



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
BABEȘ-BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITÁT
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY
TRADITIO ET EXCELLENTIA

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ "PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII
PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC"

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**ROLUL SCHEMELOR DEZADAPTATIVE TIMPURII ÎN
DEPRESIE: MECANISME PROPUSE ȘI DIRECȚII
PENTRU INTERVENȚIE**

AUTOR: DOCTORAND PAULA-IOANA STROIAN

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: PROF. UNIV. DR. DANIEL OVIDIU DAVID

Cluj-Napoca
2024

Cuprins

CAPITOLUL 1. CADRUL TEORETIC AL LUCRĂRII.....	3
1.1. Introducere în tematica de cercetare.....	3
1.1.1. Terapia schemelor pentru depresie.....	3
1.1.2. Schemele ca factori de vulnerabilitate pentru depresie	3
1.1.3. Modurile schemelor în depresie	4
1.1.4. Utilizarea intervențiilor de tip terapia schemelor în depresie	5
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ.....	6
CAPITOLUL III. STUDII ORIGINALE	7
3.1. Studiul 1. O metaanaliză a relației dintre schemele maladaptive timpurii și depresie la adulți.....	7
3.1.1. Introducere	7
3.1.2. Metoda	7
3.1.3. Rezultate	8
3.1.4. Discuții	10
3.2. Studiul 2: Compararea structurilor rețelelor schemelor dezadaptative timpurii ale persoanelor cu depresie majoră curentă, anterioară și fără istoric de depresie	11
3.2.1. Introducere	11
3.2.2. Metoda	11
3.2.3. Rezultate	12
3.2.4. Discuții	14
3.3. Studiul 3: Fidelitatea și validitatea versiunii românești a Inventarului Schema Coping.....	15
3.3.1. Introducere	15
3.3.2. Metoda	16
3.3.3. Rezultate	16
3.3.4. Discuții	18
3.4. Studiul 4: Legătura dintre activarea schemelor, moduri și dispoziția depresivă: o analiză de rețea pe baza unor date longitudinale intensive	19
3.4.1. Introducere	19
3.4.2. Metoda	19
3.4.3. Rezultate	20
3.4.4. Discuții	22
3.5. Studiul 5: Fezabilitatea, acceptabilitatea și efectele unui program mobil bazat pe terapia contextuală a schemelor pentru simptomele depresive.....	23
3.5.1. Introducere	23
3.5.2. Metodă.....	23
3.5.3. Rezultate	25
3.5.4. Discuții	27
CAPITOLUL IV. CONCLUZII.....	29
4.1. Implicații teoretice și conceptuale.....	29
4.2. Implicații practice	29
4.3. Inovații metodologice.....	30
4.4. Limite și direcții viitoare	30
Bibliografie selectivă	32

Cuvinte cheie: scheme dezadaptative timpurii, depresie, terapia schemelor, moduri de schemă, analiză de rețea

CAPITOLUL 1. CADRUL TEORETIC AL LUCRĂRII¹

1.1. Introducere în tematica de cercetare

Estimările globale indică faptul că, în prezent, depresia majoră este principala cauză de dizabilitate la nivel mondial, peste 300 de milioane de persoane fiind afectate de această tulburare (Organizația Mondială a Sănătății, 2017). O abordare psihoterapeutică promițătoare care a fost până în prezent doar modest investigată în ceea ce privește depresia este terapia schemelor (Schema Therapy - ST; Young, 1990; Young et al., 2003). Acest model își propune să adreseze limitările abordării cognitiv-comportamentale standard, precum lipsa de răspuns a aproximativ o treime dintre clienți la tratament (Wojnarowski et al., 2019; Zhang et al., 2018), adesea din cauza tiparelor cognitive rigide sau a tulburărilor de personalitate comorbide (Gollan et al., 2006; Grilo et al., 2010; Mars et al., 2021; Reuter et al., 2016). În secțiunile următoare sunt discutate specificul modelului, utilitatea sa potențială pentru clienții cu depresie, precum și mai multe lacune în cunoștințele legate de aplicarea acestui model în depresie.

1.1.1. Terapia schemelor pentru depresie

Modelul ST este bazat pe conceptul de *scheme dezadaptative timpurii*, modele de gândire rigide formate în copilărie și adolescență pe baza invalidării nevoilor emoționale de către persoane semnificative sau din cauza unor circumstanțe de viață aversive (Young et al., 2003). Terapia schemelor își propune să restructureze schemele dezadaptative, cu scopul de a ajuta persoanele să aibă așteptări mai echilibrate cu privire la îndeplinirea nevoilor emoționale în prezent, și, astfel, să adreseze trăsăturile de personalitate dezadaptative și simptomatologia. În acest scop, ST vizează *modurile* schemelor, care reprezintă dimensiuni ale activării de moment a acestora și a repertoriilor lor adiacente de coping (Young et al., 2003; Van Genderen et al., 2013). Acestea includ modurile de Părinte (mai recent denumite moduri de Critic) ("vocile" internalizate ale figurilor inițial invalidante din viața timpurie a clienților), modurile de Copil (răspunsuri emoționale la activatori, similare cu cele din copilărie, în momentul confruntării inițiale cu setul respectiv de situații adverse) și modurile de coping (strategii comportamentale disfuncționale menite să ajute momentan clientul în situația activării mesajelor negative ale schemei).

Pe lângă utilitatea sa dovedită pentru o serie de alte tulburări (a se vedea recenzia lui Van Dijk et al., 2023, pentru o listă actualizată a studiilor empirice care aplică ST), ST s-a dovedit a fi eficientă în tulburările depresive (Carter et al. 2013; Kopf-Beck et al., 2024; Malogiannis et al., 2011; Renner et al., 2016). Cu toate acestea, sunt necesare mai multe cercetări în ceea ce privește construirea și validarea unui model teoretic cuprinzător al ST pentru depresie.

În modelul bazat pe ST al *depresiei cronice*, propus de Renner et al. (2013), schemele care constituie factori de vulnerabilitate pentru cronicitatea acestei probleme psihologice sunt abandonul/instabilitatea, deprivarea emoțională și eșecul. Cu toate acestea, după cum se va discuta în continuare, se cunosc mai puține despre schemele care constituie factori de vulnerabilitate stabili pentru apariția tulburărilor depresive *în general*. În plus, nu sunt cunoscute modurile specifice pe baza cărora operează schemele în depresie. Totodată, având în vedere cercetarea limitată în această direcție, eficacitatea și acceptabilitatea intervențiilor ST pentru depresie necesită studii suplimentare. Fiecare dintre aceste direcții de cercetare este adresată în continuare într-o secțiune distinctă.

1.1.2. Schemele ca factori de vulnerabilitate pentru depresie

Un număr substanțial de studii examinează asocierile transversale dintre scheme și simptomele depresive, cu rezultate mixte. O meta-analiză realizată de Bishop și colaboratorii (2022) a agregat rezultatele acestora și a indicat faptul că toate schemele sunt asociate semnificativ și pozitiv cu depresia, schema de deficiență/rușinea și cea de izolarea socială având efecte mari, îndreptățirea / grandoarea, sacrificiul de sine și standardele nerealiste având corelații slabe, iar restul schemelor demonstrând asocieri moderate.

Datorită faptului că unele scheme sunt puternic intercorelate (de exemplu, Camara & Calvete, 2012; Davoodi et al., 2018; Eberhart, Auerbachand, Bigda-Peyton, & Abela; 2011; Lewin et al., 2015; Petrocelli et al., 2001), este posibil ca contribuția anumitor scheme să fie supraestimată pe baza rezultatelor meta-analizei

¹ O parte din cadrul teoretic prezentat în acest capitol a fost publicat sub forma unui review narativ. Stroian, P. I. (2021). Emotional needs and schematic functioning in depression: a narrative review. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 21(1).

respective. Young și colaboratorii discută despre conceptul de "scheme conectate" (2003, p. 74), adică dobândite împreună, întrucât se referă la nevoi emoționale conexe. Deși o persoană poate raporta astfel mai multe astfel de scheme conexe, în măsuri comparabile, s-ar putea ca nivelul lor de implicare cauzală în depresie să difere și doar unele dintre ele să reprezinte o prioritate imediată în adresarea acestei probleme psihologice. Ca atare, identificarea schemelor care reprezintă predictorii individuali ai depresiei ar putea reprezenta o direcție de cercetare utilă.

Până în prezent, studiile care analizează schemele ca predictorii individuali ai depresiei au indicat rezultate mixte. Schema de abandon (Petrocelli et al., 2001; Renner et al., 2012; Stopa et al., 2001; Welburn et al., 2002) și schema de eșec (Calvete et al., 2006; Petrocelli et al., 2001; Renner et al., 2012), care au fost, de asemenea, propuse ca factori proximali de vulnerabilitate pentru depresia cronică în modelul lui Renner et al. (2013), sunt printre schemele care s-au dovedit a prezice în mod unic depresia în unele studii. Alte scheme, legate de tema neajutorării, relevantă în depresie (Beck, 1967, 1995; Seligman, 1974, 1975) și care sunt asociate în mod unic cu depresia conform unor rezultate, sunt dependența / incompetența (Harris & Curtin, 2002; Petrocelli et al., 2001) și vulnerabilitatea la rău (Harris & Curtin, 2002; Schmidt et al., 1995). În plus, mai multe studii au identificat schema de deficiență/rușine ca predictor individual (Calvete et al., 2006; Harris & Curtin, 2002; Schmidt et al., 1995; Stopa et al., 2001). Acest lucru, împreună cu faptul că schema respectivă a avut cea mai mare asociere cu depresia în meta-analiza de Bishop et al. (2022), subliniază rolul potențial al schemei de deficiență/rușine ca un contribuitor distinct la depresie. Cealaltă schemă care a fost puternic corelată cu depresia în meta-analiza respectivă (izolarea socială) nu a fost identificată drept predictor unic în niciunul dintre studiile cu acest obiectiv. Cu toate acestea, având în vedere asocierea puternică dintre izolare socială și depresie din meta-analiza lui Bishop et al. și faptul că autorii discută că schema ar putea avea un rol evolutiv în această problemă psihologică, în conformitate cu teoria rangului social (Wetherall și colab., 2019), această schemă ar putea fi luată în calcul ca potențial predictor unic. În cele din urmă, o altă schemă care merită luată în considerare ca potențial factor individual al depresiei este cea de negativitate/pesimism. Această schemă se suprapune conceptual, într-o anumită măsură, cu lipsa de speranță, un factor de vulnerabilitate consacrat în depresie (Alloy și colab., 1988). În plus, această schemă a fost una dintre cele mai puternic asociate cu depresia în studiul lui Bishop și colaboratorii.

Ca atare, agregarea rezultatelor studiilor care explorează asocieri dintre scheme cum ar fi cele prezentate mai sus și depresie, controlând pentru intercorelațiile dintre ele, ar putea fi o modalitate utilă de a delimita care dintre schemele propuse mai sus rămân predictorii consecvenți în cadrul studiilor și ar putea reprezenta factorii potențial unici ai depresiei. În plus, merită discutat faptul că schemele sunt structuri cognitive care funcționează în rețea (de exemplu, Gilboa & Marlatte, 2017) și sunt interconectate, pe baza unor asocieri învățate (Ghosh & Gilboa, 2014). Beck (1996) propune faptul că, în depresie, schemele funcționează ca parte a unor structuri de rețea, care se întăresc reciproc. Prin urmare, o abordare bazată pe analize de rețea ar putea fi utilă pentru a înțelege modul în care schemele sunt interconectate în depresie și care dintre ele sunt cele mai centrale în sistemele cognitive ale persoanelor depresive. Acest lucru ar putea ajuta, de asemenea, la distingerea contribuțiilor unice ale schemelor, având în vedere similitudinile lor conceptuale și relațiile dintre nevoile emoționale care stau la baza lor.

În plus, modelul stare-trăsătură al vulnerabilității cognitive la depresie susține că, deși vulnerabilitatea cognitivă la depresie este stabilă, o parte din aceasta devine accesibilă numai atunci când problemele de depresie sunt prezente (Just și colab. 2001; Miranda și colab., 1998; Persons și colab., 1992). Investigarea diferențelor în structurile de rețea ale persoanelor cu depresie curentă versus anterioară ar putea evidenția diferențele potențiale în activarea vulnerabilității cognitive. În plus, ar putea fi examinat dacă modelele de asociere între diverse cogniții dezadaptative sunt consolidate în timpul episoadelor depresive, în conformitate cu propunerea lui Beck (1996) conform căreia rețelele schemelor devin mai puternic interconectate pe măsură ce apar episoadele depresive. Nu în ultimul rând, examinarea diferențelor potențiale dintre structura rețelei schemelor persoanelor cu depresie anterioară versus fără depresie anterioară ar putea indica dacă anumite scheme acționează ca factori de vulnerabilitate stabili, posibil influențând rețeaua în mod diferit la persoanele vulnerabile.

1.1.3. Modurile schemelor în depresie

În prezent, cercetările privind rolul modurilor schemelor în depresie sunt puține ca număr. Două studii au constatat că un set amplu de moduri dezadaptative sunt asociate cu simptome depresive (Basile și colab., 2018) sau sunt prezente într-o mai mare măsură la persoanele cu depresie majoră, comparativ cu un grup de control (Reinhard și colab., 2022). Cu toate acestea, pentru a construi un model pragmatic al depresiei, bazat pe terapia schemelor, este important ca numărul de moduri să fie redus la cele care sunt implicate direct și cauzal în generarea și menținerea simptomelor depresive. Mai specific, identificarea conținutului și a funcției specifice a modurilor de Critic și Copil în depresie ar putea contribui la nuanțarea obiectivelor terapiei pentru această problemă psihologică.

O dezvoltare mai recentă, Terapia contextuală a schemelor (CST; Roediger și colab., 2018) ar putea ajuta la identificarea modurilor implicate în depresie. În această abordare, modurile sunt sistematizate pe baza funcției lor evolutive și a dinamicii lor în cadrul activării schemei – în cadrul modelului, emoțiile vulnerabile, cum ar fi deprimarea, pot fi înțelese ca rezultând din activarea unui mod Critic orientat spre interior (ca purtător al mesajelor schematice internalizate) și conducând la comportamente de coping cum ar fi înghețul (de exemplu, atenuarea emoțiilor) sau capitularea (de exemplu, inactivitatea comportamentală). Modelul CST nu a fost testat în depresie până în prezent. Cu toate acestea, propunerile sale sunt în conformitate cu dovezile existente privind rolul autocriticii în depresie (de exemplu, Werner et al., 2018) și utilizarea evitării experiențiale (Akbari et al., 2022) și a copingului pasiv (Parker & Brown, 1982) de către persoanele cu această problemă psihologică.

Având în vedere propunerea lui Beck (1996) privind modurile depresive și noțiunea că schemele cognitive, emoționale și comportamentale funcționează într-o structură de tip rețea, testarea modelului de mai sus ca parte a unor analize de rețea longitudinale ar putea ajuta la clarificarea atât a temporalității relațiilor propuse, cât și a centralității fiecărei componente în model. O implicație practică a unei abordări bazate pe analiza de rețea este că acele componente mai centrale (noduri) ar trebui să fie vizate mai întâi în tratament, întrucât dezactivarea lor ar duce apoi la cel mai substanțial impact în rețea (Borsboom & Cramer, 2013; McNally, 2016).

1.1.4. Utilizarea intervențiilor de tip terapia schemelor în depresie

Unul dintre avantajele ST este că poate fi combinată cu alte abordări bazate pe dovezi, datorită conceptualizării integrative pe care o oferă. Pentru a ajuta clienții să beneficieze cât mai mult de psihoterapie, ar putea fi utilă o integrare a conceptualizărilor din diversele abordări bazate pe dovezi, astfel încât să le fie oferită o justificare coerentă pentru tratament, reunind în același timp cât mai multe tehnici bazate pe dovezi, în conformitate cu propunerile către o terapie cognitiv-comportamentală integrativă și multimodală (David & Cristea, 2018).

Deși nu a fost încă testată empiric pentru depresie, terapia contextuală a schemelor (CST) este o extensie promițătoare a modelului ST, care integrează această abordare cu elemente din științele contextual comportamentale. Cele șase procese ale flexibilității psihologice (acceptare, difuzie cognitivă, atenție în prezent, sine ca context, valori și acțiune angajată), propuse în terapia prin acceptare și angajament (ACT) (Hayes et al., 2011) sunt valorificate pentru a explica și aborda modurile schemelor (Roediger et al., 2018). CST își propune (1) antrenarea difuziei față de cognițiile dezadaptative (modul Critic), (2) îmbunătățirea acceptării emoțiilor dificile (moduri de Copil) (înlocuirea evitării experiențiale) (3) cultivarea conștientizării momentului prezent (mindfulness), pentru a putea observa mai bine activarea modurilor și tendința de angajare în coping dezadaptativ, (4) construirea unei perspective de tip sine-context (mod de Adult sănătos) în locul sinelui conceptual prescris de Critic, (5) clarificarea unor valori personale care ajută la întrunirea nevoilor emoționale și (6) punerea în practică a unor comportamente corespunzătoare acestor valori (acțiune angajată) (Roediger et al., 2018). Din câte cunoaștem, nu există încă dovezi publicate cu privire la eficacitatea CST pentru depresie. Cu toate acestea, ca o abordare mai consacrată din științele contextual comportamentale, ACT este eficientă în reducerea simptomelor depresive (Bai et al., 2020; Bohlmeijer et al., 2011; Kohtala, Muotoka & Lappalainen, 2017; Ruiz et al., 2020). Așadar, sunt necesare mai multe cercetări pentru a clarifica dacă și CST poate fi utilă și pentru persoanele cu depresie. Totodată, o direcție de cercetare se referă la utilizarea și adaptarea (C)ST pentru livrarea online. Fiind o formă structurată de tratament, ST s-ar putea preta la aplicarea într-un format digital. Cu toate acestea, nu există dovezi cu privire la măsura în care persoanele cu depresie pot beneficia de ST administrat online și, prin urmare, sunt necesare mai multe cercetări în această direcție.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Având în vedere direcțiile de cercetare propuse în capitolul anterior, obiectivul principal al prezentei teze este de a examina constructele din Schema Therapy și relevanța lor potențială pentru depresie, în ceea ce privește conceptualizarea și intervenția. În acest scop, teza a fost structurată în jurul a patru obiective principale. **Primul obiectiv** al prezentei lucrări a fost de a cuantifica, utilizând proceduri meta-analitice, asociațiile dintre scheme și depresie, atât ca asociații bivariate, cât și unice. A fost efectuată o meta-analiză corelațională bazată pe 100 de studii (**Studiul 1**) care raportează asocieri între schemele individuale și depresie. În plus, pentru a aborda limitările asocierilor bivariate și pentru a ajuta la construirea unui model mai pragmatic, am efectuat, în cadrul aceluiași studiu, o meta-analiză bazată pe un model de ecuații structurale (MASEM) care a testat șapte scheme relevante din punct de vedere teoretic și empiric (abandon, izolare socială, deficiență/rușine, eșec, dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău și negativitate/pesimism) ca predictorii unici ai depresiei.

