de terapeut-WAI-T cât și de pacient-WAI-C) și schimbarea (diferența dintre scorurile pre+ și post tratament) a fost evaluată

calculând corelații bivariate. Rezultatele au indicat corelații semnificative între relația terapeutică măsurată de pacient și schimbări în anxietate (măsurate de media unităților subiective de distress dar nu au fost măsurate cu STAI-S), raționalitate și iraționalitate. Nu au fost identificate corelații semnificative între relația terapeutică cotate de terapeut și măsurătorile variabilei dependente. Analizând mai departe acest set de date, putem concluziona că relația terapeutică (evaluată de pacient) explică 31% din varianța creșterii raționalității, 35% din varianța reducerii iraționalității și 39% din anxietatea din timpul expunerii.

### **Performanța terapeutului**

În ansamblu, performanța intervenției VRCBT a variat de la 46 la 62 cu o medie de 55.37 (SD = 4.48). Performanța a fost corelată cu rezultatul terapiei: nu au fost identificate corelații semnificative cu schimbările în raționalitate/iraționalitate sau cu măsurătorile generale ale anxietății. De asemenea, cel mai probabil datorită numărului foarte mic de pacienți cu fobie socială (N=15), avion (N=9) sau înălțime (N=8), nu au fost identificate relații semnificative cu rezultatele la măsurătorile simptomelor specifice acestor fobii. Schimbările în cotarea subiectivă a fricii în timpul expunerii (media SUD 1 - media SUD 4) au corelat semnificativ cu performanța terapeutului:  $r = .42$ ,  $p < .05$ . Cu alte cuvinte, 19% din schimbarea la nivelul anxietății ce a apărut după intervenția VRCBT se datorează performanței terapeutului. Un alt obiectiv a fost investigarea măsurii în care performanța terapeutului este asociată cu relația terapeutică (evaluată atât de pacient cât și de terapeut). Rezultatele au indicat că relația terapeutică evaluată de pacienți corelează semnificativ cu performanța terapeutului ( $r = .41$ ,  $p = .05$ ). Între relația terapeutică evaluată de către terapeuți și performanța lor nu au fost identificate corelații semnificative.

### **Concluzii și Discuții**

Ipoteza conform căreia tratamentul imediat va fi superior tratamentului amânat nu a fost confirmată. Scorurile tuturor variabilelor investigate au fost în direcția presupusă dar pragul de semnificație nu a fost atins. Dat fiind eșantionul redus, aceste rezultate nu sunt neașteptate. În al doilea rând, diferențele dintre pre- și post- intervenție sunt semnificative în cele mai multe cazuri, indicând că studii viitoare, efectuate pe un eșantion mai mare pot identifica efecte semnificative. În al treilea rând, relația terapeutică (dacă este măsurată de pacient) pare a fi un predictor robust al schimbării atât în termenii mecanismelor cât și în termenii simptomelor. În al patrulea rând, performanța terapeutului pare a fi un predictor solid al schimbării, explicând 19% din schimbarea anxietății din timpul psihoterapiei. În ultimul rând, expectanțele pacienților par să joace un rol major în explicarea rezultatului. Aceste date sunt concordante cu cercetările anterioare ce investighează expectanțele pacienților și efectul placebo în explicarea rezultatului.

Până în prezent, acesta este primul studiu efectuat pe un eșantion clinic care investighează efectul tratamentului de o ședință (VRCBT) pentru fobia socială și fobiile specifice (fobia de zbor și acrofobia). Luând în considerare eșantionul mic de participanți din acest studiu, toate rezultatele obținute trebuie interpretate cu grijă.

#### **<sup>4</sup> STUDIUL 4. INVESTIGAREA RELAȚIEI DINTRE VARIABILELE CARE ȚIN DE TERAPEUȚI ȘI PERFORMANȚA ACESTORA. CAZUL EXPECTANȚELOR, AUTO-EFICACITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI TERAPEUȚILOR**

##### **Remarci introductive**

Competența terapeutului este un factor important implicat în procesul de psihoterapie (Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber, Foltz, Crits-Christoph, & Chittams, 2004; Barber et al., 2006; Beutler et al., 2004) iar interesul față de acest domeniu de cercetare a crescut considerabil în decursul ultimilor două decenii. În sens larg, competența terapeutului a fost de cele mai multe ori definită ca și capacitatea de a administra un tratament (Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber et al., 2004). Recent, a început să se acorde atenție sporită identificării competențelor obligatorii pentru o mai bună evaluare a terapeuților (Fouad et al., 2009). În plus, se acordă o atenție crescută diverselor arii de competență ce pot, spre exemplu, implica unele componente ale terapiei, care pot fi îndeplinite cu un anumit grad de performanță (ex., implementarea unui exercițiu de relaxare).

##### **Autoeficacitatea**

Autoeficacitatea se referă la capacitatea percepută a unui individ de a îndeplini sarcini necesare atingerii obiectivelor, fiind în primul rând o evaluare cognitivă a capacității de a atinge performanța așteptată (Bandura, 1997). Autoeficacitatea este în general definită ca și precepția unei persoane vizavi de abilitatea ei de a îndeplini o anumită sarcină, într-un anumit context sau domeniu. Conform teoriei social-cognitive, oamenii au performanțe mai bune pentru sarcini în care autoeficacitatea lor este mai crescută.

##### **Expectanțele**

Un alt aspect care s-a bucurat de o lungă istorie în literatură sunt expectanțele (ex., Weinberger & Eig, 1999). Acestea sunt în general abordate ca și credințe privind situația viitoare a lucrurilor (Reinhard, 2009). Expectanțele pacientului au fost privite ca o variabilă ce afectează cursul terapiei, de mai bine de 50 de ani. Totuși, chiar dacă expectanțele sunt considerate un factor comun sistemelor de terapie, importanța lor este de obicei subestimată. Mai mult decât atât, expectanțele terapeuților sunt și mai puțin investigate. Recent, cercetătorii au început să acorde atenție importanței expectanțelor ca și ingredient “panteoretic” de schimbare.

##### **Obiectivele studiului**

Scopul studiului de față a fost investigarea măsurii în care expectanțele terapeuților și autoeficacitatea influențează performanța acestora. Mai mult decât atât, scopul cercetării a fost de a examina efectul performanței terapeutului într-o intervenție specifică (ex., un exercițiu de relaxare) asupra eficienței intervenției. Pe baza teoriei și studiilor anterioare, următoarele ipoteze au fost formulate: (1) autoeficacitatea terapeuților este corelată pozitiv cu performanța lor; (2) expectanțele de performanță ale terapeuților sunt corelate pozitiv cu performanța lor; (3) eficiența intervenției este corelată pozitiv cu performanța terapeuților.

---

<sup>4</sup> Acest studiu a fost trimis pentru publicare în *Learning and Individual Differences*

## Metodologie

### Design

Acest studiu a fost structurat ca un cvasiexperiment. Variabilele investigate au fost: expectanțele și autoeficacitatea terapeuților (autoevaluată de terapeuți), performanța terapeuților (evaluată de către supervizori) și eficiența sarcinii terapeutice (evaluată de către voluntari).

### Participanți

Patruzeci și patru de terapeuți sub supervizare au participat la acest studiu. Participanții (39 femei și 5 bărbați) au avut vârsta medie de 24 de ani (între 23 și 28 de ani). Patruzeci și patru de membri ai comunității (voluntari) au consimțit să participe la acest studiu. Eșantionul a cuprins 41 de femei și 3 bărbați cu vârsta medie de 28 de ani (între 23 și 32 de ani).

