



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI



FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI
DEPARTAMENTUL DE PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI PSIHOTERAPIE
SCOALA DOCTORALĂ: PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII
VALIDATE ȘTIINȚIFIC

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

FACTORI PSIHOLOGICI IMPLICAȚI ÎN DISTRESUL PREPARTUM ȘI
POSTPARTUM.
DEZVOLTAREA ȘI TESTAREA EFICIENȚEI UNUI PROGRAM DE PREVENȚIE
VALIDAT ȘTIINȚIFIC

AUTOR: DOCTORAND Anton Adina Raluca
COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: PROFESOR DR. Daniel David

Cluj-Napoca

Mulțumiri

Aș dori să-i mulțumesc coordonatorului științific al acestei lucrări, prof.dr. Daniel David pentru îndrumarea, suportul și informațiile științifice oferite pe tot parcursul programului doctoral. De asemenea, mulțumesc tuturor membrilor Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapiei pentru sugestiile care m-au ajutat să-mi îmbunătățesc munca. Comentarii valoroase și ajutor pentru care mulțumesc, mi-au fost oferite cu scopul de a îmbunătăți lucrarea, de către dr. Aurora Szentagotai și dr. Sebastian Pinte. În cele din urmă, dar nu în ultimul rând, aș dori să mulțumesc familiei, colegilor și celei mai bune prietene, Adela Moldovan, pentru sprijinul necondiționat pe care mi l-au oferit în decursul programului doctoral.

Note: _____

(1). Declar pe proprie răspundere că:

(a) Această teză de doctorat este rezultatul cercetărilor originale realizate de către Adina Raluca Anton (autoarea acestei lucrări), cu scopul de a obține titlatura 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 Adina Raluca Anton, 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

Semnătură (electronica) (30.05.2012) pentru veridicitatea datelor din *Note*: Doctorand Adina Raluca Anton.

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

CUPRINS

CAPITOLUL I. CADRUL TEORETIC	5
1. Adaptarea psihologică la sarcină – cazul distresului emoțional prepartum și postpartum	6
1.1. Dezvoltarea distresului emoțional resimțit prepartum	6
1.2. Dezvoltarea distresului emoțional resimțit postpartum	7
2. Perspective asupra factorilor de risc implicați în dezvoltarea distresului prepartum sau postpartum.....	8
3. Evaluarea și diagnosticul distresului prepartum și postpartum.....	9
4. Intervenții psihologice și farmacologice în distresul prepartum și postpartum	9
5. Nevoia de schimbare în abordarea psihoterapeutică a distresului pre și postpartum.....	10
CAPITOLUL II. SCOPURILE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ.....	11
CAPITOLUL III. CERCETĂRILE ORIGINALE	12
Studiul 1. Intervenții psihologice preventive în Depresia postpartum; O meta-analiză	12
Introducere	12
Metoda.....	12
Rezultate	13
Discuții.....	14
Studiul 2. Expectanțele de răspuns versus speranța de răspuns în prezicerea distresului emoțional și durerea asociată nașterii	14
Introducere	14
Metoda.....	15
Rezultate	15
Discuții.....	16
Studiul 3. Imaginea corporală și creșterea în greutate din timpul sarcinii;.....	17
Implicații pentru distresul emoțional	17
Introducere	17
Metoda.....	17
Rezultate	18
Discuții.....	19
3.1. Concluzii generale ale implicațiilor teoretice ale proiectului de cercetare	19
3.2. Implicații practice ale proiectului de cercetare	20
3.2.1. Designul unui program psihologic etiopatogenetic de prevenție a distresului emoțional pre și postpartum.....	20
3.2.2. Conceperea unui nou program de intervenție rațional-emoțiv pentru prevenția distresului emoțional pre și post- partum	21
Studiul 4 – Un studiu clinic controlat al unui program terapeutic rațional emoțiv și comportamental pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum	21
Introducere	21
Metoda.....	23
Rezultate	25
1. Studiul clinic controlat.....	25
Discuții.....	26
2. Studiul teoriei schimbării.....	27
Discuții.....	31
Concluzii și discuții generale ale studiului clinic controlat	32

Studiul 5. Scala credințelor raționale și iraționale prepartum	33
Introducere	33
Prezentarea generală a scalei	33
Metoda.....	34
Rezultate	34
Discuții.....	36
Capitolul IV. CONCLUZII ȘI DISCUȚII GENERALE	36
Referințe bibliografice selective	40

Cuvinte cheie: prepartum, postpartum, distres emoțional, factori etiopatogenetici, intervenție rațional- emotivă și comportamentală

CAPITOLUL I. CADRUL TEORETIC

Sarcina și nașterea sunt considerate ca fiind evenimente naturale din viața femeilor, nefiind vizualizate drept condiții medicale. De-a lungul secolelor, în dezvoltarea istorică a speciei umane, procesul prin care femeile nasc nu s-a schimbat. Ce s-a modificat a fost felul în care informația acumulată a fost utilizată pentru înțelegerea procesului; consecutiv, experiența de a fi însărcinată s-a îmbogățit. În consecință, sarcina reprezintă mai mult decât un proces biologic; aceasta reprezintă un fenomen capabil să modifice profund o femeie, nu doar din punct de vedere fiziologic, ci și psihologic. Mai mult decât atât, aceasta afectează în profunzime ambii parteneri și, implicit, relația lor.

De-a lungul timpului a crescut numărul studiilor care se focalizează pe problemele de sănătate mintală asociate sarcinii, acestea având multe efecte adverse atât asupra mamelor, cât și asupra bebelușilor. Depresia maternă este cauza primară a morbidității mamelor (Glazener, Abdalla, Stroud, Templeton, Russel, & Najj, 1995). Alte implicații în sfera sănătății mintale sunt: apetit scăzut (des întâlnit), care în cazul femeilor însărcinate este asociat cu probleme legate de naștere (Zuckerman, Amaro, Bauchner, & Cabral, 1989); fumatul este un comportament care poate fi întâlnit la gravidele cu un nivel crescut de stres manifestat în timpul sarcinii (Zuckerman et al., 1989); studiile ce au investigat fătul și dezvoltarea fetală la mamele cu nivel crescut al stresului (depresie sau anxietate) relevă, de asemenea, prezența unor rezultate negative la naștere, cum ar fi scoruri Apgar scăzute - ca evaluare a condiției fizice a nou-născuților, greutate mică la naștere, începerea travaliului înainte de termen, circumferință craniană mai mică (Crandon, 1979; Dayan, Creveuil, Helicoviez, Herbel, Baranger et al., 2002; Orr, James, Blackmore, & Prince, 2002; Orr & Miller 1995; Steer, Scholl, Hediger, & Fischer, 1992); anxietatea din timpul sarcinii a fost asociată cu dezvoltarea de probleme comportamentale în cazul copiilor (Davis, Glynn, Schetter, Hobel, Chicz-Demet, Sandman, 2007; Davis, Snidman, Wadhwa, Glynn, Schetter, & Sandman, 2004; O'Connor, Heron, Golding, & Glover, 2003); pacientele cu niveluri crescute ale anxietății sau depresiei au o concentrație seroasă crescută a cortizonului și a catecolaminelor, care pot afecta funcționarea placentei (Teixeira, Fisk, & Glover, 1999); femeile cu depresie prepartum, anxietate sau/și stres, au un risc mai mare de a naște prematur (Dayan, Creveuil, Marks, Conroy, Herlicoviez, Dreyfus et al., 2006), au rate mai mari de pierdere spontană a sarcinii (Hemels, Einarson, Koren, Lanctot, & Einarson, 2005), manifestă pre eclampsie (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkala, 2000), nou-născuții acestora prezentând greutate scăzută la naștere/ vârstă gestațională scăzută (Diego, Field, Hernandez-Reif, Schanberg, Khun, & Gonzalez-Quintero, 2009) și pot avea un ritm de creștere încetinit în primul an de viață (Lundy, Jones, Field, Nearing, Davalos, Pietro et al., 1999). Așadar, femeile au nevoie de intervenții focalizate pe aceste tipuri de tulburări emoționale, în cazul în care ele apar.

Sumarizând, putem spune că potrivit studiilor, unii dintre factorii cei mai importanți implicați în apariția, menținerea și agravarea stresului pre și postpartum, sunt de natură biopsihologică. În consecință, orice femeie care are un risc crescut pentru a dezvolta o astfel de tulburare ar trebui să fie educată cu scopul de a preveni declanșarea simptomelor și ar trebui să beneficieze de suport adecvat. Educația prepartum și postpartum trebuie să includă informații privind consecințele unor asemenea tulburări emoționale care se manifestă în perioada distinctă din viața unei femei, reprezentată de sarcină. Realizarea acestei educații are o mare importanță pentru toate persoanele implicate în proces, atât pentru persoana care are tulburarea, cât și pentru specialistul care oferă proceduri de evaluare și/sau intervenție.

1. Adaptarea psihologică la sarcină – cazul distresului emoțional prepartum și postpartum

Sarcina este considerată ca fiind o perioadă de stare de bine emoțional din viața unei femei însă pe lângă acest aspect există un risc crescut de a dezvolta tulburări psihiatrice. (Ghodsian, Zajicek, & Wolkind, 1984). Cele mai frecvente tulburări, care se manifestă în această perioadă distinctă din viața unei femei, sunt tulburările afective și cele de anxietate (Kessler, 1997; Kessler, 2003). Cea mai mare problemă legată de tratamentul acestor tulburări emoționale în timpul sarcinii și postnatal, o reprezintă atât informațiile limitate privind medicația psihotropă cât și efectele secundare ale utilizării acesteia (Petrillo, Nonacs, Viguera, & Cohen, 2005). În concluzie, multe femei sunt sfătuite să întrerupă medicația psihotropă înainte de momentul concepției, dar mai cu seamă, în timpul evoluției sarcinii.

1.1. Dezvoltarea distresului emoțional resimțit prepartum

Îngrijirile moderne din timpul sarcinii s-au focalizat mai ales pe detectarea problemelor medicale și obstetrice, cele sociale și psihologice fiind uitate sau trecute cu vederea. Totuși, în ultimele două sau trei decenii identificarea și tratamentul tulburărilor psihologice manifestate prepartum și postpartum au devenit notabile. Mai mult decât atât, studiile au început să investigheze factorii de risc care precipită distresul emoțional resimțit prepartum și, mai important, au sugerat că serviciile de specialitate oferite prepartum ar trebui să înceapă printr-o evaluare riguroasă a acestor probleme de natură psihologică, evaluare în funcție de care să se dezvolte un plan pentru a combate factorii de risc identificați (Culpepper & Jack, 1993).

Distresul psihologic din timpul sarcinii

- **Simptomatologia depresivă.** Diagnosticul de depresie prepartum este ușor trecut cu vederea din cauza faptului că simptomele acestuia se suprapun peste semnele sarcinii (ex. tulburări de somn și apetit, libido diminuat, energie scăzută, etc.). Totuși, există câteva semne clinice care atrag atenția: anhedonia, sentimente de vinovăție, lipsa de speranță, gânduri suicidale - chiar dacă riscul de a comite acte cu caracter suicidal este scăzut în timpul sarcinii (Appleby, 1991). Organizația Mondială a Sănătății a stabilit că depresia afectează aproximativ 50 de milioane de oameni din întreaga lume (Murray & Lopez, 1996). În cazul femeilor, prevalența depresiei este de 20%, comparativ cu a bărbaților, care este de 10% (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993). Primul episod depresiv la femei, se pare că apare în multe dintre cazuri/frecvent, în timpul perioadelor în care femeile au fost însărcinate (Burt & Stein, 2002), acestea fiind în mod special expuse riscului de a trăi simptome depresive în perioadele vulnerabile ale: sarcinii, experiențelor postnatale, pierderii sarcinii și infertilității (Josefsson, Angelsiö, Berg, Ekström, Gunnervik, Nordin et. al., 2002).

- **Simptomatologia anxioasă.** Există studii care susțin că nivelul anxietății este mai ridicat în timpul sarcinii, decât după naștere (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004). Acest lucru, scoate în evidență importanța care ar trebui acordată problemelor prepartum. În ceea ce privește prevalența anxietății prepartum, datele sunt limitate. Cele mai des întâlnite simptome sunt cele ale tulburării de panică, 44% dintre femei trăind simptome de panică (Cohen, Ansara, Schei, Stuckless, & Stewart, 2004), multe dintre ele având debutul tulburării de panică în primele 6 săptămâni de la naștere (Wisner, Peindl, & Hanusa, 1996). În ceea ce privește tulburarea obsesiv compulsivă (OCD) cu debut în timpul sarcinii, studiile sistematice sunt puține (Williams & Koran, 1997; Maina, Albert, Bogetto, Vaschetto, & Ravizza, 1999; Neziroglu, Anemone, & Yaryura – Tobias, 1992; Williams & Koran, 1997; Sichel, Cohen, Rosenbaum, & Driscoll, 1993).

- **Tulburări alimentare în timpul sarcinii.** Una dintre cele mai semnificative schimbări puternic asociate cu sarcina și care necesită metode adecvate de coping ale viitoarelor mame, este faptul că acestea se confruntă cu schimbarea formei și greutatea corporale, toate acestea putând avea ca rezultat schimbări semnificative ale imaginii corporale. Sarcina este perioada în care cele mai multe dintre femei au experiențe legate de modificarea paternului normal de alimentație (Dickens & Trethowan, 1971). În majoritatea cazurilor aceste tulburări se remit după naștere. Dar există și posibilitatea ca unele dintre cazuri să se agraveze, devenind tulburări clinice cronice, cum este cazul anorexiei nervoase sau al bulimiei nervoase, fiecare dintre acestea putând apărea și în cursul sarcinii (Weinfeld, Dubay, Burchell, Millerick, & Kennedy, 1977).

- **Alte tipuri de simptome.** Tulburarea bipolară este de asemenea menționată în câteva studii, chiar dacă nu este cercetată și descrisă extensiv în cazul femeilor însărcinate (Cohen & Nonacs, 2005). Juxtapunerea sarcinii și a simptomelor psihotice constituie un factor de risc pentru mamă de a avea rezultate nedorite/negative, de tipul nașterii unui făt mort, începerea travaliului înainte de termen, greutate scăzută la naștere a nou-născutului sau moartea bebelușului ca urmare a capacității scăzute/diminuate a mamei de a beneficia de îngrijiri adecvate sau chiar bazale prenatale sau din cauza posibilei incapacități a acesteia de a colabora cu personalul medical în timpul travaliului (Miller, 1990; Spielvogel & Wile, 1992; Wrede, Mednick, Huttunen, & Nilsson, 1980).

1.2. Dezvoltarea distresului emoțional resimțit postpartum

Deși au multe aspecte pozitive, primele luni postnatale pot fi foarte stresante. Astfel, mamele se simt adesea vulnerabile, triste, inadecvate și chiar anxioase sau deprimare. Henshaw (2003) asumă că până la 85% dintre femei se confruntă cu un tip de tulburări afective în perioada postpartum. Inițial, tulburările psihiatrice postpartum au fost considerate ca făcând parte din grupul tulburărilor specific asociate cu nașterea. În consecință, acestea au avut un diagnostic separat de alte tipuri de boli psihiatrice. Cu toate acestea, au fost înregistrate dovezi care sugerează că tulburările afective care emerg în perioada postpartum nu trebuie să fie tratate distinct față de alte simptome care apar în alte perioade din viața unei femei (O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990).

Tulburări psihologice în timpul perioadei postpartum

Există trei tipuri de tulburări postpartum, care sunt mai mult considerate ca părți ale unui continuum și nu categorii distincte de tulburări. Mai specific: 1) tristețe postpartum ("baby blues"); 2) depresie postpartum și 3) psihoza puerperală, între care prima este forma cea mai ușoară iar ultima este forma cea mai severă.

- **Starea de tristețe/"the blues" postpartum.** Tristețea postpartum (Baby blues) este un concept umbrelă ce reunește schimbări/fluctuații dispoziționale rapide, simptome de anxietate, accese de plâns/ stare frecventă de ochi înlăcrimați, iritabilitate, labilitate, sensibilitate crescută la așa numita critică constructivă și simptome adiționale ca oboseala, inabilitatea de a dormi și lipsa apetitului (Kennerly & Gath 1989; O'Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991).

- **Depresia Postpartum.** Depresia postpartum este adesea subdiagnosticată și văzută ca tristețe postpartum. Cu toate acestea, statisticile arată că 10-15% dintre proaspetele mămici suferă de depresie postpartum (Campbell & Cohn, 1991; Cox, Murray, & Chapman, 1993; O'Hara & Swain, 1996). Depresia postpartum are în general debutul în timpul primelor 1-3 luni după naștere (Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March et. al., 2001; Stowe, Hostetter, & Newport, 2005), chiar dacă unele femei raportează retrospectiv ca dată de debut a simptomelor, perioada de sarcină (Josefsson, Goran, Conny, & Gunilla, 2001). Notabil este faptul că anxietatea poate fi

asociată comorbid cu depresia postpartum. De exemplu Cohen & Nonacs (2005) au găsit o proporție de 30% din cazuri de depresie postpartum în comorbiditate cu tulburări de anxietate. Alte studii privitoare la simptomatologia anxietății generalizate și a depresiei au raportat intervale mergând de la 50-60% până la 90% în suprapunerea simptomelor (Kaufman & Charney, 2000).