Al **doilea obiectiv** al tezei a presupus compararea structurilor de rețea ale schemelor menționate mai sus la indivizii cu depresie majoră curentă, anterioară și fără istoric de depresie majoră, pentru a investiga dacă schemele cu o relevanță conceptuală în depresie ocupă poziții diferite în rețelele indivizilor și relaționează între ele în mod diferit, în funcție de statusul clinic (**Studiul 2**). Au fost recrutate 291 de persoane care, pe baza unei evaluări clinice efectuate în cadrul studiului, au îndeplinit criteriile pentru tulburare depresivă majoră curentă, tulburare depresivă majoră anterioară sau care nu avuseseră episoade de depresie majoră. Folosind analiza de rețea, am investigat centralitatea celor șapte scheme incluse în cadrul rețelei fiecărui grup, precum și tăria asocierilor lor.

În plus, pentru a examina rolul modurilor de schemă în activarea schemelor, al **treilea nostru obiectiv** a fost să investigăm, de asemenea, rolul lor în cadrul rețelelor de constructe ST relevante din punct de vedere conceptual. Pe baza unui eșantion de 88 de persoane recrutate din populația generală, utilizând o analiză de rețea longitudinală, am examinat structurile rețelelor activării schemelor, autocritica (modul critic), dispoziția depresivă (înțeleasă ca modul de copil vulnerabil), copingul evitant și de capitulare, precum și stresul, pentru a verifica modul în care aceste constructe relevante pentru depresie pot fi relaționate moment cu moment și care dintre ele poate fi factorul potențial cel mai central (**Studiul 4**). Pentru a aborda acest obiectiv, am testat în prealabil structura factorială, validitatea de construct și fidelitatea Inventarului de Coping la Scheme, în cadrul unui studiu de validare (**Studiul 3**) efectuat pe 501 persoane recrutate din populația generală, acesta reprezentând **al patrulea obiectiv al tezei**.

În cele din urmă, cel de-al **cincilea obiectiv** a fost să examinăm dacă o intervenție online care abordează mecanismele propuse în studiul anterior care au prezentat cea mai mare centralitate, ar fi o intervenție fezabilă, acceptabilă și eficientă în ceea ce privește tratarea simptomelor depresive. Ca atare, în **Studiul 5**, pe baza unui eșantion de 94 de participanți cu simptome depresive, am efectuat un studiu clinic controlat care a comparat eficacitatea unui program de 15 zile (bazat pe principiile activării comportamentale și ale terapiei contextuale a schemelor și conceptualizând depresia ca interacțiune între autocritică, dispoziție depresivă și coping pasiv) cu cea a unui grup de control bazat pe psihoeucației. Studiul a evaluat fezabilitatea și acceptabilitatea intervenției, precum și eficacitatea acesteia în ceea ce privește modificările simptomelor depresive, autocritica, copingul de capitulare și flexibilitatea psihologică.

3.1. Studiul 1. O metaanaliză a relației dintre schemele maladaptive timpurii și depresie la adulți²

3.1.1. Introducere

Având în vedere numărul mare de scheme asociate din punct de vedere teoretic și empiric cu depresia, devine important să se clarifice care dintre acestea sunt predictorii individuali și ar putea acționa ca factori de vulnerabilitate distincți pentru această problemă psihologică. În plus, deoarece meta-analiza anterioară (Bishop și colab., 2022) a prezentat o eterogenitate ridicată, ar putea fi util să se verifice dacă alți moderatori potențial relevanți, care nu au fost testați în studiul respectiv, cum ar fi vârsta, genul, prezența factorilor de stres și decalajul temporal, ar putea explica rezultatele eterogene.

Ca atare, obiectivul principal al prezentului studiu este de a estima dimensiunea efectului relației dintre fiecare schemă și depresie la adulți, atât în ceea ce privește asocierile bivariante, cât și unice. Ne-am propus să extindem căutarea efectuată de Bishop și colaboratorii și să testăm efectul mai multor moderatori potențiali, inclusiv vârsta, genul, statusul clinic, procentul de studenți, țara, prezența factorilor de stres, decalajul de timp dintre măsurarea schemelor și cea a depresiei, tipurile de instrumente și calitatea studiilor. În ceea ce privește asocierile unice dintre scheme și depresie, scopul a fost de a testa contribuția individuală a unei selecții de scheme relevante utilizând o metaanaliză bazată pe un model de ecuații structurale (MASEM; Jak, 2015). Schemele de deficiență, abandon, eșec, izolare socială, negativitate/pesimism, vulnerabilitate la rău și dependență/incompetență au fost testate ca predictorii unici.

3.1.2. Metoda

A fost efectuat un review sistematic și o metaanaliză privind relația dintre schemele dezadaptative timpurii și depresie la adulți, urmând protocolul PRISMA (Moher și colab., 2009). Protocolul a fost înregistrat în International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) cu numărul de înregistrare CRD42023403431.

3.1.2.1. Strategia de căutare și selecția studiilor

Căutarea a fost făcută în bazele de date PsycINFO, Scopus, Pubmed și ProQuest Central pe 20 iulie 2022 și actualizată pe 29 martie 2024. Am aplicat următorul string de căutare: *schema* AND *Young* AND (*depress** OR *dysthym** OR "*mood symptom**" OR "*mood disorder**" OR "*affective symptom**" OR "*affective disorder**" OR *dysphori**). Având în vedere faptul că simptomele depresive sunt adesea măsurate drept covariate și este posibil să nu fie menționate printre variabilele studiului în titlu sau în rezumat, am aplicat căutarea la textul integral al articolelor. Am limitat rezultatele la studii empirice desfășurate cu participanți umani, publicate în reviste peer reviewed, scrise sau traduse în limba engleză. Nu au fost aplicate restricții în ceea ce privește perioada de publicare. De asemenea, am efectuat o căutare manuală în listele de referințe ale articolelor incluse, precum și în cele ale articolelor de tip review potențial relevante. În plus, au fost efectuate căutări suplimentare pe Google Scholar și Web of Science, la 19 octombrie 2022, și reînnoite la 1 aprilie 2024. Folosind programul Mendeley (versiunea 1.19.5), după eliminarea duplicatelor, titlurile și rezumatele articolelor au fost scanate de către recenzorul principal (P.S). Articolele potențial eligibile au fost apoi inspectate în întregime pentru a confirma eligibilitatea.

3.1.2.2. Criterii de includere și excludere

Pentru a fi incluse, studiile trebuiau (1) să evalueze schemele dezadaptative timpurii individuale utilizând instrumente aparținând modelului lui Jeffrey Young, (2) să evalueze depresia fie în termeni de severitate a simptomelor, fie conform criteriilor de diagnostic, (3) să raporteze mărimile efectului relației necorectate între cel puțin o schemă și depresie, sau date numerice suficiente pentru calcularea mărimilor efectelor, (4) să includă participanți cu o vârstă medie de cel puțin 18 ani, (5) să utilizeze un design transversal sau longitudinal sau, pentru studiile experimentale, să raporteze date de asociere inițiale între scheme și depresie, (6) să fie publicate într-un jurnal peer review. Am exclus (1) studiile scrise în alte limbi decât engleza sau pentru care nu a fost disponibilă o traducere, (2) disertațiile, capitolele de carte, lucrările conferințelor, studiile calitative și studiile care nu raportau date originale, (3) studiile în care vârsta medie a participanților a fost sub 18 ani și (4) studiile care au conceptualizat schemele folosind un alt model decât cel al lui Young. În cazul studiilor altfel eligibile, dar în care

² Acest studiu a fost trimis pentru publicare la *Psychotherapy Research*.

mărimile efectelor asocierilor dintre scheme și depresie nu au fost furnizate, am contactat autorii pentru a le solicita datele.

3.1.2.3. Analiză

Pentru a estima relațiile bivariate dintre fiecare schemă și depresie, am efectuat meta-analize separate utilizând software-ul Comprehensive Meta-Analysis, versiunea 4.0 (Borenstein, 2022). Am utilizat coeficientul de corelație r pentru a estima mărimile efectelor pe baza unui model cu efecte aleatorii, având în vedere eterogenitatea așteptată a eșantionului. Indicatorul I^2 a fost calculat pentru a evalua eterogenitatea. Biasul de publicare a fost evaluat prin inspectarea vizuală a *funnel plots* și prin utilizarea procedurii trim-and-fill a lui Duval și Tweedie (Duval & Tweedie, 2000) și a testului lui Egger al interceptului (Egger et al, 1997).

Am efectuat în continuare analize de subgrup pentru a testa moderatorii potențiali. În ceea ce privește moderatorii continui, am examinat vârsta medie a participanților, procentul de femei, procentul de studenți, anul publicării și calitatea studiilor ca moderatorii potențiali. În ceea ce privește moderatorii categoriali, am căutat diferențe potențiale în ceea ce privește starea clinică a participanților, țara studiului (SUA versus alte țări), prezența factorilor de stres (studii efectuate pe eșantioane supuse unor situații de viață stresante versus studii efectuate în populația generală), tipul de raportare a depresiei (interviu versus auto-raportare), instrumentul de depresie (BDI versus altul) și versiunea YSQ utilizată (versiune scurtă versus versiune lungă). Deoarece numai două studii au raportat asociații bivariate longitudinale (Camara & Calvete, 2012; Evraire & Dozois, 2014), nu am putut evalua efectul timpului asupra relației dintre scheme și depresie.

În plus, pentru a evalua efectele individuale ale schemelor asupra depresiei, controlând pentru efectul celorlalte scheme, am folosit un demers metaanalitic bazat pe un model de ecuații structurale (MASEM) utilizând webMASEM (Jak et al., 2021). Intercorelațiile bivariate dintre schemele incluse (deficiență, izolare socială, abandon, eșec, dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău și negativitate/pesimism), unde au fost raportate, precum și corelațiile lor cu depresia au fost utilizate pentru a estima o matrice de corelație comună. Pe baza acestei matrici, a fost estimat, pentru depresie, un model de cale regresat pe cele șapte scheme.

3.1.3. Rezultate

3.1.3.1. Selectarea și includerea studiilor

Șaptezeci și două de studii au fost incluse inițial pe baza îndeplinirii criteriilor de includere. Am obținut date de la autori din 28 de articole suplimentare, rezultând un total de 100 de studii incluse.

3.1.3.2. Caracteristicile studiilor

Studiile incluse au fost publicate între 2000 și 2024 și au inclus un total de 29,794 de participanți. Mărimile eșantioanelor au variat de la 37 (Ak, 2011) la 1529 de participanți (Oettingen, 2018) și au avut vârste medii cuprinse între 18,5 (Tremblay, 2009) și 72,34 (Phillips, 2019). Optsprezece studii au inclus doar participanți de sex feminin, un studiu a vizat doar participanți de sex masculin, 4 studii nu au raportat distribuția pe sexe, în timp ce restul studiilor ($k = 77$) au inclus eșantioane mixte. Treizeci și șase de studii au utilizat numai eșantioane clinice, 22 de studii au utilizat eșantioane mixte (de exemplu, de tip caz-control), iar 42 au utilizat eșantioane non-clinice.

3.1.3.3. Asociații bivariate între scheme și depresie

Asocierea generală a schemelor cu depresia, în cadrul studiilor incluse, a fost semnificativă și pozitivă, $r = 0.41$, 95% CI 0.38-0.44, $p < 0.0001$. Metaanalizele separate au indicat că toate schemele au fost asociate semnificativ și pozitiv cu depresia (Tabelul 1). Au fost identificate asocieri medii cu depresia pentru majoritatea schemelor, respectiv deprivare emoțională, abandon, neîncredere/abuz, izolare socială, deficiență/rușine, eșec, dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău, sine atrofiat, autocontrol insuficient, subjugare, inhibiție emoțională, penalizare și negativitate/pesimism. Schemele de îndreptățire, sacrificiu de sine, căutare a aprobării și standarde nerealiste au demonstrat corelații scăzute cu depresia. Nu au fost identificate asocieri ridicate.

Metaanaliza desfășurată la nivelul tuturor schemelor a avut o eterogenitate ridicată, valoarea I^2 fiind de 83,59%. În plus, eterogenitatea a fost ridicată și pentru toate meta-analizele separate (tabelul 1 indică valorile I^2 pentru fiecare schemă).

Tabelul 1*.Rezultatele meta-analitice ale asocierilor fiecărei scheme cu depresia*

EMS	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	95% CI		<i>p</i>	<i>I</i> ²
				LL	UL		
Deprivare emoțională	89	26,517	.41	.38	.44	<.0001	89.11
Abandon	92	26,960	.45	.42	.48	<.0001	87.11
Neîncredere/abuz	86	25,554	.44	.41	.48	<.0001	88.14
Izolarea socială	85	24,036	.48	.45	.51	<.0001	89.12
Defectivitate/ Rușine	95	28,604	.49	.46	.51	<.0001	89.28
Eșec	93	26,816	.45	.42	.48	<.0001	88.06
Dependență/Incompetență	88	25,149	.46	.44	.49	<.0001	87.56
Vulnerabilitatea la rău	90	26,548	.46	.43	.49	<.0001	85.89
Sine atrofiat	82	24,013	.34	.31	.38	<.0001	88.26
Îndreptățire	80	22,300	.22	.18	.27	<.0001	90.47
Autocontrol insuficient	82	24,394	.41	.38	.44	<.0001	85.16
Subjugare	81	22,984	.46	.43	.49	<.0001	86.52
Sacrificiu de sine	86	24,250	.27	.23	.31	<.0001	90.58
Căutarea aprobării	45	16,658	.29	.24	.33	<.0001	86.86
Inhibiție emoțională	83	23,742	.38	.35	.42	<.0001	88.48
Standarde nerealiste	85	23,988	.25	.21	.30	<.0001	92.27
Negativitate/pesimism	48	18,171	.48	.45	.53	<.0001	91.42
Punitivitate	44	16,540	.35	.29	.41	<.0001	94.70

Notă: *k* = număr de studii, *N* = număr de participanți în cadrul studiilor, *r* = corelație medie neajustată, CI = interval de încredere, LL = limită inferioară, UL = limită superioară, *p* = semnificația corelației, *I*² = indicator de eterogenitate.

3.1.3.4. Analize de meta-regresie

Având în vedere eterogenitatea ridicată a rezultatelor, au fost efectuate analize de subgrup, pentru a examina potențiali moderatori. În ceea ce privește asocierea globală a schemelor cu depresia, dintre moderatorii continui, genul a fost semnificativ, asocierea globală dintre scheme și depresie devenind mai crescută pe măsură ce procentul de participanți de sex feminin a fost mai ridicat, $Q(1) = 7.54$, $b = .001$, $p = .006$. În ceea ce privește moderatorii categoriali, am găsit un efect pentru versiunea YSQ utilizată, $Q(1) = 6.05$, $b = .116$, $p = .013$, studiile care utilizau o versiune lungă a instrumentului raportând asocieri generale mai mari ($r = .49$) decât studiile care utilizau o versiune scurtă ($r = .40$).

Au fost testați și potențiali moderatori în raport cu fiecare schemă. Calitatea studiilor a moderat relația dintre deficiență/rușine și depresie, studiile cu scoruri mai mari ale calității raportând asocieri mai mici, $Q(1) = 7.53$, $b = -.004$, $p = .006$. A fost identificat un efect negativ semnificativ pentru anul publicării, în legătură cu schema de abandon, $Q(1) = 7.71$, $b = -.009$, $p = .006$. Vârsta, procentul de participanți de sex feminin și procentul de studenți nu au moderat asocierile dintre scheme și depresie.

În ceea ce privește moderatorii categoriali, statusul clinic a rezultat ca moderator semnificativ pentru trei scheme (deprivare emoțională, deficiență și inhibiție emoțională), existând asocieri mai mari între schemele respective și depresie în eşantioanele non-clinice. Versiunea YSQ a moderat semnificativ efectul depriverii emoționale, abandonului, eşecului, dependenței/incompetenței, autocontrolului insuficient și al inhibiției emoționale asupra depresiei, studiile care utilizau o versiune lungă a YSQ raportând efecte mai mari. În plus, studiile care au utilizat o versiune a BDI au raportat efecte mai mari pentru izolarea socială, comparativ cu studiile care au utilizat alte tipuri de măsurători ale depresiei. Nu au fost găsite alte efecte pentru tipul de instrument al depresiei (BDI versus altul) ca moderator. În plus, tipul de raportare a depresiei (interviu versus auto-raportare) a moderat relația dintre depresie și deprivare emoțională, abandon, neîncredere, sine atrofiat, respectiv autocontrol insuficient, studiile care utilizau interviuri clinice raportând efecte mai mari. În plus, trei scheme (auto-sacrificiu, căutarea aprobării și negativitate/pesimism) au demonstrat efecte mai mari în studiile de validare în raport cu alte studii.