### Evaluare

*Autoevaluare de către terapeuți.* *The General Self-Efficacy Scale* (SES: Jerusalem & Schwarzer, 1981) este un instrument cu 10 itemi constituit în vederea evaluării credințelor conform cărora acțiunile unei persoane sunt răspunzătoare pentru rezultatele acțiunilor lor. *Visual Analogue Scale* (VAS) sunt scale vizuale analoge utilizate pentru evaluarea expectanțelor terapeuților (1) de a realiza în mod corect intervenția; (2) ca intervenția să fie eficientă; și (3) ca voluntarii să se aștepte să devină mai relaxați în urma intervenției. Terapeuții au fost rugați să marcheze răspunsul pe lor scale cu o lungime de 13 cm, cu răspunsuri între ”deloc” și ”foarte mult”.

*Evaluarea supervizorului:* *Protocolul de evaluare a competenței* include 10 itemi ce descriu cele mai relevante aspecte ale exercițiului de relaxare. Competența terapeuților a fost evaluată pe baza gradului de îndeplinire corectă a fiecărei componente.

*Evaluarea voluntarilor:* Eficiența exercițiului a fost evaluată pe baza estimării voluntarilor, de la 0 la 10, a gradului de relaxare resimțit în urma intervenției.

### Procedura

Sesiunea de relaxare a durat aproximativ 15 minute și a inclus (1) abordarea prejudecăților comune privind relaxarea; (2) imagerie pentru relaxare mentală și fizică; (3) sugestii pentru imagerie vizuală plăcută; (4) sugestii pentru experiențierea relaxării și calmului; (5) o procedură de adâncire și (6) instrucțiuni despre cum ar putea să folosească relaxarea pe cont propriu. În urma participării la exercițiul de relaxare, voluntarii au fost rugați să noteze, pe o scală de la 0 la 10, gradul de relaxare pe care l-au resimțit. Fiecare intervenție a fost înregistrată video și apoi evaluată de către doi psihologi clinicieni și supervizori CBT, care au fost instruiți să evalueze administrarea exercițiului de relaxare, conform protocolului de evaluare a competențelor.

## Rezultate

Mediile și abaterile standard pentru expectanțele și autoeficacitatea terapeuților sunt prezentate în Tabelul 1. Sunt prezentate de asemenea și statistici descriptive privind evaluarea performanței terapeuților de către supervizori precum și evaluarea voluntarilor privind eficiența tehnicii.

Tabel 1. Expectanțele, autoeficacitatea și performanța terapeuților, eficiența exercițiilor

Variabile	Medie (M) și Abateri Standard (SD)
Autoeficacitate	M = 33.77 (SD = 3.12)
Expectanța 1	M = 11.35 (SD = 1.69)
Expectanța 2	M = 10.85 (SD = 1.65)
Expectanța 3	M = 9.43 (SD = 2.00)
Performanță	M = 43.39 (SD = 4.46)
Eficiența exercițiilor	M = 7.93 (SD = .81)

Au fost efectuate corelații bivariate pentru a testa dacă expectanțele și autoeficacitatea terapeuților este asociată cu performanța lor (evaluată de supervizori) și eficiența tehnicilor de relaxare implementate (evaluată de voluntari). Rezultatele sunt indicate în Tabelul 2. Nici unul dintre coeficienții Pearson nu a fost semnificativ ( $p > .05$ ). Primele două ipoteze nu au fost așadar confirmate.

Tabel 2. Corelații între expectanțe, autoeficacitate și performanță

Variabilele terapeuților	Performanța terapeuților
Autoeficacitate	.03
Așteptarea 1	-.18
Așteptarea 2	-.04
Așteptarea 3	.04

toate  $p > .05$

A fost investigată apoi relația dintre performanță (evaluată de supervizori) și eficiența intervenției (evaluată de voluntari); cele două variabile sunt corelate pozitiv ( $r = .71$ ,  $p < .05$ ). Aceste rezultate au confirmat cea de a treia ipoteză.

Rezultatele indică faptul că performanța terapeuților explică varianța relaxării declarată de voluntari. Mai specific, 51% din eficiența tehnicii (gradul de relaxare experiențiat de voluntari) este explicat de performanța terapeuților.  $r = .51$  indică o mărime a efectului medie (Cohen, 1988).

### Concluzii și Discuții

Contrar ipotezelor noastre, rezultatele au arătat că expectanțele terapeuților și autoeficacitatea lor nu sunt corelate pozitiv cu performanța (evaluată de supervizori). Cu toate acestea, datele au arătat că performanța terapeuților (evaluată de supervizori) este semnificativ asociată cu eficiența intervenției (evaluată de voluntari).

Aceste rezultate indică faptul că aparent, cel puțin în primele stadii ale pregătirii în psihoterapie, autoevaluările terapeuților nu par a fi un predictor robust al performanței lor sau a eficienței intervenției lor. Rezultatele sunt interesante deoarece investigarea impactului expectanțelor și autoeficacitatea psihoterapeutului privind eficiența psihoterapiei nu este o sarcină facilă. Studiul nostru oferă un exemplu despre cum pot fi investigați predictorii și variabilele care țin de psihoterapeut într-o intervenție psihologică specifică.

Acest studiu are și o serie de limite. Dat fiind faptul că eșantionul este relativ redus, rezultatele trebuie interpretate cu precauție. O altă limită se referă la lipsa evaluării pretest a măsurii în care voluntarii s-au simțit relaxați înainte de exercițiile de relaxare. Studii viitoare ar putea încerca să replice rezultatele studiului prezent pe un eșantion mai mare și să îl



dezvolte prin investigarea extensivă a altor predictorii ce țin de psihoterapeut respectiv de rezultatul intervenției (ex., experiență, apartenență, caracteristici personale etc.).

În concluzie, acest studiu a arătat că expectanțele și autoeficacitatea terapeuților, cel puțin în primele stadii ale formării lor, nu par a fi un predictor al performanței (evaluate de supervizori). Cu toate acestea, rezultatul intervenției (evaluat de voluntari) este dependent de performanța lor (evaluată de supervizori).

## **<sup>5</sup>STUDIUL 5. INVESTIGAREA RELAȚIEI DINTRE VARIABILELE CARE ȚIN DE TERAPEUȚI ȘI A REZULTATELOR UNEI TEHNICI PSIHOTERAPEUTICE. CAZUL EXPERIENȚEI, AL RELAȚIEI TERAPEUTICE, AUTO-EFICACITĂȚII ȘI ACCEPTĂRII NECONDIȚIONATE**

### **Remarci introductive**

În literatură nu există date consistente privind variabilele care țin de terapeut și care să prezică rezultatele intervenției terapeutice; sexul, vârsta sau orientarea teoretică au o capacitate redusă de predicție a rezultatului (Beck, 1988; Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble, & Wong, 2004; Lambert, 1989). Câteva studii anterioare (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996) au concluzionat că datele demografice ale terapeutului nu par să aibă un impact asupra rezultatului. Alternativ, abilitățile terapeutului și experiența sunt de regulă considerate predictorii robusți ai rezultatului (Beutler et al., 1994). Insuficiența datelor în acest domeniu este și mai evidentă atunci când analizăm relația între supervizor și supervizat. Cu toate acestea, câteva variabile au fost anterior luate în calcul (Beutler et al., 1994; Crits-Cristoph, Barnackie, Kurclas, Beck, Carroll, Perry, et al., 1991; Stein & Lambert, 1995): experiența supervizorului, alieiance-ul, acceptarea de sine necondiționată și autoeficacitatea. Pentru că nu există studii care să fi investigat simultan aceste constructe specifice și relația dintre ele, clarificarea empirică a acestor aspecte a reprezentat unul din scopurile noastre principale în acest studiu.