- **Psihoza puerperală.** Aceasta este cea mai severă dintre tulburările psihologice cu debut postpartum, afectând 1-2 din 1000 de femei (Kendell et. al., 1987). Debutul simptomelor se situează în primele 48-72 de ore după travaliu și poate fi dramatic (Heron, Robertson Blackmore, McGuinness, Craddock, & Jones, 2007).

- **Tulburările de anxietate din perioada postnatală.** O proaspătă mămică care se îngrijorează este o imagine ușor de întâlnit, chiar dacă sarcina a fost dorită și atent planificată. Cu toate acestea, îngrijorările se pot intensifica pe măsură ce mama se centrează obsesiv pe noile sale responsabilități și modificări ale rolurilor. Frecvența tulburărilor de anxietate în perioada postnatală variază între 10% -20% (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998).

2. Perspective asupra factorilor de risc implicați în dezvoltarea distresului prepartum sau postpartum

2.1. **Factori de risc ai distresului prepartum:** *istoricul tulburărilor afective și anxioase* (Altshuler, Cohen, Moline, Kahn, Carpenter, & Docherty, 2001; Cohen et. al., 2004a; Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler et al., 2004b); *istoricul familial al tulburărilor psihiatrice* (Forty, Jones, Macgregor, Caesar, Cooper, Hough et. al., 2006; McGuffin, Marusic, & Farmer, 2001; O'Hara, 1986); *tulburări de dispoziție premenstruale* (Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, 2006; O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991); *suportul marital, lipsa unui partener, suportul social, suportul familial* (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996; Beck, 2001; Beck, Records, & Rice, 2006; Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Dennis & Ross, 2006; O'Hara, 1987); *abuzul fizic, mintal și sexual* joacă un rol esențial în debutul depresiei perinatale (Stewart, 1994); *background-ul cultural* (Small, Lumley, & Yelland, 2003; Zayas, Cunningham, McKee, & Jankowski, 2002); *o sarcină neplanificată* (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004); *evenimente stresante de viață sau stresori cronici* (Beck et al., 1996; DeMier, Hynan, Harris, & Maniello, 1996; O'Hara, 1986; Robertson, et al., 2004); *status socioeconomic* (Beck et al., 1996, O'Hara, 1986; Robertson et.al., 2004; Seguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999; Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1996); *pierderi anterioare ale sarcinii sau avorturi* (Hughes, Turton, & Evans, 1999; Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite et. al., 2000; Neugebauer, 2003); *sarcina în adolescență* reprezintă alt factor de risc (Omar, Martin, & McElderry, 2001); *schimbările hormonale* joacă un rol vital în schimbările de dispoziție din timpul sarcinii (Steer, Scholl, Hediger, & Fisher, 2004); *nutriția, sensibilitatea la anumite medicamente, expunerea la medii toxice, influențele genetice și vârsta maternă* au fost de asemenea luate în considerare atunci când se vorbește despre factorii de risc implicați în dezvoltarea depresiei prepartum (Robertson et.al., 2004).

2.2. Factori de risc ai distresului postpartum

Toți factorii de risc menționați anterior sunt valabili și în cazul distresului postpartum și al tulburărilor afective care apar după naștere. Pe lângă aceștia studiile raportează factori adiționali care par a fi cei mai importanți pentru debutul distresului postpartum: *Depresia prepartum și tristețea postpartum* (Evans et al., 2001; Henshaw, 2003; Josefsson et al., 2001; Kitamura, Yoshida, Okano, Kinoshita, Hayashi, Toyoda et. al., 2006); *întreprerea medicației* (Cohen et. al., 2006); *probleme medicale ale mamei sau copilului* (Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates, & Harris, 2001); *durerile cronice apărute după naștere* (Hiltunen, Raudaskoski, Ebeling, &

Moilanen, 2004); *infecții ale sânilor* (Stein, Cooper, Campbell, Day, & Altham, 1989); *înțărarea bruscă* (Shakespeare, Blake, & Garcia, 2004).

3. Evaluarea și diagnosticul distresului prepartum și postpartum

Luând în considerare numărul mare de cercetări făcute pe distresul prepartum și postpartum și faptul că în perioada peri-natală femeile au contact periodic cu serviciile medicale, următorul pas a fost de a susține nevoia unui screening de rutină pentru distresul emoțional (Locicero, Weiss, & Issokson, 1997), atât prenatal (Josefsson et. al., 2001) cât și postnatal (Lee, Yip, Chiu, Leung, & Chung, 2001). Prin urmare, importanța depistării precoce și a intervenției consecutive este evidentă. În literatura de specialitate găsim multe instrumente de screening. În cele ce urmează este prezentată o selecție a acestora:

3.1. *Instrumente de evaluare generală*: Scala de depresie Hamilton (Ancill, Hilton, Carr, Tooley, & McKenzie, 1986); Inventarul depresiei Beck (BDI, BDI-II) creat de Aaron T. Beck. (Beck et. al., 1996); Inventarul de anxietate stare-trăsătură (STAIx1 – stare și STAIx2 - trăsătură), creat de Spielberger, Gorusch, & Lushene (1983).

3.2. *Instrumente de evaluare specifică*: Formularul ALPHA (Reid, Biringier, Carroll, Midmer, Wilson, Chalmers et al., 1998); Chestionarul pentru evaluarea riscului prepartum – ANRQ (Austin, 2004); Chestionarul pentru evaluarea riscului de sarcină – PRQ (Austin, Hadzi-Pavlovic, Saint, & Parker, 2005); Scala pentru diagnosticarea depresiei prepartum și postpartum Edinburgh (EPDS) (Cox, Chapman, Murray, & Jones, 1996).

4. Intervenții psihologice și farmacologice în distresul prepartum și postpartum

Din păcate distresul prepartum sau postpartum nu este întotdeauna ceea ce pare. De ce? Pentru că în cazul tulburărilor asociate sarcinii, chiar și femeile sever afectate pot părea neafectate sau pot cu ușurință să-și disimuleze simptomele – gândul că fătul sau bebelușul le face rău nu este unul care poate fi acceptat ușor. De aceea dacă clinicienii nu sunt atenți pot cu ușurință trece cu vederea o tulburare care poate avea consecințe negative atât pentru mamă cât și pentru copil. Dacă este așa, clinicienii pot întâmpina dificultăți atunci când recomandă tratamentul medicamentos pentru tulburările psihiatrice. Luând toate acestea în considerare, cum decidem ce tratament este necesar? În cazul femeilor cu depresie majoră care primesc tratament de mentenanță și care își planifică conceperea unui copil, procedura recomandată este de a decide, împreună cu clinicianul, dacă tratamentul trebuie continuat sau nu. Consecutiv, în cazul întreruperii medicației, femeile trebuie să primească informații complete privitoare la posibilitatea apariției recăderilor (Post, 1992). Pe de altă parte, în cazul simptomatologiei depresive moderate sau minore, cea mai bună decizie poate fi întreruperea tratamentului farmacologic în timpul sarcinii. Există studii care sprijină eficacitatea unor intervenții non farmacologice, cum ar fi terapia interpersonală (IPT) sau terapia cognitiv-comportamentală (CBT) (Cohen & Nonacs, 2005), care pot înlocui cu succes medicația. Misri and Kendrick (2007) au scos în evidență cele mai frecvent utilizate intervenții psihoterapeutice pentru tratarea tulburărilor afective și de anxietate din timpul sarcinii. Așa cum au subliniat aceștia, cele mai intens studiate forme de terapie sunt terapia cognitiv – comportamentală (CBT) și terapia interpersonală (IPT). Appleby, Warner, Whitton, și Farangher (1997) au găsit că atât medicația cât și psihoterapia sunt la fel de eficiente în reducerea simptomelor depresiei postpartum.

4.1. *Terapia cognitiv comportamentală* este una dintre cele mai des folosite și intens cercetate forme de psihoterapie. CBT s-a adaptat constant pentru o gamă tot mai largă de tulburări, astfel numărul cercetărilor a crescut datorită extensiunii domeniilor de aplicabilitate ale acesteia (Beck,

1997; Salkovskis, 1997). În ceea ce privește depresia pre/ postpartum, CBT a fost și este utilizată în multiple studii clinice controlate în combinație cu alte forme de psihoterapie. De exemplu, Programul Colaborativ de Cercetare al Depresiei inițiat de Institutul Național al Sănătății Mintale din SUA (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins et al., 1989) a găsit că IPT, CBT și medicația sunt egale în ceea ce privește eficiența în reducerea simptomatologiei depresive. Mai mult decât atât, începând din 1989 au fost dezvoltate o serie de studii privitoare la eficacitatea diferitelor forme de intervenții psihosociale. Prin acestea, cercetătorii au testat diferite forme de intervenție, în diferite combinații având ca scop reducerea stresului pre sau post natal: consilierea non-directivă, CBT și psihoterapia psihanalitică/psihodinamică (Holden, Sagovski, & Cox, 1989) – toate trei fiind găsite ca având o eficacitate mai mare decât îngrijirile standard. Una dintre problemele acestor studii o constituie insuficienta cercetare a mecanismelor specifice asociate depresiei postpartum. În consecință, putem considera că multe studii clinice controlate (RTC – randomised control trials) pornesc de la asumții fie eronate, fie insuficient studiate. Scopul acestei teze de doctorat este, în primul rând, să clarifice câteva dintre aspectele privitoare la mecanismele schimbării în cazul acestei populații specifice și, în al doilea rând, să aplice rezultatele acestor cercetări teoretice în context experimental printr-un RCT în care se va compara CBT/REBT cu un grup de control (îngrijiri comunitare).

4.2. *Terapia interpersonală* este o formă de terapie limitată temporal care are ca scop principal îmbunătățirea relațiilor interpersonale sau schimbarea expectanțelor personale în legătură cu relațiile (Guthrie, Moorey, Margison, Barker, Palmer, et al., 1999). Diferențele între această formă de terapie și terapia psihanalitică constau în: focusarea/centrarea pe relațiile din prezent, mai degrabă decât pe cele din trecutul clienților și faptul că este mai scurtă decât psihanaliza (Field, Deeds, Diego, Hernandez-Reif, & Gauler, 2009). Cea mai importantă problemă legată de investigarea eficienței IPT este lipsa studiilor clinice controlate – cea mai bună metodă de a studia eficiența oricărei forme de psihoterapie.

4.3. *Alte tipuri de intervenție* sunt utilizate pentru reducerea tulburărilor/distresului pre/postpartum. De exemplu terapia cu lumini – studiile arată că are efect benefic asupra tratării depresiei la femeile gravide (Epperson, Terman, Terman, Hanusa, Oren et al., 2004; Oren, Wisner, Spinelli, Epperson, Peindl, Terman et al., 2002); alte terapii adjuvante sunt: anumite tipuri de exerciții fizice, masajul, tratamente naturiste, acupunctura (Costa, Rippen, Dritsa, & Ring, 2003); vizitele la domiciliu ale asistentelor medicale (Armstrong, Fraser, Dadds, & Morris, 1999); verificările postnatale (Gunn, Lumley, Chondros, & Young, 1998); intervenții conduse de moașe (Lavender & Walkinshaw, 1998); intervenții conduse de asistenți sociali (Morrell, 2000); debriefing (Small, 2000); programe educative (Svensson, Barclay, & Cooke, 2009; Tam, Lee, Chiu, Ma, Lee, & Chung, 2003).

5. Nevoia de schimbare în abordarea psihoterapeutică a distresului pre și postpartum

Problemele emoționale dezvoltate pre/postnatal au fost pe larg studiate în ultimii ani. Considerăm o problemă lipsa unei imagini de ansamblu integrative asupra tuturor informațiilor obținute prin studiile întreprinse în domeniul distresului pre/postpartum. Luând în considerare faptul că intervențiile cu caracter preventiv și chiar unele dintre tratamentele tulburărilor psihologice pre/postnatale au efecte limitate, o cauză plauzibilă o poate constitui faptul că aceste intervenții nu se adresează mecanismelor etiopatogenetice esențiale ale acestor probleme, sau nu iau în considerare toate posibilele cauze/mecanisme cauzale. Credem că sunt necesare mai multe cercetări pentru a identifica factorii etiologici relevanți pentru dezvoltarea distresului emoțional în această perioadă distinctă din viața unei femei. Mai mult decât atât, multe studii au testat CBT în

combinație cu alte tehnici sau intervenții , dar nu există studii care cercetează mecanismele terapiei cognitiv comportamentale asociate distresului emoțional trăit în perioada pre/peri/postnatală (de exemplu patern-urile specifice de credințe iraționale sau expectanțe în legătură cu nașterea). De aceea, cercetările viitoare trebuie să se centreze atât pe descoperirea altor posibile mecanisme ale schimbării, cât și pe dezvoltarea de terapii adecvate.

CAPITOLUL II. SCOPURILE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Acest proiect de cercetare are două scopuri majore: (1) să investigheze câțiva factori mai puțin cercetați care au un rol etiopatogenetic în dezvoltarea și tratarea distresului psihologic prepartum și postpartum (Studiul 2 și Studiul 3) și (2) să dezvolte un nou tratament psihologic pentru tratarea distresului psihologic prepartum și postpartum (Studiul 4).

Pentru a răspunde acestor scopuri am creat cinci studii, după cum urmează: a. *Studiu 1* a urmărit investigarea intervențiilor preventive în depresia postpartum utilizând un studiu meta-analitic; b. *Studiul 2* a urmărit investigarea expectanțelor de răspuns și speranța de răspuns în prezicerea distresului emoțional și a durerii resimțite în timpul nașterii. În principiu, scopul acestui studiu a fost de a investiga într-un design prospectiv inter-relațiile dintre expectanțele de răspuns și speranța de răspuns în prezicerea distresului emoțional și a durerii resimțite de femeile însărcinate care trebuie să facă față momentului nașterii. Testarea ipotezei s-a făcut utilizând corelația și regresia liniară; c. *Studiul 3* se centrează pe investigarea imaginii corporale și creșterea în greutate din timpul sarcinii și a implicațiilor pe care acestea le au în generarea distresului emoțional. Studiul are două scopuri majore. Primul se referă la examinarea comparativă a femeilor care sunt însărcinate și a celor care nu sunt însărcinate cu privire la comportamentele și credințele disfuncționale legate de alimentație. Al doilea scop este de a determina dacă stima de sine corporală și credințele disfuncționale privitoare la nutriție/alimentație constituie un mecanism implicat în dezvoltarea unor niveluri înalte ale depresiei la femeile însărcinate. Studiul este de tip corelațional; d. *Studiul 4* testează o nouă intervenție preventivă pentru distresul psihologic prepartum și postpartum. Această intervenție încorporează tehnici și strategii ce țințesc modificările factorilor psihologici care au fost găsiți a fi relevanți în studii anterioare (a se vedea subpunctul 1.2 pentru o scurtă sumarizare) și în propriile studii (Studiul 2 și Studiul 3) care testează mecanisme etiopatogenetice. Acest program a fost testat printr-un studiu clinic controlat pentru a (1) i se investiga eficiența și (2) i se cerceta mecanismele schimbării. Noul tratament a avut ca lot de control un grup de paciente ce au beneficiat de îngrijiri comunitare, pacientele fiind distribuite aleatoriu în unul dintre cele două loturi, experimental și de control; e. *Studiul 5* este o aplicație a tuturor informațiilor extrase din studiile precedente. Mai specific, am realizat o scală a credințelor raționale și iraționale, specifică acestei perioade, respectiv sarcina. Scala poate oferi informații cu privire la mecanismul ce controlează distresul, ajutând experții în formularea de intervenții țintite, pentru a reduce problemele emoționale care pot apărea în această perioadă specifică din viața unei femei. Metodologia utilizată a inclus corelațiile și calcularea coeficientului Alpha Chronbach.

În concluzie, proiectul de cercetare conține trei obiective majore: (1) investigarea unora dintre factorii psihologici mai puțin studiați care au un rol etiopatogenetic în dezvoltarea și tratamentul distresului psihologic prepartum și postpartum, (2) dezvoltarea unui nou program de intervenție țintit pe prevenția manifestării factorilor etiopatogenetici și care va avea efecte de lungă durată, comparativ cu intervențiile preventive deja existente și (3) dezvoltarea unor instrumente

care să ușureze munca specialiștilor în obstetrică și ginecologie și care să ducă la rezultate favorabile în cazul femeilor cu emoționalitate negativă în această perioadă din viața lor.

CAPITOLUL III. CERCETĂRILE ORIGINALE

Studiul 1. Intervenții psihologice preventive în Depresia postpartum; O meta-analiză¹

Introducere

Depresia postpartum este o problemă importantă de sănătate pentru multe femei (O'Hara et al., 1990), aceasta având o prevalență destul de mare – aproximativ 10% - 15% (Halbreich & Karkun, 2005; Hobfoll, Ritter, Lavin, & Cameron, 1995; O'Hara et al., 1984; O'Hara & Swain, 1996) și afectând atât viețile proaspetelor mame, cât și pe cele ale celorlalți membrii ai familiilor acestora. Adesea depresia postpartum este sub-diagnosticată, fie din cauza lipsei unui screening adecvat, fie din cauza neputinței femeilor de a împărtăși mediului social apropiat sentimentele reale pe care le au (Murray & Cooper, 1999). De aceea identificarea precoce este una dintre cele mai importante neajunsuri în ceea ce privește această tulburare afectivă. Intervențiile oferite/existente în acest caz variază în funcție de severitatea tulburării și de preferințele mamei: antidepressive, psihoterapie, suport/suținere sau o combinație între acestea (Leahy-Warren & McCarthy, 2007). Rezultatele cercetărilor arată că intervențiile psihosociale sunt preferate de mame în detrimentul tratamentelor cu antidepressive, în special din cauza motivelor ce țin de alăptarea în siguranță (Appleby et al., 1997). Luând în considerare toate aceste date, scopul acestui studiu este de a estima eficacitatea intervențiilor psihosociale pentru prevenția simptomelor depresiei postpartum.