3.1.3.5. Asocieri multivariate între scheme și depresie

Rezultatele MASEM sunt prezentate în Tabelul 2. Deoarece modelul testat este unul saturat, potrivirea modelului nu poate fi testată, dar estimările parametrilor sunt totuși informative. Conform rezultatelor, asocierile dintre toate schemele și depresie au rămas semnificative atunci când a fost controlat efectul celorlalte scheme. Cu toate acestea, toate relațiile au demonstrat efecte mici. Cel mai mare efect a fost identificat pentru izolarea socială, urmată de vulnerabilitate la rău, deficiență/rușine, eșec și abandon, negativitate/pesimism respectiv dependență/incompetență. Aproximativ 35,4% din variația depresiei a fost explicată de model.

Tabelul 2

Estimări ale relațiilor multivariate dintre scheme și depresie

Schemă	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
Abandon	0.099	0.023	<.001
Izolarea socială	0.159	0.026	<.001
Deficiență/ Rușine	0.112	0.028	<.001
Eșec	0.100	0.023	<.001
Dependență/Incompetență	0.081	0.025	<.001
Vulnerabilitate la rău	0.124	0.028	<.001
Negativitate/pesimism	0.092	0.040	<.001

Notă. *b* = coeficient de cale; *SE* = eroare standard; *p* = semnificația lui *b*.

3.1.4. Discuții

Analizând relațiile bivariante, a fost constatată o relație generală pozitivă moderată între schemele dezadaptative timpurii și depresie. În plus, în conformitate cu rezultatele meta-analizei anterioare efectuate de Bishop et al. (2022), toate schemele individuale au generat asocieri pozitive cu depresia, iar schema de deficiență/rușine și cea de izolare socială a prezentat unele dintre cele mai mari asocieri. Spre deosebire de studiul anterior, în care schemele respective au fost puternic asociate cu depresia, efectele ambelor scheme au fost în intervalul de dimensiuni moderate, conform rezultatelor noastre, deși s-au apropiat de o mărime mare a efectului. Nu am găsit însă nicio schemă asociată puternic cu depresia. Majoritatea schemelor au fost, de asemenea, asociate moderat cu depresia, inclusiv deprivarea emoțională, abandonul, neîncrederea/abuzul, eșecul, dependența/incompetența, vulnerabilitatea la rău, sinele atrofiat, autocontrolul insuficient, subjugarea, inhibarea emoțională, negativitatea / pesimismul și punitivitatea. Îndreptățirea, sacrificiul de sine, căutarea aprobării și standardele nerealiste au prezentat asocieri scăzute cu depresia în studiul nostru. În meta-analiza anterioară, toate schemele respective, cu excepția căutării aprobării, au fost slab asociate cu depresia. Aceste scheme s-au dovedit a avea asocieri moderate în studiul lui Bishop et al., deși doar puțin mai mari decât în rezultatele noastre. Faptul că toate schemele au fost corelate semnificativ cu depresia susține teoria lui Young et al. (2003) conform căreia schemele reprezintă factori de vulnerabilitate pentru psihopatologie. Faptul că rezultatele noastre nu au indicat nicio schemă ca fiind puternic asociată cu depresia se poate datora variațiilor metodologice dintre studiile incluse în cele două meta-analize. În studiul nostru, cele mai mari asocieri au fost identificate, în general, pentru un număr de scheme care fac parte din domeniile Separare și respingere, respectiv Autonomie și performanță deficitară. Acest lucru este în conformitate cu teoria depresiei lui Beck, conform căreia schemele referitoare la *lipsă de valoare și neajutorare* reprezintă factori de vulnerabilitate pentru depresie (Beck, 1996).

Un alt obiectiv al prezentei meta-analize a fost de a estima amploarea asocierilor unice dintre scheme și depresie. Au fost incluse mai multe scheme care au fost teoretizate și/sau identificate empiric ca fiind legate de depresie, și anume abandon, izolare socială, deficiență, eșec, dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău și negativitate/pesimism și a fost testat un model meta-analitic de ecuație structurală a acestor scheme ca predictor ai depresiei. Toate schemele incluse în model au fost predictor semnificativi și au prezentat efecte mici, izolarea socială demonstrând cea mai mare mărime a efectului. Acest lucru ar putea indica faptul că depresia se bazează pe o serie de evaluări separate, toate acestea putând contribui la această problemă psihologică: inadecvarea percepută (de ex. schema de deficiență/rușine), lipsa de afiliere la un grup social (izolare socială), instabilitatea percepută (abandon), așteptările reduse cu privire la funcționarea în mod autonom (eșec, dependență/incompetență), sentimentul crescut de pericol (vulnerabilitate la rău) și pesimismul crescut (schema de negativitate/pesimism).

Studiul nostru are o serie de puncte forte, inclusiv aderarea la protocolul PRISMA și preînregistrarea. De remarcat, a fost extinsă strategia de căutare utilizată în meta-analiza anterioară; au fost incluse mai multe baze de date, au fost adăugați termeni suplimentari la string-ul de căutare și au fost obținute date de la un număr de autori în cazul în care acestea nu erau raportate în articol. Acest lucru a condus la un număr mare de studii incluse (100, comparativ cu 51 în analiza anterioară), îmbunătățind robustețea rezultatelor. În plus, au fost incluși moderatori suplimentari, respectiv vârsta, sexul, prezența factorilor de stres și calitatea studiilor. De asemenea, din cunoștințele noastre, aceasta este prima meta-analiză care estimează asocierile unice dintre scheme și depresie utilizând o procedură MASEM.

Meta-analiza nu este, totuși, lipsită de limite. În primul rând, în mod similar cu meta-analiza anterioară, s-a constatat o eterogenitate ridicată pentru toate analizele. Pentru a adresa această problemă, am efectuat analize de moderare și am găsit mai multe variabile care modificau asocierea dintre scheme și depresie. O altă limită constă în faptul că nu am putut evalua efectul relațiilor longitudinale versus transversale asupra relației dintre scheme și depresie, deoarece numai două studii au furnizat date longitudinale. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a putea cuantifica posibile diferențe în mărimile efectelor în funcție de decalaje temporale, având în vedere că rezultatele transversale pot fi influențate de cauzalitatea inversă. Rezultatele noastre sunt, de asemenea, limitate de faptul că am inclus doar o selecție de scheme în modelul structural meta-analitic. Am ales să facem acest lucru deoarece includerea tuturor schemelor ar fi necesitat un număr mult mai mare de studii. În plus, obiectivul a fost de a furniza un model care să cuprindă numai cele mai relevante scheme din punct de vedere teoretic și empiric, pentru a examina care dintre acestea ar putea acționa ca predictorii individuali. Cu toate acestea, acest lucru nu exclude posibilitatea ca alte scheme să acționeze ca predictorii unici ai depresiei sau să anuleze efectul schemelor care au fost incluse în studiul nostru. Studiile viitoare ar trebui să extindă cercetarea la alte scheme, pentru a explora dacă poate fi formulat un model mai rafinat și mai cuprinzător al relației cu depresia.

3.2. Studiul 2: Compararea structurilor rețelelor schemelor dezadaptative timpurii ale persoanelor cu depresie majoră curentă, anterioară și fără istoric de depresie

3.2.1. Introducere

Scopul prezentului studiu exploratoriu a fost de a compara structurile de rețea ale mai multor scheme relevante din punct de vedere teoretic și empiric (abandon, izolare socială, deficiență/rușine, eșec, dependență / incompetență, vulnerabilitate la rău și negativitate/pesimism) între persoanele cu depresie majoră actuală, depresie majoră trecută, respectiv persoanele fără istoric de depresie. Mai exact, s-a propus identificarea unor diferențe potențiale în ceea ce privește centralitatea și tăria asocierilor dintre schemele respective pe baza statusului clinic. În plus, studiul a examinat dacă simptomele depresive actuale sunt plasate și conectate la restul rețelei în mod diferit pe baza statusului clinic (depresie actuală vs. depresie anterioară vs. fără istoric de depresie).

3.2.2. Metoda

3.2.2.1. Participanți

Am recrutat participanții pe baza anunțurilor distribuite pe Facebook, fie prin reclame plătite, fie prin postări în grupuri comunitare din România. Criteriul de includere a fost o vârstă cuprinsă între 18 și 65 de ani. Criteriile de excludere au fost (1) un diagnostic autoraportat de tulburare bipolară sau tulburare psihotică, sau participanți care îndeplineau criteriile pentru o astfel de tulburare pe baza unui interviu clinic ulterior, efectuat prin telefon, (2) risc suicidar actual, indicat de un scor de 2 ("Mi-ar plăcea să mă sinucid") sau 3 ("M-aș sinucide dacă aș avea ocazia") la Inventarul de depresie Beck - versiunea a doua sau identificat prin interviul clinic.

Dintr-un total de 337 de persoane care s-au înscris, 291 au fost declarate eligibile în urma evaluării și au fost incluse: 97 de participanți aveau depresie majoră actuală, 80 de participanți avuseseră cel puțin un episod anterior de depresie majoră, iar 114 nu experimentaseră niciodată un episod depresiv major. Participanții au avut vârste cuprinse între 18 și 64 de ani, cu o medie de 32.27 (SD = 10.97). În ceea ce privește genul, 79.72% dintre participanți s-au identificat ca fiind de gen feminin.

3.2.2.2. Instrumente

Caracteristici demografice. Informațiile despre participanți au fost solicitate pe baza mai multor itemi în formularul de colectare a datelor și au inclus informații demografice (vârstă, gen, statut profesional și nivel de educație) și istoricul psihiatric (dacă și când participanții fuseseră diagnosticați oficial cu o tulburare psihiatrică, precum și numele tulburării/tulburărilor).

Simptome depresive. Pentru a evalua nivelul actual al simptomelor depresive, participanții au completat Inventarul de depresie Beck - versiunea a doua (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996).

Scheme dezadaptative timpurii. Au fost măsurat nivelurile participanților la cele șapte scheme incluse (abandon, izolare socială, deficiență/rușine, eșec, dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău și negativitate/pesimism) pe baza subscalelor corespunzătoare din Chestionarului de Scheme Young - Versiunea Scurtă 3 (YSQ-S3; Young & Brown, 2005).

Evaluare clinică. Pentru a evalua prezența sau absența criteriilor pentru depresia majoră, actuală sau trecută, precum și pentru a exclude tulburările bipolare și psihotice, am utilizat modulele corespunzătoare din Interviu Clinic Structurat pentru Manualul de Diagnostic și Statistică 5 (SCID-5; First et al., 2016). Echipa de evaluatori a fost formată din psihologi clinicieni, supervizați de autorul tezei, și se aflau în ultimul an de formare în cadrul programului de master Psihologie clinică și psihoterapie de la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca.

3.2.2.3. Procedură

Participanții s-au înscris folosind un formular Qualtrics™ care includea o scrisoare de informare și un formular de consimțământ pe prima pagină. Numai participanții care au fost de acord cu termenii studiului au putut să se înscrie în studiu și au fost direcționați către chestionarele ulterioare ale studiului dacă răspunsurile lor corespundeau criteriilor de includere. Participanții eligibili au fost contactați, după completarea chestionarului, de către echipa de cercetare, pentru a programa un interviu clinic telefonic cu un membru al echipei.

3.2.2.4. Analiza datelor

Pentru a estima cele trei rețele (de exemplu, fără istoric de depresie - ND, istoric de depresie - PD, depresie curentă - CD) am folosit modelul grafic gaussian (GGM; Epskamp et al., 2018; Lauritzen, 1996), variabilele fiind reprezentate ca noduri, iar relațiile dintre variabile fiind reprezentate drept muchii (conexiuni). GGM a fost calculat utilizând operatorul grafic Least Absolute Shrinkage and Selection bazat pe criteriul de informare bayesian extins (EBICglasso; (Chen & Chen, 2008; Foygel & Drton, 2010; Friedman & Tibshirani, 2019. Pentru compararea directă a celor trei rețele, a fost utilizat testul de comparare a rețelelor (van Borkulo, 2019; van Borkulo et al., 2022).

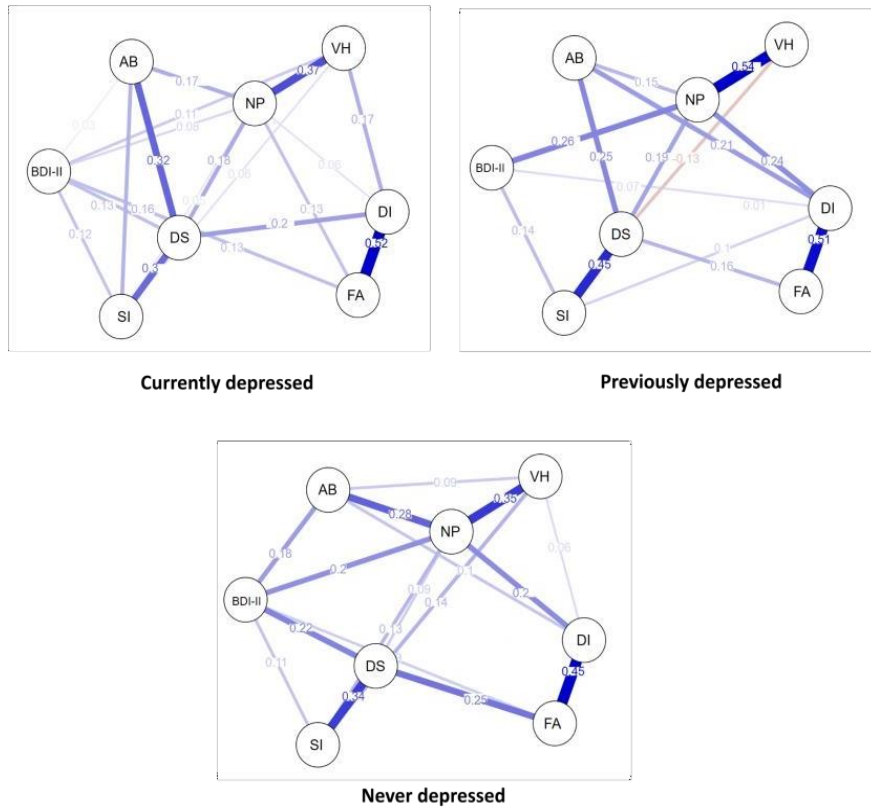
3.2.3. Rezultate

3.2.3.1. Analize de rețea

Cele trei rețele sunt reprezentate grafic în figura 1, în timp ce indicii de centralitate sunt reprezentați grafic în figura 2. Analiza stabilității rețelei a indicat că, cu excepția influenței așteptate și a ponderii marginilor, indicii de stabilitate au fost scăzuți în toate cele trei rețele. Având în vedere faptul că influența așteptată și ponderile marginilor au fost singurii indicatori care au avut în mod constant valori mai mari de 0.25 și s-au apropiat de pragul recomandat de 0.50 (Epskamp et al., 2018), am ales să ne concentrăm asupra acestor indici de centralitate în interpretările ulterioare ale rezultatelor analizei rețelei principale și ale rezultatelor analizelor de comparare a rețelelor.

Figura 1

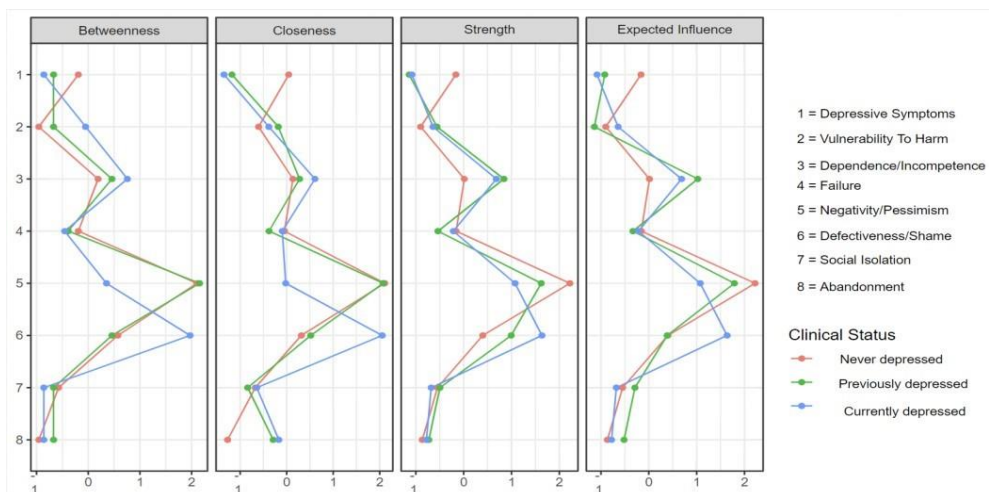
Structura rețelelor



Notă. AB = Abandon, SI = Izolare socială, DS = Deficiență/ Rușine, NP = Negativitate/ Pesimism, FA = Eșec, DI = Dependență/Incompetență, VH = Vulnerabilitate la rău, BDI-II = Inventarul de depresie Beck - a doua versiune.