### **Strategia metodologică**

Exercițiile de shame attack sunt în mod frecvent utilizate de Ellis și colegii lui (Grieger & Boyd, 1980; Wessler & Wessler, 1980) deoarece această metodă reduce sensibilitatea excesivă la reacțiile celorlalți. Această tehnică implică persuadarea unei persoane să execute intenționat activități care cel mai probabil vor atrage atenție nefavorabilă în vederea testării gândirii catastrofice despre importanța opiniei celorlalți. Există un consens general (David, 2006) că în cazul particular al shame attack, pentru a-i cere individului să facă un asemenea exercițiu ca temă de casă ori ca tehnică de dezvoltare personală, este necesară o relație terapeutică bună. Definiția relației terapeutice care a beneficiat de cel mai ridicat consens și prin urmare a fost adoptată și aici, este aceea a unei relații colaborative între terapeut și client care facilitează schimbarea pozitivă pentru client; în general se referă la natura colaborativă a interacțiunii dintre terapeut și client, la acordul lor asupra scopurilor și la legătura personală care emerge în tratament (Bordin, 1976; Horvath, 1994).

---

<sup>5</sup> Acest studiu a fost trimis pentru publicare în *Professional Psychology: Research and Practice*

## **Obiectivele studiului**

Obiectivul principal al acestei cercetări a fost identificarea unor caracteristici ale supervizorilor ce explică cel mai bine rezultatele terepuților aflați în supervizare. Pentru a fi mai specifici, am formulat următoarele ipoteze: (1) terapeuții supervizați de supervizori cu experiență mai mare vor avea rezultate mai bune decât cei supervizați de supervizori cu mai puțină experiență; (2) terapeuții supervizați de supervizori cu allegiance mai mare vor avea rezultate mai bune decât terapeuții supervizați de supervizori cu allegiance mai mic; (3) terapeuții supervizați de supervizori cu o autoeficacitate ridicată vor avea rezultate mai bune decât terapeuții supervizați de supervizori cu o autoeficacitate scăzută; (4) terapeuții supervizați de supervizori cu o acceptare de sine necondiționată mai ridicată vor avea rezultate mai bune decât terapeuții supervizați de supervizori cu un nivel mai scăzut al acceptării de sine.

## **Metodologie**

### **Participanți**

Două tipuri de participanți au fost incluși în acest studiu: terapeuți cu grade diferite de experiență (supervizorii) și terapeuți în supervizare (supervizați). Atât supervizorii cât și supervizații au fost pregătiți sau se aflau în curs de formare în Psihoterapie Cognitiv Comportamentală (CBT). Patru supervizori au participat la acest studiu, având o experiență în supervizare în CBT de la 1 până la 10 ani. 33 de supervizați au participat la acest studiu. Eșantionul a fost alcătuit din 29 de femei și 4 bărbați. Participanții au avut o medie a vârstei de 25 de ani (între 21 și 34 de ani). Participarea a fost voluntară.

### **Evaluare**

*The Unconditional Self-Acceptance Questionnaire* (USAQ, Chamberlain & Haaga, 2001) este un instrument care conține 20 de itemi și este folosit pentru a măsura acceptarea de sine necondiționată. *The General Self-Efficacy Scale* (SES, Schwarzer & Jerusalem, 1995) este un instrument creat pentru a evalua convingerile că acțiunea unui individ este responsabilă pentru rezultatele de succes. *Visual Analogue Scales* au fost utilizate pentru a evalua allegiance-ul că (1) CBT este eficient în dezvoltarea acceptării de sine necondiționate și că (2) exercițiile shame attack sunt eficiente în dezvoltarea acceptării necondiționate. *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath & Greenberg, 1989) este un instrument de 12 itemi folosit în evaluarea relației terapeutice. Supervizorii au fost rugați să marcheze răspunsul lor pe scale analoge vizuale de 13 cm, de la "deloc" la "foarte mult". Participarea supervizorilor a fost evaluată binar și a vizat măsura în care au făcut exercițiul de shame attack sau nu.

### **Procedură**

Șaizeci de terapeuți sub supervizare au fost invitați să ia parte la o ședință de grup, de trei ore, pentru dezvoltare personală; fiecare a fost aleator repartizat unui supervizor. 33 de supervizați au acceptat să participe și au semnat formularul de consimțământ. Cei 4 supervizori au participat la o sesiune de instruire cu privire la scopurile, structura și conținutul ședinței de dezvoltare personală. În timpul acestei sesiuni supervizorii s-au concentrat asupra dezvoltării acceptării necondiționate, rolul ei și metodele prin care aceasta poate fi dezvoltată. La finalul sesiunii fiecare supervizor a recomandat aceeași temă de casă: supervizații au fost invitați să facă un exercițiu de shame attack în timpul următoarei săptămâni și să trimită un raport scurt cu descrierea exercițiului. Supervizorii au completat scalele de evaluare a acceptării necondiționate, autoeficacității și expectanțelor; supervizații au completat scala de

acceptare necondiționată, scala de evaluare a relației terapeutice și au indicat măsura în care au efectuat exercițiul sugerat.

## Rezultate

Din cei 60 de supervizați invitați, 33 au acceptat să participe la acest studiu. Rezultatele lor, mediile și abaterile standard pentru acceptarea necondiționată, relația terapeutică și procentul de supervizați care au executat exercițiul de shame attack- sunt prezentate în Tabelul 1.

Tablul 1. Rezultatele supervizaților

Caracteristicile celor instruiți	Mediile (M) și Deviațiile Standard (SD)	Executare shame attack (%)
Acceptare de sine necondiționată	M = 95.43, SD = 15.77	
Relația terapeutică	M = 72.75, SD = 7.35	
Shame attack		57.6%

Au fost calculate corelații pentru a vedea dacă evaluarea de către supervizați privind relația terapeutică cu supervizorii este asociată cu acceptarea de sine necondiționată ( $r = .38$ ,  $p < .05$ ) și măsura în care au executat exercițiul de shame attack ( $\chi^2(18) = 11.33^*$ ,  $p < .05$ ). Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabelul 2. Corelații între scorurile supervizaților și relația terapeutică

Caracteristicile celor instruiți	Relația terapeutică
Acceptare de sine necondiționată	.38*
Shame attack	11.33* (df = 18)

$p < .05$

De asemenea am dorit să vedem dacă, așa cum am presupus, caracteristicile supervizorilor discriminează semnificativ între rezultatele celor instruiți. ANOVA a indicat că supervizorii mai experimentați au avut rezultate mai bune în termenii aderenței la exercițiul de shame attack și a nivelului de acceptare necondiționată:  $F(2, 29) = 3.23$ ,  $p < .05$  ( $d = .94$ ).

Rezultatele au indicat că nivelul de acceptare necondiționată și măsura în care au executat exercițiul shame attack au fost semnificativ mai ridicate dacă supervizorii au avut un nivel al acceptării de sine necondiționat ridicat:  $F(1,30) = 6.86$ ,  $p < .05$  ( $d = 1.35$ ).

Mai mult, rezultatele indică diferențe semnificative în acceptarea necondiționată și aderența la exercițiile shame attack a supervizaților atunci când comparăm rezultatele lor în termenii allegiance-ului supervizorilor în CBT și în exercițiile shame attack  $F(1,30) = 6.86$ ,  $p < .05$  ( $d = .95$ ) și  $F(2,29) = 3.32$ ,  $p < .05$  ( $d = .95$ ).

În plus, relația terapeutică este cotată ca fiind semnificativ mai bună în cazul supervizorilor experimentați [ $F(2,30) = 10.15$ ,  $p < .05$ , ( $d = 1.64$ )], cu allegiance mai mare [ $F(1,31) = 9.86$ ,  $p < .05$  ( $d = 1.12$ ) and [ $F(2,30) = 5.02$ ,  $p < .05$  ( $d = 1.15$ )], care se acceptă necondiționat mai mult [ $F(1,31) = 9.86$ ,  $p < .05$  ( $d = d = 1.12$ )] și care au o autoeficacitate mai ridicată [ $F(1,31) = 9.86$ ,  $p < .05$   $d = 1.12$ ].