Metoda

Selecția studiilor. Studiile incluse în prezenta cercetare au fost identificate printr-o căutare computerizată pe site-urile Medline, PsycINFO, Embase, CINAHL, bazele de date Cochrane prin introducerea termenilor de căutare “postpartum depression“, “prevention“, “prepartum“, “pregnancy“, “prepartum“, “prepartum“, “prepartum“, “birth“, “childbirth“, “clinical trial“, “distress”. Am examinat de asemenea referințele review-urilor anterioare ale intervențiilor psihosociale pentru prevenția depresiei postpartum (Dennis, 2005) și am realizat un review al listei de referință cu articolele selectate în urma căutărilor. Cercetarea inițială a cuprins 349 de articole. Dintre acestea doar 15 au întrunit criteriile noastre de incluziune.

Codarea variabilelor. Pentru fiecare articol am codat: (1) tipul intervenției (psihoterapie vs. psihosocial); (2) Forma intervenției (individuală vs. de grup); (3) Loturile (populație de risc vs. populație generală); (4) Tipul de specialiști (psihologi vs. staf medical); (5) Momentul intervenției (prepartum vs. postpartum); (6) Durata intervenției (scurtă: 1 - 6 sesiuni vs. lungă: 7 sau mai multe sesiuni); (7) Intensitatea intervenției (0,5 – 1 oră vs. 2 ore – mai mult de 2 ore).

Derivația mărimilor efectului. Mărimile efectului au fost calculate în concordanță cu procedurile publicate (Hunter, Schmidt, 1990). În calcularea mărimilor efectului au fost incluse numai instrumentele care măsurau explicit depresia, cum ar fi Edinburgh Postpartum Depression Scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) – Scala pentru măsurarea depresiei postpartum Edinburgh, Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)- Inventarul Beck pentru depresie sau Hospital Anxiety and Depression Scale – Scala pentru depresia și anxietatea în

¹ Articol trimis spre publicare la “Review of Research and Social Intervention”, indexat de SCOPUS, Index Copernicus and Central and Eastern European Online Library (CEEOL)

legătură cu spitalizarea (Zigmond & Snaith, 1983). Dacă au fost utilizate mai multe măsurători pentru depresie, atunci a fost calculată media mărimii efectului, astfel încât fiecare studiu să aibă doar o mărime a efectului ca indicator.

Pe scurt, diferențele în ceea ce privește mediile între grupurile de prevenție și grupurile de control au fost calculate pentru fiecare studiu și apoi împărțite la deviația standad (SD). Pentru a estima efectul general al tratamentelor de prevenție pentru depresia postpartum a fost calculat un interval de încredere (CI) de 95% pentru diferențele între grupurile de prevenție/control, care ulterior a fost comparat cu zero. Apoi a fost aplicată o procedură statistică similară pentru a afla dacă există diferențe privind eficiența unor categorii pe care le-am regăsit în literatură a fi importante în ceea ce privește intervențiile psihosociale. Pentru a determina dacă mărimile efectului se diferențiază și pe baza selectării tipurilor de variabile codate – forma intervenției (individuală vs. de grup), loturi (populație de risc vs. populație generală), tipul de specialiști (psihologi vs. personal medical) – a fost aplicată ANOVA unifactorială pentru a evalua dacă există diferențe semnificative.

Rezultate

Descrierea Studiilor. În cele 15 studii incluse au fost cuprinși 7848 de participanți: 4232 în tratamente psihosociale și 3579 în loturi de control. În 10 studii participanții au fost din cadrul populației de risc iar în 5, au fost selectați din cadrul populației generale. În ceea ce privește intervenția, în 5 dintre studii aceasta a fost de tip psihoterapeutic, iar în restul 10, intervenția a fost de tip psihosocial; în 6 studii a fost intervenție de grup, iar în 10 a fost intervenție individuală (am găsit un studiu cu două tipuri de intervenție: una de grup și alta individuală); specialistul care a oferit intervențiile a fost psiholog în 3 studii, iar în 12 dintre studii intervenția a fost livrată de personal medical; intervențiile s-au desfășurat prenatal în 5 dintre cazuri, iar în 10 studii intervențiile au fost postnatale. Privitor la durată, cea mai scurtă intervenție a avut doar o ședință, iar cea mai lungă a constat din 12 ședințe. Luând aceste aspecte în considerare, am codat ca scurte intervențiile desfășurate de-a lungul a 1-6 ședințe, și ca fiind lungi, cele cuprinse între 7 până la 12 ședințe/întâlniri. Cinci studii au fost scurte, iar 10 lungi.

Efectul general la post-test. Referitor la prima ipoteză, analiza nu a scos în evidență beneficii semnificative ale intervențiilor psihosociale în depresia postpartum ($D = 0.16$, SD of $D = .36$). Intervalele de încredere de nouăzeci și cinci de procente nu au indicat că acestea ar difera de zero ($[-1.92-2.24]$, $p < 0.05$) aceasta însemnând că mărimea efectului nu este semnificativă. Am refăcut analiza corectând/modificând numărul de studii incluse (13), pe baza numărului loturilor incluse în cercetări, conform procedurilor publicate pentru că poate apărea biasarea calculului mărimii efectului prin variațiile în mărimile loturilor experimentale ale studiilor individuale. (de exemplu studii care au utilizat 1503 subiecți(17) și studii care au inclus 37 de subiecți (18). Atât media diferențelor cât și variația diferențelor au fost ajustate pentru variația în mărime a loturilor experimentale ale studiilor (D and $VarD$). Rezultatele arată o mărime a efectului mica ($D = 0.13$; $VarD = 0.07$) (18) și, din nou un CI de 95% a indicat că D nu diferă de zero ($[-0.02-0.28]$, $p < 0.05$). Cu alte cuvinte, aceste rezultate arată că intervențiile psihosociale preventive nu au avut rezultate mai bune decât intervențiile din loturile de control. Deoarece efectul general al intervențiilor psihosociale în depresia postpartum nu este unul semnificativ, a prezentat interes examinarea/studierea altor categorii de rezultate (menționate mai sus în secțiunea ”codarea variabilelor”) pentru a vedea dacă putem surprinde diferențe între ele, care ne-ar putea ajuta în conceperea unei intervenții psihosociale mai bune. Niciuna dintre aceste analize nu a găsit efecte ale mărimii semnificative, dar au ieșit în evidență unele categorii care ar putea explica mărimea

mică a efectului general, sau ne-ar putea ajuta în calibrarea viitoarelor intervenții. Pe scurt, rezultatele arată că intervenția preventivă are efecte mai bune: a. pe populația generală ($D=.21$) comparativ cu populația de risc ($D=.03$), b. Când intervenția este aplicată de un psiholog ($D=.31$) comparativ cu personal medical ($D=.13$), c. Când este implementată prepartum ($D=.22$) comparativ cu pos-tpartum ($D=.13$), d. Când este de lungă durată – mai mult de 6 sesiuni/ședințe ($D=.34$), e. Când intervenția este intensivă – ședința durează mai mult de o oră ($D=.25$). Cu toate acestea analiza de varianță /ANOVA nu a scos în evidență nici un efect semnificativ, și anume nu există diferențe între categoriile alese.

Discuții

Meta-analiza prezentă a pus în evidență, în primul rând, faptul că nu există o mărime a efectului semnificativă în ceea ce privește eficacitatea intervențiilor psihosociale utilizate pentru prevenția depresiei postpartum. Aceasta sugerează că, în sens general, niciuna dintre intervențiile preventive nu se constituie în instrumente suficient de puternice pentru a face față semnelor și simptomelor depresiei postpartum – majoritatea femeilor nu a fost ajutată prin intervențiile preventive psihosociale să-și reducă simptomatologia. În consecință, studiile cumulate din 2005 până în prezent nu au ajutat la creșterea mărimii efectului intervențiilor psihosociale preventive în cazul depresiei postpartum. Cu toate că nu avem nicio mărime a efectului semnificativă ale niciunei modalități ale variabilei dependente, există câteva variabile asupra cărora credem că ar fi important să ne centrăm în continuare. Această tendință pozitivă poate sugera că putem modifica intervenția, prin luarea în considerare a tuturor acestor informații, cu scopul de a obține un efect al mărimii mai consistent în cazul intervențiilor psihosociale de prevenție a depresiei postpartum. În consecință intervenția proprie testată în Studiul 4 va lua în calcul toate aceste rezultate.

Studiul 2. Expectanțele de răspuns versus speranța de răspuns în precizarea distresului emoțional și durerea asociată nașterii²

Introducere

Potrivit literaturii de specialitate (Kirsch, 1990, 1999), expectanțele sunt puternic implicate atât în răspunsuri comportamentale intenționate (see Rotter, 1954), cât și non-intenționate (vezi Montgomery et al., 2003; David, Montgomery, Stan, DiLorenzo, & Erbllich, 2004; Montgomery, David, DiLorenzo, & Schnur, 2007; Montgomery, Schnur, Erbllich, Diefenbach, & Bovbjerg, 2010). În ceea ce privește speranțele oamenilor, studiile (vezi Montgomery et al., 2003) arată că acestea reprezintă determinanți importanți ai rezultatelor psihoterapiei, ai realizării personale, ai abilităților de a rezolva probleme și ai unor probleme legate de starea de sănătate (Frank, 1973; Snyder, Sympson, Michael, & Cheavens, 2001). Într-adevăr, o nouă linie de cercetare programatică a făcut diferența între expectanțele de răspuns și speranțele de răspuns legate de rezultatele unor comportamente non-intenționate (vezi David et al., 2006; David et al., 2004; Montgomery et al., 2003). Expectanțele de răspuns și speranțele de răspuns pe care femeile însărcinate le au cu privire la momentul nașterii nu au fost, încă, studiate deși există studii care

² Acest studiu a fost acceptat pentru publicare

Anton, R. & David, D. (2012). Response expectancy versus response hope in predicting birth-related emotional distress and pain, *International Journal of Psychology*, ??(?):, 1-10

Autorii au contribuit la manuscris astfel:

Anton, R. – culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului

David, D. - design, interpretarea datelor, structura manuscrisului

arată că aproape o treime dintre femei consideră nașterea ca fiind un eveniment traumatic și că s-au temut ca fie ele, fie bebelușii ar putea să moară sau să fie răniți sever în cursul travaliului (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Soet, Brack, & Dilorio, 2003).

Astfel, am investigat expectanțele de răspuns și discrepanțele între acestea și speranțele de răspuns pentru a prezice (1) distresul emoțional și (2) durerea auto-raportată din timpul travaliului. Am introdus, cu scop explorator, ca variabilă criteriu secundară numărul de ore de travaliu auto-raportat pentru că experimente anterioare au demonstrat faptul că atunci când o persoană experimentează distres emoțional are impresia că timpul trece mai încet (Sucală, Ștefan, Szentagotai-Tătar, & David, 2010).

Metoda

Participanții. Un număr de 54 de femei însărcinate, de etnie română, au participat la studiu în mod voluntar (vârsta medie de 29.4 ani și SD/VS = 4,770).

Instrumente

Variabilele predictor. Speranțele de răspuns și expectanțele de răspuns ale participanților au fost evaluate cu o scală analog vizuală (visual analogue scale - VAS³) pentru fiecare dintre cele trei modalități de răspuns non-intenționat: (1) relaxare, (2) distres și (3) durere. Pentru a calcula discrepanțele între expectanțele de răspuns și speranțele de răspuns am scăzut din scorurile speranței de răspuns, scorurile expectanțelor de răspuns; acest scor a fost numit scorul de discrepanță (a se vedea David et al., 2006).

Variabilele criteriu. 1. Stresul emoțional relaționat cu nașterea. Această variabilă evaluată prenatal, a fost măsurată utilizând Profilul Trăsăturilor Afective – versiunea scurtă (The Profile of Mood States-Short Version – POMS-SV) (Shacham, 1983) care măsoară nivelul distresului; 2. Durerea asociată cu travaliul a fost măsurată utilizând Chestionarul McGill pentru Evaluarea Durerii - MPQ (Melzack, 1975); 3. Numărul auto-raportat al orelor de travaliu.

Procedură. Subiecții au fost evaluate de două ori: 1. Timpul unu (prenatal): cu două până la cinci zile înainte de naștere; 2. Timpul doi (postnatal): la cel mult două săptămâni după ce au născut, subiecții au avut de completat retrospectiv chestionarul pentru evaluarea durerii (MPQ) și au estimat numărul de ore de travaliu.

Rezultate

Speranțele de răspuns nu au fost relaționate cu nicio variabilă criteriu. În cazul expectanțelor de răspuns, am găsit următoarele rezultate: (1) în cazul variabilei predictor expectanța de răspuns - durere, modelul regresiei este semnificativ doar pentru un criteriu: durerea auto-raportată ($\beta=.368$, $F(1, 46)=7.226$, $p=.010$). Coeficientul de determinare este $R^2=.136$, ceea ce înseamnă că 13 % din varianța durerii auto-raportate este explicată de expectanța la durere; (2) Niciunul dintre modelele de regresie având ca variabilă predictor expectanța de răspuns - relaxare nu este semnificativ; (3) Niciunul dintre modelele de regresie având ca variabilă predictor expectanța de răspuns – distres emoțional nu este semnificativă.

Relația între (1) scorurile de discrepanță, cu cele trei modalități: (a) durere, (b) relaxare, și (c) distres emoțional și (2) variabilele criteriu: (a) distresul emoțional (măsurat prenatal), (b) durerea auto-raportată (măsurată retrospectiv, după naștere), și (c) numărul de ore de travaliu auto-raportat (măsurat retrospectiv, după naștere), se prezintă după cum urmează:

³ Pe parcursul acestui studiu vom folosi acronimul VAS pentru scala analog vizuala

(1) În cazul modelului de regresie care a luat în considerare scorul de discrepanță pentru durere, rezultatele sunt semnificative pentru toate cele trei variabile criteriu: (a) scorul de discrepanță pentru durere și distres emoțional măsurate prenatal sunt semnificative ($\beta=-.449$, $F(1, 46)=11.583$, $p=.004$), cu un coeficient al determinării $R^2=.201$. Astfel, 20 % din varianța distresului emoțional este explicată de scorurile de discrepanță pentru durere; (b) scorul de discrepanță pentru durere și durere auto raportată este semnificativ ($\beta=-.420$, $F(1, 46)=9.841$, $p=.003$), cu un coeficient al determinării $R^2=.176$. Așadar, 17% din varianța în durerea auto raportată este explicată de scorul de discrepanță pentru durere; (c) și pentru durere și numărul auto raportat al orelor de travaliu, modelul este semnificativ ($\beta=-.464$, $F(1, 46)=12.628$, $p=.001$), cu un coeficient al determinării $R^2=.215$. Deci, 21% din varianța numărului auto raportat de ore de travaliu este explicată de scorurile de discrepanță pentru durere.

(2) În cazul scorului de discrepanță pentru relaxare, două modele ale regresiei sunt semnificative: (a) cel dintre scorul discrepanței între relaxare și distres emoțional ($\beta=.410$, $F(1, 46)=9.322$, $p=.004$), cu un coeficient de determinare $R^2=.169$, ceea ce înseamnă că 16% din varianța distresului emoțional este explicată de scorul discrepanței pentru relaxare și (b) modelul regresiei între scorul de discrepanță între relaxare și numărul de ore de travaliu auto-raportat ($\beta=.416$, $F(1, 46)=9.604$, $p=.003$), cu un coeficient de determinare $R^2=.173$, ceea ce înseamnă că 17% din varianța orelor de travaliu auto-raportate este explicată de scorurile de discrepanță pentru relaxare.

(3) În cazul scorurilor de discrepanță pentru distresul emoțional un singur model al regresiei este semnificativ, și anume cel privind numărul auto-raportat al orelor de travaliu ($\beta=-.435$, $F(1, 46)=10.719$, $p=.002$), cu un coeficient de determinare $R^2=.189$, ceea ce înseamnă că 18% din varianța orelor de travaliu auto raportate este explicată de scorul de discrepanță pentru distresul emoțional.

Analiza post-hoc a rezultatelor

Aceste rezultate nu au fost anticipate de ipotezele noastre, dar ele reflectă aspecte interesante care merită luate în considerare. Astfel, am găsit un model semnificativ al regresiei pentru distresul emoțional și numărul auto-raportat al orelor de travaliu ($\beta=.330$, $F(1, 46)=6.344$, $p=.015$), cu un coeficient de determinare $R^2=.109$, ceea ce înseamnă că 10 % din varianța numărului de ore de travaliu auto raportate se explică prin stresul emoțional perceput prenatal.

Discuții

Prezentul studiu susține contribuția expectanțelor de răspuns și a discrepanței între speranța de răspuns și expectanțele de răspuns în cazul (1) nivelului distresului emoțional al femeilor înainte de momentul nașterii (2) nivelurilor durerii auto-raportate evaluate după naștere și (3) numărul orelor de travaliu auto-raportate (evaluate după naștere). Aceste rezultate confirmă investigații anterioare din această arie (David et al., 2006) axându-se însă pe o populație diferită (mai exact, femeile însărcinate aflate înaintea momentului nașterii) și pe rezultate suplimentare (mai exact, durerea).