Figura 2

Plot de centralitate



3.2.3.2. Comparații între rețele

În ceea ce privește comparația dintre rețelele ND și PD, nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic în diferența globală a ponderii conexiunilor ($p = 0,454$). A existat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic între conexiunile individuale, și anume deficiență/rușine - simptome depresive (corelație parțială ND: 0.22 vs. corelație parțială PD: 0.00, $p = .043$). În ceea ce privește compararea influenței preconizate a nodurilor individuale între rețele, nodul Dependență/Incompetență a avut o influență preconizată semnificativ mai mare în rețeaua PD decât în rețeaua ND ($p = .038$). În plus, nodul simptomelor depresive a avut o influență așteptată semnificativ mai mare în rețeaua ND decât în rețeaua PD ($p = .036$).

Pentru comparația dintre rețelele ND și CD, nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic în ceea ce privește diferența globală a ponderii marginilor ($p = .150$). Cu toate acestea, a existat o diferență individuală semnificativă din punct de vedere statistic, și anume abandon - deficiență/rușine (corelație parțială ND: 0.00 vs. corelație parțială CD: 0.32, $p = .017$). Nu au existat diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește influența preconizată a nodurilor individuale în cadrul rețelelor.

În cele din urmă, pentru comparația dintre rețelele PD și CD, nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic în ceea ce privește diferența globală a ponderii marginilor ($p = .820$). Cu toate acestea, au existat două diferențe semnificative din punct de vedere statistic, și anume abandon - dependență/incompetență (corelație parțială PD: 0.21 vs. corelație parțială CD: 0.00, $p = .040$) și deficiență/rușine - dependență/incompetență (corelație parțială PD: 0.00 vs. corelație parțială CD: 0.20, $p = .052$).

3.2.4. Discuții

În primul rând, în ceea ce privește centralitatea, am constatat că schema de dependență / incompetență prezintă o influență mai așteptată asupra rețelei persoanelor cu istoric de depresie, comparativ cu cea a celor fără istoric. Acest lucru sugerează că evaluarea sinelui ca neajutorat poate avea un rol cheie în sistemul cognitiv al persoanelor vulnerabile, în conformitate cu propunerea schemei de neajutorare ca factor de vulnerabilitate în depresie (Beck, 2002; Miller & Seligman, 1975). Faptul că schema de dependență/incompetență este implicată în mod distinctiv în depresie este, de asemenea, sugerat de o tendință de asociere a acestei scheme cu simptomele depresive în grupul cu istoric de depresie, dar nu și în grupul fără istoric, deși diferența dintre grupuri a fost doar marginal semnificativă.

Schema de deficiență/rușine a fost cel mai centrală în grupul cu depresie curentă, ceea ce susține rolul proceselor cognitive legate de lipsa de valoare personală în depresie (Beck, 1967, 1995) și este, de asemenea, în conformitate cu constatările lui Marian și Sava (2023), care au identificat gândul „Este ceva în neregulă cu mine” ca fiind cel mai central într-o rețea care includea gânduri automate și simptome depresive și de anxietate socială. În plus, această constatare evidențiază rolul potențial mai larg al acestui tipar în evaluarea negativă a indivizilor depresivi cu privire la ei înșiși în ceea ce privește diverse domenii de viață (de exemplu, conectarea cu ceilalți și funcționarea autonomă).

Dintre cele trei grupuri, simptomele depresive au fost cele mai centrale în rețelele grupului fără istoric de depresie; în plus, a existat o diferență semnificativă în ceea ce privește centralitatea simptomelor depresive între persoanele care nu au suferit niciodată de depresie și persoanele deprimare anterior. Acest lucru ar putea indica faptul că, la persoanele ne-vulnerabile, tiparul de asociere cu schemele poate fi mai consistent (de exemplu, nivel mai scăzut al schemelor – nivel mai scăzut de depresie), în timp ce persoanele vulnerabile ar putea subraporta nivelurile schemelor în ciuda unui anumit grad de simptome depresive prezente, poate pentru a evita reactivarea lor, sau ar putea raporta niveluri mai ridicate de scheme chiar și atunci când simptomele depresive sunt mai mici în intensitate. Studiile viitoare ar putea să investigheze moderatorii potențiali ai relației dintre scheme și depresie la persoanele clinice, cum ar fi strategiile de coping evitant.

Cu toate acestea, este important să subliniem faptul că interpretările noastre sunt pur speculative, iar asocierile în rețea nu indică în mod necesar relații cauzale (Bringmann et al., 2019), astfel încât rezultatele noastre trebuie interpretate cu prudență. În aceeași notă, deoarece constatările noastre se bazează pe date transversale, acestea nu pot indica dacă rețelele schemelor la persoanele cu depresie prezentă sau anterioară ar putea fi modificate *din cauza* depresiei sau ar putea *conduce la* depresie. Sunt necesare, așadar, studii longitudinale de rețea pentru a evalua temporalitatea modificărilor rețelei. În plus, faptul că am conceptualizat vulnerabilitatea la depresie în termeni de istoric al episoadelor de depresie majoră constituie, de asemenea, o limită care merită menționată, deoarece persoanele care nu au suferit niciodată de depresie pot fi totuși vulnerabile din punct de vedere cognitiv la depresie.

O altă limită constă în faptul că nu am luat în considerare un potențial bias legat de dispoziția participanților. Deoarece mulți itemi sunt formulați în termeni de "a simți" (de exemplu, itemul 58: "Mă simt înstrăinat sau izolat de ceilalți oameni"), respondenții și, în special, cei cu depresie prezentă, ar putea supra-raporta anumite scheme. Studiile viitoare ar putea evalua modul în care rețelele schemelor pot să difere în funcție de schimbările de dispoziție. În plus, faptul că datele au fost colectate online și s-au oferit participanților rapoarte ale răspunsurilor lor YSQ prezintă, de asemenea, un risc de bias și ar putea explica coeficienții de stabilitate scăzută obținuți pentru unii dintre indici. Nu în ultimul rând, faptul că majoritatea participanților au fost femei tinere, cu studii superioare, reprezintă o potențială sursă de bias; studiile viitoare ar trebui să utilizeze un eșantion mai reprezentativ din punct de vedere demografic, pentru a adresa această limită.

3.3. Studiul 3: Fidelitatea și validitatea versiunii românești a Inventarului Schema Coping³

3.3.1. Introducere

Conform modelului ST, clienții pot dezvolta strategii specifice de coping, pentru a se adapta la mesajele schemelor, pe măsură ce acestea se formează și se declanșează în mediile timpurii ale clienților. Dacă sunt utilizate în mod constant, aceste strategii de coping pot deveni parte din repertoriul clienților. Deși pot fi utile pe moment, pe parcursul anilor de dezvoltare ai clientului, stilurile de coping pot deveni disfuncționale mai târziu, deoarece conduc la comportamente dezadaptative și împiedică experiențele emoționale corective. Teoria schemelor propune trei stiluri principale de coping, care sunt susținute de teoria evoluției: supracompensarea, evitarea și capitularea. Supracompensarea se referă la orice strategii comportamentale care implică acțiuni ale clientului în opoziție cu mesajele schemelor. De exemplu, un individ cu o schemă de deprivare emoțională, conform căreia nu va primi sprijinul emoțional de care are nevoie de la ceilalți, ar putea avea tendința de a manifesta comportamente exigente, de îndreptățire în relații, pe baza acestui stil, în încercarea de a contracara emoțiile dureroase care rezultă din schema respectivă. Evitarea implică supresia gândurilor și a emoțiilor dureroase și/sau fuga comportamentală din situațiile care pot activa scheme specifice. Un client care recurge la evitare ca strategie de coping ar putea tinde, de exemplu, să evite situațiile sociale care altfel i-ar declanșa schema de deficiență/rușine (conform căreia este inapt din punct de vedere social). În cele din urmă, capitularea ca stil de coping se referă la tendința de a acționa pasiv și conform cu mesajele negative ale schemei (van Genderen et al., 2012; Young et al., 2003). De exemplu, cineva cu un stil de coping de tip capitulare la schema de neîncredere/abuz se poate aștepta ca ceilalți să îl trateze nedrept și să nu se apere în astfel de situații.

Instrumentul de măsurare a coping-ului la scheme (SCI; Rijkeboer et al., 2010; Rijkeboer & Lobbestael, 2016) beneficiază de un număr redus de dovezi în ceea ce privește proprietățile psihometrice, singurul studiu de validare publicat de care avem cunoștință fiind efectuat pe adolescenți (van Wijk-Herbrink et al., 2018b). În acest studiu, au fost găsite dovezi pentru structura cu trei factori a SCI (compusă din subscalele Supracompensare, Evitare și Predare). În plus, validitatea concurrentă a instrumentului a fost indicată de corelațiile subscalelor cu comportamentele de internalizare și externalizare, măsurate prin Youth Self Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001), și cu modurile schemelor, pe baza subscalelor Inventarului Modurilor de Schemă (SMI; Young et al., 2007). În studiul de validare original nepublicat, efectuat pe adulți, valorile consistenței interne pentru cele trei subscale SCI au fost acceptabile și bune (Rijkeboer & Lobbestael, 2016, citat în van Wijk-Herbrink et al., 2018b). În plus, structura factorială a celor trei factori corespunzător celor trei subscale a fost confirmată în studiul respectiv, precum și validitatea concurrentă, testată cu ajutorul dimensiunilor Chestionarului de Evaluare a Tulburărilor de Personalitate DSM-IV (ADP-IV; Schotte et al., 2004).

Având în vedere volumul redus de date privind validitatea SCI, sunt necesare mai multe cercetări în această direcție. Ca atare, prezentul studiu își propune să valideze SCI pe populația adultă din România, în ceea ce privește structura factorială, fidelitatea și validitatea de construct. Referitor la validitatea de construct, preconizăm că subscala Supracompensare va corela pozitiv cu Leadership-ul, Aroganța și Dominanța ca trăsături de personalitate. În plus, ne așteptăm la o relație inversă pentru subscala Capitulare cu Leadership-ul, Aroganța și Dominanța. În cele din urmă, preconizăm că Evitarea va fi asociată pozitiv cu Solitaritatea ca dimensiune a personalității.

³ Acest studiu a fost trimis pentru publicare la *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*.

3.3.2. Metoda

3.3.2.1. Participanți și procedură

Participanții au fost recrutați online, prin intermediul anunțurilor online postate în grupuri Facebook. Respondenții care au fost de acord cu termenii studiului, prezentați în consimțământul informat de pe prima pagină a formularului de studiu, și au indicat că au cel puțin 18 ani, au putut accesa chestionarele ulterioare.

Eșantionul a inclus 501 participanți, cu vârste cuprinse între 18 și 72 de ani, cu o vârstă medie de 30.81 ($SD = 10.12$). 335 (66.87%) participanți s-au identificat ca femei, 160 (32.14%) ca bărbați și 5 (0.99%) au indicat alt gen. Majoritatea participanților (94.81%) și-au identificat etnia ca fiind română, restul indicând fie etnia maghiară (3.39%), romă (1%), germană (0.4%) sau etnie mixtă (0.4%). Majoritatea participanților aveau studii de nivel universitar (75.45%), locuiau într-o zonă urbană (87.63%) și erau într-o relație (38.72%).

3.3.2.2. Instrumente

Schema Coping Inventory (SCI; Rijkeboer et al., 2010). O traducere în limba română a SCI a fost creată de P.S. și A.F., ambele vorbitoare fluente de română și engleză, utilizând o procedură de retroversiune (Brislin, 1980). Varianta românească a SCI include, la fel ca versiunea originală, 12 itemi, fiecare subscală cuprinzând patru itemi. Itemii pentru Supracompensare (exemplu de item: "Dacă sunt criticat, sar să mă apăr"), Evitarea (de exemplu, "Prefer să evit confruntarea") și Capitulara (de exemplu, "Dacă ceilalți mă tratează rău, las să se întâmple asta"), sunt fiecare evaluați pe o scală Likert de la 1 = complet neadevărat pentru mine, la 7 = complet adevărat despre mine. Varianta originală a SCI are o fidelitate adecvată, precum și validitate factorială și concurentă (Rijkeboer & Lobbestael, 2016).

International Personality Item Pool (IPIP; Goldberg, 1999; Goldberg et al., 2006). O selecție de subscale din IPIP a fost utilizată pentru a măsura dimensiuni ale personalității considerate a fi similare din punct de vedere conceptual cu stilurile de coping măsurate de SCI. Din Circumplexul de Personalitate IPIP, am utilizat subscala Aroganță, care cuprinde patru itemi (de exemplu, "Sunt cunoscut pentru faptul că, în conversații, îi „fac praf” pe ceilalți"). Din Chestionarul celor 16 factori de personalitate, a fost utilizată subscala Dominanță-Asertivitate, care numără zece itemi (de exemplu, "Pot lua măsuri ferme atunci când este nevoie"). În cele din urmă, din Chestionarul cu șase factori de personalitate, s-a utilizat subscala Leadership-Dominanță (având zece itemi, de exemplu, „Am o nevoie puternică de putere”) și subscala Autonomie-Recluzivitate (cu zece itemi, de exemplu, „Prefer să fac lucrurile de unul singur”). Pentru toți itemii, a fost utilizată o scară Likert de la 1 = dezacord total la 5 = acord total. Itemii au fost prezentați participanților în mod randomizat. Versiunea în română a acestor subscale a prezentat, în general, o consistență internă acceptabilă și bună, cu excepția subscalei Solitaritate ($\alpha = .62$) (Iliescu et al., 2015). Cu toate acestea, consistența sa internă în studiul de față a fost acceptabilă ($\alpha = .70$).

3.3.2.3. Planul de analiză a datelor

Analiza factorială confirmatorie a fost utilizată pentru a evalua structura SCI, utilizând Diagonally Weighted Least Squares (DWLS; DiStefano & Morgan, 2014). Am utilizat mai mulți indici de potrivire: indicele de potrivire cumulativă (CFI), indicele Tucker-Lewis (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Standardized Root Mean Squared Error* (SRMS) și *Goodness of Fit Index* (GFI). Pentru CFI și TLI, valorile de 0.95 sau mai mari indică o potrivire bună a modelului, în timp ce valorile de 0.90 sugerează o potrivire acceptabilă (Bentler, 1990). Pentru RMSEA, o valoare sub 0.05 este considerată foarte bună, în timp ce valorile între 0.05 și 0.08 reflectă o potrivire rezonabilă (Hu & Bentler, 1999). Valorile SRMR mai mici de 0.08 indică o bună potrivire a modelului (Hu & Bentler, 1999). În cazul GFI, cu cât valoarea este mai apropiată de 1, cu atât potrivirea este mai bună, iar valorile de peste 0.90 sunt considerate acceptabile (Kelloway, 1998).

Pentru a testa validitatea constructului, am utilizat corelații bivariante, examinând asocierile fiecărei subscale a SCI cu scale similare din punct de vedere conceptual din IPIP. În plus, consistența internă pentru fiecare subscală a fost calculată utilizând α Cronbach. Toate analizele au fost efectuate folosind pachetul R *lavaan* (Rosseel, 2012), implementat pe platforma software JASP (Han & Dawson, 2020).

3.3.3. Rezultate

3.3.3.1. Structura factorilor

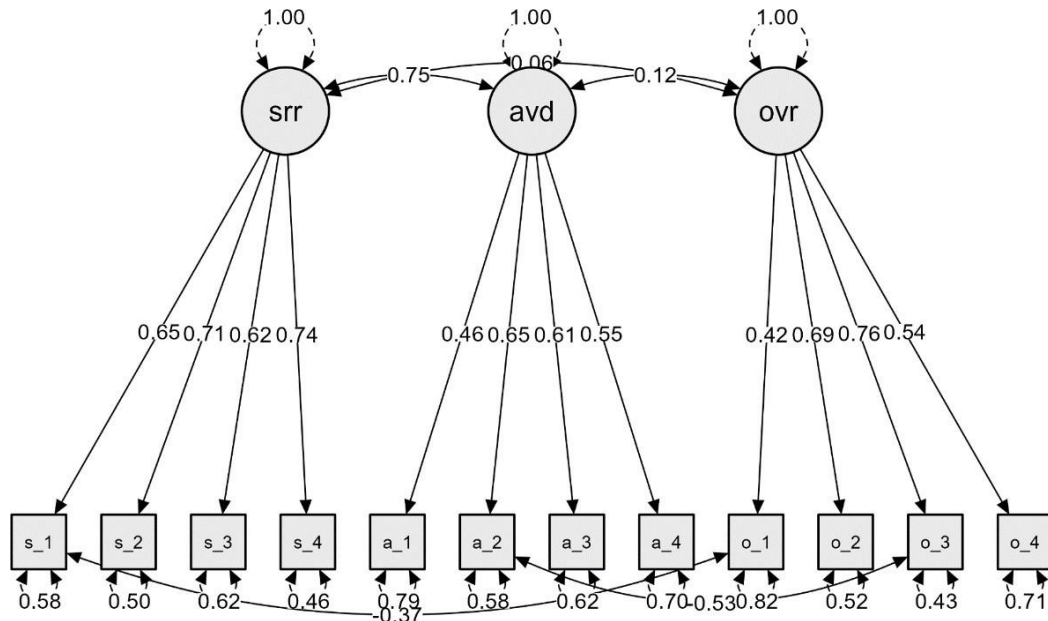
Rezultatele CFA au arătat că majoritatea indicilor de potrivire au fost peste pragul acceptat (CFI = 0.93, TLI = 0.90, SRMR = 0.08, GFI = 0.98), cu excepția RMSEA, a cărui valoare a sugerat o potrivire mediocră [RMSEA = 0.10 (90% CI 0.09 – 0.11)]. Indicii de modificare substanțiali pentru unele perechi de itemi (itemul 1

pe Capitulare și itemul 1 pe Supracompensare, respectiv itemul 2 pe Evitare și itemul 3 pe Supracompensare) au sugerat necesitatea de a include covarianțele reziduale în model. Luând în considerare aceste varianțe, toți indicii de potrivire au fost acceptabili sau buni [RMSEA = 0.08 (%90 CI 0.07 - 0.09), CFI = 0.95, TLI = 0.94, SRMR = 0.07, GFI = 0.99].