## Concluzii și discuții

Datele indică faptul că atributele supervizorilor au un rol major în rezultatele obținute de terapeuții aflați în supervizare (acceptarea necondiționată, executarea exercițiilor shame attack). Rezultatele arată că supervizorii cu mai multă experiență au rezultate mai bune în conducerea grupurilor de dezvoltare personală. De asemenea cu cât cred mai mult în eficiența CBT în general și în exercițiile de shame attack în special, cu atât sunt mai bune rezultatele terapeuților pe care îi supervizează.

Terapeuții aflați în supervizare nu doar au rezultate mai dar și apreciază relația terapeutică cu supervizorii lor ca fiind mai bună comparativ cu cei care au participat într-un grup condus de un terapeut mai puțină experiență, cu un nivel mai scăzut al allegiance-ului în CBT sau în shame attack, sau cu un nivel mai scăzut al autoeficacității și al acceptării necondiționate.

Studiul de față are câteva limite care trebuie avute în vedere. Dat fiind că eșantionul este relativ redus, rezultatele trebuie interpretate cu precauție. 33 de terapeuți sub supervizare nu este un eșantion mic, dar pentru a generaliza rezultatele la terapeuți sub supervizare în general, sunt necesare mai multe date. În mod evident, caracteristicile supervizorilor par să joace un rol important în rezultatele terapeuților aflați în supervizare. O posibilă explicație pentru este aceea că experiența ar putea fi o explicație validă pentru mai multe rezultate: există posibilitatea ca, cu cât un supervizor a tratat mai mulți pacienți de-a lungul anilor, cu atât este mai probabil să creadă mai mult în eficiența CBT sau în tehnicile particulare, cu atât sunt mai încrezători în competența lor și se acceptă necondiționat mai mult.

Studiul oferă un important punct de pornire pentru cercetări viitoare: am găsit dovezi clare că atributele supervizorilor au un rol important în rezultatele terapeuților pe care îi au în supervizare. Studii viitoare ar putea încerca replicarea studiului prezent folosind un eșantion mai mare și investigând extensiv și alte caracteristici relevante (atât a celor supervizați cât și a supervizorilor).

În concluzie, acest studiu arată că experiența, allegiance-ul, acceptarea necondiționată și autoeficacitatea supervizorilor par să joace un rol important în delimitarea rezultatului terapeuților aflați în supervizare: cu cât supervizorii au o experiență mai mare, se acceptă necondiționat mai mult și cred mai mult în abilitatea lor de a fi terapeuți eficienți, cu atât sunt mai bune rezultatele celor pe care îi supervizează. Implicațiile acestui studiu, la fel ca și cele ale unor cercetări similare ar putea fi esențiale nu doar pentru cercetare dar și pentru practica psihologică și formarea în psihoterapie.

## **<sup>6</sup>STUDIUL 6. INVESTIGAREA CURSULUI SCHIMBĂRII ÎNTR-UN RCT PENTRU ADHD, ELABORAREA UNUI SOFTWARE PENTRU PREZICEREA REZULTATELOR TRATAMENTULUI ÎN ADHD**

### **Remarci introductive.**

Nevoia pentru monitorizarea continuă a progresului pacienților și ajustarea tratamentului sunt puternic încurajate în ultimii ani (EBPP, APA Presidential Task Force on

---

<sup>6</sup> This study has been published.

Moldovan, R., Pinte, S., & David, D. (2011). Intelligent Assessment and Prediction of Treatment Outcome in ADHD Patients. A Software Based Measure, *Transylvanian Journal of Psychology*, 2, 162-190.

Evidence-Based Practice, 2005). Există câteva moduri în care un terapeut poate monitoriza progresul pacienților săi. Abordarea scientist practitioner în psihoterapie a oferit o paradigmă teoretică valoroasă care poate ghida practica clinică (David, 2004). Se pot utiliza instrumente clinice pentru a evalua starea curentă a pacientului; experimentele cu un singur subiect sau observațiile sistematice sunt doar câteva instrumente care pot fi folosite fără mult efort. În ultimul deceniu, dezvoltarea tehnologică a adus contribuții importante în evaluarea psihoterapeutică, intervenție și reabilitare. Până în acest moment, OQAnalist, bazat pe Outcome Questionnaire (OQ), dezvoltat de Lambert et al. (1996), este una dintre cele mai cuprinzătoare platforme de software-uri create pentru a urmări evoluția tratamentului: sunt utilizate principii statistice care permit detectarea de schimbări semnificative apărute pe parcursul intervenției. Așadar, date fiind proprietățile psihometrice ale OQ și scorurile unei populații țintă, software-ul compară rata progresului unui pacient cu rata de îmbunătățire expectată și folosește algoritmi empirici pentru a prezice evoluția unui tratament. Același principiu a fost urmat pentru a dezvolta aplicația software pentru acest studiu în vederea prezicerii rezultatelor tratamentului la pacienții diagnosticați cu Deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD).

### **Un studiu clinic randomizat în tratamentul ADHD.**

ADHD este una dintre cele mai prevalente tulburări psihiatrice la copii și adolescenți, și este caracterizată de un pattern de neatenție, impulsivitate și hiperactivitate. ADHD afectează de la 8% până la 10% din copii (Baren, 2002) și persistă în adolescență în aproximativ 80% din cazuri (Schubiner et al., 1996). ADHD este general considerată o tulburare a copilăriei, majoritatea pacienților fiind diagnosticați în copilărie.

Datele folosite în acest studiu sunt parte a unui studiu clinic controlat (RCT) care a investigat eficiența terapiei cognitive-comportamentale (CBT) versus medicație versus combinația lor în tratamentul ADHD (David et al., manuscris în pregătire). Copiii diagnosticați cu ADHD au fost recrutați între anii 2006-2009 și au fost distribuiți aleator în unul dintre cele trei grupuri de tratament: (1) CBT; (2) Medicație - Atomoxetină; sau (3) CBT+Medicație. Ne vom concentra mai departe pe primul dintre aceste trei grupuri.

### **Obiectivele studiului**

Studiul a fost elaborat având două obiective majore. Pentru început, am vizat explorarea cursului schimbării pacienților cu ADHD în timpul tratamentului CBT. Apoi, bazat pe formulele derivate din datele empirice, scopul nostru a fost dezvoltarea unui program software care nu doar urmărește schimbările dar prezice progresul estimat și oferă feedback. Cu alte cuvinte, principala idee a fost să dezvoltăm un program software bazat pe date empirice adunate într-un studiu clinic controlat care va oferi utilizatorilor date valoroase referitoare la trecutul, prezentul și progresul estimat al pacienților.

## **Metodologie**

### **Procedură**

Datele utilizate pentru dezvoltarea software-ului au fost colectate de la 20 de pacienți care au participat la RTC, în grupul de psihoterapie. Pacienții au avut vârste cuprinsă între 6 și 12 ani și au fost diagnosticați cu ADHD (neatenție, hiperactivitate sau combinația celor două). Părinții și profesorii lor au completat câteva măsurători după prima (T0), a patra (T4), a opta (T8), a doisprezecea (T12) și a șaisprezecea (T16) ședință de CBT.

Formulele pentru prezicerea progresului tratamentului și rezultatului au fost generate statistic, bazate pe algoritmi computaționali, folosind SPSS.