În cazul primului set de predictorii – expectanțele de răspuns la durere, distres emoțional și relaxare – rezultatele ne arată că expectanța la durere prezice durerea autopercepută. În ceea ce privește al doilea set de predictorii, scorurile de discrepanță rezultate, confirmă investigații anterioare în domeniu (David et al., 2006). Rezultatele noastre indică faptul că o discrepanță mare între speranța de răspuns și expectanța de răspuns în ceea ce privește relaxarea, conduce la un nivel al distresului emoțional ridicat în timpul travaliului influențând, de asemenea, și lungimea acestuia. Mai mult decât atât, rezultatele indică faptul că o discrepanță crescută între speranța de răspuns și

expectanța de răspuns în ceea ce privește durerea reduce (1) stresul emoțional (2) durerea auto raportată (3) numărul auto raportat de ore ale travaliului, confirmând astfel predicțiile noastre. Și în ultimul rând, discrepanța între expectanțele de răspuns și speranța de răspuns în cazul distresului emoțional are ca rezultat un număr autoperceput de ore ale travaliului mai mic.

Din altă perspectivă, studiul atrage atenția asupra unor aspecte noi puțin studiate care ar putea avea implicații clinice importante, cum ar fi impactul distresului emoțional asupra numărului auto raportat de ore de travaliu.

În concluzie, prezentul studiu susține contribuția expectanțelor de răspuns și contribuția discrepanțelor între speranțele de răspuns și expectanțele de răspuns în cazul distresului mamelor care se pregătesc să nască, în cazul durerii și numărului de ore de travaliu autoperceput. Considerăm că rezultatele au atât implicații teoretice cât și practice, iar subiectul merită investigații suplimentare.

Studiul 3. Imaginea corporală și creșterea în greutate din timpul sarcinii; Implicații pentru distresul emoțional

Introducere

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) atestă faptul că în 2005 aproximativ 1.6 miliarde de adulți (cu vârsta peste 15 ani) erau supraponderali, dintre care cel puțin 400 de milioane erau obezi. Una dintre cele mai importante schimbări puternic relaționate cu sarcina și care reclamă mecanisme de coping adecvate în ceea ce le privește pe viitoarele mame, este reprezentată de faptul că acestea trebuie să se confrunte cu creșterea dimensiunilor corpului, schimbări ale siluetei și ale greutateii corpului, toate acestea putând schimba imaginea pe care femeile o au despre corpul lor. O întrebare frecventă a viitoarelor mămici este ”Cam cât ar trebui să mă îngraș în timpul sarcinii?” (Rasmussen & Yaktine, 2009). Însă adevărata întrebare care trebuie pusă este dacă femeile sunt conștiente că a fi obeză în timpul sarcinii crește riscul pentru complicații ale sarcinii și ale problemelor de sănătate asociate atât pentru mame, cât și pentru făt (Andreasen, Andersen, & Shantz, 2004). Mai mult decât atât, studii arată că supraponderalitatea și obezitatea sunt relaționate cu unele probleme emoționale, cum ar fi depresia și anxietatea (Goodman & Whitaker, 2002; Jorm et al., 2003; Strine et al., 2008; Stunkard et al., 2003).

Luând în considerare studiile realizate pe creșterea în greutate, sarcină și probleme emoționale, am decis să cercetăm legătura dintre greutate - sarcină – probleme emoționale la femeile gravide. Pe scurt, studiul are două obiective principale: (1) Primul este legat de examinarea comparativă a populației femeilor gravide cu populație de non gravide în ceea ce privește credințele și comportamentele disfuncționale alimentare. Astfel, ne așteptăm ca aceste două populații să difere în ceea ce privește variabilele menționate mai sus. (2) Al doilea obiectiv este de a determina dacă stima de sine corporală, credințele iraționale și comportamentele disfuncționale cu privire la nutriție sunt mecanisme ce determină nivele ridicate ale depresiei la femeile însărcinate. În consecință, ne așteptăm ca femeile însărcinate care au o stimă de sine corporală scăzută și credințe și comportamente disfuncționale legate de alimentație să prezinte niveluri mai ridicate ale depresiei.

Metoda

Participanți. 218 femei însărcinate și 180 de femei non gravide care au participat la studiu în mod voluntar.

Măsurători: 1. Inventarul Depresiei Beck II (BDI-II) (Beck et. al., 1996); 2. Profilul Distresului Emoțional (PED) (Opriș & Macavei, 2007), 3. Three Factors Eating Questionnaire Revised 21 (TFEQ-R21) (Cappelleri, Bushmakin, Gerber, Leidy, Sexton, Lowe et al, 2009); 4. Scala Credințelor Iraționale Legate de Mâncare (IFBS) (Osberg, Poland, Aguayo, & MacDougall, 2008); 5. Scala de stimă de sine corporală (BSES) (Franzoi & Shields, 1984); 5. Indicele de masă corporală.

Rezultate

Prima parte a rezultatelor oferă informații cu privire la mecanismele cognitive, comportamentele și stima de sine, studiind și corelațional populația de gravide și non gravide – ipoteza 1.

1. Credințe iraționale legate de mâncare și comportamente disfuncționale

În primul rând, am analizat corelațiile dintre credințele iraționale legate de mâncare și comportamentele alimentare disfuncționale la femeile gravide și non gravide. Tabelul 1 sumarizează rezultatele:

Tabelul 1.

Analiză de corelație între credințele iraționale legate de mâncare și comportamentele disfuncționale la femeile gravide și la femeile non gravide.

Populație	Femei gravide	Femei non gravide
	IFBS	
Comportament		
MN	.284, $p=.000$	.554, $p=.000$
ME	.291, $p=.000$	.594, $p=.000$
RC	.078, $p=.251$	-.088, $p=.237$

Notă: MN – mâncat necondiționat; ME – mâncat emoțional; RC – restricție cognitivă; IFBS – Scala Credințelor Iraționale Legate de Mâncare.

Rezultatele arată faptul că în cazul femeilor non gravide se observă o corelație pozitivă între credințele iraționale legate de mâncare și două comportamente alimentare disfuncționale care au fost măsurate cu TFEQ-R21: mâncatul necondiționat și mâncatul emoțional. Avem corelații similare dar mai mici și în cazul femeilor gravide.

2. Greutatea și comportamentele alimentare disfuncționale

În ceea ce privește corelațiile dintre greutate și comportamentele alimentare disfuncționale putem observa unele diferențe între cele două grupuri. Aceste diferențe sunt cuprinse în Tabelul 2.

Tabel 2.

Analiza corelațională între greutate și comportamente alimentare disfuncționale la femeile gravide și non gravide.

Populație	Femei gravide	Femei non gravide
	IMC	
Comportament		
MN	.039, $p=.618$	.285, $p=.000$
ME	.092, $p=.240$	.239, $p=.001$
RC	.344, $p=.001$	-.040, $p=.517$

Notă: RC – restricție cognitivă; MN – mâncat necondiționat; ME – mâncat emoțional; IMC – Indice de masă corporală.

3. *Stima de sine corporală și sarcina*

În urma studiului efectuat, am observat că femeile însărcinate au o stimă de sine corporală mai mică comparativ cu cea a femeilor non gravide [$t(395)=-7.214, p=.000$] și mai mult decât atât, femeile gravide supraponderale au o stimă de sine mai scăzută decât femeile supraponderale care nu sunt gravide [$t(173)=-3.758, p=.000$]. Rezultate similare au fost obținute când au fost comparate femeile însărcinate cu greutate normală cu femeile non gravide cu greutate normală – populația de femeile însărcinate are o stimă de sine mai scăzută [$t(100)=-4.800, p=.000$].

4. *Comportamente alimentare și sarcina*

a. Când au fost comparate cele două grupuri în legătură cu cele trei tipuri de comportamente alimentare am găsit diferențe în cazul (1) restricției cognitive [$t(100)=-2.536, p=.013$] și (2) mâncatului necontrolat [$t(100)=2.366, p=.020$]. Rezultatele în cazul mâncatului emoțional au fost ne semnificative [$t(100)=.096, p=.924$]. Astfel, femeile însărcinate cu greutate normală au niveluri mai scăzute ale RC și MN decât cele non gravide cu greutate normală.

b. După obținerea acestui rezultat am investigat diferențele intra-grup între femeile gravide supraponderale și femeile gravide cu greutate normală în ceea ce privește aceste trei tipuri de comportamente alimentare. Rezultatele arată că femeile gravide cu greutate normală au un scor al CR mai mic comparativ cu femeile însărcinate supraponderale [$t(215)=-4.507, p=.000$]. Nu există diferențe între celelalte două categorii de comportamente alimentare: mâncatul emoțional [$t(215)=-.133, p=.894$] și mâncatul necontrolat [$t(215)=.284, p=.776$].

Discuții

Concluzionând, putem spune că prezentul studiu susține ideea potrivit căreia credințele și comportamentele alimentare sunt elemente importante ce trebuie introduse în programele psihologice prepartum care vizează reducerea distresului emoțional al femeilor gravide. În consecință, consilierea nutrițională în sarcină care este, în special, focalizată pe creșterea în greutate și recomandări cu privire la dietă și are puține șanse de succes fără o contextualizare mai largă a stării de bine psihologică a femeii.

3.1. **Concluzii generale ale implicațiilor teoretice ale proiectului de cercetare**

Scopul acestei secțiuni a fost acela de a investiga eficiența intervențiilor preventive în depresia postpartum și de a testa unele aspecte necercetate/puțin cercetate legate de sarcină și distresul emoțional resimțit pre și postpartum. Astfel, cele mai importante rezultate arată că:

(1) Intervențiile psihosociale existente în acest moment cu scopul de a preveni depresia postpartum nu au rezultate eficiente. Studiile noastre au arătat că intervențiile au rezultate mai bune dacă: (a) se concentrează pe populația generală și nu pe populația aflată în risc de a dezvolta tulburări emoționale pre sau post partum; (b) sunt conduse de către un psiholog și nu de către personal medical; (c) sunt inițiate prepartum; (d) au o durată mare (mai mult de 6 ședințe); (e) au un caracter intensiv (o ședință durează mai mult de două ore).

(2) Al doilea studiu menționat anterior investighează expectanța de răspuns și speranța de răspuns în prezicerea distresului emoțional și a durerii în momentul nașterii – două noi concepte care nu au mai fost studiate în cazul acestei populații. Rezultatele studiului susțin contribuția pe care expectanța de răspuns, discrepanța dintre expectanța de răspuns și speranța de răspuns o au în: (a) nivelul de distres emoțional al femeilor înainte de naștere, (b) nivelurile auto-raportate ale

durerii, evaluate după naștere, și (c) numărul auto-raportat de ore de travaliu (evaluat după naștere) – acestea fiind concepte esențiale pentru dezvoltarea unui nou program de prevenție.

(3) Al treilea studiu al secțiunii teoretice al acestui proiect de cercetare a avut ca scop: (a) examinarea comparativă a femeilor gravide cu cele non-gravide în ceea ce privește credințele și comportamentele alimentare, (b) a determina dacă stima de sine corporală și credințele și comportamentele alimentare disfuncționale corelează cu niveluri ridicate ale depresiei în cazul femeilor gravide. Rezultatele arată faptul că credințele și comportamentele alimentare sunt elemente esențiale care trebuie introduse în programele prepartum care urmăresc să reducă distresul emoțional la femeile însărcinate.

Sumarizând, toate conceptele testate anterior este important a fi introduse în programele psihologice de prevenție a distresului emoțional pre și postpartum.

3.2. Implicații practice ale proiectului de cercetare

3.2.1. Designul unui program psihologic etiopatogenetic de prevenție a distresului emoțional pre și postpartum

Tulburările prepartum și postpartum sunt asociate cu numeroase consecințe importante atât pentru mamă, cât și pentru copil, cele mai severe fiind legate de suicidul mamei sau pruncuciderea (Chandra, Venkatasubramanian, & Thomas, 2002; Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005; Spinelli, 2004). Motivate de aceste consecințe dramatice, multe organizații și departamente de cercetare au studiat eficacitatea multor tipuri de programe de intervenție pentru problemele de sănătate mintală asociate cu sarcina. Unele dintre ele au efecte benefice, iar altele nu (a se vedea mărimile efectelor din Studiul 1). Multe studii au încercat să identifice factorii psihosociali și factorii psihologici relevanți în cazul femeilor care prezintă probleme emoționale asociate cu sarcina; de exemplu: istoricul tulburărilor afective și de anxietate al femeii (Altshuler et al., 2001; Cohen et. al., 2004a, 2004b); istoricul familial al tulburărilor psihiatrice (Forty et. al., 2006; McGuffin et al., 2001; O'Hara, 1986); susținerea maritală, lipsa unui partener, a suportului social și familial (Beck, 1996; Beck, 2001; Beck, 2006; Dennis & Ross, 2006; O'Hara, 1987; Collins et al., 1993), etc. Astfel, cunoscând faptul că această perioadă de timp reprezintă un eveniment major de viață care afectează nu doar mama, ci și partenerul, copilul, familia extinsă și mediul social, specialiștii ar trebui să se canalizeze pe crearea program eficient de intervenție pentru prevenirea apariției distresului emoțional în această perioadă din viața unei femei.

Nu există o intervenție specifică centrat pe emoționalitatea negativă asociată cu sarcina și nașterea. CBT este cea mai intens cercetată intervenție psihoterapeutică validată științific, în cazul majorității tulburărilor emoționale; motiv pentru care programul preventiv construit de noi are la bază principiile REBT (Ellis, 1958). Pe scurt, REBT susține faptul că oamenii nu sunt afectați de evenimentele negative în sine, ci de interpretarea pe care ei o dau acelor evenimente, relaționată cu credințele despre sine, despre alții și despre viață și lume în general (Ellis, 2001). Modelul ABC este modelul explicativ al REBT.

În scopul de a îmbunătăți intervenția preventivă am realizat o serie de studii prin care s-a încercat identificarea unor factori psihologici specifici – diferiți decât cei studiați pe larg în literatură, factori pe care îi considerăm a fi relevanți pentru programul nostru preventiv (a se vedea studiile menționate mai sus). După ce am clarificat ce dorim să schimbăm (variabilele dependente) și mecanismele prin care ne propunem să obținem acele schimbări (variabilele mediatore), am continuat cu conceperea designului studiului clinic controlat. Mai specific, am dezvoltat strategiile și tehnicile pe care le-am putea utiliza într-o intervenție psihologică preventivă în cazul distresului emoțional prepartum și postpartum.

3.2.2. Conceperea unui nou program de intervenție rațional-emoțiv pentru prevenția distresului emoțional pre și post- partum

După ce am examinat caracteristicile intervențiilor realizate anterior studiilor noastre, le-am inclus în prezenta intervenție preventivă, adăugând totodată componente noi considerate de noi a fi importante, bazându-ne pe studii de specialitate .

Durata și formatul intervenției. Am ales ca programul de intervenție să se desfășoare pe o perioadă de 9 săptămâni în format de grup, exceptând ședința inițială care a fost desfășurată individual în scopul de a facilita evaluarea și conceptualizarea.

Componente inovative. Componentele inovative se referă la faptul că, pe întreg parcursul programului, evenimentele activatoare importante în viața femeilor însărcinate sunt disputate utilizând tehnici REBT. În plus, femeilor le este oferită o analiză detaliată a emoțiilor și a pattern-urilor de gândire disfuncționale. Cu aceste două componente – evaluarea detaliată și intervenția structurată, credem că vom obține efecte mai bune comparativ cu alte intervenții, pe care le-am testat într-un studiu clinic controlat.

În primul rând, subiecții vor învăța în detaliu cele două componente principale ale modelului REBT: ABC comportamental și ABC cognitiv. Ulterior, programul se va centra pe sarcină și problemele emoționale care pot apărea. Vor fi discutate din perspectivă REBT mișcările fetale, mai precis lipsa mișcărilor fetale, o introducere asupra aspectelor fizice și a schimbărilor ce pot apărea în primele luni de sarcină, etc. Următorul mare subiect de discuție va fi despre naștere și perioada ulterioară nașterii. Vor fi abordate teme ca sângerările, durerile postpartum, dificultăți la urinare, transpirație excesivă, febră, lactație și faptul că bebelușul nu mănâncă atât cât ar trebui sau și-ar dori. Acestea sunt doar câteva exemple care vor fi abordate din perspectivă REBT. Mai specific, acestea vor fi discutate în termeni de catastrofare, toleranța la frustrare, auto deprecierea și ”trebuie cu necesitate”.

După fiecare sesiune, fiecare participant va primi un ghid cu cele mai importante subiecte și abordarea lor prin prisma REBT. Mai mult, fiecare sesiune va avea teme de casă.