Toți itemii au avut valori ale încărcărilor pe factori mai mari de 0.4 (modelul și încărcările pe factori sunt prezentate în Figura 3).

Figura 3

Analiza factorială confirmatorie a structurii cu trei factori a SCI, inclusiv covarianțele reziduale



Notă. srr = subscala capitulare; avd = subscala evitare; ovr = subscala supracompensare.

3.3.3.2. Consistența internă și validitatea de construct

Subscala Capitulare a avut o consistență internă acceptabilă ($\alpha = .72$), în timp ce Supracompensarea și Evitarea au avut valori care indică o consistență internă discutabilă (.66, respectiv, .60).

În ceea ce privește validitatea de construct, majoritatea asocierilor testate au fost semnificative și în direcția așteptată (vezi Tabelul 3). Singura excepție a apărut în cazul relației dintre Capitulare și trăsătura Aroganță, unde a fost identificată o corelație pozitivă scăzută. Supracompensarea a fost asociată pozitiv cu toate trăsăturile de personalitate corespunzătoare, conform așteptărilor - o asociere moderată a fost identificată pentru trăsăturile Leadership și Aroganță și o asociere mică a fost identificată în cazul Dominanței. Capitulara a fost corelată negativ cu Leadershipul (asociere moderată) și Dominanța (asociere puternică). Evitarea a avut o corelație pozitivă și moderată cu Solidaritatea.

Tabelul 3*Statistici descriptive și corelații bivariate între subscalele SCI și dimensiunile de personalitate IPIP*

Variabilă	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. SCI Supracompensare	17.68	4.92	-						
2. SCI Evitare	13.98	4.82	.09*	-					
3. SCI Predare	12.11	5.19	.08	.51***	-				
4. IPIP Leadership	29.50	7.05	.41***	-.24***	-.33***	-			
5. IPIP Aroganță	10.61	3.00	.37***	-.01	.09***	.19***	-		
6. IPIP Dominanță	29.90	5.45	.27***	-.37***	-.53***	.66***	.25***	-	
7. IPIP Solitaritate	31.17	5.48	.05	-.38***	.32***	-.21***	.14***	-.18***	-

Notă. * $p < .05$, ** $p < .01$, $p < .001$.

3.3.4. Discuții

Rezultatele noastre sprijină structura factorială propusă a instrumentului, indicii de potrivire confirmând faptul că instrumentul măsoară stilurile de coping de capitulare, evitare și supracompensare, conform intenției. În ceea ce privește fidelitatea, numai scala Capitulare a avut o consistență internă acceptabilă ($\alpha = .72$), în timp ce valorile pentru Supracompensare ($\alpha = .66$) și Evitare ($\alpha = .60$) au fost sub pragul recomandat. Rezultatele pentru Evitare și Supracompensare se potrivesc cu cele obținute de van Wijk-Herbrink și colaboratorii (2017), care au identificat o consistență internă discutabilă pentru toate subscalele SCI într-un eșantion non-clinic. Acest lucru se poate datora faptului că diferitele strategii comportamentale înglobate în fiecare stil de coping nu sunt neapărat corelate între ele. De exemplu, subscala de evitare include itemi legați de evitarea comportamentală (de exemplu, „Prefer să evit confruntarea”), dar și evitarea experiențială (de exemplu, „Cel mai bine este să te deconectezi de sentimentele proprii cât mai mult posibil”), care pot acționa ca seturi separate de strategii (Gamez et al., 2011). În eșantioanele clinice, aceste strategii pot fi mai strâns legate, deoarece sunt probabil conduse de mecanismele specifice ale psihopatologiei; pe de altă parte, în eșantioanele non-clinice, mai multă variabilitate în strategiile de coping este probabilă, ceea ce ar putea explica de ce a fost obținută o consistență internă mai scăzută pentru unele dintre subscalele SCI.

În ceea ce privește validitatea de construct, majoritatea asocierilor cu constructe similare din punct de vedere teoretic au fost confirmate în studiul nostru, cu o singură excepție. Asocierea dintre copingul de Capitulare și Dominanță a fost pozitivă, contrar așteptărilor noastre, deși efectul a fost mic. Rezultatele sunt, însă, în concordanță cu cele obținute de van Wijk-Herbrink și colab. (2018b), care au constatat că această subscală este asociată pozitiv cu comportamentele de externalizare la adolescenți. Acest fapt ar putea fi explicat de tendința comportamentului de capitulare de a duce la creșterea furiei (Allan & Gilbert, 1997, 2002; Gilbert, 2000), care ar putea fi ulterior tradusă în comportamente agresive sau sfidătoare. În general, totuși, cele trei dimensiuni SCI par să reflecte constructele legate de supracompensare, evitare și capitulare ca stiluri de adaptare - Supracompensarea a fost asociată pozitiv cu trăsăturile de personalitate Leadership, Dominanță și Aroganță, Capitulara a fost asociată negativ cu trăsăturile Leadership și Aroganță, iar evitarea a fost legată pozitiv de trăsătura Solitaritate.

Studiul nostru are câteva limite importante. În primul rând, ne-am bazat pe un eșantion de conveniență, ceea ce limitează generalizabilitatea rezultatelor. În al doilea rând, chestionarele studiului au fost completate online, cu un control redus asupra gradului de implicare a participanților în completarea instrumentelor. În al treilea rând, faptul că participanții au fost stimulați să participe prin opțiunea de a primi rapoarte privind rezultatele lor ar fi putut determina răspunsuri mai dezirabile din punct de vedere social. Nu în ultimul rând, o limitare importantă constă în faptul că nu am inclus un eșantion clinic pentru comparație. Utilizarea SCI este, fără îndoială, cea mai informativă în ceea ce privește populațiile clinice, datorită nivelurilor mai ridicate de coping dezadaptativ. Studiile viitoare ar trebui să valideze instrumentul și pe un eșantion clinic românesc, pentru a verifica dacă caracteristicile psihometrice observate în studiul nostru se generalizează la populațiile clinice în acest context cultural specific.

3.4. Studiul 4: Legătura dintre activarea schemelor, moduri și dispoziția depresivă: o analiză de rețea pe baza unor date longitudinale intensive

3.4.1. Introducere

Având în vedere necesitatea unui model ST care să explice felul în care funcționează modurile schemelor în depresie, testarea activării lor de moment ar putea fi cel mai informativă. Până în prezent, mai multe studii au investigat constructe-stare care sunt similare din punct de vedere conceptual cu modurile propuse pentru depresie (Critic, Copil vulnerabil, Protector detașat/evitant și Capitulare), precum și relațiile dintre ele. De exemplu, există dovezi care indică faptul că autocritica nu este doar o trăsătură, ci are și un tipar de funcționare de tip stare, studiile de tip jurnal indicând fluctuații de moment în gradele în care indivizii sunt critici față de ei înșiși (Dunkley et al., 2006; Veilleux et al., 2024; Zuroff et al., 2016). În ceea ce privește relația dintre autocritică și schemele dezadaptative, un studiu ecologic de evaluare momentană (EMA) realizat de Dunkley și colegii săi (2003) a constatat că autocritica a mediat relația dintre perfecționism și coping evitant. Persoanele cu un nivel ridicat al credințelor perfecționiste s-au criticat mai mult în viața lor de zi cu zi, iar acest lucru a fost apoi asociat cu o utilizare mai crescută a copingului evitant. În plus, Gilbert și colegii (2006) au identificat faptul că, într-o sarcină experimentală de tip imagerie, tăria (vivacitatea) autocriticii ca stare a fost legată un nivel mai crescut de descurajare atunci când participanții se confruntau cu imaginea unui sine critic și cu mai multe dificultăți percepute de respingere a gândurilor autocritice. Acest lucru este în concordanță cu propunerea menționată mai sus, conform căreia modurile critice conduc la stări vulnerabile, care pot determina copinguri dezadaptative, cum ar fi înghețul sau capitularea. Tot în această direcție, un alt studiu EMA a constatat faptul că dispoziția depresivă a prezis o utilizare mai scăzută de căutare a sprijinului social (Gunthert și colab., 2002), ceea ce ar putea indica activarea unei stări de coping de capitulare.

Având în vedere propunerile teoretice și dovezile prezentate mai sus, propunem următoarele mecanisme de activare a schemelor în depresie: o activare mai puternică a schemelor ar putea duce la mai multă autocritică mai târziu (a modului Critic), care ar putea prezice apoi o dispoziție depresivă mai crescută (care, în ST, ar corespunde unui mod de copil vulnerabil). În plus, un nivel mai crescut al dispoziției depresive ar putea duce la o probabilitate mai mare de coping evitant și pasiv (capitulativ) mai târziu. După cum au propus Renner et al. (2013), copingul de evitare acționează ca un factor de menținere pentru depresie; pe baza dovezilor anterioare (de exemplu, Holahan et al., 2005), propunem că acest lucru se poate datora acumulării unui nivel mai crescut de stres, deoarece copingul mai capitulativ și mai evitant ar putea provoca probleme suplimentare în viața de zi cu zi a indivizilor. Prin urmare, ne așteptăm ca nivelurile de stres să fie prezise de utilizarea anterioară a copingului evitant și, respectiv, de predare.

Ne propunem să testăm relațiile menționate mai sus într-un design cu date longitudinale intensive, pentru a delimita secvența temporală a modurilor potențial relevante pentru generarea și menținerea depresiei. În plus, folosind o abordare de tip analiză de rețea, ne propunem să identificăm cel mai central mecanism dintre cele propuse. Având în vedere relațiile identificate anterior ale autocriticii cu activarea schemelor, dispoziția depresivă și copingurile dezadaptative, dar și principiul central al modelului cognitiv al depresiei, conform căruia cognițiile declanșate în situații specifice reprezintă un mecanism proximal al dispoziției depresive și al comportamentelor disfuncționale (Clark și colab, 1999) și rezultatele anterioare care indică centralitatea gândurilor negative automate în depresie (de exemplu, Marchetti et al., 2021; Marian & Sava, 2023), ne așteptăm ca autocritica (modul Critic) să fie cea mai centrală componentă a rețelei.

3.4.2. Metoda

3.4.2.1. Participanți și procedură

Participanții au fost invitați să participe prin intermediul anunțurilor partajate în grupurile Facebook, care includeau un link către un formular de înscriere online Qualtrics™. Pentru a fi incluși, participanții trebuiau (1) să aibă cel puțin 18 ani, (2) să dețină un smartphone operat prin Android sau iOS cu acces la internet și (3) să fie de acord cu termenii studiului. Numai participanții care au îndeplinit criteriile de participare au fost direcționați, după finalizarea procesului de înscriere, către o pagină care includea informații despre cum să acceseze aplicația Expiwell™, pe baza căreia au fost colectate datele longitudinale intensive.

La înscrierea în aplicație, participanții au primit instrucțiuni și detalii despre structura intervenției. Li s-a reamintit că, timp de 14 zile, vor primi patru seturi de chestionare în fiecare zi între orele 10:00 am și 10:00 pm. Bipurile au fost programate să apară aleatoriu în patru intervale de timp egale (10:00 am - 1:00 pm; 1:00 pm - 4:00 pm;

4:00 pm - 7:00 pm; 7:00 pm - 10:00 pm). Chestionarele au rămas disponibile timp de 20 de minute, iar un memento suplimentar a fost trimis participanților după 10 minute, dacă nu furnizaseră răspunsuri între timp. Utilizând o funcție de contact din aplicație, participanții au putut trimite mesaje echipei de cercetare și au fost asistați prin e-mail în caz de dificultăți tehnice. Participanții care au avut o rată de finalizare a măsurătorilor de 80% sau mai mare au fost recompensați cu vouchere de cumpărături în valoare de aproximativ 20 USD fiecare.

3.4.2.2. Instrumente

Activarea schemelor. Pentru concizie, am folosit o selecție de trei itemi din Chestionarul de Scheme Young – Forma Lungă 3 (YSQ-L3; Young & Brown, 2003) pentru a măsura activarea momentană a schemelor. Pentru cele mai corelate trei scheme cu depresia, pe baza meta-analizei realizate de Bishop și colab. (2022) (izolare socială, deficiență, pesimism), am selectat itemii cu cele mai mari încărcări pe factorul respectiv în studiul realizat de Yalcin și colab. (2020). Itemii au fost adaptați pentru a reflecta activarea momentană a schemei (de exemplu, pentru deficiență: „Am simțit că, dacă alții ar afla despre defectele mele, nu aș putea da ochii cu ei”), iar participanții au fost instruiți să se refere la cât de mult li s-au aplicat afirmațiile în ora anterioară completării chestionarului, utilizând o scară Likert în șase puncte de la 0 („deloc”) la 5 („extrem”).

Autocritica. Pentru a măsura autocritica-stare, am folosit subscala pe modul autocritic al Chestionarului Modulilor Momentane ale Schemelor (MSMQ; Lazarus și colab., 2020). O scară Likert de 6 puncte de la 0 („deloc”) la 5 („extrem”) a fost utilizată pentru ca participanții să indice cât de mult s-au angajat în autocritică în ultima oră, pe baza celor trei itemi („M-am criticat”, „M-am pedepsit/mi-am refuzat plăcerea pentru că nu am meritat-o”, „Am fost dur/ă cu mine”).

Dispoziția depresivă. O selecție de 3 itemi din Profilul Stărilor Afective (POMS; McNair et al., 1992) („trist”, „fără speranță” și „descurajat”) a fost utilizată pentru a măsura dispoziția depresivă. Cei trei itemi au măsurat în mod fidel dispoziția depresivă într-un studiu de tip jurnal realizat de Cranford și colegii (2006). În studiul nostru, participanții au fost rugați să indice gradul în care itemii au reflectat starea lor în timpul orei anterioare, pe o scară Likert în șase puncte de la 0 („deloc”) la 5 („extrem”).

Capitularea și evitarea. Am folosit adaptări ale subscalelor de Capitulare și Evitare din Schema Coping Inventory (SCI; Rijkeboer și colab., 2010) pentru a măsura comportamentele de coping ca stare. Fiecare subscală cuprinde patru itemi. Versiunile adaptate ale itemilor s-au referit la gradul în care participanții au experimentat comportamentele respective de capitulare și evitare în ultima oră (de exemplu, itemul 6: „Am preferat să evit confruntările”) și s-au bazat pe o scară Likert în șase puncte de la 0 („deloc”) la 5 („extrem”).

Stresul. Gradul de stres experimentat în ultima oră a fost evaluat pe baza unei măsurători utilizate într-un studiu realizat de Fuller-Tyszkiewicz et al. (2017). Primul item se referă la cea mai relevantă situație stresantă, dacă este cazul, pe care respondentul a experimentat-o sau la care s-a gândit în ultima oră, solicitând participanților să selecteze tipul de stresor (fie social, profesional, legat de sănătate, financiar, administrativ, altul sau nicio situație stresantă). Participanții care declară că s-au confruntat cu orice tip de situație stresantă sunt apoi rugați să precizeze gradul de stres asociat cu situația respectivă, de la 0 („deloc stresant”) la 5 („extrem de stresant”) (itemul 2), și capacitatea lor percepută de a face față situației, de la 0 („deloc”) la 5 („extrem de bine”) (itemul 3). Răspunsurile la itemii 2 (scor direct) și 3 (scor invers) au fost însumate pentru a indica gradul de stres momentan resimțit de participanți. Itemul 1 a fost utilizat doar pentru a ancora răspunsurile participanților la următoarele întrebări.

3.4.2.3. Analiza datelor

Am utilizat pachetul statistic *mlvar* R (versiunea 0.5.2; Epskamp et al., 2021) pentru estimarea unui model de rețea dinamică autoregresivă vectorială multilevel de tip t-1 (decalată), adică un model în care toate variabilele la un anumit moment (momentul t) sunt prezise, într-un model de regresie, de variabilele din momentul evaluării anterioare (momentul t-1). Această abordare conduce la estimarea a trei tipuri de rețele: o rețea temporală, o rețea contemporană și o rețea inter-participant (van Borkulo et al., 2018). Pachetul statistic R "qgraph" (Epskamp et al., 2012) a fost utilizat pentru estimarea și trasarea indicilor de centralitate, reprezentativi pentru influența relativă pe care fiecare variabilă o are în rețea (*betweenness*, *closeness*, *in-strength*, *out-strength*, *expected in- and out-strength*). Toate analizele statistice referitoare la analizele de rețea au fost efectuate utilizând programul statistic R versiunea 4.2.2 (R Core Team, 2022).

3.4.3. Rezultate

3.4.3.1. Caracteristicile eșantionului

Din cei 117 participanți care s-au înscris la studiu, 109 (93,16%) au descărcat și s-au înregistrat în aplicația Expiwell™. Optzeci și opt dintre aceștia (80,73%) au furnizat răspunsuri în aplicație și au fost astfel incluși în eșantionul final. Vârsta medie a participanților a fost de 30.58 ($SD = 9.52$), cu un interval de vârstă

cuprins între 20 și 55 de ani. Șaptezeci de participanți (79,55%) au declarat că sunt femei, în timp ce restul (20,45%) și-au indicat genul ca fiind masculin. Majoritatea participanților erau angajați (57,95%) și absolviseră o formă de învățământ superior (69,31%).