Principala rațiune și pașii urmați în procesul de dezvoltare al algoritmului sunt indicați după cum urmează:

1. Magnitudinea schimbării a fost calculată pentru fiecare subiect, la fiecare moment (T4, T8, T12 și T16), pentru fiecare rezultat (CBCL și TRF) prin raportarea scorurilor din tratament la scorurile de la înrolare (T0).
2. Funcția liniară optimă a fost identificată pentru a prezice magnitudinea schimbării în post tratament (T16-T0), pentru fiecare moment (T4, T8, T12 și T16) și pentru fiecare rezultat (CBCL și TRF): (a) S-au explorat corelațiile dintre schimbarea la fiecare moment al evaluării și schimbarea totală; (b) S-a făcut analiza de regresie pentru a identifica modelul predictiv optim prin introducerea variabilelor în modelul regresiei în ordine descrescătoare a coeficienților de corelație până un model optim a fost atins; (c) A fost elaborată funcția liniară finală de predicție (constanta și coeficienții regresiei nestandardizați).

## Evaluare

În cadrul acestui studiu, predictorii progresului tratamentului și rezultatului sunt bazați pe scorurile pacienților după prima, a patra, a opta, a doisprezecea și a șaisprezecea sesiune folosind următoarele scale: *Child behavior check list* (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001) este un chestionar standardizat, utilizat de părinți în cotarea frecvenței și intensității problemelor comportamentale și emoționale la copii în ultimele șase luni. *Teacher's report form* (TRF, Achenbach & Rescorla, 2001) include itemi care sunt similari cu cei din CBCL și este completat de profesorii care au observat copilul în contextul clasei pentru o perioadă de cel puțin două luni. *DuPaul's ADHD Rating Scale* (ADHDparent, ADHDprof, DuPaul, 1991) include cotările simptomelor ADHD atât ale părinților cât și ale profesorilor. Fiecare din cele două scale include 14 itemi care măsoară componentele ADHD: impulsivitate, hiperactivitate și neatenție. În literatură sunt din ce în ce mai multe cercetări care atestă validitatea acestor măsurători (Power et al., 1998; DuPaul, 1991; DuPaul et al., 1998).

## Rezultate

### Rezultatele tratamentului

Testul T pentru eșantioane perechi a indicat diferențe semnificative între pre și post intervenție pentru ambele măsurători ce evaluează simptomatologia ADHD: pentru TRF  $t(19) = 2.91$ ,  $p < .05$ ,  $d = 0.91$  și pentru CBCL  $t(19) = 5.70$ ,  $p < .05$ ,  $d = 1.47$ . Aceste date au confirmat o ameliorare semnificativă a simptomelor ADHD după tratamentul CBT cu un efect mare.

### Cursul schimbării

Odată ce am stabilit că simptomele ADHD s-au redus semnificativ după 16 săptămâni de intervenție CBT, am investigat cursul schimbării. Pe lângă faptul că știm că scorurile post tratament sunt semnificativ reduse comparativ cu cele pre tratament, am dorit aflăm dacă și când începe schimbarea sau când aceasta încetează să fie semnificativă pentru tratament. Teste T pentru eșantioane perechi au fost făcute pentru a compara TRF și CBCL la T0 cu T4, T4 cu T8, T8 cu T12, și T12 cu T16.

Rezultatele indică o descreștere semnificativă a simptomatologiei măsurate cu CBCL între prima și a patra sesiune  $t(19) = 4.80$ ,  $p < .05$   $d = 0.62$ ; o ameliorare a simptomelor

semnificativă este obținută și între sesiunile 12 și 16,  $t(19) = 3.31$ ,  $p < .05$ ,  $d = 0.83$ . Cu alte cuvinte, cele mai multe schimbări au loc la începutul și la finalul tratamentului.

Când se măsoară simptomele cu TRF, rezultatele arată o ușoară descreștere în simptomatologie în primele 8 săptămâni; totuși nu este observată nici o ameliorare semnificativă. Între a opta și a doisprezecea sesiune datele arată o deteriorare semnificativă  $t(19) = -2.49$ ,  $p < .05$ ,  $d = -0.59$ . Scorurile la TRF descresc semnificativ în următoarele săptămâni, așadar rezultatele indică o ameliorare semnificativă atunci când sunt comparate cu scorurile din sesiunile 12-16,  $t(19) = 3.28$ ,  $p < .05$ ,  $d = 0.92$ .

### **Funcțiile predictive ale software-ului**

Cum schimbarea a fost principala rațiune pentru toate modelele predictive, pentru început am calculat diferențele ( $\Delta$ change) dintre CBCL și TRF la toți timpii de evaluare în timpul tratamentului și valorile lor la pornire. Mai departe, au fost calculate modelele predictive. Știind cursul și magnitudinea schimbării, au fost calculați algoritmi pentru a prezice, pe baza scorurilor reale intermediare, rezultatele finale.

### **Feedback-ul clinic al software-ului**

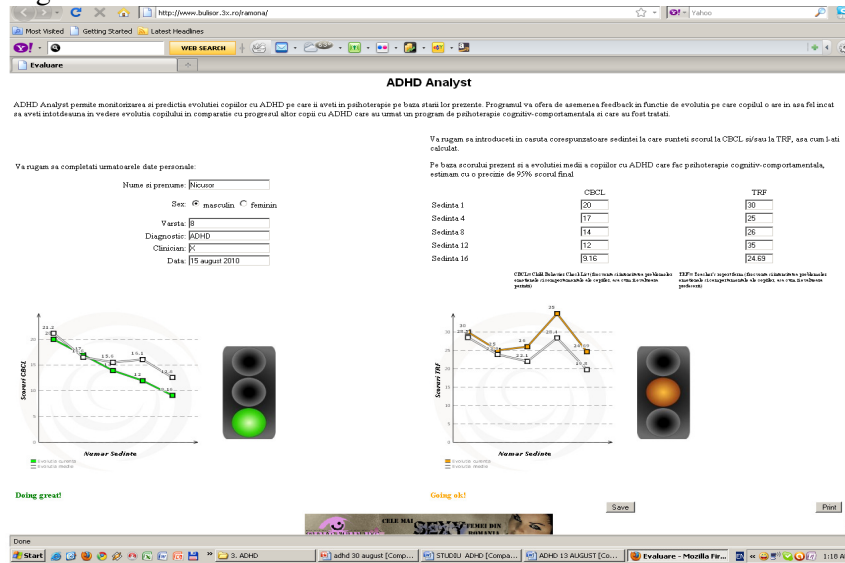
Măsura în care un tratament este semnificativ clinic indică "abilitatea lui de a îndeplini standarde de eficiență setate de consumatori, clinicieni și cercetători" (Jacobson & Truax, 1991) și se referă la valoare practică sau aplicată respectiv la importanța efectului intervenției - dacă intervenția face o diferență reală (ex., practică, observabilă) în viața de zi cu zi a clienților ori a celor cu care aceștia interacționează (Kazdin & Weisz, 1998; Kazdin & Nock, 2003). Cea mai utilizată strategie pentru investigarea semnificației clinice a fost introdusă de Jacobson et al. (1984) și dezvoltată de Jacobson și Truax (1991). Autorii au folosit conceptul de "reliable change" și au calculat Reliable Change Index (RCI) pentru fiecare individ: din acest punct de vedere, o schimbare este semnificativă dacă RCI este mai mare decât 1.96 și dacă această schimbare este în direcția dorită. Bazându-ne pe aceste formule, am elaborat un feedback de tipul "semafor" după cum urmează: : lumina verde dacă  $RCI > +1.96$ , lumina galbenă dacă  $-1.96 \leq RCI \leq +1.96$  și lumina roșie dacă  $RCI < -1.96$ . RCI este calculat pe baza diferenței dintre punctul de pornire și valoarea prezisă a rezultatului la post tratament (T16).