Studiul 4 – Un studiu clinic controlat al unui program terapeutic rațional emoțiv și comportamental pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum

Introducere

Multe experiențe emoționale pe care le au părinții, și în special mamele, în timpul sarcinii și după naștere, pot crește în intensitate, devenind probleme emoționale dificil de confruntat. Întrebarea adresată tratamentelor bolilor psihiatrice în sarcină nu se referă la *cum* să tratăm ci la *dacă* să le tratăm. De ce e așa? Pentru că întrebarea care se naște este : cum să tratăm mama, fără a afecta negativ fătul (Birndorf & Sacks, 2008). Astfel, atunci când se urmărește ținerea sub control a bolilor psihiatrice în timpul sarcinii, specialiștii trebuie să aibă trei obiective: 1. minimizarea expunerii fetale 2. limitarea riscului maternal al bolilor psihiatric și 3. reducerea riscului recăderilor. Într-o analiză a literaturii de specialitate, Misri & Kendrick (2007) au subliniat toate intervențiile importante care sunt oferite pentru a trata tulburările afective și anxioase în timpul sarcinii. Autorii au găsit că cele mai eficiente intervenții sunt: terapia cognitiv comportamentală (Chabrol, Teissedre, Saint – Jean, Teisseyre, Roge, & Mullet, 2002) și terapia interpersonală (Spinelli, 2004; Spinelli & Endicott, 2003; O’Hara et al., 2000). În ceea ce privește prevenția depresiei postpartum studiile controlate nu au reușit să surprindă un efect pozitiv (Dennis, 2005). Luând toate acestea în considerare am ales să concepem și să testăm printr-un studiu clinic

controlat, un program rațional emotiv și comportamental pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum.

Obiective generale:

Obiectivele principale ale studiului clinic controlat sunt:

I. Testarea eficacității unui program psihologic pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum, care ne așteptăm să aibă rezultate mai bune decât programele de prevenție curentă care ținesc tulburări specifice pre și postpartum (ex. depresia postpartum), utilizând ca lot de control serviciile prenatale standard .

II. Testarea mecanismelor schimbării responsabile de obținerea rezultatelor noastre. Aceasta este o parte fundamentală a cercetării noastre.

Pentru îndeplinirea primului obiectiv s-a realizat o analiză a rezultatelor studiului. Am investigat distresul emoțional, operaționalizat prin patru categorii de rezultate: emoționalitatea negativă, depresia, anxietatea și starea de sănătate fizică percepută. Intervenția a fost concepută astfel încât să modifice aceste variabile dependente. În programul nostru preventiv am introdus atât strategii specifice (vezi capitolele anterioare), cât și strategii anterior studiate care s-au dovedit ca având rezultate semnificative; ne așteptăm ca aceste strategii să aibă un rol important în reducerea variabilelor dependente în condiția experimentală, față de lotul de control - în cazul nostrualte servicii oferite pe piață, în domeniul sarcinii.

Ipotezele generale privind rezultatele sunt:

A. Rezultate primare:

1. Subiecții din lotul experimental vor prezenta niveluri mai scăzute ale distresului emoțional, comparativ cu subiecții din lotul de control, la sfârșitul intervenției (prepartum) și postpartum (după trei luni de la naștere).

2. Subiecții din lotul experimental vor prezenta niveluri mai scăzute ale depresiei, comparativ cu subiecții din lotul de control, la sfârșitul intervenției (prepartum) și postpartum (după trei luni de la naștere).

3. Subiecții din lotul experimental vor prezenta niveluri mai scăzute ale anxietății, comparativ cu subiecții din lotul de control, la sfârșitul intervenției (prepartum) și postpartum (după trei luni de la naștere).

B. Rezultate secundare:

4. Subiecții din lotul experimental vor avea niveluri mai bune ale sănătății autopercepute comparativ cu subiecții din lotul de control, la sfârșitul intervenției (prepartum) și postpartum (după trei luni de la naștere).

Al doilea pas a fost un studiu care să testeze mecanismele schimbării. Identificarea factorilor care duc la sau facilitează schimbarea este foarte importantă pentru dezvoltarea tratamentelor etiopatogenetice. Bazându-ne pe literatura exhaustivă în ceea ce privește mediatorii REBT ai depresiei, anxietății și sănătății autopercepute (vezi Studiul 2 și Studiul 3), am luat în considerare aceiași predictorii pentru toate cele patru variabile dependente: credințele iraționale, atitudinile disfuncționale, relația maritală, stima de sine corporală, gândurile automate și acceptarea necondiționată a propriei persoane. Ne așteptăm ca modificări în cazul variabilelor dependente (depresia, anxietatea, emoționalitatea negativă) să fie relaționate cu modificări ale credințelor iraționale generale, ale stimei de sine corporale, a atitudinilor disfuncționale, a relației maritale și a acceptării de sine necondiționate. Studiile efectuate de noi anterior (vezi capitolul 2 și capitolul 3) au arătat existența unor relații semnificative între stima de sine corporală și depresie și între expectanțe și emoționalitate negativă.

Ne așteptăm ca schimbările în cazul tuturor variabilelor dependente luate în calcul să se să fie relaționate cu schimbări ale credințelor iraționale generale, ale stimei de sine corporale, ale atitudinilor disfuncționale, ale relației maritale și ale acceptării de sine necondiționate.

Prin urmare ipotezele noastre sunt:

A. Mecanisme primare ale schimbării:

1. În cazul subiecților din grupul supus tratamentului experimental, vor apărea modificări semnificative ale depresiei, anxietății și emoționalității negative relaționate cu modificări semnificative ale credințelor iraționale generale, comparativ cu grupul de control, unde nu vor fi observate asemenea schimbări.

2. În cazul subiecților din grupul supus tratamentului experimental, vor apărea modificări semnificative ale depresiei, anxietății și emoționalității negative relaționate cu modificări semnificative ale gândurilor automate, comparativ cu grupul de control, unde nu vor fi observate asemenea schimbări.

3. În cazul subiecților din grupul supus tratamentului experimental, vor apărea modificări semnificative ale depresiei, anxietății și emoționalității negative relaționate cu modificări semnificative ale atitudinilor disfuncționale, comparativ cu grupul de control, unde nu vor fi observate asemenea schimbări.

4. În cazul subiecților din grupul supus tratamentului experimental, vor apărea modificări semnificative ale depresiei, anxietății și emoționalității negative relaționate cu modificări semnificative ale acceptării necondiționate ale propriei persoane, comparativ cu grupul de control, unde nu vor fi observate asemenea schimbări.

B. Mecanisme secundare ale schimbării:

1. În cazul subiecților din grupul supus tratamentului experimental, vor apărea modificări semnificative ale depresiei, anxietății și emoționalității negative relaționate cu modificări semnificative ale stimei de sine corporale, comparativ cu grupul de control, unde nu vor fi observate asemenea schimbări.

2. În cazul subiecților din grupul supus tratamentului experimental, vor apărea modificări semnificative ale depresiei, anxietății și emoționalității negative relaționate cu modificări semnificative ale relației maritale, comparativ cu grupul de control, unde nu vor fi observate asemenea schimbări.

Metoda

Participanții. Un lot inițial de 48 de subiecți au participat în acest studiu clinic controlat (25 în grupul de control și 23 în grupul experimental). Subiecții au fost din județul Cluj, România. Au fost 4 paciente care au renunțat, atât din grupul experimental, (vezi figura 1 , mai jos). Au fost considerați *drop out* subiecții care au participat la cel puțin o ședință și mai puțin de cinci săptămâni (mijlocul tratamentului). Participarea în grupul experimental a fost voluntară. Criteriile noastre de excludere au fost: un diagnostic anterior al unei tulburări mentale și participări anterioare la procese de psihoterapie. Aceste criterii au fost selectate pentru conferi o validitate internă mai bună studiului.

Terapeuți și evaluatori. Intervenția a fost implementată de patru psihoterapeuți cu formare în Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală. Fiecare specialist a putut consulta manualele cu informații orientative detaliate privind condiția experimentală. Sesiunile au fost înregistrate și reascultate – cel puțin câte o sesiune pentru fiecare specialist pentru a se evalua aderența la protocol. Suplimentar, s-au ținut întruniri lunare, unde s-a discutat aderența la protocol și posibilele dificultăți întâmpinate de terapeuți în cadrul sesiunilor săptămânale. Pe lângă terapeuți, alți cinci

psihologi au realizat evaluările subiecților incluși în studiu. Acești psihologi erau independenți studiului și nu cunoșteau scopul studiului.

Procedură. Subiecții au fost recrutați prin intermediul anunțurilor pe Internet și prin intermediul recomandărilor medicilor ginecologi sau a trainerilor de la cursurile prenatale pentru a lua parte la o serie de studii științifice care au ca scop principal dezvoltarea unui program psihologic pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum. După o evaluare inițială, subiecții din grupul de control au fost informați că vor fi evaluați periodic cu privire la starea lor emoțională, fără a primi însă niciun fel de intervenție psihologică specifică. Totuși, li s-a spus că aceasta nu le împiedică să participe la orice fel de intervenție doresc, disponibilă în cadrul comunității. Subiecții care au dorit să rămână în grupul de control au fost interesați de a primi acele evaluări periodice și s-au oferit să le completeze. Subiecții din grupul care a primit intervenția au fost chemate să participe la o a doua sesiune.

Condițiile experimentale. Subiecții care au întrunit criteriile de includere în proiect au fost implicați în programul de intervenție care a durat 9 săptămâni.

1. *Grupul de control (orice program disponibil pe piața programelor pentru femei însărcinate)* - nu a primit intervenția, dar nu a fost oprit să participe la orice fel de cursuri disponibile. Subiecții din acest grup au completat voluntar chestionare, în trei momente diferite ca timp.

2. *Grupul experimental* - Subiecții care au întrunit criteriile de incluziune au fost implicați în programul de intervenție de tip REBT care a durat 9 săptămâni. Intervenția a luat, în principal formă de grup, cu o singură ședință individuală de început. Fiecare ședință a durat 90 de minute (vezi Tabelul 3).

Tabelul 3.

Structura grupului experimental

SĂPT.	TEMA SĂPTĂMÂNALĂ	FORMAT
1	Evaluare inițială	Individual
2	Prezentarea celor două modele principale ale REBT: ABC cognitiv și ABC comportamental (exerciții)	Grup
3	Prezentarea celor două modele principale ale REBT: ABC cognitiv și ABC comportamental (exerciții, jocuri de rol)	Grup
4	Sarcina – gândurile negative referitoare la ce s-ar putea întâmpla în timpul sarcinii	Grup
5	Nașterea	Grup
6	Relația de cuplu	Grup
7	Perioada imediat ulterioară nașterii (ghidul cu îngrijorări comune pentru primele 6 săptămâni după naștere)	Grup
8	Aspectul fizic; stima de sine	Grup
9	Ședință booster – jocuri de rol ale unor probleme ipotetice	Grup

Măsurători. Mascarea a fost obținută prin implicarea evaluatorilor independenți. Exceptând partea de evaluare, evaluatorii independenți nu au fost implicați în nicio altă fază a studiului și nu au avut contact cu nicio pacientă, înafara primei ședințe de evaluare. Subiecților,

terapeuților și evaluatorilor li s-au dat instrucțiuni specifice pentru a nu divulga sarcinile tratamentului.

Măsurători ale rezultatelor: a. Profilul stărilor afective – versiunea scurtă - The Profile of Mood States-Short Version – POMS-SV (Shacham, 1984); b. Inventarul de depresie Beck - Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, 1983); c. Inventarul de anxietate stare - trăsătură - The State Trait Anxiety Inventory (STAIx1 – stare și STAIx2 - trăsătură) (Spielberg et al., 1995); d. Inventarul stării de sănătate forma scurtă - Health Status Inventory Short Form (SF-36) (Hays et al., 1998).

Măsurători ale mecanismelor schimbării: a. Scara atitudinilor și Credințelor Generale - versiunea scurtă - General Attitudes and Beliefs Scale – short version (GABSs) (Lindner, Kirkby, Wertheim, & Birchm, 1999); b. Chestionarul Acceptării Necondiționate de Sine - Unconditional Self Acceptance Questionnaire (USAQ) (Chamberlain & Haaga, 2007); c. Chestionarul Gândurilor Automate - Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980); d. Scala Atitudinilor Disfuncționale - The Dysfunctional Attitude Scale (DAS) (Weissman & Beck, 1978); e. Scala Stimei de Sine Corporale - Body self esteem scale (BSES) (Franzoi & Shields, 1984); f. Bids for Connection (Gottman & Declaire, 2001).

Participanții au primit aceste evaluări la patru momente de timp diferite: (a) pentru a stabili nivelul de bază – la începutul tratamentului; (b) mijlocul tratamentului; (c) sfârșitul tratamentului; (d) la trei luni de la naștere (pentru măsurarea în timp rezultatelor).

Rezultate

1. Studiul clinic controlat

Toate analizele au fost făcute respectând principiul intent-to-treat. Variabilele dependente au fost depresia, emoționalitatea negativă, anxietatea și starea de sănătate percepută. Au fost alese acestea patru pentru că sunt cele mai importante probleme emoționale pe care o femeie le poate întâmpina în perioada pre și post natală, așa cum reies din literatura de specialitate (Cohen & Nonacs, 2005; Hendrick, 2006; Stone & Menken, 2008). Astfel, ne așteptăm ca prin componentele sale specifice și inovative, programul nostru să țintească modificarea variabilelor dependente prin intermediul mecanismelor etiopatogenetice specifice. În consecință, ne așteptăm ca tratamentul experimental să fie superior, ca impact asupra variabilelor, condiției de control.

Nivelul de bază. Nu au fost găsite diferențe semnificative între cele două condiții (experimentală și de control) în cazul depresiei ($t(46)=1.469$, $p=.149$), a emoționalității negative ($t(46)=1.088$, $p=.282$), anxietății ($t(46)=-.918$, $p=.363$) și a stării de sănătate fizică percepute ($t(46)=-1.666$, $p=.103$).

Mijlocul tratamentului (rezultatele după 5 săptămâni). Analiza datelor la 5 săptămâni nu a arătat diferențe semnificative pentru depresie ($t(46)=.912$, $p=.367$), emoționalitate negativă ($t(46)=-.220$, $p=.827$), anxietate ($t(46)=-1.517$, $p=.137$) și sănătate fizică percepută ($t(46)=-3.102$, $p=.004$, $d=-.84$).

Post-tratament (rezultatele după 9 săptămâni). Analiza datelor la 9 săptămâni a arătat diferențe semnificative pentru depresie ($t(46)=-.378$, $p=.022$, $d=.16$), emoționalitate negativă ($t(46)=-2.439$, $p=.019$, $d=.93$), anxietate ($t(46)=-2.622$, $p=.012$, $d=.95$) și sănătate fizică autopercepută ($t(46)=-1.548$, $p=.130$).

Am dorit să vedem cum se schimbă rezultatele și în interiorul grupului experimental, așa că am realizat măsurători repetate ale analizei de varianță - ANOVA, la trei momente de timp diferite (de la nivelul de bază la mijlocul și la sfârșitul tratamentului) pentru fiecare grup. Astfel, am găsit

diferențe semnificative pre/intermediar/post intervenție, în cazul tuturor variabilelor noastre: depresie ($F(2,20)=40.062, p=.001$), emoționalitate negativă ($F(2,20)=378.101, p=.001$), anxietate ($F(2,20)=96.865, p=.001$) și starea de sănătate fizică percepută ($F(2,20)=17.094, p=.000$).

Am verificat diferențele în timp în cazul scorurilor variabilelor și la grupul de control, dar aici nu s-au înregistrat diferențe semnificative pentru niciuna dintre acestea: depresie ($F(2,22)=1.434, p=.248$), emoționalitate negativă ($F(2,22)=2.953, p=.104$), anxietate ($F(2,22)=3.089, p=.097$) și sănătate fizică percepută ($F(2,22)=.957, p=.394$).

Următoarea analiză ne-a permis stabilirea momentului în timp la care s-a produs schimbarea, în cazul lotului experimental. Deoarece nu am găsit o schimbare longitudinală în lotul de control, nu a fost cazul să efectuăm o analiză similară pentru acesta. Am calculat Testul t pentru eșantioane perechi, cu corecția Bonferroni.

Rezultatele pentru depresie. Există diferențe semnificative de la nivelul de bază la mijlocul tratamentului ($t(22)=4.880, p=.000$) cu o mărime a efectului ($d=.34$). Diferențele au fost, de asemenea semnificative, între mijlocul și sfârșitul tratamentului ($t(22)=5.431, p=.000$), cu un o mărime a efectului mare ($d=.72$). Per ansamblu, există diferențe semnificative între începutul și încheierea tratamentului ($t(22)=5.400, p=.000$) cu o mărime a efectului mare așa cum indică coeficientul Cohen, $d=.86$ și valorile sale de referință pentru semnificanța mărimii efectului (Cohen, 1992).

Rezultatele pentru emoționalitate negativă. În cazul simptomelor, există diferențe pentru toate cele trei măsurători temporale diferite: nivel de bază-mijlocul tratamentului ($t(22)=8.622, p=.001$) cu un efect al mărimii mic ($d=.30$), mijlocul – sfârșitul tratamentului ($t(22)=17.045, p=.001$) cu un efect al mărimii foarte mare ($d=1.29$) și per ansamblu, am găsit diferențe de la nivelul de bază la sfârșitul intervenției ($t(22)=9.058, p=.001$) cu un efect al mărimii semnificativ ($d=.69$).

Rezultatele pentru simptomele de anxietate. Și în acest caz rezultatele sunt similare, pentru anxietate găsim diferențe în toate fazele: nivel de bază - mijlocul tratamentului ($t(22)=11.752, p=.001$) cu o mărime a efectului medie ($d=.52$), mijlocul - sfârșitul tratamentului ($t(22)=5.020, p=.001$) cu o mărime a efectului medie ($d=.43$) și per ansamblu, am găsit diferențe între nivelul de bază și încheierea tratamentului ($t(22)=7.108, p=.001$), cu o mărime a efectului mare, de data aceasta ($d=.84$).