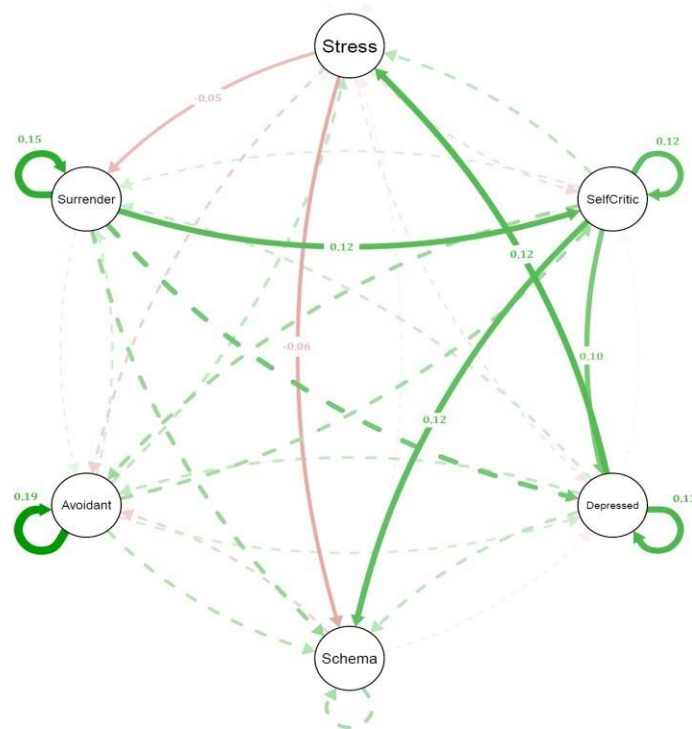
Participanții au completat un număr total de 2 427 de evaluări ($M=27.58$, $SD=17,83$) pentru un număr mediu de 8.90 zile ($SD=4.62$). În medie, participanții au completat 2,84 evaluări în fiecare zi ($SD=0.80$).

3.4.3.4. Analiza de rețea

Rezultatele au indicat mai multe conexiuni temporale semnificative din punct de vedere statistic între variabile (Figura 4). Stresul la momentul t-1 a prezis activarea schemelor ($\beta = -0.06$, $p = 0.027$) și a coping-ului de capitulare ($\beta = -0.05$, $p = 0.027$) la momentul t, autocritica la momentul t-1 s-a prezis pe sine ($\beta = 0.12$, $p = 0.019$), a prezis dispoziția depresivă ($\beta = 0.10$, $p = 0.020$) și activarea schemelor ($\beta = 0.12$, $p = 0.003$) la momentul t, dispoziția depresivă la momentul t-1 s-a prezis pe sine ($\beta = 0.13$, $p = 0.021$) și a prezis stresul ($\beta = 0.21$, $p = 0,041$) la momentul t, copingul evitant la momentul t-1 s-a prezis pe sine ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$) la momentul t și, în cele din urmă, copingul de tip capitulare la momentul t-1 s-a prezis pe sine ($\beta = 0,15$, $p = 0,002$) și a prezis autocritica ($\beta = 0,12$, $p = 0.017$) la momentul t. Autoregresiile semnificative din punct de vedere statistic pentru autocritică, dispoziția depresivă, copingul evitant și copingul de capitulare indică faptul că, pentru participantul prototipic, acești factori tind să persiste în timp.

Figura 4

Rețeaua temporală



3.4.3.5. Centralitatea

În primul rând, în ceea ce privește indicii centralității, autocritica a avut cea mai mare OutStrength (adică suma valorilor absolute ale ponderilor tuturor conexiunilor îndreptate de la un nod către toate celelalte noduri), ceea ce înseamnă că acest nod a fost responsabil pentru predicția celui mai mare număr de alte noduri. Activarea schemelor a avut cea mai mare In-Strength (adică suma valorilor absolute ale ponderilor tuturor marginilor îndreptate spre un nod de la alte noduri), ceea ce înseamnă că acest nod a fost cel mai puternic prezis de alte noduri din rețea. În al doilea rând, în ceea ce privește indicatorul de centralitate Influență așteptată (care ia în considerare asociațiile negative între noduri), autocritica a avut cea mai mare influență așteptată, ceea ce înseamnă că acest nod a fost responsabil pentru prezicerea celui mai mare număr de alte noduri. Stresul și autocritica au avut cea mai mare influență In-Expected, ceea ce înseamnă că aceste noduri au fost cele mai puternic prezise de alte noduri din rețea. În cele din urmă, copingul de capitulare și autocritica au avut cea mai mare apropiere, ceea ce înseamnă

că aceste noduri sunt mai centrale în rețea sau mai apropiate de alte noduri, în timp ce stresul și autocritica au avut cel mai mare *betweenness*, ceea ce înseamnă că aceste noduri au fost situate pe cele mai scurte căi între alte noduri din rețea.

3.4.4. Discuții

Relația temporală pe care am identificat-o între autocritică și depresie este în conformitate cu constatările anterioare care indică faptul că autocritica este predictivă pentru depresie, atât ca trăsătură (de exemplu, Werner et al., 2019), cât și ca stare (Dunkley et al., 2003). Persoanele care au fost mai critice față de ele însele au afișat o dispoziție depresivă mai crescută ore mai târziu, ceea ce evidențiază utilitatea abordării autocriticii pentru a aborda simptomele depresive și susține rolul său ca mecanism cognitiv de bază al depresiei, așa cum a fost stabilit anterior (Beck, 1967, 1976; Beck & Emery, 1985; Blatt și colab., 1982; Ellis, 1962, 1971, 1973. În al doilea rând, autocritica a fost, de asemenea, identificată a fi cel mai important nod din rețeaua temporală, fiind în mod constant evaluat, ca centralitate, deasupra celorlalte noduri, indiferent de indicele specific de centralitate. Autocritica a prezis alte noduri cel mai puternic și, de asemenea, a prezis cel mai mare număr de alte variabile, a fost situată cel mai aproape de celelalte noduri și a fost, de asemenea, prezisă de cel mai mare număr de noduri. Acest lucru indică, de asemenea, importanța abordării factorilor cognitivi atunci când se analizează simptomele depresive și corespunde altor rezultate de tip analiză de rețea care indică faptul că aspectele cognitive sunt centrale în depresie (de exemplu, Marchetti et al., 2021; Marian & Sava, 2023).

În continuare sunt discutate relațiile neconfirmate și sunt sugerate potențiale explicații pentru acestea. În primul rând, activarea schemelor nu a prezis autocritica, ci invers. Cu toate acestea, faptul că activarea schemelor și autocritica au fost corelate transversal ar putea sugera un efect mai imediat al activării schemelor asupra autocriticii, care se poate disipa apoi, mai ales având în vedere faptul că autocritica a prezis dispoziția depresivă, care este asociată cu o tendință de angajare a supresiei gândurilor (Purdon, 1999). Într-adevăr, atunci când au fost măsurate concomitent, activarea schemei și copingul evitant au fost conectate, ceea ce sugerează posibilitatea ca acesta din urmă să fi fost activat și să amortizeze autocritica.

Dispoziția depresivă nu a prezis capitularea și evitarea la următoarea evaluare, ceea ce poate indica faptul că copingul dezadaptativ apare doar momentan și/sau este înlocuit de strategii de coping mai sănătoase. Am folosit ferestre de trei ore, în timpul cărora este posibil să apară și alte moduri. Având în vedere faptul că modurile sunt considerate a fi stări de moment cu moment, un interval de timp mai scurt ar fi putut surprinde mai bine activarea ulterioară a capitulării și a copingului evitant. Într-adevăr, dispoziția depresivă a fost asociată simultan atât cu capitularea, cât și cu copingul evitant, ceea ce ar putea indica faptul că dispoziția deprimată a condus la aceste tipuri de coping pe termen scurt. Din perspectiva teoriei modurilor, persoanele sănătoase diferă de populațiile clinice în ceea ce privește capacitatea lor de a schimba modurile și de a accesa modalități alternative de coping, în special în situații dificile (Dweck, 2017; Flanagan, 2010).

În ceea ce privește relația dintre copingul dezadaptativ și stres, cele două tipuri de coping nu au prezis mai mult stres la următoarea evaluare. Același tipar propus mai sus - copingul dezadaptativ fiind angajat doar pe termen mai scurt - ar fi putut însemna că stresul nu s-a acumulat semnificativ de la o evaluare la alta din cauza copingului dezadaptativ. Având în vedere faptul că situațiile stresante pe care le-am evaluat sunt în general legate de situații de viață mai generale (de exemplu, interpersonale, financiare), este posibil ca copingul pasiv sau evitant momentan să nu le fi influențat imediat în mod semnificativ și este posibil să fi fost necesare perioade mai lungi de comportament dezadaptativ pentru a produce un impact mai consistent. Cu toate acestea, în ciuda faptului că nu a prezis stresul, copingul de predare a prezis autocritica. Acest lucru sugerează că persoanele care adoptă comportamente pasive s-ar fi criticat mai târziu pentru aceasta, subliniind un potențial cerc vicios al depresiei: autocritica ar putea duce imediat la afectarea depresivă și la copingul de predare (așa cum sugerează asocierile transversale), acesta din urmă putând genera apoi autocritica chiar și câteva ore mai târziu. Această constatare corespunde, de asemenea, rezultatelor obținute de Veilleux și colab. (2024), care, într-un studiu ecologic de evaluare momentană, au constatat că autocritica este mai mare atunci când indivizii se percep ca fiind mai puțin capabili să tolereze stresul și să exercite voință.

În ceea ce privește limitele prezentului studiu, una dintre acestea este faptul că studiul este bazat doar pe un eșantion non-clinic. Scorurile medii pentru dispoziția depresivă au fost relativ scăzute, unii participanți raportând puține variații la acest nivel. Este probabil că, în cazul persoanelor cu depresie clinică, asocierile dintre variabilele noastre ar fi mai puternice, în conformitate cu principiile abordării de tip analiză de rețea (Bringmann și colab., 2013). Studiile viitoare ar trebui să compare rețelele unui eșantion clinic cu cele ale unui eșantion non-clinic și să investigheze dacă efectele temporale ale dispoziției depresive asupra copingului, de exemplu, apar mai consistent la persoanele depresive sau dacă, în această populație, activarea schemei este asociată cu o autocritică mai persistentă câteva ore mai târziu, comparativ cu un grup clinic. O altă limită constă

în intervalul de timp pe care l-am folosit pentru a examina relațiile decalate dintre variabile. După cum s-a menționat anterior, în intervalul de câteva ore dintre măsurători ar fi putut avea loc mai multe schimbări ale modurilor, ceea ce ar fi putut determina respondenții să adopte comportamente mai adaptative și să atenueze efectele mecanismelor dezadaptative pe care le-am măsurat. Studiile viitoare ar trebui să utilizeze măsurători mai fine ale activării schemelor, dispoziției, comportamentelor de coping și stresului (spre exemplu, în decurs de o oră), pentru a surprinde mai bine schimbările în moduri și dinamica acestora. Deoarece cercetarea legată de activarea ca stare a constructelor terapiei schemei este încă într-o fază incipientă și există puține cercetări privind măsurarea acestor constructe, este posibil ca modul în care am ales să le operaționalizăm și să le măsurăm să nu reflecte cel în modul cel mai potrivit constructele subiacente. Mai precis, ar putea fi necesare cercetări suplimentare privind identificarea conținutului schematic cel mai relevant în ceea ce privește generarea dispoziției depresive și definirea tiparelor de coping capitulativ și evitant declanșate, având în vedere faptul că instrumentele pe care le-am utilizat nu sunt destinate în mod specific captării aspectelor legate de depresie. Nu în ultimul rând, cauzalitatea nu poate fi inferată din rezultatele obținute și, prin urmare, acestea ar trebui interpretate cu prudență. Factori dincolo de cei pe care i-am inclus ar putea fi responsabili pentru asocierile evidențiate în acest studiu (și pentru lipsa acestora).

Cu toate acestea, studiul de față are mai multe implicații importante. Din cunoștințele noastre, acesta este primul studiu care testează constructele din terapia schemelor într-o paradigmă de eșantionare a experienței și de analiză de rețea. Domeniul de aplicare al studiului nostru este astfel în conformitate cu unul dintre obiectivele identificate de un grup de experți ST ca priorități de cercetare pentru domeniu, și anume identificarea conexiunilor dintre scheme, moduri și stiluri de coping (Pilkington și colab., 2022). Faptul că autocritica a prezis dispoziția depresivă și a fost, de asemenea, cea mai centrală componentă a rețelei longitudinale sugerează necesitatea de a include modul de Critic în modelul ST al depresiei și, la nivel practic, de a-l viza ca parte a intervențiilor bazate pe ST pentru această problemă psihologică. Acest mod pare, de asemenea, să fie prezis de copingul de capitulare și să declanșeze activarea suplimentară a schemelor, sugerând un potențial cerc vicios în depresie care ar putea fi abordat prin deprinderea clienților de a contracara autocritica.

3.5. Studiul 5: Fezabilitatea, acceptabilitatea și efectele unui program mobil bazat pe terapia contextuală a schemelor pentru simptomele depresive⁴

3.5.1. Introducere

Având în vedere utilitatea potențială a îmbunătățirii intervențiilor psihologice standard cu principiile Terapiei Contextuale a Schemelor (CST), precum și nevoia unor intervenții accesibile pentru depresie, studiul de față este un test pilot al unei scurte intervenții online autoadministrate pentru simptomele depresive (*nCompass*), bazat pe principiile CST și pe activarea comportamentală. Intervenția *nCompass* este un program mobil de 15 zile care vizează inactivitatea comportamentală, autocritica și dispoziția depresivă, conceptualizate ca moduri dezadaptative, cu scopul de a (1) ajuta participanții să recunoască, să monitorizeze și să schimbe inactivitatea/evitarea comportamentală (definită ca modul de Protector), (2) să cultive difuzie față de cognițiile dezadaptative (modul Critic) și să le înlocuiască cu alternative cognitive mai sănătoase și (3) să sprijine utilizatorii în înțelegerea și îndeplinirea nevoilor emoționale (modul de Copil vulnerabil) prin implicarea în activități semnificative. Deși, teoretic, inactivitatea comportamentală ar putea fi conceptualizată ca un set de moduri (de exemplu, Capitulare compliantă, Protector detașat, Protector evitant), pentru a simplifica conceptualizarea, toate fațetele respective ale inactivității sunt reprezentate, în cadrul programului, printr-un singur mod numit modul de Protector. Acest mod este descris, în cadrul programului, ca reprezentând pasivitatea comportamentală (dezangajarea din activități semnificative) și aplatizarea afectivă menite să facă față modului de Critic.

Ne propunem să investigăm dacă programul ar putea constitui o intervenție fezabilă, acceptabilă și eficientă în ceea ce privește reducerea simptomelor depresive. În plus, deoarece programul se concentrează pe reducerea autocriticii (modul de Critic) și a comportamentelor dezadaptative de coping și pe îmbunătățirea flexibilității psihologice, ne propunem să evaluăm modificările în aceste mecanisme propuse și să verificăm dacă acestea pot explica modificările în simptomele depresive ca urmare a implicării în program.

3.5.2. Metodă

3.5.2.1. Participanți

Participanții au fost recrutați prin intermediul anunțurilor postate în grupuri Facebook. Pentru a fi incluși, participanții trebuiau să: (i) să fie în vârstă de cel puțin 18 ani și (ii) să prezinte simptome de depresie (definite ca

⁴ Acest studiu a fost trimis pentru publicare la *Journal of Contextual Behavioral Science*.

un scor total de 14 sau mai mare la Inventarul de Depresie Beck – Versiunea a Doua (BDI-II). Am exclus participanții cu (1) un diagnostic auto-raportat de tulburare bipolară sau psihotică, (2) risc suicidar actual, indicat de un scor de 2 („Aș dori să mă sinucid.”) sau 3 („M-aș sinucide dacă aș avea ocazia.”) la itemul *Gânduri sau dorințe suicidare* din BDI-II. Participanții au fost alocați aleatoriu în grupul nCompass (n = 51) sau de psihoeducație (n=51). Vârsta medie a participanților a fost de 27.06 (*SD*=7.13) în grupul nCompass și 26.78 (*SD*=6.25) în grupul de control.

3.5.2.2. Instrumente

Informații demografice. În formularul de înscriere, participanții au fost solicitați să indice informații privind vârsta, genul, etnia, cea mai înaltă formă de educație absolvită, precum și statutul profesional.

Simptome depresive. Versiunea în limba română a Inventarului de depresie Beck - Versiunea a Doua (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) a fost utilizată pentru a evalua simptomele depresive la pre-test, post-test și follow-up.

Autocritică. Având în vedere faptul că schimbările în autocritica-trăsătură au fost considerate puțin probabile în urma unei intervenții scurte, am ales un instrument care măsoară autocritica-stare. Subscala Auto-Judecată a Scalei de Măsurare a Autocompasiunii ca Stare - Forma Lungă (SSCS-L; Neff et al., 2021) evaluează gradul în care respondenții sunt critici față de ei înșiși în timp ce își imaginează că se confruntă cu o situație dificilă din viața lor din prezent. Sunt utilizați trei itemi în acest scop (de exemplu, „Sunt destul de dur cu mine însumi”), evaluați pe o scară Likert de la 1 = deloc adevărat pentru mine la 5 = foarte adevărat pentru mine.

Capitulare. Subscala Capitulare din Inventarul de Coping la Scheme (SCI; Rijkeboer et al., 2010) a fost utilizată pentru a măsura copingul de Capitulare, bazat pe teoria schemelor. În SCI, Capitularea, Evitarea și Supracompensarea ca stiluri de coping sunt măsurate folosind subscale de patru itemi, evaluați pe o scară Likert de la 1 = complet neadevărat pentru mine la 7 = complet adevărat pentru mine (exemplu de item: „Dacă alții mă tratează rău, las asta să se întâmple”). Scorurile mai mari reflectă un nivel crescut de coping capitulativ. Instrucțiunile și itemii au fost adaptați astfel încât să reflecte comportamentele din ultimele două săptămâni (de exemplu, „Dacă ceilalți m-au tratat rău, am lăsat asta să se întâmple”).