### **Dezvoltarea software-ului**

Având în vedere analizele și rezultatele anterioare am elaborat un program software care prezice progresul tratamentului și rezultatului la pacienții care sunt în terapie CBT pentru ADHD. Software-ul este creat pentru practica clinică și este gratuit (pentru ilustrare vezi Diagrama 1).

Software-ul este un browser securizat, care poate fi accesat ușor folosind orice computer, minima cerință fiind o conexiune la Internet. Aplicația oferă o interfață intuitivă. Pagina principală afișează în partea stângă mai multe căsuțe pentru text în scopul introducerii datelor de identificare ale terapeuților și pacienților (ex., nume, sex, diagnostic, vârstă, dată). În partea dreaptă există căsuțe pentru text pentru introducerea scorurilor pacientului la ambele scale CBCL (Child Behavior Check List) și TRF (Teacher`s Report Form) după prima, a patra, a opta, a doisprezecea și a șaisprezecea ședință. Odată ce clinicianul introduce scorurile pacienților, sub graficul tendinței scorurilor este oferit un feedback însoțit de un semafor. Cele trei categorii de feedback corespunzătoare semaforului indică dacă evoluția pacientului se îmbunătățește (verde), nu se schimbă (galben) sau se înrăutățește (roșu).

Diagrama 1. Analist ADHD



Așadar, dacă o lumină verde apare pe ecran, mesajul este că pacientul se simte bine, deci există o schimbare semnificativă în direcția dorită. Dacă semaforul indică galben, înseamnă că evoluția pacientului nu se modifică semnificativ. Dacă semaforul indică culoarea roșie, este indicat un mesaj de alertă, fapt ce indică o înrăutățire a stării pacientului.

### Concluzii și Discuții

În ultimii ani, a fost recunoscută o dezvoltare uimitoare a inteligenței artificiale. Începând cu anii 1980, integrarea noilor dezvoltări ale tehnologiei în procesul terapeutic a avut o prezență constantă și din ce în ce mai crescută. Metode noi și inovative printre care inteligența artificială a întâlnit psihologia clinică și psihoterapia au fost aduse în atenția clinicienilor. Contribuția lor la progresul mișcării evidence-based prin creșterea expertizei clinice și prin adaptarea intervențiilor la diverse caracteristici ale clienților respectiv oferirea unui feedback acurat, le face niște instrumente foarte valoroase în domeniul sănătății mentale.

Principalul obiectiv al acestui studiu a fost să prezentăm și să discutăm aplicațiile și progresele tehnologiei în evaluarea și intervenția psihoterapeutică folosind CBT ca exemplu general, și dezvoltarea unui software pentru ADHD ca exemplu specific.

Implicația majoră a instrumentelor de tipul programelor software menite să prezică progresul și rezultatul unui tratament este de a asista terapeuții cu mai puțină experiență și de a completa abilitățile clinicienilor experimentați (David, 2010). În plus, aceste programe pot fi abordate ca și mijloace de a testa eficacitatea tratamentelor care se dovedesc a fi eficiente în RCT.

## CAPITOLUL 4 CONCLUZII GENERALE ȘI DISCUȚII

### Comentarii Generale

În ultimele decenii s-a făcut un progres enorm în cercetarea din psihoterapie. Datele (Reed & Eisman, 2006; Lambert & Archer, 2006; Norcross et al., 2006; Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Chiles, Lambert, & Hatch, 1999) arată clar că: (1) Psihoterapia este



în general eficientă, cu rezultate pozitive raportate de o varietate largă de orientări teoretice și tehnici de tratament; (2) Chiar dacă există o anumită variabilitate între tulburări, efectele psihoterapiei sunt în general la fel de bune ca sau, în cazuri particulare, superioare efectelor medicației; (3) Rezultatele psihoterapiei sunt substanțiale într-o varietate de contexte relevante, incluzând simptomele emoționale și comportamentale, funcționarea interpersonală, rolul social, performanța și funcționarea ocupațională; (4) Rezultatele psihoterapiei tind să se mențină în timp, spre deosebire de efectele medicației; (5) Psihoterapia ar putea reduce costurile serviciilor medicale, prin reducerea numărului internărilor și a cheltuielilor medicale.

Cercetătorii au discutat existența unui număr de "ingrediente active" care ar putea fi responsabile pentru îmbunătățirile obținute în procesul terapeutic. Ingredientele active plauzibile au fost clasificate în două categorii largi: factori comuni și factori specifici (Castonguay, 1993; Webb et al., 2010).

Factorii specifici se referă la tehnici sau metode specificate teoretic care sunt prescrise pentru o modalitate de tratament (Castonguay & Holtforth, 2005). Spre exemplu, tehnicile cognitive (ex., asistarea pacientului în identificarea și restructurarea gândurilor dezadaptative) sunt, potrivit teoriei cognitive comportamentale, componente centrale ale tratamentului și joacă un rol central prin contribuția lor la îmbunătățirea simptomatologiei (DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2009). Factorii specifici sunt mecanisme ale schimbării și sunt, sau ar trebui să fie, abordați ca mediatori.

Factorii comuni se referă la acele elemente din terapie care nu sunt unice unei abordări teoretice și care sunt împărtășite de cele mai multe, dacă nu de toate, modalitățile terapeutice (ex. expectanțele, relația terapeutică). Factorii comuni sunt ingrediente esențiale ale schimbării care pot acționa la nivelul clienților, problemelor, contextelor și modelelor teoretice. Acestor elemente li se mai spune și factori non-specifici deoarece operează la nivelul tuturor abordărilor teoretice și nu sunt specifice unui model particular. Factorii comuni sunt cel mai des moderator sau predictor non-specifici ai rezultatului.

### **Cercetarea prezentă**

În ciuda faptului că există un consens larg vizavi de faptul că psihoterapia este eficientă și o înțelegere generală a faptului că rezultatul este explicat atât de factori comuni cât și de factori specifici, există un grad mai redus de acord în ce privește pentru cine, în ce condiții și cum anume funcționează psihoterapia. Teoria și cercetarea în acest domeniu au fost mai puțin centrate pe dezvoltarea unei abordări sistematice în înțelegerea predictorilor rezultatelor în psihoterapie. Fiind conștienți de implicațiile prezente și viitoare ale psihoterapiei, cercetarea noastră, deși modestă în contextul unei vaste literaturi științifice, a avut ca scop să facă un pas în plus spre o abordare coezivă a predictorilor rezultatului (comuni și specifici) în cercetarea psihoterapiei.

### **Concluziile și implicațiile studiilor**

#### ***Factori specifici (Studiile 1 și 2)***

**Studiul 1 :** Scopul acestui studiu a fost identificarea și evaluarea impactului mediatorilor în intervenția cognitiv comportamentală asupra rezultatelor; specific, am dorit (1) să estimăm mărimea generală a efectului mediatorilor CBT și (2) să comparăm mărimea efectului în funcție de natura mediatorilor identificați. Criteriile de includere principale au fost: studii clinice randomizate care investighează rolul sau mecanismele intervențiilor cognitiv-comportamentale; includerea unui grup de control respectiv o analiză clară de mediere a uneia sau mai multor variabile ale rezultatului. Analiza noastră a indicat un efect de mediere global

semnificativ al cognițiilor asupra rezultatului. Rezultatele au indicat o mărime a efectului mică spre medie a rezultatului, în urma tratamentului. Am comparat apoi mărimea efectului după natura mediatorilor (evaluative și non-evaluative). În concluzie, analizele au indicat un efect mediator al cognițiilor asupra rezultatului. Chiar dacă acest indicator are un efect scăzut spre mediu și explică doar 4% din varianța rezultatului, arată clar o mediere cognitivă a rezultatelor. Cognițiile non-evaluative au un efect mic dar semnificativ asupra rezultatului: specific, explică 3% din varianța rezultatului. Cognițiile evaluative au un efect mediu și semnificativ asupra rezultatului: explică 8% din varianța rezultatului. Chiar dacă nu există diferențe semnificative între cognițiile evaluative și cele non-evaluative, în termenii efectului, direcția diferențelor este consonantă cu cercetările anterioare.