Rezultatele pentru starea de sănătate percepută. În cazul stării de sănătate percepută, rezultatele sunt diferite de cele anterioare: de la nivelul de bază la mijlocul tratamentului ($t(22)=3.272, p=.002$) avem o mărime a efectului medie pozitivă ($d=.59$), dar de la mijlocul tratamentului la sfârșit efectul este invers ($t(22)=-7.101, p=.000$), subiecții percepend o depreciere a stării de sănătate, iar acest efect este mare ($d=-.88$). Per ansamblu, am găsit diferențe semnificative între nivelul de bază și încheierea tratamentului ($t(22)=-2.295, p=.016$) însă mărimea efectului este neglijabilă ($d=-.11$).

Discuții

Ca o concluzie, până în prezent, putem afirma în urma analizei rezultatelor acestui studiu că REBT este mai eficientă post-tratament decât în cazul grupului de control, în ceea ce privește simptomele depresive, emoționalitatea negativă și anxietatea. Cu toate acestea, la 3 luni după naștere efectele sunt mai pronunțate pentru emoționalitate negativă și anxietate, nu și pentru depresie. În cazul sănătății fizice percepute rezultatele sunt oarecum confuze: la sfârșitul intervenției rezultatele privind sănătatea fizică percepută nu sunt semnificative, deși la mijlocul tratamentului rezultatele erau semnificative (efectele obținute în prima jumătate a programului s-au

pierdut până la sfârșitul tratamentului). Cu toate acestea, la trei luni după naștere, rezultatele au redevenit semnificative atât pentru grupul experimental, cât și pentru grupul de control.

2. Studiul teoriei schimbării

După ce am analizat rezultatele studiului clinic controlat, pasul următor a fost să ne centrăm pe explorarea mecanismelor schimbării care sunt responsabile pentru rezultatele obținute. Acesta este un pas vital în dezvoltarea de noi strategii clinice care să îmbunătățească rezultatele unor intervenții țintite pe anumite probleme. Ne așteptăm ca modificările rezultatelor (depresie, anxietate, emoționalitate negativă) să fie relaționate cu schimbări la nivelul credințelor iraționale, stimei de sine corporale, gândurilor automate, atitudinilor disfuncționale, relației maritale și a acceptării de sine necondiționate.

Rezultatele pentru depresie

Pasul 1: Testarea eficacității. Așa cum s-a observat în studiul rezultatelor au fost obținute rezultate semnificative intra grup și intergrupal privind reducerea depresiei. Astfel, putem trece la următorii pași.

Pasul 2: Testarea intervenției. În acest al doilea pas, am evaluat relația între tratament și schimbare în cazul mediatorilor propuși. Am comparat scorurile pre și post-test, pentru fiecare condiție - experimentală și de control, utilizând testul t pentru eșantioane perechi. În cazul condiției non experimentale niciun mediator nu influențează semnificativ variabilele dependente, în timp ce în condiția experimentală toate variabilele considerate a fi mediatori au avut rezultate semnificative.

Tabelul 4.

Testul t pentru eșantioane perechi și mărimile efectului pentru valorile pre-test – post-test ale mediatorilor pentru lotul experimenta.

	<i>t</i>	<i>Pragul de semnif.</i>	<i>d (coef. Cohen)</i>
Credințe iraționale	6.853	$p < .001$	.79
Stima de sine corporală	-2.434	$p = .024$	-.14
Gândurile automate	5.757	$p < .001$	.73
Atitudinile disfuncționale	5.337	$p < .001$	-.19
Acceptarea necondiționată	-3.499	$p = .002$	.53
Relația maritală	4.590	$p < .001$	1.31

Ulterior am verificat dacă există diferențe între grupuri în ceea ce privește scorurile post-test pentru fiecare variabilă, cu scorurile pre-test ale depresiei servind drept covariată. Rezultatele arată diferențe semnificative între grupuri pentru: credințele iraționale ($F(1,38)=4.047$, $p=.024$), stima de sine corporală ($F(1,38)=3.453$, $p=.040$), atitudinile disfuncționale ($F(1,38)=7.884$, $p = .001$) relația maritală ($F(1,38)=3.741$, $p=.031$). Pentru gândurile automate ($F(1,38)=1.665$, $p=.201$) și acceptarea de sine necondiționată ($F(1,38)=2.707$, $p=.078$) nu au fost diferențe semnificative între grupuri. Ceea ce arată aceste rezultate până la momentul actual, este că tratamentul experimental a dus la o schimbare semnificativă a credințelor iraționale, a stimei de sine corporale, a atitudinilor disfuncționale și a relației maritale, comparativ cu condiția de control.

Pasul 3: Testarea psihopatologiei. Scorurile schimbării reziduale de la pre-tratament la post-tratament pentru depresie, au fost corelate cu cele ale fiecărei mediatore propuse în ipoteză.

Rezultatele arată că modificările scorurilor depresiei sunt relaționate cu modificările credințelor iraționale, ale atitudinilor disfuncționale și ale relației maritale.

Tabelul 5.

Corelațiile între diferențele de scor (de la pre la post test) între rezultatele depresiei și variabilele propuse ca mediatore, pentru grupul experimental.

Variabilele moderatoare	BDI	
	<i>r</i>	Sig.
Credințe iraționale	.619	<i>p</i> =.002
Stima de sine corporală	.086	<i>p</i> =.697
Gândurile automate	.703	<i>p</i> =.001
Atitudinile disfuncționale	.318	<i>p</i> =.140
Acceptarea necondiționată	-.133	<i>p</i> =.546
Relația maritală	.445	<i>p</i> =.038

Notă: BDI – Inventarul de Depresie Beck.

Pasul 4: Testarea medierii. Rezultatele de până acum arată diferențe semnificative între cele două condiții experimentale în cazul credințelor iraționale, gândurilor automate și a relației maritale (3 din cei 6 mediatori propuși). Pentru aceste relații s-a realizat o analiză a medierii pentru fiecare mediator. Astfel, analiza de regresie a arătat că, atunci când controlăm credințele iraționale, relația dintre variabila independentă (tratamentul) și variabila dependentă (depresia) nu mai este semnificativă ($B=-.422$, $p=.058$). Astfel, intervenția nu mai este semnificativă atunci când sunt controlate credințele iraționale. Am realizat un test Sobel pentru confirmarea acestui rezultat ($Z=.279$, $p=.779$) dar coeficientul Sobel nu este semnificativ.

Luând în considerare al doilea mediator – gândurile automate, care au fost găsite ca fiind semnificative în pasul 3, am realizat o analiză completă a medierii. Astfel analiza de regresie a arătat că atunci când sunt controlate gândurile automate, relația dintre variabila independentă (tratamentul) și variabila dependentă (depresia) rămâne semnificativă ($B=-.327$, $p=.046$). În consecință tratamentul este tot semnificativ, chiar dacă controlăm gândurile automate. Acest rezultat poate susține ideea că există și alți mediatori care influențează rezultatele.

Luând în considerare al treilea mediator – relația maritală, care a fost găsită semnificativă în pasul 3, am realizat o analiză completă a medierii. Astfel analiza de regresie a arătat că, atunci când controlăm relația maritală, relația dintre variabila independentă (tratamentul) și variabila dependentă (depresia) nu mai este semnificativă ($B=-.256$, $p=.166$). Astfel, intervenția nu mai este semnificativă atunci când este controlată relația maritală. Am realizat un test Sobel pentru confirmarea acestui rezultat ($Z=1.813$, $p=.069$) dar coeficientul Sobel nu este semnificativ. În consecință variabila noastră mediatore – relația maritală nu are aceeași influență pe care o are o variabilă independentă asupra uneia dependente.

Rezultatele pentru anxietate

Pasul 1: Testul de eficacitate. Așa cum am văzut din studierea variabilelor dependente, există diferențe semnificative in grup și inter grup în ceea ce privește anxietatea. În consecință putem trece la următorii pași.

Pasul 2. Testarea intervenției. În acest al doilea pas, am vrut să vedem dacă tratamentul afectează mecanismele de acțiune presupuse a produce efectele intervenției (credințele iraționale, stima de sine corporală, gândurile automate, atitudinile disfuncționale, acceptarea necondiționată și relația maritală). Am comparat scorurile pre-test și post-test la aceste măsurători, pentru fiecare condiție a intervenției (experimentală și de control) utilizând testul t pentru eşantioane perechi. În

cazul condiției de control, niciuna dintre variabilele propuse nu are rezultate semnificative asupra variabilelor dependente, în timp ce în cazul condiției experimentale, toate variabilele considerate a fi mediatori, au rezultate semnificative.

Tabelul 6.

Testul t pentru eșantioane perechi și mărimea efectului pentru scorurile pre-tratament și post-tratament asupra variabilelor mediatoare pentru lotul experimental / treatment condition.

	<i>t</i>	<i>Pragul de semnif.</i>	<i>d (coef. Cohen)</i>
Credințe iraționale	6.853	$p=.001$	.79
Stima de sine corporală	-2.434	$p=.024$	-.14
Gândurile automate	5.757	$p=.001$	.73
Atitudinile disfuncționale	5.337	$p=.001$	-.19
Acceptarea necondiționată	-3.499	$p=.002$	.53
Relația maritală	4.590	$p=.001$	1.31

Apoi am verificat existența diferențelor inter grup la scorurile post tratament ale fiecărei variabile, cu scorurile pre tratament ale anxietății servind ca și covariată. Rezultatele arată diferențe semnificative între grupuri pentru: stima de sine corporală ($F(1,38)=3.819$, $p=.030$) și atitudini disfuncționale ($F(1,38)=7.897$, $p=.001$) și diferențe ne semnificative pentru credințe iraționale ($F(1,38)=2.311$, $p=.111$), relație maritală ($F(1,38)=2.096$, $p=.135$), gânduri automate ($F(1,38)=.736$, $p=.485$) și acceptare de sine necondiționată ($F(1,38)=2.482$, $p=.095$).

Pasul 3. Testarea psihopatologiei. Scorurile schimbării reziduale de la pre-tratament la post-tratament ale anxietății, au fost corelate cu cele pentru fiecare mediator presupus. Rezultatele arată că schimbările scorurilor la anxietate sunt relaționate cu schimbări ale gândurilor automate.

Tabelul 7.

Corelațiile între diferențele de scor (de la pre la post test) între rezultatele anxietății și variabilele propuse ca mediatoare, pentru grupul experimental.

Variabilele moderatoare	Anxietate <i>r</i>	Prag de Semnif.
Credințe iraționale	.354	$p=.097$
Stima de sine corporală	-.005	$p=.982$
Gândurile automate	.425	$p=.043$
Atitudinile disfuncționale	.354	$p=.097$
Acceptarea necondiționată	-.241	$p=.269$
Relația maritală	.371	$p=.089$

Pasul 4. Analiza medierii.

Luând în considerare că există doar o singură colerație și anume cu gândurile automate, am realizat o analiză completă a medierii. Astfel, analiza de regresie a arătat că atunci când controlăm gândurile automate, relația dintre variabila independentă (tratamentul) și variabila dependentă (depresia) rămâne semnificativă ($B=-.339$, $p=.019$). Astfel condiția de tratament este semnificativă, chiar dacă este controlată medierea gândurilor automate. Acest rezultat poate susține ideea că există alți mediatori care influențează rezultatele.

Rezultatele pentru emoționalitate negativă

Pasul 1: Testul de eficacitate. Așa cum am văzut din studierea variabilelor dependente, există diferențe semnificative in-grup și inter-grup în ceea ce privește emoționalitatea negativă. În consecință putem trece la următorii pași.

Pasul 2. Testarea intervenției. În acest al doilea pas, am vrut să vedem dacă tratamentul afectează mecanismele de acțiune presupuse a produce efectele intervenției (credițele iraționale, stima de sine corporală, gândurile automate, atitudinile disfuncționale, acceptarea necondiționată și relația maritală). Am comparat scorurile pre-test și post-test la aceste măsurători, pentru fiecare condiție a intervenției (experimentală și de control) utilizând testul t pentru eșantioane perechi. În cazul condiției de control, niciuna dintre variabilele propuse nu are rezultate semnificative asupra variabilelor dependente, în timp ce în cazul condiției experimentale, toate variabilele considerate a fi mediatori, au rezultate semnificative.

Tabelul 8.

Testul t pentru eșantioane perechi și mărimea efectului pentru scorurile pre-tratament și post-tratament asupra variabilelor mediatoare pentru lotul experimental / treatment condition.

	<i>t</i>	<i>Pragul de semnif.</i>	<i>d (coef. Cohen)</i>
Credințe iraționale	6.853	$p=.001$	.79
Stima de sine corporală	-2.434	$p=.024$	-.14
Gândurile automate	5.757	$p=.001$	.73
Atitudinile disfuncționale	5.337	$p=.001$	-.19
Acceptarea necondiționată	-3.499	$p=.002$	.53
Relația	4.590	$p=.001$	1.31

Ulterior s-a verificat existența diferențelor inter grup la scorurile post tratament ale fiecărei variabile, cu scorurile pre tratament ale emoționalității negative servind ca și covariată. Rezultatele arată diferențe semnificative între grupuri pentru: stima de sine corporală ($F(1,38)=7.897$, $p=.001$), atitudini disfuncționale ($F(1,38)=7.897$, $p=.001$) și diferențe nesemnificative: pentru credințe iraționale ($F(1,38)=2.311$, $p=.111$), relație maritală ($F(1,38)=2.096$, $p=.135$), gânduri automate ($F(1,38)=.736$, $p=.485$) și acceptare de sine necondiționată ($F(1,38)=2.482$, $p=.095$).

Pasul 3. Testarea psihopatologiei. Scorurile schimbării reziduale de la pre-tratament la post-tratament ale emoționalității negative, au fost corelate cu cele pentru fiecare mediator presupus. Rezultatele arată că schimbările scorurilor la emoționalitate negativă sunt relaționate cu schimbări ale gândurilor automate.

Tabelul 9.

Corelațiile între diferențele de scor (de la pre la post test) între rezultatele emoționalității negative și variabilele propuse ca mediatoare, pentru grupul experimental

Variabile mediatoare	Emoționalitatea negativă <i>R</i>	Prag de semnific.
----------------------	--------------------------------------	-------------------

Credințe iraționale	.754	$p=.000$
Stima de sine corporală	-.250	$p=.250$
Gândurile automate	.403	$p=.057$
Atitudinile disfuncționale	.355	$p=.096$
Acceptarea necondiționată	-.274	$p=.207$
Relația maritală	.356	$p=.104$

Pasul 4. Analiza medierii.

S-a realizat o analiză completă a medierii pentru credințele iraționale. Astfel, analiza de regresie a arătat că atunci când controlăm gândurile automate, relația dintre variabila independentă (tratamentul) și variabila dependentă (depresia) nu mai rămâne semnificativă ($B=.109$, $p=.610$). Astfel condiția de tratament nu mai este semnificativă, chiar dacă este controlată medierea gândurilor automate. Am realizat o analiză Sobel pentru confirmarea acestui rezultat ($Z=.068$, $p=.945$), dar coeficientul Sobel nu este semnificativ. Astfel, variabila noastră mediatore – gândurile iraționale nu are aceeași influență de determinare precum o variabilă independentă are asupra variabilei dependente. Mai specific, efectul indirect al variabilei independente (condiția de tratament) asupra variabilei dependente (emoționalitatea negativă) prin intermediul acestei variabile moderatoare (credințele iraționale) nu este semnificativă.

Discuții

În primul rând, este necesar să repetăm scopul folosirii aceluiași mecanism ale schimbării pentru toate variabilele: așa cum putem vedea din literatura de specialitate, puține studii susțin implicarea unor mecanisme ale schimbării în cazul distresului emoțional resimțit în timpul sarcinii. În consecință, unul dintre scopurile acestei lucrări a fost surprinderea mecanismelor cauzale ale distresului emoțional din cursul sarcinii (vezi Studiul 2, Studiul 3 și Studiul 4 – secțiunea cu mecanismele schimbării). De aceea, am testat cel mai frecvent întâlniți factori în literatură, factori care sunt cu fiecare variabilă semnificativă statistic (vezi Studiul 4 – secțiunea cu rezultatele studiului) pentru depresie, anxietate și distres emoțional, în general. În ceea ce privește Studiul 4 rezultatele arată că, în general, nu am reușit să identificăm mecanismele specifice ale schimbării pentru fiecare variabilă-rezultat considerată. În continuare vom discuta rezultatele, separat pentru fiecare variabilă dependentă/rezultat.

Rezultatele pentru depresie. Primul mecanism al schimbării analizat în cazul depresiei a fost credințele iraționale. Rezultatele cuprinse în secțiunea cu mecanismele schimbării arată că aceste credințe iraționale nu reprezintă un mecanism al schimbării în cazul femeilor însărcinate, atunci când ne referim la un program de intervenție pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum. Rezultatele sunt similare și pentru gândurile automate. Aceste rezultate sunt congruente cu teoria lui Ellis, potrivit căreia gândurile automate sunt derivate ale credințelor iraționale (Szentagotai, David, Lupu, & Cosman, 2008). Totuși, o altă interpretare poate fi aceasta: modificarea credințelor iraționale a redus dispoziția depresivă, care la rândul ei a redus gândurile automate, credințele intermediare și centrale, care în acest caz sunt văzute ca și corelate non-cauzale ale dispoziției depresive. (vezi și Haaga, Dyck, & Ernst, 1991).

În afara acestor doi factori cognitivi, se pare că intervenția noastră REBT a avut efect asupra relației maritale, iar aceasta poate influența simptomele depresive. Am găsit o relație de mediere, care a fost însă, nesemnificativă (vezi rezultatele testului Sobel). O posibilă explicație este aceasta: problemele maritale au fost disputate doar într-o singură ședință. Sunt multe studii care susțin

importanța relației maritale în timpul sarcinii și care insistă asupra necesității unei intervenții specifice în acest sens (Watson, Elliott, Rugg, & Brough, 1984; Paykel et al., 1980).

Rezultatele pentru anxietate. Similar depresiei, și în cazul anxietății putem spune că, în general, nu am reușit să identificăm mecanisme specifice ale schimbării în cazul intervenției experimentale. Deși intervenția REBT a fost specific construită pentru a schimba doar credințele iraționale, se pare că în studiul nostru, în cazul anxietății, credințele iraționale nu sunt mecanismele schimbării. În loc de asta, singurele mecanisme ale schimbării identificate prin analiza medierii, dar nu și prin testul Sobel, au fost gândurile automate (Hollon & Kendall, 1980). Posibila explicație a lipsei medierii acestui mecanism este reprezentată de specificitatea chestionarelor gândurilor automate, care au fost construite pentru simptomele depresive, dar nu și pentru anxietate (Burgess & Haaga, 1994).

Emoționalitatea Negativă. În ceea ce privește emoționalitatea negativă, am identificat credințele iraționale ca fiind posibili mediatori, dar rezultatele nu au fost susținute și de testul Sobel, ca și în cazul anxietății. Astfel, pot fi alți factori care influențează schimbările în emoționalitatea negativă. Am luat în considerare și faptul că, având un număr mic de subiecți, aceasta poate influența rezultatele. Este posibil ca prin mărirea lotului experimental, ipotezele să fie susținute.

Concluzii și discuții generale ale studiului clinic controlat

Studiul clinic controlat a arătat că intervenția dezvoltată de noi este superioară grupului de control (community care), în ceea ce privește rezultatele pentru depresie, emoționalitate negativă și anxietate. Rezultatele postpartum indică posibilitatea existenței unor rezultate superioare și după 3 luni de la primirea intervenției. Evaluări postnatale ulterioare, raportate la intervale mai lungi de timp, vor stabili mai clar acest efect potențial. Dacă aceste rezultate sunt confirmate, vom putea derula o analiză a teoriei schimbării pentru a putea vedea care sunt mecanismele schimbării specifice pentru aceste diferențe postpartum.

În ceea ce privește rezultatele depresiei, programul nostru de intervenție a avut rezultate semnificative la evaluările post-tratament, dar nu a reușit să mențină aceste rezultate și la evaluările postpartum. O explicație pentru aceste rezultate poate fi aceasta: nivelurile depresiei anterioare intervenției au fost mici și de aceea nu s-a putut vizualiza o diferență în timp. Altă posibilă explicație constă în impactul mare pe care dezirabilitatea socială îl are asupra evaluărilor simptomelor depresive relaționate cu nașterea și perioada postnatală.

În ceea ce privește rezultatele anxietății, acestea sunt semnificative post tratament, menținându-se și pe o perioadă de 3 luni postnatal. În ciuda faptului că și în grupul de control s-au înregistrat rezultate semnificative în ceea ce privește reducerea anxietății în perioada postpartum, subiecții la programul nostru au obținut rezultate superioare. Aceasta susține impactul intervenției noastre asupra simptomelor anxietății. Rezultatele sunt superioare atât post-intervenție cât și postnatal și în cazul emoționalității negative. Aceste două rezultate principale sunt de o importanță majoră – subiecții din grupul nostru nu numai că au avut rezultate mai bune post-intervenție, ci și-au menținut rezultatele în timp, ceea ce înseamnă că prin intermediul programului nostru am avut un impact asupra distresului emoțional atât în perioada premergătoare nașterii (prepartum), cât și în perioada postpartum. Aceasta arată că, parțial, obiectivele noastre au fost îndeplinite.

Cu toate că noi considerăm ca fiind importante atât aceste rezultate semnificative, cât și rezultatele medierii, utilizându-le în intervenție, nu am reușit să adunăm date care să susțină relația dintre rezultate și mediatorii considerați. Mediatorii noștri au avut un impact asupra rezultatelor,

dar acțiunea niciunuia dintre ei nu a putut fi susținută prin analiza finală a procesului de mediere. Aceasta sugerează că cercetările ulterioare ar trebui îndreptate spre adunarea mai multor informații despre ce tipuri de mediatori ar trebui incluși în asemenea intervenții și cum s-ar putea îmbunătăți efectul lor. Mai mult, așa cum am menționat anterior, o potențială limitare a acestui proiect de cercetare este numărul mic de pacienți din lotul experimental, care ar fi putut să ne împiedice în găsirea unei mărimi a efectului medie sau mică a variabilelor presupuse a fi mediatore ale schimbării.

Ultimul pas al acestei teze are implicații practice. După ce am realizat studiul clinic controlat și secvențele de evaluare ale acestuia, am considerat necesară dezvoltarea unui instrument de evaluare privind credințele raționale și iraționale ale femeilor însărcinate. Conținutul credințelor este foarte diferit, comparativ cu populația generală, de aceea, am vrut să identificăm credințele specifice pe care să lucrăm. În acest fel, viitoarele intervenții preventive vor avea un instrument specific (Prepartum Beliefs Scale – Scala credințelor prepartum) pentru a evalua și monitoriza subiecții.

Studiul 5. Scala credințelor raționale și iraționale prepartum⁴

Introducere

Evaluarea mecanismelor care stau în spatele problemelor emoționale au un impact semnificativ atât asupra practicii clinice, cât și asupra cercetării. De aceea, conceperea de scale specifice care măsoară aceste mecanisme poate avea efecte benefice în practica psihologică. Acest studiu se centrează pe crearea unei scale care să măsoare specific mecanismele distresului emoțional prepartum, din perspectivă cognitiv-comportamentală.

Luând în considerare teoria REBT privind rolul important pe care credințele raționale îl au în promovarea sănătății mentale, iar credințele iraționale îl au în starea de stres mintal, construcția acestei scale ar putea avea atât implicații teoretice, cât și practice. În primul rând, din punct de vedere teoretic, rezultatele ar putea argumenta importanța pe care studiile anterioare au dat-o credințelor raționale și iraționale în dezvoltarea stresului emoțional, dar pe o populație specifică – femeile însărcinate. În al doilea rând, din punct de vedere practic, studiul poate aduce rezultate relevante referitoare la importanța utilizării instrumentelor, cu ajutorul cărora se pot obține multe informații, într-un timp scurt și cu efort puțin.

Prezentarea generală a scalei

Scala credințelor prepartum - The Prepartum Beliefs Scale (PBS) este un instrument auto-raportat care măsoară credințele raționale și iraționale specifice perioadei pre și post natale. Construcția scalei s-a bazat pe Scala credințelor raționale și iraționale parentale - Parental Rational and Irrational Beliefs Scale (Gavița, DiGiuseppe, David & DelVecchio, nepublicată) și pe alte scale ale credințelor raționale și iraționale. Referitor la conținut, scala are trei categorii generale de itemi: itemi relaționați cu perioada de sarcină, cu nașterea și cu perioada imediat următoare nașterii. Scala permite calcularea unui scor general, dar și a scorurilor separate pentru

⁴ Acest studiu a fost publicat:

Anton, R. (2011). Prenatal Beliefs Scale, *Erdelyi Pszichologiai Szemle*, Vol. 2

“raționalitate” și “iraționalitate”. Mai mult, scala permite calcularea separată a scorurilor pentru fiecare proces cognitiv (DEM, AWF, LFT, SD).

PBS are 28 de itemi plasați/organizați într-o matrice tip 4x3x2 :

(1) Primul factor se referă la “procesele cognitive” și are patru niveluri ce reprezintă patru patern-uri de gândire rațională și patru patern-uri de gândire irațională:

Credințe iraționale	Credințe raționale
Trebuie imperativ (DEM)	Preferință
Catastrofare (AWF)	E rău, dar nu e îngrozitor/groaznic
Toleranța scăzută la frustrare(LFT)	Toleranță crescută la frustrare
Auto-deprecierea (SD)	Evaluare non-globală a sinelui

(2) Al doilea factor se referă la “ariile de conținut” și are trei niveluri: sarcina, nașterea și copilul;

(3) Al treilea factor este ”tipul de frazare/formulare” (raționalitate / iraționalitate) și are două niveluri care reprezintă felul în care itemii sunt formulați: în manieră rațională sau irațională.

Fiecare item este structurat ținând cont de cei trei factori menționați mai sus. De exemplu: ”Nu pot suporta unele evenimente care se petrec în timpul sarcinii (ex. faptul că mă îngraș, că mă doare spatele, că am.....) – itemul este formulat irațional, conținutul se referă la sarcină și procesul cognitiv implicat este “toleranța scăzută la frustrare”.

Subiecții au cinci posibilități de răspuns:

Tabelul 10.

Răspunsuri posibile.

1	2	3	4	5
Dezacord puternic	Dezacord	Neutru	Acord	Acord puternic

Cotarea scorurilor este directă pentru 15 itemi și indirectă pentru 13 itemi.

Metoda

Participanții. Un număr de 291 de femei gravide au participat benevol la acest studiu, menit a evalua proprietățile psihometrice ale unui nou inventar specific al credințelor raționale și iraționale. Subiecții au fost selecționați din cadrul maternităților publice. Toate au fost informate corespunzător privind procedura de testare, utilizarea datelor și confidențialitatea, oferindu-și consimțământul informat.

Instrumente. 1. Inventarul de anxietate stare-trăsătură - The State Trait Anxiety Inventory (STAIx1 – state and STAIx2 - trait), (Spielberg et al., 1995); 2. Inventarul pentru depresie Beck - Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, 1983); 3. Profilul distresului emoțional - Profile of Emotional Distress (PED) (Oprîș & Macavei, 2007); 4. Scala de atitudini și credințe generale, versiunea scurtă - General Attitudes and Beliefs Scale – short version (GABSs) (Lindner et al., 1999).

Rezultate

Analiza fidelității. Fidelitatea pentru PBS – forma a doua a fost estimată prin calcularea coeficientului de consistență internă Alpha Cronbach (vezi Tabelul 3).

Tabelul 11.

Valorile Alpha ale consistenței interne pentru scalele PBS.

PBS	α Cronbach
Total	.75
Iraționalitate	.69
Raționalitate	.69
DEM	.43
AWF	.43
SD	.37
LFT	.60

Notă: PBS – Scala credințelor prepartum; DEM – trebuie imperativ; AWF – catastrofare; SD – autodepreciere; LFT – toleranța scăzută la frustrare.

Analiza validității.

Validitatea de conținut. Punctul de pornire în construirea acestei scale îl constituie Scala credințelor raționale și iraționale parentale - Parental Rational and Irrational Beliefs Scale (Gavița, DiGiuseppe, David, & DelVecchio, nepublicată). Mai mult decât atât, am folosit literatura din domeniu de specialitate pentru a găsi problemele cele mai importante pe care le au femeile în această perioadă. Pe scurt, ariile de interes sunt: (1) depresia postpartum (Sutter-Dallay, Giacconne-Marcesche, Glatigny-Dallay, & Verdoux, 2004), (2) anxietate postpartum (Austin et. al, 2005), (3) expectanțe neconfirmate legate de sarcină, de naștere și de copil (Harwood, McLean, & Durkin, 2007), (4) probleme legate de imaginea corporală (Anderson, 2005), (5) relația maritală (Lee, 2002). Pentru a le clasifica conform: credințe raționale vs. credințe iraționale și, mai important, în funcție de aria de conținut, itemii au fost evaluați de trei experți în Terapie rațional- emotivă și cognitiv-comportamentală, care sunt membrii ai Asociației de Psihoterapie Cognitiv-comportamentale din România. Revizuirea itemilor s-a realizat prin consensul experților-evaluatori. Sumarizând, putem spune că PBS are la bază teoria REBT, iar structura testului este similară cu a altor teste, care și-au dovedit deja utilitatea.

Validitatea de construct. Pentru a testa validitatea de construct a PBS am utilizat Scala credințelor și atitudinilor generale - General Attitudes and Beliefs Scale (DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988). Rezultatele subliniază relația pozitivă între scala noastră și GABS ($r=.455$, $p=.000$). explicația acestui rezultat este că PBS, asemenea GABS, măsoară constructele de credințe raționale și iraționale– testul măsoară ceea ce se presupune că măsoară.

Validitatea de criteriu. Următoarele rezultate susțin ideea conform căreia, chiar și în cazul unor corelații mici, PBS corelează semnificativ cu depresia, scorul global la PED, emoțiile negative disfuncționale, emoțiile negative funcționale, și emoțiile pozitive (sub-scalele PDE). Pe scurt, un scor mare al credințelor iraționale poate prezice un scor mare al depresiei și al emoțiilor negative disfuncționale.

Tabelul 12.

Validitatea de criteriu.

Scala	PBS
BDI	.248 ($p=.000$)
STAI	.109 ($p=.068$)
PED globală	.353 ($p=.000$)
PED emoții negative disfuncționale	.247 ($p=.000$)
PED emoții negative funcționale.	.172 ($p=.003$)
PED emoții pozitive	-.337 ($p=.000$)

Note: PBS – Scala credințelor prepartum; ; BDI –Inventarul depresiei Beck; STAI – Inventarul de anxietate stare-trăsătură; PED –Profilul distresului emoțional.

Analiza factorială. În această secțiune am studiat structura factorială a PBS – forma a doua. În urma analizei funcționale reies doi factori: raționalitatea și iraționalitatea, în acord cu teoria REBT . Mai specific, factorul “ procese cognitive” nu a fost susținut de analiza factorială, factorul ”ariile de conținut” explică 37.11 % din varianța datelor iar factorul “frazare/formulare” explică 29.76 % din varianța datelor, restul de 70.24 % fiind explicat de factori specifici sau de erori de măsurare.

Discuții

Scala credințelor prepartum este un instrument realizat pentru evaluarea subiectivă a credințelor raționale și iraționale , specifice perioadelor pre și post natale. Instrumentul a fost creat din nevoia de intervenții care să fie specifice și validate științific, adresate femeilor însărcinate, cunoscând faptul că o serie de probleme somatice și emoționale se pot asocia sarcinii și nașterii. Scala are o fidelitate bună. Am găsit valori mari ale coeficientului Alpha Cronbach pentru scorurile toate, dar și pentru scalele principale: raționalitate și iraționalitate. Am arătat că PBS are o validitate de construct medie. Validitatea de criteriu a fost de asemenea calculată, rezultatele arătând că, deși nu sunt corelații mari în această primă fază , testul nostru corelează cu depresia, anxietatea și sub-scala „emoții negative disfuncționale” din Profilul distresului emoțional - Profile of Emotional Distress. Concluzionând, datele obținute până în prezent sugerează că PBS are proprietăți psihometrice medii și poate fi utilizată pentru a evalua patern-urile cognitive ale femeilor gravide.

Capitolul IV. CONCLUZII ȘI DISCUȚII GENERALE

Acest proiect de cercetare și-a propus să dezvolte/desfășoare un program etiopatogenetic pentru prevenția distresului emoțional resimțit pre și postpartum. Sănătatea mentală a femeilor este un domeniu față de care interesul a crescut în ultimele două decade. Mai mult decât atât, interesul crescând a condus la multiplicarea cercetărilor și a rapoartelor privitoare la probleme din psihiatria reproducerii. Cu toate că perioada postpartum este identificată cu o perioadă de vulnerabilitate crescută la bolile psihiatrice, sunt studii care, adesea, consideră sarcina ca fiind o perioadă de stare de bine emoțională a femeilor (Zajicek, 1981). Totuși, multe studii sugerează că în perioada sarcinii pot apărea recăderi ale unei condiții psihiatrice pre-existente sau pot apărea tulburări noi (Evans et al. 2001; Northcott & Stein, 1994). Mai mult decât atât, dovezile se acumulează în favoarea posibilității ca tulburările psihiatrice active în perioada de gravidie sau perioada postnatală, să afecteze negativ dezvoltarea copilului, acestea putând crește semnificativ și morbiditatea mamelor (Warner et. al., 1996).

Problematica se intensifică atunci când aducem în discuție utilizarea tratamentelor farmacologice pentru aceste tulburări, deoarece multe efecte secundare negative ale acestora au fost intens cercetate. De obicei, specialiștii folosesc asemenea tratamente în cazul unei interferențe semnificative a tulburării asupra stării de bine a mamei sau a fătului. Altfel, este preferabilă neutilizarea lor, ci căutarea de intervenții psihoterapeutice care nu au sau au mai puține efecte secundare negative.

Cu toate că unele intervenții preventive curente ale distresului emoțional pre și postpartum au rezultate bune, multe dintre intervenții nu le au. Mai specific, studiile meta-analitice ale depresiei postpartum (vezi studiul 1 și Dennis, 2005) arată că intervențiile psihosociale nu au

efecte semnificative. Astfel, eficacitatea programelor folosite în mod curent este limitată. Mai mult decât atât, trebuie să luăm în considerare conceptul dezirabilității sociale. Experiența de a fi mamă este una publică – cu roluri social-prescrise și, mai cu seamă, este o identitate pe care femeia trebuie să și-o asume. Din cauza acestei încărcături sociale multe femei nu sunt diagnosticate pentru că nu împărtășesc problemele sau emoțiile negative pe care le au. Astfel utilizarea intervențiilor adecvate, este condiționată de recunoașterea și acceptarea de către femei a acestei emoții. Principiul pe care se bazează intervențiile psihologice prezente este centrat pe ideea că femeile au nevoie în primul rând de suport social și nu de intervenția focalizată pe fricile lor sau pe construirea încrederii în abilitățile de mamă.

Cele mai des utilizate intervenții preventive pentru distresul emoțional folosesc terapia interpersonală. Puține studii au utilizat tratamente preventive CBT, iar rezultatele arată că acestea nu au efecte mai benefice comparativ cu condiția de control (Austin et al., 2008). Mai mult decât atât, puține intervenții prepartum au susținere teoretică și practică, iar în ansamblu acestea nu au eficacitate dovedită (vezi Studiul 1 și Dennis, 2005).

Prin urmare, luând toate acestea în considerare: 1. Lipsa informațiilor cu privire la medicație. 2. Riscurile distresului emoțional pre și postpartum atât pentru mamă cât și pentru copil și familie. 3. Lipsa analizelor asupra mecanismelor schimbării cu privire la baza psihologică a acestor probleme 4. Multiplele intervenții psihoeducaționale și puținele intervenții focusate pe mecanismele schimbării, ne-au dat oportunitatea de a crea acest extins proiect de cercetare care a avut două mari obiective: 1. Să analizeze câteva mecanisme ale schimbării potențiale în cazul stresului emoțional prepartum și 2. Să realizeze un program de intervenție pentru prevenția distresului emoțional pre și postpartum.

Disertația încearcă să răspundă la întrebările care se ridică, din trei puncte de vedere: teoretic, metodologic și practic. Astfel, proiectul de cercetare are contribuții teoretice, metodologice și practice.

Contribuțiile teoretice. Prima cercetare (Studiul 1) se referă la identificarea efectelor intervențiilor prepartum, în ceea ce privește prevenția apariției depresiei postpartum. Urmând modelul cercetării lui Dennis (2005) am analizat aceleași studii și câteva în plus, centrându-ne pe categorii specifice ale intervențiilor utilizate în studii clinice. Mai specific scopul acestui studiu a fost să estimeze eficacitatea intervențiilor psihosociale de prevenție a simptomelor depresive postpartum. Pentru împlinirea acestui scop s-au utilizat tehnici meta-analitice, pe două niveluri. Specific, studiul oferă: (1) o estimare cantitativă a mărimii generale a efectului intervențiilor psihosociale și (2) o comparație a mărimii efectelor diferitelor categorii de rezultate. În primul rând, în sens general, nici una dintre aceste intervenții preventive, nu a fost găsită a fi o unealtă suficient de puternică pentru a face față semnelor și simptomelor depresiei postpartum – intervențiile preventive psihosociale nu a ajutat majoritatea femeilor în reducerea simptomelor. Mai mult decât atât, chiar dacă vorbim despre o tendință a efectelor pozitive, putem să extragem niște linii de ghidaj pentru propriul program preventiv, prin luarea în considerare a unor aspecte importante ale intervențiilor psihologice: ar trebui să fie oferite de personal calificat (psihologi clinicieni, psihoterapeuți), ar trebui să se desfășoare în medii structurate, cu o durată mai mare de una sau două ședințe – intervențiile mai lungi sunt mai benefice decât cele scurte și, ar trebui formulate pentru populația generală și nu pentru populația de risc. Astfel, când am desfășurat propriul studiu clinic, am luat în considerare toate aspectele mai sus menționate.

Contribuții metodologice. Următoarele studii ale proiectului nostru de cercetare (studiul 1 și 3) sunt centrate pe găsirea de mecanisme psihologice specifice care ar trebui schimbate în timpul unui program preventiv de intervenții. Mai întâi am luat în considerare două concepte interesante,

gândindu-ne că ar fi importante pentru programul nostru preventiv: expectanțele de răspuns, speranțele de răspuns și impactul lor asupra trei rezultate non-intenționate în ceea ce privește nașterea: durerea, relaxarea și anxietatea. Studiul sprijină contribuția expectanțelor de răspuns și a discrepanței dintre speranța de răspuns și expectanța de răspuns la (1) nivelurile de distress emoțional simțite de femei înainte de a naște (2) nivelurile auto raportate ale durerii raportate după naștere. Aceste rezultate confirmă investigații anterioare în domeniu (David et al., 2006) centrate însă pe o populație diferită (în speță, femeile însărcinate înainte de naștere) și pe rezultate suplimentare (în speță, durerea). Dintr-o altă perspectivă, studiul atrage atenția asupra unor noi aspecte nestudiate care ar putea avea importanță clinică în ceea ce privește impactul expectanțelor de răspuns, asupra duratei auto raportate a travaliului. Durata percepută a travaliului este un factor extrem de important pentru distressul emoțional. Micșorarea duratei percepute a travaliului ar putea avea un impact pozitiv asupra întregii încărcături emoționale a acestei experiențe. Astfel, am folosit toate aceste aspecte în dezvoltarea propriului program preventiv de intervenție.

Mai departe, ne-am focalizat pe adunarea de informații despre un alt mecanism intens menționat de literatură ca fiind promotor al simptomelor depresive – stima de sine corporală. Am vrut să îmbogățim cercetările anterioare cu o mai bună înțelegere a conceptului de stimă de sine corporală raportat specific la femeile însărcinate – modul în care se adaptează la schimbările multiple ale corpului. Mai mult decât atât, am analizat patern-urile cognitive specifice referitoare la nutriție. Principalele rezultate au arătat că femeile care au mai puține cunoștințe despre alimentația sănătoasă au și sentimente subiective ale mâncatului fără control și mai mult, sentimentul subiectiv că ele mănâncă mult atunci când au stări emoționale negative. Alt rezultat interesant este cel care susține ideea: ”Sunt însărcinată, pot în sfârșit să mănânc tot ce doresc pentru că bebelușul are nevoie”. Mai specific rezultatele arată că femeile însărcinate cu greutate normală au nivele mai scăzute de abținere cognitivă, comparativ cu lotul de populație generală. În ceea ce privește stima de sine corporală, rezultatele arată că femeile gravide au o stimă de sine corporală mai joasă decât populația generală, indiferent dacă vorbim de femei gravide normale ponderal sau supraponderale. În ceea ce privește legătura dintre unele variabile ale alimentației (cognitive sau comportamentale) și depresie, rezultatele arată că mecanismele relevante în ceea ce privește nutriția, pentru resimțirea distressului emoțional prepartum, sunt: stima de sine corporală, mâncatul necontrolat și credințe iraționale specifice măsurate cu PBS. Sumarizând, studiul 2 susține ideea că credințele și comportamentele alimentare sunt elemente foarte importante a fi introduse în programele psihologice prepartum, pentru a reduce distressul emoțional al femeilor însărcinate.

Nu am considerat a fi necesar să inițiem studii suplimentare în cazul altor presupuse mecanisme ale schimbării, pentru care există cercetări consistente (care se referă, de exemplu la relația maritală și la impactul acestei asupra distressului pre și postpartum sau la implicarea credințelor iraționale în distressul emoțional) care oferă suficientă informație pentru construirea unui program preventiv îndreptat asupra acelor factori.

Contribuții practice.

1. Dezvoltarea și testarea unui protocol de intervenție. Astfel bazându-ne pe studii anterioare și propriile studii am realizat un program preventiv de intervenție care a fost testat într-un studiu clinic controlat. Procedura de testare a programului a implicat două faze: 1. Testarea eficienței programului referitor la variabilele-rezultat considerate: depresia, anxietatea, emoționalitatea negativă și sănătatea mentală autopercepută. 2. Un studiu al teoriei schimbării care a investigat impactul presupușilor mediatori (credințele iraționale, gândurile automate, atitudinile disfuncționale, relația maritală, stima de sine corporală și acceptarea de sine necondiționată) asupra variabilelor-rezultat. Astfel, studiul nostru clinic a arătat că tratamentul experimental conceput are

rezultate superioare comparativ cu îngrijirile comunitare pentru depresie, anxietate și emoționalitate negativă. Rezultatele postpartum indică faptul că, tratamentul ar fi mai eficient la trei luni după intervenție. Cu toate că aceste rezultate sunt semnificative, nu am putut stabili dacă acestea sunt explicate de variabilele mediatori. Mediatoarele presupuse au părut a avea impact asupra rezultatelor, dar nici una nu a putut fi susținută în procesul de analiză finală a medierii. Din analiza teoriei schimbării am descoperit câțiva mediatori importanți care trebuie luați în considerare pentru calibrarea intervențiilor viitoare. În ceea ce privește depresia, deși intervenția REBT a fost specific concepută pentru a schimba credințele iraționale, se pare că în cazul nostru credințele iraționale nu sunt un mecanism al schimbării. Mai mult se pare că REBT are un impact asupra relației maritale, care ar putea influența simptomele depresive. Relația de mediere găsită a fost nesemnificativă.

Cu privire la anxietate și emoționalitate negativă, am găsit aceeași doi factori importanți implicați în schimbarea post intervenție: stima de sine corporală și atitudinile disfuncționale. Satisfacția față de propriul corp pare a fi un factor important pentru anxietate. Atitudinile disfuncționale sunt al doilea mediator al anxietății și al emoționalității negative. Astfel s-a găsit o relație de mediere a atitudinilor disfuncționale asupra anxietății, dar aceasta nu a fost semnificativă; la fel este cazul și pentru emoționalitatea negativă.

2. Dezvoltarea și testarea unei scale specifice. Am întâlnit o problemă practică – necesitatea unui instrument de evaluare a credințelor specifice din perioada sarcinii. Astfel am dezvoltat The Prepartum Beliefs Scale (PBS) – Scala Credințelor Prepartum; PBS este o scală auto raportată care măsoară credințele raționale și iraționale asociate cu gravida, nașterea și perioada postnatală, bazată pe cercetările teoretice ale Terapiei Rațional Emotive și Comportamentale elaborată de Ellis. Datele obținute în studiul nostru sugerează ca PBS are proprietăți psihometrice medii și poate fi utilizată pentru evaluarea patern-urilor cognitive la femeile însărcinate. Datele prezentate în acest studiu trebuie considerate însă, un ghid în linii grosiere/mari, care oferă oportunități de investigare suplimentară a credințelor raționale și iraționale care se pot activa în această perioadă distinctă din viața unei femei. Scala poate fi utilizată în mediul spitalicesc pentru evaluarea femeilor care merg la consultațiile periodice. Utilizarea ei poate susține expertii, în munca de căutare a informațiilor despre stările mentale și emoționale ale femeilor gravide (cum ar fi îngrijorările, emoțiile negative). Mai mult de-atât, folosită alături de un chestionar al distresului emoțional PBS poate oferi despre mecanismul schimbării distresului emoțional, facilitând formularea de către experți a unor intervenții țintite pe reducerea problemelor emoționale din cursul acestei perioade specifice din viața unei femei

Limite și direcții viitoare de cercetare. Concluzionând, putem spune că proiectul nostru de cercetare reprezintă un prim pas în dezvoltarea unei intervenții de prevenție a distresului emoțional pre și postpartum, mai eficace. Totuși rămân câteva întrebări importante. Prima este legată de rolul credințelor iraționale – acestea au fost relaționate cu modificări ale depresiei, emoționalității negative și anxietății, dar nu au părut a fi mediatori relevanți ai schimbării, în cazul rezultatelor considerate. Astfel, acest fapt ar putea constitui o viitoare linie de cercetare: testarea rolului specific al credințelor iraționale și posibilitatea acestora de a fi explicați ca mediatori ai gândurilor automate, de exemplu, iar gândurile automate să fie mediatorii schimbării în depresie. (Szentagotai et al, 2008). În al doilea rând ar fi necesar un screening al distresului emoțional pre și postpartum și al factorilor cognitivi care ar putea fi asociați cu distresul emoțional. Acesta ne-ar ajuta să dezvoltăm un program de intervenție preventivă mai eficient. În al treilea rând, se pune întrebarea dacă un program mai extins ar putea fi mai eficient în cazul acestei populații. Poate că oferind

acest tip de intervenții, alături de cursuri prenatale clasice, ar ajuta viitoarele mame să facă față mai bine problemelor emoționale pe care le întâlnesc în această perioadă din viața lor. În final, poate că o campanie de informare ar ajuta viitoarele mame să conștientizeze riscurile emoționale pe care le poate aduce cu sine o sarcină și, de asemenea, consecințele negative ale problemelor emoționale, reducându-se rușinea/stigmatizarea asociată acceptării existenței acestor dificultăți.

Astfel, cercetările viitoare ar trebui să ia în considerare atât chestiunile teoretice, referitoare la impactul credințelor raționale și iraționale, cât și problemele practice, mai sus menționate.

Cercetările din toate domeniile relaționate cu distresul emoțional asociat cu sarcina trebuie să se focalizeze pe găsirea unor tratamente etiopatogenetice mai eficiente. Acest proiect de cercetare a adus câteva date semnificative raportate la distresul emoțional pre și postpartum și a sugerat câțiva factori psihologici care sunt potențiale mecanisme etiologice. Cercetări ulterioare sunt necesare pentru a confirma acest rol precum și a valida tratamentul etiopatogenetic.

Referințe bibliografice selective

- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35(3), 237-244. doi:10.1046/j.1440-1754.1999.00348.x
- Austin M, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. (2008). Brief prepartum cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postpartum depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3):35-44.
- Austin, M.-P., Priest, S. R., & Sullivan, E. A. (Aut.). (2008). Prepartum psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (4), CD005124. doi:10.1002/14651858.CD005124.pub2
- Austin, M. P., & Lumley, J. (2003). Prepartum screening for postpartum depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 10-17. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x
- Austin, M. P., Hadzi Pavlovic, D., Saint, K., & Parker, G. (2005). Prepartum screening for the prediction of postpartum depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 310-317. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00594.x
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.
- Birndorf, C. A., Sacks, A. C. (2008). To medicate or not: the dilemma of pregnancy and psychiatric illness. In Stone, S. D., Menkin, A. E. Perinatal and postpartum mood disorders: perspectives and a treatment guide for mental health professionals. New York: Springer Publishing, 237 – 265.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3-8. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.08.006
- Chabrol, T., Saint-Jean, T., Rogé, B., & Mullet, E. (Aut.). (2002). Prevention and Treatment of Postpartum Depression: A Controlled Randomized Study on Women at Risk. *Psychological Medicine*, 32(06), 1039–1047. doi:10.1017/S0033291702006062
- Cohen, L. S., & Nonacs, R. (2005). *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American Psychiatric Pub.

- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1243
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27(2), 104-111. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x
- David, D., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2006). Relations between coping responses and optimism–pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 203-213. doi:10.1016/j.paid.2005.05.018
- David, D., Montgomery, G., & DiLorenzo, T. (2006). Response expectancy versus response hope in predicting distress. A brief research report. *Erdelyi Pszichologiai Szemle*, 1, 1-13.
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., & Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT); fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 175-221. doi:10.1007/s10942-005-0011-0
- Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postpartum depression: systematic review. *BMJ*, 331(7507), 15-0. doi:10.1136/bmj.331.7507.15
- Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59(1), 35-49. doi:10.1080/00221309.1958.9710170
- Fairburn, C. G., & Welch, S. L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 153-160. doi:10.1002/1098-108X(199003)9:2<153::AID-EAT2260090204>3.0.CO;2-8
- Gunn, J., Lumley, J., Chondros, P., & Young, D. (1998). Does an early postpartum check- up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(9), 991-997. doi:10.1111/j.1471-0528.1998.tb10263.x
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Belmont, CA Brooks/Cole.
- Kirsch, I.E., (1999). *How expectancies shape experience*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Misri, S. K., & Misri, S. (2002). *Shouldn't I Be Happy: Emotional Problems of Pregnant and Postpartum Women*. Ed. Simon and Schuster.
- Montgomery, G. H., & Kirsch, I. (1997). Classical conditioning and the placebo effect. *PAIN*, 72(1–2), 107-113. doi:10.1016/S0304-3959(97)00016-X
- Montgomery, G. H., David, D., DiLorenzo, T. A., & Schnur, J. B. (2007). Response expectancies and irrational beliefs predict exam-related distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(1), 17-34. doi:10.1007/s10942-006-0029-y
- Montgomery, G. H., David, D., DiLorenzo, T., & Erbllich, J. (2003). Is hoping the same as expecting? Discrimination between hopes and response expectancies for nonvolitional outcomes. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 399-409. doi:10.1016/S0191-8869(02)00202-7
- Murray, L. (1999). *Postpartum Depression and Child Development*. Guilford Press.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi:10.3109/09540269609037816
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum

- depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171. doi:10.1037/0021-843X.93.2.158
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*; *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 63-73. doi:10.1037/0021-843X.100.1.63
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 57(11), 1039-1045. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1039
- Rasmussen, K.M., Yaktine, A.L. (2009). Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. *National Academies Press*.
- Salkovskis, P. M. (1997). *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford Press.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x
- Spinelli, M. G. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555-562. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.555
- Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54(3), 330-337. doi:10.1016/S0006-3223(03)00608-5
- 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: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 523-538. doi:10.1037/a0014332
- Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., & Cabral, H., (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160 (5 Pt 1), 1107.