Inflexibilitatea psihologică. Versiunea în română a Chestionarului de Acceptare și Acțiune cu 7 itemi - Versiunea a Doua (AAQ-II; Bond et al., 2011) a fost utilizată pentru a măsura inflexibilitatea psihologică a participanților. AAQ-II utilizează o scară Likert în 7 puncte, de la 1 = niciodată adevărat la 7 = întotdeauna adevărat, iar scorurile totale mai mari reflectă o inflexibilitate psihologică mai mare.

Acceptabilitatea și utilizabilitatea. A fost utilizată o selecție de itemi din System Usability Scale (SUS; Bangor et al., 2008) și USE Scale (Lund, 2001), considerate relevante pentru conținutul și obiectivele programului. Din SUS, am folosit patru itemi (de exemplu, „Programul nCompass a fost ușor de utilizat”), în timp ce, din USE, au fost folosiți zece itemi (de exemplu, „Programul nCompass a fost util”). Toți itemii au fost evaluați pe o scară Likert de la 1 = dezacord total la 5 = acord total. În plus, au fost construiți itemi personalizați pentru a măsura acceptabilitatea diferitelor caracteristici ale programului.

3.5.2.3. Procedură

Participanții au fost recrutați prin intermediul anunțurilor postate în grupuri Facebook. Respondenții care au fost de acord cu termenii din consimțământul informat, prezentat în introducerea formularului Qualtrics™, au putut accesa instrumentele de screening din paginile următoare. Numai participanții care au îndeplinit criteriile de includere au putut accesa măsurătorile în cadrul formularului. Participanții eligibili, pe baza răspunsurilor din formular, au fost alocați, utilizând funcția de randomizare Qualtrics™, fie în grupul nCompass, fie într-un grup de psihoeducație online. Conținutul celor două intervenții este prezentat în secțiunile respective de mai jos.

După cele 15 zile de intervenție, participanții au primit prin e-mail un link către un formular online care conținea măsurătorile post-test. După încă două săptămâni, participanții au fost contactați din nou prin e-mail pentru a completa evaluarea de la follow-up.

Acest studiu a fost [preînregistrat pe OSF](#).

3.4.2.3.1. Protocoale de intervenție

Intervenția nCompass. Intervenția nCompass a fost structurată ca un program mobil autoadministrat de 15 zile, bazat pe principiile Terapiei Contextuale a Schemelor și ale activării comportamentale pentru depresie. Similar cu protocolul lui Lejuez et al. (2011), participanții au fost invitați să programeze activități referitoare la domeniile importante ale vieții, care au fost asociate cu unul dintre cele cinci seturi de nevoi propuse în ST: (1) **conexiune**

(domeniul relații); (2) **autonomie/performanță** (domeniul educație/carieră); (3) **limite sănătoase / structură** (domeniul responsabilități zilnice); (4) **autoîngrijire** (domeniul minte, corp și spiritualitate); (5) **joacă** (domeniul recreere și interese). În *prima etapă* a programului (primele cinci zile), participanții au fost instruiți să se concentreze pe monitorizarea și contracararea modului de Protector prin implicarea intenționată într-o activitate semnificativă în fiecare zi și/sau observarea tendinței lor de a o evita. În a *doua etapă* (următoarele cinci zile), același proces a fost repetat, de data aceasta cu activități de dificultate moderată. Au fost introduse tehnici de abordare a modului critic, utilizatorii fiind invitați să aleagă cel mai credibil gând negativ pe care îl aveau în legătură cu activitatea aleasă (fie „Nu merit să fac această activitate”, „Voi eșua”, „Este inutil”, „Este o prostie”, „Mă voi simți singur”, fie un gând personalizat). Apoi, folosind înregistrări audio ale unor exerciții de difuzie, participanții au fost instruiți să practice o strategie diferită în fiecare zi. În a *treia etapă* (ultimele cinci zile), în cadrul aceluiași proces, dar pentru activități de dificultate mai mare, participanților li s-a prezentat o listă de gânduri alternative (mesaje corective) la un gând problematic din lista menționată anterior. Participanții au fost invitați să își amintească gândul alternativ în timp ce încercau să facă activitatea zilnică.

Intervenție psihoeducațională autoadministrată. Intervenția psihoeducațională autoadministrată s-a bazat pe un set de materiale bibliografice, în format PDF, pe care participanții le-au primit zilnic timp de 15 zile prin e-mail. Emailurile au fost trimise automat participanților în fiecare zi la ora 10 a.m., iar participanții au fost instruiți să citească materialul respectiv în cursul zilei. Fiecare material cuprindea o pagină scrisă care prezenta o temă legată de depresie și factorii acesteia. Pentru a se potrivi cu conținutul intervenției nCompass, materialele au cuprins teme referitoare la evitare, activare comportamentală, autocritică, difuzie cognitivă și autocompasiune.

3.5.2.4. Analiza datelor

Toate analizele au fost efectuate utilizând pachetul *lavaan* (Rosseel, 2012), implementat pe platforma software JASP, versiunea 0.16.4 (Han & Dawson, 2020). Răspunsurile privind acceptabilitatea și utilizabilitatea au fost analizate la nivel descriptiv, prin calculul scorurilor medii pentru fiecare item, precum și a procentului de participanți care au exprimat acord parțial sau total, au fost neutri, respectiv au exprimat dezacord total sau parțial cu fiecare afirmație care descrie programul.

Fezabilitatea programului a fost evaluată prin examinarea procentelor de participanți care (1) au instalat aplicația, (2) au utilizat aplicația cel puțin o dată, (3) au finalizat fiecare dintre cele trei niveluri ale programului. În plus, am examinat numărul de zile în care participanții au utilizat aplicația și procentele de activități zilnice finalizate sugerate ca parte a programului. Ratele ridicate de utilizare și de finalizare a programului au fost considerate indicatori ai fezabilității.

Pentru a analiza schimbările în simptomele depresive, autocritica, copingul de predare și inflexibilitatea psihologică, am efectuat mai întâi teste *t* cu eșantioane independente pentru a verifica diferențele de bază între grupuri. Am utilizat ANOVA bifactorial cu măsuri repetate, având timpul (pre-test, post-test și follow-up) ca factor în intragrup și grupul (nCompass sau psihoeducație) ca factor intergrup. În cazul diferențelor semnificative la baseline, am efectuat, de asemenea, analize de covarianță (ANCOVA) pentru a verifica diferențele la post-test și la follow-up între grupuri, folosind scorurile pre-test drept covariate.

Pentru a evalua efectele schimbărilor în autocritică, copingul de capitulare și inflexibilitatea psihologică ca mediatori ai efectului grupului asupra schimbărilor în simptomele de depresie, au fost planificate o serie de analize de mediere utilizând pachetul de mediere SEM din JASP.

3.5.3. Rezultate

3.5.3.1. Fezabilitate

Din 51 de participanți alocați în condiția nCompass, 48 (94.12%) au instalat aplicația. 43 de participanți (84.31%) au fost utilizatori activi (au finalizat cel puțin o interacțiune). Patruzeci și doi dintre aceștia (97.67%) au completat chestionarele post-test și treizeci și doi (74.42%) de participanți au răspuns la follow-up. În grupul de psihoeducație, din cei 51 de participanți alocați, 50 (94.33%) au completat măsurătorile post-test și 40 (75.47%) au răspuns la follow-up.

În condiția nCompass, 41 din cei 48 de utilizatori (85.41%) au finalizat primul nivel al programului, 38 (79.16%) au finalizat al doilea nivel și 35 (72.92%) au finalizat al treilea nivel. Cu toate acestea, luând în considerare doar participanții care au utilizat în mod activ programul (adică au utilizat aplicația cel puțin o dată), 40 din cei 43 de utilizatori activi (93.02%) au finalizat primul nivel, 36 (83.72%) au finalizat al doilea nivel și 32 (74.41%) au finalizat al treilea nivel. În medie, participanții nCompass au utilizat aplicația timp de 10.34 din cele 15 zile ale programului. În zilele lor active în aplicație, participanții au indicat că au realizat 68.15% din activitățile de activare comportamentală propuse.

3.4.3.2. Acceptabilitate și utilitate

Majoritatea participanților au fost de acord sau foarte de acord cu afirmațiile referitoare la utilitatea și ușurința de utilizare a programului. Majoritatea participanților au indicat, de asemenea, că au fost mulțumiți de aplicație. În plus, majoritatea participanților au fost de acord sau foarte de acord cu afirmațiile referitoare la utilitatea anumitor caracteristici, inclusiv psihoeducația și conceptualizarea, activitățile zilnice, experimentele comportamentale, exercițiile legate de Critic și mesajele corective.

3.4.3.3. Efectele intervenției

Statisticile descriptive pentru toate variabilele studiului la fiecare moment de timp sunt prezentate în Tabelul 4. Pentru BDI-II, ANOVA cu măsuri repetate a indicat o interacțiune semnificativă între grup și timp $F(2,200) = 5.80, p = .004, \eta^2p = 0.06$. Conform analizelor post-hoc, acest efect a fost explicat de schimbările de la pre-test la post-test, $t(50) = 5.86, p < .001, d = 0.66$, și de la pre-test la follow-up, $t(50) = 6.55, p < .001, d = 0.74$, în grupul nCompass, prin schimbări de la pre-test la post-test în grupul de psihoeducație, $t(50) = 3.09, p = .035, d = 0.35$, și printr-o diferență la follow-up între grupuri, $t(100) = 3.07, p = .04, d = 0.61$.

Tabelul 4

Statisticile descriptive pentru grupuri în fiecare fază a studiului

Variabilă și fază	nCompass		Psihoeducație		Diferențe de referință	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t(100)</i>	<i>p</i>
<i>BDI-II</i>						
Pre-test	25.43	9.50	26.19	9.52	0.37	.72
Post-test	18.43	9.60	22.43	11.03		
Follow-up	17.61	12.19	24.02	11.10		
<i>utocritica</i>						
Pre-test	10.35	3.01	9.88	2.78	0.37	.72
Post-test	9.45	3.13	9.26	3.21		
Follow-up	9.16	3.17	8.98	2.99		
<i>irrender SCI</i>						
Pre-test	14.12	4.84	11.53	4.66	-2.75	.007
Post-test	11.92	4.84	11.75	4.94		
Follow-up	11.75	4.81	12.43	4.18		
<i>AAQ-II</i>						
Pre-test	35.33	10.81	31.96	9.30	-1.69	.094
Post-test	32.02	12.80	32.33	8.80		
Follow-up	33.00	13.91	31.77	9.32		

Pentru Capitulare, a fost identificată, de asemenea, o interacțiune semnificativă între grup și timp, $F(2,200) = 8.42, p < .001, \eta^2p = 0.08$, care a fost explicată prin scăderi de la pre- la post-test $t(50) = 3.76, p = .003, d = 0.47$, și de la pre-test la follow-up în grupul nCompass, $t(50) = 4.06, p = .001, d = 0.50$. Grupurile nu au fost diferite la post-test, $t(100) = -0.86, p = 1.000$, nici la follow-up, $t(100) = 0.74, p = 1.000$. Cu toate acestea, deoarece am constatat că grupurile au fost diferite la pre-test în ceea ce privește scorurile la coping-ul de capitulare (a se vedea Tabelul 4), am rulat, de asemenea, ANCOVA ale diferențelor post-test și follow-up între grupuri folosind scorurile pre-test ca covariate. Am constatat că, atunci când scorurile pre-test au fost controlate, grupurile au fost diferite la post-test, $F(1,99) = 7.54, p = .007, \eta^2p = 0.07$, iar mediile marginale estimate au indicat faptul că grupul experimental a avut scoruri mai mici la Capitulare ($M = 10.92, SE = 0.46$) decât grupul de control ($M = 12.75, SE = 0.46$). La follow-up, a existat, de asemenea, o diferență semnificativă între grupuri, $F(1,99) = 4.41, p = .038$,

$\eta^2p = 0.04$, grupul experimental înregistrând niveluri mai scăzute de coping de capitulare ($M = 11.21$, $SE = 0.58$) decât grupul de control ($M = 12.97$, $SE = 0.58$).

Pentru autocritică, nu a fost găsită nicio interacțiune grup-timp, $F(2,200) = 0.23$, $p = .79$. De asemenea, am găsit o interacțiune semnificativă între grup și timp pentru AAQ-II, $F(2,200) = 3.75$, $p = .025$, $\eta^2p = 0.008$. Acest efect a fost explicat prin schimbările de la pre- la post-test în grupul nCompass, $t(50) = 3.47$, $p = .010$, $d = 0.30$. Cu toate acestea, schimbarea de la pre- la follow-up în grupul nCompass nu a fost semnificativă, $t(50) = 2.44$, $p = .233$, iar grupurile nu au fost diferite la post-test, $t(100) = 0.14$, $p = 1.000$, nici la follow-up, $t(100) = -0.57$, $p = 1.000$.

3.4.3.4. Analiza de mediere

Deoarece diferențele în autocritică și inflexibilitate psihologică între grupuri nu au fost semnificative la post-test și follow-up, am testat doar modelele privind modificările copingului de capitulare ca mediator al relației dintre grup și modificările scorurilor BDI-II. Efectul indirect al copingului de capitulare de la pre-test la post-test a fost semnificativ, $b = 1.90$, 95% CI [0.62, 4.16]. Efectul direct nu a fost semnificativ, $b = 1.42$, 95% CI [-1.23, 4.11], indicând faptul că schimbările în copingul de capitulare au explicat pe deplin schimbările în scorurile BDI-II, în funcție de grup. În ceea ce privește schimbările de la pre-test la follow-up, am găsit, de asemenea, un efect indirect semnificativ, $b = 2.81$, 95% CI [1.27, 4.95], în timp ce efectul direct a fost ne semnificativ, $b = 2.92$, 95% CI [-0.20, 6.08].

3.4.4. Discuții

Într-un eșantion de persoane cu simptome depresive, am constatat că programul nCompass a fost fezabil, acceptabil și eficient în ceea ce privește simptomele depresive și copingul de capitulare. Ratele de retenție au fost comparabile cu cele obținute în studiile care au testat programe mobile similare pentru depresie (Dahne et al., 2019a, Dahne et al., 2019b, Schlosser et al., 2017). Majoritatea participanților au evaluat programul ca fiind ușor de utilizat și util și și-au evaluat nivelul de satisfacție ca fiind ridicată, scorurile de acceptabilitate fiind, de asemenea, similare cu cele ale altor aplicații mobile pentru depresie (Deady et al., 2018; Schlosser et al., 2017; Rohani et al., 2019). În plus, majoritatea utilizatorilor au declarat că funcțiile incluse în program (psihoeucație, activare comportamentală și experimente comportamentale, exerciții de difuzie și mesaje corective) au fost utile. Acest lucru indică faptul că o scurtă intervenție autoadministrată bazată pe Terapia Contextuală a Schemelor este un tratament viabil în ceea ce privește preferințele utilizatorilor.

În ceea ce privește rezultatele intervenției, am constatat scăderi semnificative ale simptomelor depresive la un follow-up de două săptămâni, comparativ cu un grup de control activ (psihoeucație autoadministrată). Dintre mecanismele propuse, doar copingul de capitulare a prezentat schimbări semnificative în grupul nCompass, comparativ cu grupul de control, atât la post-test, cât și la follow-up. Modificările copingului de capitulare au explicat scăderea simptomelor depresive la utilizatorii nCompass, comparativ cu grupul de control.

Faptul că intervenția noastră a fost eficientă în reducerea simptomelor depresive este în concordanță cu studiile anterioare care indică utilitatea ST pentru tratarea depresiei (Carter et al., 2013; Malogiannis et al., 2014; Renner et al., 2016). În plus, studiul nostru confirmă utilitatea intervențiilor mobile bazate pe principii comportamentale contextuale (Levin et al., 2017; Lu et al., 2023; Ly et al., 2012) și activare comportamentală pentru depresie (Dahne et al., 2019; Hefner et al., 2019, Van Genugten et al., 2021), similar cu rezultatele anterioare. Mai general, constatările noastre susțin eficacitatea psihoterapiilor contextuale (Han & Kim, 2022a) și a activării comportamentale (Han & Kim, 2022b) administrate online.

Contrar așteptărilor noastre, nu au fost găsite efecte semnificative pentru autocritică. Acest lucru s-ar putea datora faptului că intervenția este una scurtă iar modul Critic a fost vizat doar pentru 10 zile în cadrul programului. În plus, contrar cercetărilor anterioare care au examinat efectul terapiilor contextuale mobile în depresie (Lu et al., 2023), nu am putut găsi schimbări în flexibilitatea psihologică față de cei din grupul de control. La post-test și follow-up, scorurile AAQ-II au rămas peste cut-off-ul clinic de 26 stabilit în literatură (Bond et al., 2011). Acest lucru ar putea fi explicat de profilul intervenției noastre, care adresează doar un comportament pe zi și vizează doar o parte dintre procesele de flexibilitate psihologică în legătură cu comportamentul respectiv. Acest lucru, împreună cu durata intervenției, ar putea fi insuficient pentru a obține schimbări consistente în flexibilitatea psihologică ca întreg. Studiile viitoare ar trebui să testeze dacă versiuni modificate ale programului (de exemplu, o durată extinsă, mai multe exerciții dedicate proceselor de autocritică și flexibilitate psihologică sau o personalizare a exercițiilor), ar putea duce la schimbări mai mari la nivelul acestor constructe.