**Studiul 2:** Scopul acestui studiu a fost să investigheze empiric mediatorii cognitivi. Pentru a face acest lucru, am efectuat un studiu clinic randomizat ce investighează eficiența biblioterapiei cognitive pentru adulți cu simptomatologie depresivă prin compararea biblioterapiei cognitive cu placebo, listă de așteptare și condiții naturale de evoluție. Analizele au vizat rezultatul tratamentului: biblioterapia cognitivă a fost superioară în termeni de rezultat (simptome ale depresiei) și de mecanisme (atitudini disfuncționale, gânduri automate și negative, credințe iraționale) atunci când a fost comparată cu lista de așteptare și evoluția naturală a depresiei; biblioterapia a fost superioară condiției placebo în termenii mecanismelor dar nu și în cazul rezultatului. Rezultatele indică faptul că intervenția biblioterapeutică duce atât la o descreștere a simptomelor depresiei cât și a mecanismelor cognitive în timp ce tratamentul placebo duce doar la o descreștere la nivelul simptomelor. Rezultatele au fost statistic și clinic semnificative, iar grupul de tratament și-a menținut câștigurile la follow-up-ul de 3 luni. În plus, simptomele depresiei au crescut semnificativ la follow-up-ul de 3 luni în cazul grupului placebo. Analizele au investigat de asemenea dacă mecanismele cognitive mediază schimbarea simptomelor depresiei. Datele arată că gândurile automate mediază impactul biblioterapiei cognitive asupra simptomelor depresiei.

**Studiile 1 și 2. Concluzii și implicații.** Ambele studii au avut ca scop investigarea, primul din perspectivă teoretică iar al doilea din perspectivă empirică, mediatorilor în intervențiile psihologice. Mediatorii identificați în primul studiu au fost încadrați în următoarele categorii: (1) gânduri automate; (2) afirmații anxioase despre sine; (3) stil atribuțional; (4) catastrofare; (5) coping; (6) costurile sociale estimate; (7) atitudini disfuncționale; (8) frica de frică; (9) neajutorarea. Acești mediatorii s-au dovedit a avea efecte medii asupra rezultatului; când sunt comparate cognițiile evaluative și cele non-evaluative, primele au o mărime a efectului mai mare. Al doilea studiu a fost în special concentrat asupra rolului mediator al mediatorilor anterior identificați; efectul mediator identificat aici a fost comparabil cu cel identificat în metaanaliză. Având aceste rezultate în minte putem concluziona că, în concordanță cu cercetări anterioare, chiar dacă mediatorii cognitivi au un efect mediu în medierea impactului intervenției psihologice asupra rezultatelor, cu siguranță susțin empiric o mediere cognitivă a schimbării psihoterapeutice. Mai mult, aceste rezultate indică de asemenea că există o serie de alți factori care influențează rezultatul, și care, cel mai probabil, nu sunt factori specifici. Acești factori se pot referi la relația terapeutică, caracteristicile pacienților sau placebo.

### *Factori comuni (Studiile 3, 4, 5)*

**Studiul 3:** Acest studiu a fost structurat în jurul câtorva obiective. În primul rând am dorit să investigăm într-un studiu clinic randomizat eficiența unei intervenții folosind realitatea

virtuală + terapia cognitiv comportamentală în tratarea fobiei sociale și specifice (de înălțime și de avion); aici, am fost interesați de clarificarea, nu numai a măsurii în care tratamentul este eficient (atât în termeni de rezultat cât și în termeni de mecanisme), dar și de măsura în care relația terapeutică, expectanțele pacienților și performanța terapeutului contribuie la schimbare. Analizele nu au arătat diferențe semnificative între tratamentul imediat și lista de așteptare. Analizele arată că, în timp ce pentru indicatorii generali (cum ar fi anxietatea, credințele iraționale) nu au fost identificate diferențe semnificative, toate celelalte rezultate au indicat diferențe semnificative între scoruri înainte și după tratament (cu excepția acrofobiei). În investigarea impactului expectanțelor, datele indică asocieri semnificative între expectanțe și majoritatea rezultatelor intervenției. Expectanțele au o mărime a efectului mică spre medie în explicarea schimbărilor la nivelul cognițiilor raționale și iraționale și în reducerea fricii din timpul intervenției. Analize arată că relația terapeutică (evaluată de pacient) are o mărime a efectului medie în explicarea schimbărilor în raționalitate și iraționalitate la pacienți, dar și în schimbarea simptomelor anxietății din timpul tratamentului. Un alt rezultat important al studiului privește performanța terapeutului care a avut un impact semnificativ în schimbarea simptomelor anxietății în timpul psihoterapiei.

**Studiul 4:** Scopul acestui studiu a fost investigarea măsurii în care expectanțele terapeuților și autoeficacitatea acestora au un impact asupra performanței lor; mai mult decât atât, scopul nostru a fost să examinăm efectele performanței terapeutului în conducerea exercițiilor de relaxare asupra eficienței exercițiului. Contrar ipotezelor noastre, autoeficacitatea și expectanțele terapeuților aflați în supervizare nu sunt corelate cu performanța lor. Rezultatele au indicat însă că performanța terapeuților explică semnificativ varianța relaxării evaluate de către voluntari. Mai specific, performanța terapeuților are o mărime a efectului medie în explicarea eficienței relaxării.

**Studiul 5:** Unul din obiectivele acestui studiu a fost investigarea măsurii în care trebuie să existe o relație terapeutică bună între terapeuții aflați sub supervizare și supervizorii lor; am vrut de asemenea să investigăm care sunt predictorii relației terapeutice. Conform ipotezelor emise, datele arată că variabilele care țin de supervizori par să joace un rol major în rezultatelor terapeuților aflați în supervizare. Rezultatele arată că supervizorii cu experiență au rezultate mai bune în conducerea grupurilor de dezvoltare personală. De asemenea, cu cât cred mai mult în eficiența CBT în general și în exercițiile de dezvoltare personală în particular rezultatele terapeuților aflați în supervizare vor fi mai bune. Acceptare necondiționată și autoeficacitatea supervizorilor par să joace de asemenea un rol important în delimitarea performanței supervizaților: cu cât acceptarea necondiționată este mai ridicată la supervizori, și cu cât cred mai mult în abilitatea lor de a fi terapeuți eficienți cu atât mai bune sunt rezultatele terapeuților aflați în supervizare.

**Studiile 3, 4 și 5. Concluzii și implicații:** Aceste trei studii au avut ca scop investigarea factorilor comuni în intervențiile psihologice cognitive și comportamentale. Relația terapeutică a fost confirmată ca fiind un factor important în explicarea rezultatelor și a avut o mărime medie a efectului în explicarea schimbărilor la nivel de raționalitate, iraționalitate și anxietate. Expectanțele, atât ale terapeuților cât și ale pacienților, au o mărime mică sau medii ale efectului în explicarea schimbărilor în raționalitate, iraționalitate precum și anxietate. Performanța terapeuților este o altă variabilă cu un impact semnificativ asupra schimbării. Datele arată de asemenea că, atunci când sunt neexperimentați (se află sub supervizare), expectanțele și autoeficacitatea terapeuților nu sunt corelate cu performanța lor; cu toate

acestea, performanța terapeuților sub supervizare (evaluată de supervizori) prezice semnificativ eficiența intervenției. Pentru terapeuții experimentați performanța este asociată cu alligance-ul față de terapie, autoeficacitate, acceptarea de sine necondiționată și experiență.

### ***Cursul schimbării (Studiul 6)***

**Studiul 6:** Primul obiectiv pentru acest studiu a fost explorarea evoluției, la pacienții cu ADHD, în timpul tratamentului CBT. Apoi, pe baza formulelor derivate din datele empirice, scopul a fost acela de a dezvolta un software care nu doar să urmărească, dar să și prezică progresul estimat și să ofere feedback. Rezultatele au indicat diferențe semnificative între pre- și post- intervenție în termeni de simptome ADHD. Pe baza acestor rezultate și a algoritmilor oferiți, s-a creat un software.

**Studiul 6. Concluzii și implicații:** ADHD Analyst este prima aplicație software creată pentru a măsura progresul rezultatelor în tratamentul CBT pentru ADHD. Implicația majoră a instrumentelor care au ca scop urmărirea progresului tratamentului și a rezultatelor finale, este aceea că acestea pot fi privite ca mijloace de testare a eficacității tratamentelor ce s-au dovedit deja eficiente în cadrul studiilor clinice controlate. Software-ul stochează datele tuturor pacienților și permite clinicianului să vadă oricând statusul progresului în urma evaluărilor de pe parcursul tratamentului. Aplicația software poate detecta în ce stadiu s-a înregistrat cel mai semnificativ progres, sau dimpotrivă, în ce stadiu tratamentul a încetat să mai aducă beneficii.

### **Remarci finale despre teză**

În urma studiilor efectuate, pot fi avansate câteva remarci:

1. Cognițiile pare să medieze efectul terapiilor cognitiv-comportamentale asupra rezultatului: cercetările curente indică un efect mediu al cognițiilor. Mai specific, cognițiile evaluative par să aibă un efect mai mare decât cele non-evaluative. Datele sugerează de asemenea că există și alți factori care contribuie la rezultatele psihoterapiei, aceștia fiind, cel mai probabil, comuni și altor forme de psihoterapie.
2. Relația terapeutică (atunci când este evaluată de pacienți) este o variabilă importantă care contribuie la explicarea schimbărilor ce au loc în timpul intervențiilor psihoterapeutice (atât în termeni de simptome cât și de mecanisme).
3. Expectanțele pacienților prezic parțial schimbările ce au loc în timpul intervențiilor psihoterapeutice (atât în termeni de simptome cât și de mecanisme).
4. Performanța terapeuților are un impact semnificativ în rezultatul final al intervențiilor psihoterapeutice.
5. Autoeficacitatea și expectanțele terapeuților neexperimentați nu sunt asociate cu performanța lor sau cu rezultatul final.
6. Terapeuții experimentați au expectanțe, un nivel de autoeficacitate și un grad al acceptării necondiționate mai ridicate decât terapeuții aflați în supervizare, și dezvoltă relații terapeutice mai bune respectiv au rezultate mai bune decât terapeuții cu mai puțină experiență.

### **Contribuții personale**

În plus față de datele empirice valoroase aduse în acest domeniu de cercetare, câteva contribuții personale merită menționate.

1. Din datele care ne stau la dispoziție, metaanaliza este originală în sensul în care ia în considerare toți mediatorii identificați în cadrul diverselor intervenții psihologice cognitive-comportamentale: există deja o serie de studii care investighează impactul diverșilor mediatori asupra răspunsului la psihoterapie, dar până acum nu a fost realizată o metaanaliză cantitativă care să investigheze variabilele care mediază impactul CTB asupra rezultatelor psihoterapiei și care să estimeze mărimea efectelor.
2. Studiul clinic controlat pe care le-am realizat în vederea investigării eficienței biblioterapiei cognitive pentru adulți cu simptomatologie depresivă (prin compararea biblioterapiei versus placebo versus listă de așteptare versus evoluție naturală) a adus nu doar un suport empiric valoros în sprijinul acestei intervenții dar este și cel mai comprehensiv studiu clinic controlat cu mediere longitudinală de până acum. Studiul include de asemenea aspecte metodologice ingenioase, care permit avansarea de concluzii pentru teoria *getting better* și *feeling better*.
3. Studiul clinic controlat ce investighează impactul unei intervenții de Realitate Virtuală + Terapie Cognitiv-Comportamentală este în sine o inovație, întrucât un astfel de studiu pentru fobia socială și specifică nu a mai fost realizat. O contribuție importantă a acestui studiu este aceea că adresează simultan componente ale psihoterapiei (precum relația terapeutică, expectanțele pacienților) și expectanțele respectiv performanța terapeuților.
4. Din datele pe care le avem, nu există studii anterioare care să investigheze relația între autoeficacitate, performanță și rezultate atât pentru terapeuți experimentați cât și pentru cei neexperimentați. Datele noastre sunt foarte informative în acest sens.
5. ADHD Analysit este singurul software coerent, dezvoltat cu scopul urmăririi progresului pacienților și predicției rezultatului final al tratamentului lor.

### **Direcții pentru Cercetare, Practică și Training**

O abordare științifică a psihoterapiei necesită o evaluare a acestui domeniu nu doar în termeni de ce este dar și în termeni de ce ar putea sau ar trebui să fie. Studiul riguros al mecanismelor schimbării nu este facil, în mod sigur. Tratamentele funcționează din mai multe motive. Acest tip de cercetare este încă la început, lucru evident din faptul că nu au fost demonstrate în mod satisfăcător, mecanismele schimbării pentru majoritatea formelor de psihoterapie. Recent, în domeniul psihoterapiei, au apărut modele teoretice și metodologice interesante. Studiile de mediere pot veni în sprijinul mecanismelor schimbării enunțate de diverse abordări teoretice. Fără îndoială, este nevoie de mai multe studii care să se concentreze pe diversele modalități de tratament, în care să fie investigate coerent și comprehensiv o serie de variabile deja demonstrate ca având un oarecare impact în explicarea rezultatelor intervențiilor psihoterapeutice.

Această cercetare reprezintă un pas spre a îmbogăți înțelegerea pe care o avem în prezent asupra factorilor comuni și specifici care explică rezultatele psihoterapiei. Sperăm ca acest efort să stimuleze cercetări viitoare și discuții despre importanța acestor aspecte.

### **BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ**

- 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. (1976). *Cognitive therapy for emotional disorders*. New York: International University Press.
- Burns, D. (1980). *Feeling good*. New York: Guilford Press.

- Chu, B. C., & Harrison, T. L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*, 352-372.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Crits-Christoph, P., Barnackie, K., Kurclas, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K. et al. (1991). Meta-analysis of the therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy research*, *1*, 81-92.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behavior Therapy*, *29*, 521-533.
- David, D., Schnur, J., & Birk, J. (2004). Functional and dysfunctional feelings in Ellis' cognitive theory of emotion; An empirical analysis. *Cognition and Emotion*, *18*, 869-880.
- David, D., & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review*, *26*, 284-298.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial, Posttreatment Outcomes, and Six-Month Follow-Up. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 728-746.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual Reality Treatment versus Exposure in Vivo: A Comparative Evaluation in Acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 509-516.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, *26*, 657-678.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1-27.
- Lambert, M. (1992). Implications for outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Norcross, J. C., & Pochaska, J. O. (1983). Clinicians' theoretical orientations: Selection, utilization and efficacy. *Professional Psychology*, *14*, 197-208.
- Shapiro, D. A. (1995). Finding out how psychotherapies help people change. *Psychotherapy Research*, *5*, 1-21.
- Scogin, F., Hamblin, D., & Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: A self-help alternative. *Gerontologist*, *27*, 383-387.
- Szentagotai, A., David, D., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational Emotive Behavior Therapy versus Cognitive Therapy versus Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder: Mechanisms of Change Analysis. *Psychotherapy*, *45*, 523-538.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.