O altă limită constă în faptul că nu ne-am bazat pe un eșantion clinic, ceea ce limitează generalizabilitatea constatărilor noastre la populațiile clinice. Studiile viitoare ar trebui să testeze dacă rezultatele actuale ar putea fi extinse și la participanții clinici. De asemenea, deoarece ST a fost propusă inițial pentru persoanele cu tulburări

emoționale cronice și de personalitate, studiile viitoare ar trebui să investigheze dacă intervenția conduce la grade diferite de îmbunătățire în depresia cronică versus non-cronică și în cazul tulburărilor de personalitate comorbide versus în depresia fără astfel de comorbidități. În plus, ratele relativ ridicate de pierdere a participanților la follow-up constituie o limită suplimentară a studiului. Cercetările viitoare ar trebui să utilizeze strategii îmbunătățite pentru stimularea aderenței participanților. În plus, perioada scurtă de follow-up pe care am utilizat-o reprezintă o limită în ceea ce privește înțelegerea modului în care beneficiile intervenției sunt menținute în timp. Prin urmare, studiile viitoare ar trebui să utilizeze o perioadă de follow-up mai lungă. Anumite caracteristici demografice ale eșantionului constituie, de asemenea, o limită notabilă a acestui studiu. Faptul că majoritatea participanților au fost femei adulte tinere cu studii superioare poate reprezenta o sursă de bias în privința evaluării fezabilității, acceptabilității și efectelor generale ale intervenției. Prin urmare, studiile viitoare ar trebui să vizeze recrutarea unui eșantion mai divers din punct de vedere demografic. În plus, faptul că am examinat relația dintre modificările concomitente ale simptomelor depresive și ale copingului de abandon împiedică explicarea temporalității schimbărilor și a relațiilor dintre ele; este posibil ca îmbunătățirile simptomelor depresive să fie responsabile de scăderea copingului de Capitulare sau ca ambele au fost afectate de variabile terțe. Studiile viitoare ar trebui să utilizeze metode statistice mai robuste care să țină cont de efectele inverse și să contribuie astfel la discernerea efectelor temporale ale mecanismelor propuse.

În cele din urmă, trebuie remarcat faptul că, având în vedere că studiul de față este primul care testează empiric intervenția nCompass, este nevoie de mai multe cercetări înainte de a se putea extrage concluzii definitive. Studiile viitoare ar trebui să urmărească replicarea acestor rezultate pentru a confirma eficacitatea intervenției. Cu toate acestea, prezenta cercetare evidențiază în mod preliminar utilitatea programului nCompass pentru simptomele depresive și oferă dovezi ale fezabilității, acceptabilității și eficienței sale în ceea ce privește reducerea simptomelor depresive și a copingului dezadaptativ. La un nivel practic, intervenția nCompass constituie o opțiune de tratament accesibilă și flexibilă pentru depresie, care pare să funcționeze ca o alternativă acceptabilă de intervenție.

4.1. Implicații teoretice și conceptuale

Lucrarea de față aduce o serie de contribuții la nivel teoretic/conceptual, practic și metodologic. Din punct de vedere teoretic, teza adresează câteva lacune cu privire la înțelegerea conceptuală a schemelor dezadaptative timpurii în depresie. Până în prezent, nu a existat un consens cu privire la schemele și modurile relevante pentru această problemă psihologică. Deoarece toate cele 18 scheme s-au dovedit a fi corelate cu depresia într-o meta-analiză anterioară (Bishop și colab., 2022), dar este posibil ca nu toate să fie în mod necesar implicate direct în această problemă psihologică, am redus, pe baza unui review al literaturii existente pe această temă, lista schemelor la o selecție relevantă din punct de vedere conceptual și empiric. Pe baza unui model de ecuații structurale metaanalitice, am constatat că depresia implică mai multe componente schematice, inclusiv un sentiment perceput de deficiență, instabilitate, izolare socială, eșec și o incapacitate percepută de a funcționa independent, așteptări negative cu privire la viitor și incontrollabilitatea percepută a evenimentelor negative.

În al doilea rând, am identificat mai multe scheme potențial mai influente din cele menționate mai sus, folosind analiza de rețea, evidențiind totodată o dinamică posibilă a activării vulnerabilităților cognitive ale persoanelor cu depresie. După cum s-a discutat anterior, faptul că schema de deficiență și cea de dependență/incompetență au fost cele mai influente în rețelele persoanelor cu depresie majoră este în conformitate cu ansamblul de cunoștințe care evidențiază rolul convingerilor referitoare la lipsa de valoare și la neajutorare în depresie. Cu toate acestea, faptul că au existat diferențe în ceea ce privește centralitatea acestor scheme în funcție de starea clinică sugerează că evaluările făcute de persoanele vulnerabile pot fi influențate în mod diferit, în funcție de prezența depresiei majore - în depresia majoră anterioară, schema de dependență/incompetență ocupă un rol mai central, în timp ce, la persoanele cu depresie majoră curentă, schema de deficiență/rușine a fost cea mai centrală. Gradul în care indivizii își evaluează negativ anumite aspecte ale funcționării ar putea să fie influențat în moduri diferite în funcție de prezența sau absența depresiei, ceea ce sugerează că activarea schemelor este dinamică. Cu toate acestea, aceste propuneri trebuie să fie confirmate prin studii longitudinale, în care schimbările propuse în activarea schemelor pot fi surprinse în mod adecvat.

În al treilea rând, prezenta teză contribuie, de asemenea, la integrarea modurilor schemelor într-un model teoretic al depresiei și evidențiază rolul autocriticii pentru depresie și activarea schemelor. Centralitatea autocriticii și conexiunile sale cu mai multe componente din rețea, inclusiv simptomele depresive, sugerează că această componentă ar putea fi cea mai proxim relevantă în depresie dintre cele pe care le-am investigat. Acest lucru poate fi valabil și dacă ne uităm la faptul că autocritica a fost prezisă de copingul de capitulare. Având în vedere faptul că simptomele depresive au fost asociate concomitent cu copingul de capitulare, sugerăm o interacțiune între modul critic, depresie și modul de coping de capitulare, care ar putea explica, în termeni de mod de schemă, modul în care depresia apare și este menținută - atunci când indivizii sunt critici cu ei înșiși, ar putea fi mai probabil să aibă o stare depresivă chiar și câteva ore mai târziu și să recurgă astfel la copingul de capitulare. Acest lucru, la rândul său, ar putea duce la mai multă autocritică în orele următoare, conducând la un cerc vicios. Având în vedere faptul că relația dintre capitulare și autocritică a fost identificată a posteriori, însă, este nevoie de mai multe studii pentru a confirma această relație.

Relevanța modului de capitulare în depresie este, de asemenea, sugerată de rezultatele studiului clinic controlat care arată asocieri între schimbările în simptomele depresive și cele în copingul de capitulare, explicate prin participarea la programul autoadministrat bazat pe ST.

4.2. Implicații practice

Prezenta teză are, de asemenea, câteva implicații practice importante. În primul rând, cercetarea noastră evidențiază mai multe scheme potențial relevante pentru a fi evaluate și vizate în tratamentul depresiei. Acest lucru poate duce la o abordare terapeutică terapeutică mai precisă a acestei probleme psihologice; pe baza acesteia, se pot aplica și dezvolta în continuare strategii de tratament pentru a aborda fiecare schemă, așa cum funcționează la persoanele cu această tulburare. Până în prezent, din câte cunoaștem, nu există protocoale sau ghiduri clinice bazate pe terapia schemelor, care să ofere strategii pentru adresarea, în depresie, a unor scheme specifice. Sunt necesare, așadar, cercetări suplimentare care să testeze utilitatea tehnicilor bazate pe ST adaptate în mod specific pentru depresie, abordând anumite scheme.

În al doilea rând, faptul că am identificat autocritica ca fiind cea mai centrală componentă a depresiei și, de asemenea, o relație între autocritică și depresie, bazată pe analiza rețelei temporale, sugerează faptul că prioritizarea acestui mod ca parte a tratamentului ST al depresiei ar putea fi o modalitate eficientă de a aborda această problemă psihologică.

În al treilea rând, din câte cunoaștem, studiul de intervenție propus este primul care integrează o conceptualizare a depresiei bazată pe ST cu activarea comportamentală și principiile terapiilor contextuale. Pe baza rezultatelor privind acceptabilitatea și efectele, susținem că programul nostru scurt autoadministrat pentru simptomele depresive ar putea fi utilizat pe scară largă pentru a aborda simptomele depresive, integrând cele trei abordări într-un cadru de intervenție util și acceptat de utilizatori.

În cele din urmă, deși un obiectiv secundar al acestei cercetări, instrumental pentru evaluarea copingului la scheme în cadrul unora dintre celelalte studii, validarea Inventarului de Coping la Scheme în populația românească, să sprijine cercetarea și practica clinică în acest context cultural particular. SCI pare, pe baza rezultatelor noastre, a fi un instrument robust din punct de vedere psihometric în majoritatea privințelor, deși sunt necesare mai multe cercetări pentru a examina fidelitatea unora dintre subscale și fundamentele lor conceptuale.

4.3. Inovații metodologice

Pe parcursul tezei, ne-am bazat pe mai multe metode inovative care adaugă la valoarea prezentei lucrări și merită astfel menționate. Pentru început, folosind meta-analiza bazată pe un model de ecuații structurale în studiul 1, am sintetizat datele corelaționale din mai multe studii într-un model care identifică contribuțiile la predicția depresiei a șapte scheme și am constatat că toate acestea (abandon, izolare socială, deficiență/rușine, eșec, dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău și negativitate/pesimism) contribuie în mod unic la predicția depresiei. Acest lucru a ajutat nu numai la delimitarea dimensiunilor separate ale efectului schemelor incluse, ci și la sublinierea relevanței unei varietăți de tipare cognitive în depresie.

În plus, studiul 2 este, din câte cunoaștem, primul care investighează structura în rețea a schemelor. Folosind analiza de rețea, am reușit să surprindem diferențele în nivelul schemelor și dinamica potențială a activării și conectării lor, evidențiind tipare diferite la persoanele cu depresie majoră curentă, anterioară și fără istoric de depresie majoră. Având în vedere suprapunerile conceptuale dintre scheme, acest design a contribuit la delimitarea aceluia care ar putea fi cele mai influente în depresie și la evidențierea potențialelor mecanisme de conectare între ele în această tulburare. În plus, faptul că ne-am bazat pe eșantioane clinice versus nonclinice contribuie la robustețea rezultatelor.

De asemenea, măsurarea modurilor în studiul 4 folosind evaluarea momentană ecologică este o contribuție importantă a prezentei teze, deoarece, din câte cunoaștem, niciun alt studiu nu a testat dinamica modurilor în depresie pe baza datelor longitudinale intensive. Deoarece modurile sunt înțelese drept constructe-stare, caracterizate prin schimbări de moment (pe baza cerințelor de mediu și a resurselor psihologice curente) (Flanagan, 2014), măsurarea activării lor în timp real poate fi o modalitate mai precisă de a capta natura lor dinamică. Pe baza metodei de eșantionare a experienței, am colectat un număr mare de măsurători ale constructelor de interes și am putut investiga relațiile temporale dintre acestea, subliniind mecanismele potențiale ale depresiei și evoluția lor în timp. În plus, o abordare metodologică nouă pe care am folosit-o în studiul respectiv a fost analiza de rețea longitudinală, care a permis, de asemenea, identificarea celui mai central aspect al funcționării schemelor și modurilor. Identificarea celui mai central nod poate sugera care componentă a structurii este potențial cea mai influentă și ar putea fi vizată mai întâi (Borsboom & Cramer, 2013; McNally, 2016).

În cele din urmă, în studiul 5, am propus un protocol de intervenție pentru depresie, care combină ST, activarea comportamentală și principiile contextuale în cadrul unui scurt program autoadministrat furnizat pe o aplicație mobilă. Această abordare este inovativă și potențial utilă pe o scară largă din mai multe motive. În primul rând, integrarea mai multor conceptualizări diferite ale depresiei și diversitatea tehnicilor (comportamentale, experiențiale, cognitive și bazate pe acceptare) înseamnă că intervenția s-ar putea potrivi preferințelor de tratament ale unui număr mai mare de persoane, după cum indică și scorurile ridicate de acceptabilitate înregistrate la nivelul studiului. În al doilea rând, formatul mobil autoadministrat este avantajos în ceea ce privește accesibilitatea. Majoritatea participanților au evaluat intervenția ca fiind ușor de utilizat și au declarat că ar putea utiliza cu succes programul fără niciun sprijin extern. În al treilea rând, formatul scurt, dar intensiv al intervenției (exerciții zilnice, structurate pe trei niveluri de dificultate) reprezintă o abordare mai concentrată și mai structurată a simptomelor depresive, care poate spori învățarea și motivația.

4.4. Limite și direcții viitoare

Există câteva limite ale prezentei cercetări, important a fi menționate și abordate în studiile viitoare. În primul rând, majoritatea rezultatelor noastre nu pot fi interpretate cauzal, datorită naturii lor corelaționale. Sunt necesare mai multe cercetări experimentale pentru a putea investiga mai amănunțit schemele și modurile, de exemplu prin experimente de laborator care să analizeze efectele inducerii dispoziției depresive. Până în prezent, un singur studiu a utilizat acest design pentru a examina activarea schemelor (Stopa & Waters, 2005). Pentru a construi un

model ST robust al depresiei, cercetarea corelațională trebuie să fie completată cu dovezi experimentale ale rolului în depresie al schemelor și modurilor pe care le-am identificat.

În al doilea rând, în majoritatea studiilor noastre de cercetare primară, ne-am bazat doar pe eșantioane nonclinice și subclinice, astfel încât nu se pot face afirmații în ceea ce privește modul în care aceste rezultate se extind la populațiile clinice. Studiile viitoare ar trebui să reproducă rezultatele noastre la persoanele cu depresie clinică sau, după caz, să examineze modul în care acestea ar putea diferi în funcție de starea clinică. De exemplu, după cum s-a discutat în studiul 4, indivizii clinici ar putea manifesta asocieri mai puternice între componentele pe care le-am inclus în analiza de rețea, probabil din cauza unui apel mai scăzut la moduri sănătoase care le-ar putea contracara efectele.

În al treilea rând, având în vedere că ST a fost propusă inițial pentru tulburările de personalitate și tulburările emoționale cronice, studiile viitoare ar trebui să examineze și modul în care mecanismele și strategiile de intervenție pe care le-am propus se aplică depresiei cronice și comorbidității cu tulburări de personalitate. Deoarece ne-am propus să oferim dovezi preliminare privind utilitatea constructelor ST în depresie, care ar putea fi apoi testate în cazuri particulare, includerea depresiei cronice și a tulburărilor de personalitate a fost dincolo de obiectivele cercetării noastre. Compararea depresiei non-cronice cu depresia cronică și a persoanelor cu și fără comorbidități cu tulburări de personalitate în ceea ce privește procesele pe care le-am explorat ar putea oferi perspective suplimentare asupra utilității ST în depresie.

În al patrulea rând, cercetarea noastră s-a bazat în întregime pe eșantioane de conveniență, recrutate online. Ca atare, majoritatea participanților noștri au fost femei tinere, cu studii superioare. Studiile viitoare ar trebui, prin urmare, să abordeze această limitare prin utilizarea unor eșantioane reprezentative din punct de vedere demografic, pentru a verifica dacă rezultatele noastre se aplică în cazul diferitelor caracteristici demografice. În plus, faptul că toate datele au fost colectate online, cu puțin control asupra procesului de completare a instrumentelor, poate ridica semne de întrebare cu privire la fiabilitatea răspunsurilor. Cu toate acestea, pe cât posibil, am încercat să adresăm această problemă prin strategii precum verificarea outlierilor și examinarea fidelității răspunsurilor.

În al cincilea rând, pentru ca modelele să rămână cât mai pragmatice și din cauza unor aspecte legate de puterea statistică, am inclus doar un subset de scheme în modele și analize. Ne-am bazat pe schemele al căror rol în depresie a fost sugerat în mod consistent de datele metaanalitice și primare sau de propunerile teoretice. Cu toate acestea, nu se pot face afirmații definitive cu privire la exhaustivitatea modelului nostru, iar alte scheme ar putea contribui, de asemenea, la generarea sau menținerea depresiei, mai mult sau mai puțin direct. Studiile viitoare ar trebui să vizeze includerea altor scheme și să verifice care dintre acestea ar putea fi, de asemenea, implicate în depresie.

În cele din urmă, este necesară construirea unor instrumente adaptate pentru măsurarea constructelor ST aplicabile depresiei. În studiile 4 și 5, ne-am bazat pe mai multe instrumente generice care pot sau nu pot surprinde în mod adecvat esența constructelor propuse pentru această problemă psihologică. În special în cazul instrumentelor utilizate pentru evaluarea momentană (Scollon et al., 2003) și analiza de rețea (Robinaugh et al., 2020), devine importantă evaluarea amănunțită a caracteristicilor psihometrice, deoarece astfel de măsurători sunt adesea împrumutate din studiile tradiționale fără examinarea prealabilă a compatibilității lor cu obiectivele acestor metode. Studiile viitoare ar trebui, prin urmare, să examineze, într-un mod aprofundat, dacă constructele pe care le-am utilizat sunt reflectate în mod corespunzător de măsurătorile respective și dacă ele se pretează la evaluarea momentană ecologică și la analiza de rețea a constructelor ST. Alternativ, se impune construirea și testarea unor instrumente special adaptate în acest scop.

Bibliografie selectivă

- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *J Psychol Clin Psychiatry, 9*(2), 214–221.
- Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology*.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 165*(8), 969–977.
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(1), 111–130.
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(1), 111–130.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders, 151*(2), 500–505.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Kopf-Beck, J., Müller, C. L., Tamm, J., Fietz, J., Rek, N., Just, L., Spock, Z. I., Weweck, K., Takano, K., & Rein, M. (2024). Effectiveness of Schema Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy versus Supportive Therapy for Depression in Inpatient and Day Clinic Settings: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 93*(1), 24–35.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(2), 166.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 51*, 66–73.
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.
- Van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice, 27–40*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford.