UNIVERSITATEA „ALEXANDRU IOAN CUZA”

FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ŞI ŞTIINŢE ALE EDUCAŢIEI

ŞCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE

EFICACITATEA INTERVENŢIILOR PSIHOTERAPEUTICE ONLINE ŞI LA TELEFON ÎN SIMPTOMATOLOGIA DEPRESIEI POSTPARTUM

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

CONDUCĂTOR ŞTIINŢIFIC:

Prof. Univ. Dr. TICU CONSTANTIN

Student-doctorand:

RÎŞCANU (căs. ROMAN) MARIA

IAŞI

2019

CUPRINS

Introducere.....4

CAPITOLUL I. CADRUL TEORETIC. CONCEPTELE CERCETĂRII.....5

1.1. Depresia postpartum (DP).....5

1.1.1 Definirea conceptului de "depresie postpartum" (DP)…….....5

1.1.2. Modele teoretice relevate în studiul depresiei postpartum.....6

1.1.2.1. Teorii biologice asupra depresiei postpartum.....6

1.1.2.2. Teorii psihologice asupra depresiei postpartum.....6

1.1.2.3. Teorii sociale asupra depresiei postpartum.....7

1.1.3. Prevalența depresiei postpartum.....7

1.1.4. Factorii de risc pentru depresia postpartu…….....7

1.1.5. Efectele depresiei postpartum.....8

1.1.6. Evaluarea și diagnosticul depresiei postpartum.....8

1.1.7. Evoluția şi prognosticul depresie postpartum.....9

1.1.8. Prevenția și tratamentul depresiei postpartum……..…….....9

1.2. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC).....11

1.2.1. Definirea conceptului TCC.....11

1.2.2. Evoluția terapiei cognitiv-comportamentale……..……....……...11

1.2.3. Modelul ABC comportamental.....11

1.2.4. Modelul ABC cogniv…….....11

1.2.5. Modalităţi de intervenție TCC de tip online în depresia postpartum.....11

1.2.6. Modalităţi de intervenție TCC la telefon în depresia postpartum.....12

CAPITOLUL II. SCOPUL CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ.....12

2.1. Scopul cercetării şi strategia generală de cercetare…….....12

2.2. Etapele cercetării 13

2.3. Metodologia de cercetare.....14

2.4. Rezultatele studiilor empirice.....16

2.4.1 Eficiența Terapiei cognitiv-comportamentale online pentru simptomatologia depresiei postpartum:revizuire sistematica și o meta-analiză.....16

2.4.2 Trăsăturile de personalitate și depresie postnatală: rolul de mediator al anxietății postnatale și rolul de moderator al tipului de naștere.....18

2.4.3 Eficacitatea intervenției cognitiv-comportamentale online și la telefon în simptomatologia depresiei postpartum.....22

CAPITOLUL III. CONCLUZII ȘI DISCUȚII GENERALE.....28

3.1. Concluzii, implicații teoretice, metodologice și practice.....28

3.2. Implicații practice.....30

3.3. Avantaje, limite și direcții de cercetare.....31

3.4. Probleme /dificultăți care au apărut pe parcursul realizării cercetării.....31

3.5. Direcții de cercetare.....32

Introducere

Dumnezeu nu poate fi în același timp peste tot

– de-aceea a creat mamele.

proverb evreiesc

Activitatea desfăşurată de-a lungul a 33 de ani în cadrul Maternităţii „Cuza Vodă” din Iaşi, a însemnat căutarea de soluţii la un un şir de provocări apărute datorită diversităţii şi complexităţii cazuisticii problemelor emoţionale la femeia care devine mamă. O parte din aceste provocări au devenit ipoteze de cercetat. Acest proiect de cercetare și-a propus să realizeze o analiză asupra depresiei postpartum, o problematică prezentă în viața unor femei într-un moment al vieții considerat ca fiind o stare de bine emoțională.

Primul studiu, din cele trei prezentate în aceasta teză de doctorat, descrie rezultatele analizei sistematice care s-a finalizat cu o meta-analiză asupra eficacității intervenției cognitiv-comportamentale online (OTCC) în depresia postpartum (DP). După analizarea contribuției studiilor internaționale disponibile, am putut concluziona că există dovezi empirice substanțiale pentru a susține utilizarea OTCC pentru simptomele DP și că datele sunt coerente în ceea ce privește eficacitatea acesteia. Mărimea efectului mediu al intervenției OCBT obținut în analiza noastră (d = - 0,54, CI 95% [-0,716; -0,423]) susține concluziile anterioare și sugerează un efect constant.

Cel de al doilea studiu din teza de doctorat a vizat investigarea modului în care trăsăturile de personalitate sunt asociate depresiei postpartum (evaluate la două săptămâni după naștere) și analiza măsurii în care acestea asocieri sunt mediate de anxietatea postnatală (măsurată la 3-4 zile de la naștere) și moderată de tipul nașterii. Analiza datelor a indicat că trăsăturile de personalitate nu au fost direct legate de depresia postpartum, dar am constatat că simptomele de anxietate postnatală pot explica potențiala legătură dintre trăsăturile de personalitate (adică neuroticismul) și depresia postpartum evaluate la două săptămâni după naștere. Tipul de naștere a moderat relația dintre trăsăturile de personalitate, anxietatea și depresia postpartum. Altfel spus, rezultatele obținute evidențiază faptul că anxietatea postpartum este o variabilă care explică de ce trasăturile de personalitate (adică neuroticismul și extraversiunea) sunt legate de depresia postpartum și că aceste relații pot depinde de tipul nașterii.

În studiul trei, din cele 672 lehuze evaluate inițial, 64 de paciente diagnosticate cu depresie postpartum au constituit participantele celei de-a treia analiză a cercetării care și-a propus să evalueze eficacitatea intervenției cognitiv-comportamentale online/ skype (videoconferință; voce și imagine) și la telefon (voce) în simptomatologiei depresiei postpartum. Conform design-ului experimental au fost alcătuite 2 loturi, unul pentru administrarea Terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) la telefon (22 de paciente) și un lot de paciente pentru grupul de control (22 de paciente). Conform design-ului cvasi-experimental s-a constituit și un grup natural al femeilor cu acces la skype-internet care au primit aceleași support TCC în regim online (20 de paciente). Rezultatele indică faptul că aplicarea intervenției TCC a avut efect asupra reducerii în timp a simptomatologiei depresiei postpartum. S-a constatat o remisiune a acestor simptome, semnificativă, în momentul postintervenție, la o lună și la 6 luni după

intervenție. Tot în cadrul acestui studiu am dorit să surprindem relațiile cauzale ale depresiei postpartum prin testarea ipotezei conform căreia exista asocieri semnificative între nivelul depresiei postpartum și forme ale gândirii disfuncționale (gândurile automate, atitudinile disfuncționale, scheme/credințele iraționale).

CAPITOLUL I.

CADRUL TEORETIC. CONCEPTELE CERCETĂRII

1.1. Depresia postpartum (DP)

1.1.1. Definirea conceptului de "depresie postpartum" (DP)

Depresia postpartum este definită în Manualul statistic de diagnostic al tulburărilor mintale, ediția a cincea DSM-V-TR (APA, 2013), ca un episod depresiv major sau minor cu specificant postpartum, care afectează femeile în termen de patru săptămâni după naștere, iar Clasificarea internațională a bolilor, revizia a zecea ICD-10 (WHO, 2007) o include în categoria diagnostică a depresiei majore cu un specificant postpartum, dacă debutul este la șase săptămâni după naștere. Ambele standarde (DSM-V-TR, ICD-10) sunt utilizate la nivel global pentru a diagnostica femeile în mediul clinic și de cercetare (detalii în Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003). Cu toate aceste criterii de diagnosticare, mulți clinicieni și cercetători în domeniu iau în considerare simptomele care apar în termen de 12 luni de la naștere (Gaynes et al., 2005), fiind obișnuit ca studiile privind depresia postpartum să includă femeile care suferă de simptome depresive oricând în primul an după naștere (Stewart et al., 2003).

Tabel nr.1 Entități clinice ale perioadei postpartum (Munteanu, 2006).

Entitatea clinică perioadei postpa.	**Indice de prevelență**	**Momentul apariției**	**Durata**	**Tratament**
Baby blues	15% - 85%	Zilele 3-5 dupa naștere	De la câteva ore la maximum 10 zile	atențieși înțelegere dinpartea mediului
Depresia postpartum	10% - 15%,	În primul an după naștere	Săptamani, luni	Tratament necesar de obicei
Psihoza postpartum	0.1% – 0.2 %	În timpul primelor 3 luni după naștere	Săptamani, luni	Spitalizarea este necesară de obicei
Tulburări afective ale relației mamă-nou-născut	comportamentul afectiv reținut (1:10) neacceptarea agresivă a copilului (1:100) neglijența și abuzul față de copil (1:1000) pruncuciderea (1:50000)	Perioada postpartum	Săptamani, luni	În funcție de tipul tulburării

1.1.2. Modele teoretice relevate în studiul depresiei postpartum

Baza depresiei postpartum este complexă, cauzele putând fi de natura biologică, psihologică sau socială, cu importanță variată în recunoașterea, prezentarea și tratamentul afecțiunii (Affonso, Anindya, Horowitz & Mayberry, 2000).

1.1.2.1. Teorii biologice asupra depresiei postpartum

Teoriile biologice aduc în discuţie modificările de concentraţie hormanală întâlnite postnatal şi rolul lor asupra psihicului femeii care a născut. În prezent, susceptibilitatea la modificări ale hormonilor ovarieni este sugerată a fi un declanșator important al depresiei postpartum (Brummelte & Galea, 2009), scăderea rapidă a nivelurilor acestora care are loc după naștere fiind propusă ca o posibilă etiologie a afecțiunilor afective postpartum (Wisner et al., 2002).

1.1.2.2. Teorii psihologice asupra depresiei postpartum

A. Modele Cognitiviste ale depresiei

În terapia cognitiv comportamentală, principalele curente teoretice și modul în care ele abordează modificarea gândirii disfuncționale (iraționale) ale persoanelor sunt „Modelul cognitiv al lui Aaron Beck" (1967) și „Modelul cognitiv al lui Albert Ellis" (1958).

Experienţa (primară, timpurie)
↓
Formarea unor idei, postulate disfuncţionale
↓
Idei critice (evenimente deosebite)
↓
Idei disfuncţionale activate
↓
Gânduri negative automate
↓ ↓
Simptome ale depresiei
↓ ↓ ↓ ↓ ↓
comportamentale afective somatice motivaţionale cognitive

Figura nr. 1 Modelul cognitiv al depresiei dupa Beck (apud Dafinoiu &Vargha, 2005)

Modelul cognitiv al lui Aaron Beck (1967)

Conform concepției lui Beck, bazată pe experiența clinică, problemele noastre emoționale sunt consecința unor distorsiuni și scheme cognitive care se dezvoltă în funcție de experiențele din perioada primei copilării.

Modelul cognitiv al lui Albert Ellis (1958, 1962).

Ellis (1958, 1962) a dezvoltat o formă mai directă de terapie cognitivă, pe care a numit-o inițial terapia rațională și apoi terapia rațional-emoțională (REBT). Acest autor afirmă că tulburările emoționale sunt rezultatul modului irațional de gândire al persoanei și că aceasta

are posibilitatea de a-și elibera o mare parte din nefericirea și suferința psihologică prin maximizarea modului de gândire rațională și reducerea gândirii iraționale (Holdevici, 2009).

B. Teoria interpersonală a depresie

Teoria interpersonală a depresie se centrează pe relaţiile apropiate ale persoanei şi rolul persoanei în aceste relaţii, depresia apărând din tulburări ale acestor roluri. Teoria îşi are rădăcinile în teoria ataşamentului a lui Bowlby (1951).

1.1.2.3. Teorii sociale asupra depresiei postpartum

Unul dintre cele mai puternice și bine documentate efecte în cercetarea depresiei implică constatarea faptului că evenimentele de viață stresante măresc substanțial riscul unei persoane pentru depresie (Monroe, Slavich & Georgiades, 2009; Hammen, 2005). Există un acord general că sprijinul social care presupune schimbul de resurse sociale între indivizi (Thoits, 1985; Cohen & Syme, 1985) este unul dintre factorii etiologici principali ai depresiei postpartum (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel_& Scrimshaw, 1993). Ținând cont de teoriile prezentate, depresia postpartum poate fi văzută ca rezultat final al unor variabile complexe: biologice, sociale şi psihologice.

1.1.3. Prevalența depresiei postpartum

Depresia postpartum poate apărea oricând în timpul primului an de la naștere, apare de obicei între 2 săptămâni și 3 luni după naștere, iar simptomele pot persista până la un an de la naștere (Altshuler et al., 2001; Davies et al., 2003). O analiză sistematică a studiilor care au diagnosticat depresia postpartum prin interviu structurat clinic a arătat că prevalența punctuală a depresie majore și a depresiei minore a variat de la 6,5-12,9% în primele 6 luni postpartum, atingând un maxim la 2 și 6 luni după naștere (Gavin et al., 2005). În studiile mai recente prevalența depresiei postpartum este considerată ridicată, variind între 5,5% și 33,1% în funcție de studii, culturi, eșantioane, instrumente și metode statistice (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004; Gaillard et al., 2014), de criteriile de diagnostic folosite (depresie majoră sau minoră), precum și de utilizarea măsurilor de auto-raport și dacă studiile au fost retrospective sau prospective (Cooper & Murray, 1997; England, Ballard & George, 1994).

1.1.4. Factorii de risc pentru depresia postpartum

În prezent, factorii de risc cunoscuți pentru depresia postpartum, au fost clasificați în funcție de mărimea efectului lor, în trei categorii: puternic-moderat, moderat și mic (Oppo et al., 2009). Dintre predictorii puternici ai depresiei postpartum conform studiilor clinice sunt relevați în mod consecvent următorii factori de risc: depresia sau anxietatea în timpul sarcinii, evenimentele de viață recente stresante, sprijinul social slab și istoricul de depresie anterioara (Milgrom et al., 2007; Robertson et al., 2004). Predictorii moderați ai depresiei postpartum sunt stima de sine scăzută, stresul pentru îngrijirea copiilor, nevrozismul matern și introversiunea (Verkerk, Denollet, Van Heck, Van Son & Pop, 2005), personalitatea vulnerabilă (Boyce, 2003) și temperamentul dificil al sugarului (Robertson et al., 2004). Predictorii mici includ complicațiile sarcinii și nașterii (Robertson et al., 2004), cezariana (Xia, Ding, Maa, Xina & Zhanga, 2017), atribuții cognitive negative, mama singură și statut socio-economic scăzut (Ozdermir, Ergin, Selimoglu & Bilgel, 2004; Beck, 2001).

1.1.5. Efectele depresiei postpartum

Depresia postpartum are consecințe dăunătoare bine documentate asupra bunăstării mamelor (O'Hara, 1997), bunăstarii sugarilor, calității relației mamă-copil nou născut (Grace, Evindar & Stewart, 2003) a relațiilor cu copii mai mari (Meltz, 2003), și asupra relației ei cu partenerul ei (Dennis et al., 2004). Tulburarea afectează funcționarea zilnică a femeii, capacitatea de a avea grijă de copilul ei, legătura mamă-copil și calitatea generală a vieții (Brockington, Aucamp & Fraser, 2006). În consecință, femeile care suferă de depresie postpartum trebuie să fie identificate și să li se ofere tratament și sprijin în timp util pentru a minimiza impactul bolii asupra sănătății copilului și bunăstării familiei.

1.1.6. Evaluarea și diagnosticul depresiei postpartum

Criteriile actuale pentru măsurarea depresiei și implicit a depresiei postpartum sunt furnizate în două clasificări internaționale majore (Manualul Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale-DSM IV TR (APA, 2000; APA, 2013) și Clasificarea Internațională a Bolilor- ICD10 (WHO, 1993; WHO, 2007). În plus față de aceste criterii de diagnosticare sau ca o alternativă la acestea, se utilizează scale de auto-raport, cum ar fi Scala de Depresie Postnatală Edinburgh (EPDS) pentru a identifica nivelul simptomatologiei depresive, aceasta fiind utilizată pe scară largă (O'Hara, 1994). DSM-IV-TR (APA, 2000; APA, 2013) definește; specificantul „cu debut postpartum" poate fi aplicat episodului depresiv major, maniacal sau mixt, curent (sau, dacă nu mai sunt satisfacute criteriile complete pentru un episod depresiv major, maniacal sau mixt, celui mai recent) din tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II sau tulburarea psihotică scurtă, dacă debutul are loc în curs de 4 săptamani după naşterea unui copil. DSM-5 (APA, 2013) modifică specificantul „cu debut postpartum" în „cu debut peripartum", menținând criteriul temporal (Madar, 2015). Clasificarea internațională a bolilor ICD-10 (WHO, 1993; WHO, 2007) specifică ca și durată de debut 6 săptămâni după naşterea unui copil. Depresia postpartum nu are o încadrare nosologica proprie. Conceptul clinic al depresiei postpartum implică apariţia sindromului depresiv în cursul primului an postnatal (Moller & Laux Kapfhammer, 2003). Clasificarea internațională a bolilor ICD-10 (WHO, 1993; WHO, 2007) clasifică depresia în trei categorii: ușoară, moderată și severă.

Interviu clinic structurat, este un interviu clinic care încorporează diagnosticele DSM-IV. Interviu clinic structurat I (SCID-I) este un interviu semistructurat folosit pentru a realiza diagnosticele majore ale DSM-IV Axa I. Acest interviu este considerat standardul de aur în evaluarea depresiei și este folosit pe scară largă în studiile de intervenție în depresie.

Scala de Depresie Postnatală Edinburgh (EPDS) este de departe instrumentul cel mai utilizat în studiile despre depresiea postpartum și pentru screening-ul în populația de mame cu nou născuți. EPDS este o scară de auto-raportare cu 10 itemi, format Likert, referitoare la simptomatologia depresiei, cu un scor maxim de 30, concepută special pentru a monitoriza depresia postpartum (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Fiecare item este marcat pe o scară de 4 puncte (de la 0 la 3), cu un scor total cuprins între 0 și 30.

Clasificarea depresiei postpartum în funcție de scorului EPDS

≥ 9 Nici o depresie postpartum 10 - 11 Depresie postpartum minoră

≤ 12 Depresie majoră postpartum (Cox et al., 1987).

1.1.7. Evoluţia şi prognosticul depresie postpartum

Depresia postpartum se instalează treptat, uneori ca o continuare a unei labilităţi afective instalate în ultimele luni de gestaţie (Harding, 1989). Evoluţia poate varia de la câteva săptămâni la câteva luni (Moller & Laux Kapfhammer, 2003). Majoritatea femeilor se recuperează în decurs de 4 până la 6 luni (O'Hara, 1997), dar altele continuă să prezinte semne de simptome depresive subclinice de până la 2 ani (Carpiniello et al., 1997), provocând suferințe grave prelungite (Cooper & Murray, 1997). Deși tulburarea are tendința de a se remite spontan după 4-6 luni, ea cauzează disfuncții și întreruperi considerabile pentru femei și familiile lor (O'Hara, 1997), iar tratamentul eficient este considerat o prioritate. Pornind de la realitatea stastistică prin care Mayberry și colaboratorii (2007) au constatat că aproape 57% dintre mamele cu depresie moderată până la severă au raportat că nu s-au consultat cu un profesionist în domeniul sănătății sau de sănătate mintală în perioada postpartum, detectarea timpurie și intervenția sunt importante în reducerea riscurilor pe care le implică această tulburare afectivă (Milapkumar et al., 2012).

1.1.8. Prevenția și tratamentul depresiei postpartum

Depresia postpartum oferă o oportunitate ideală de prevenire deoarece: (1) debutul său este precedat de un marker clar (nașterea), (2) există o perioadă definită de risc pentru apariția bolii (în primul an după naștere), (3) un eșantion de risc ridicat al mamelor este identificabil și (4) intervențiile preventive au demonstrat rezultate încurajatoare (Wisner et al., 2008).

Tratamentul pentru depresia postpartum este similar cu tratamentul depresiei majore și include strategii farmacologice, psihologice, psihosociale, hormonale și alte diverse strategii (Clay & Seehusen, 2004). Tratamentul include una sau o combinație de psihoterapie, farmacoterapie și/sau alte terapii (Clay & Seehusen, 2004). Alegerea tratamentului trebuie individualizată și adecvată la severitatea simptomelor (tabel 2).

Tabel nr. 2 Simptome și treatment în depresie (Clay & Seehusen, 2004)

Simptome	Tratament
Ușoară până la moderată	1. Psihoterapie a) Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) b) Psihoterapia interpersonală c) Psihoterapia în grup d) Terapia familială și maritală e) Psihoterapia de susținere
Moderată până la severă	1. Farmacoterapia (utilizată cu psihoterapie) 2. Terapie electroconvulsivă (ECT)

Aceste informații au fost adaptate de la British Columbia Reproductive Mental Site-ul programului pentru sănătate (Reproductive Mental Health Guideline, 2006).

Tratament farmacologic al depresiei postpartum este complicat atât de riscurile cunoscute, cât și de cele necunoscute ale medicamentelor în laptele matern (Burt et al., 2001). Administrarea farmacologică pentru mamele care alăptează este complicată, deoarece beneficiile pentru mamă trebuie să fie cântărite împotriva daunelor pe care le poate face

copilului (Whitton, Warner & Appleby, 1996), aceasta poate constitui o dilemă etică, care ar trebui abordată de la caz la caz.

Tratament hormonal -un tratament biologic popular este terapia hormonală care tratează depresia postpartum prin creșterea nivelului de estrogen, progesteron și alte niveluri hormonale feminine (Chabrol & Callahan, 2007).

Tratamente psihologice și psihosociale pentru depresia postpartum- psihoterapia este una dintre cele mai eficiente forme de intervenție pentru tratamentul depresie (Beck, 1967; Williams, Watts, McLeod & Matthews, 1997). Psihoterapia poate fi de asemenea utilizată ca terapie adjuvantă cu medicație în depresia postpartum moderată până la severă (Dennis & Hodnett, 2007). În literatura depresiei postpartum, cele mai frecvente tipuri de terapie sunt interpersonală (O'Hara et al., 2000) și cognitiv-comportamentală (Sockol, Epperson & Barber, 2011). Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) se bazează pe premisa că indivizii au o viziune disfuncțională asupra lor în sine, în special ca mame noi (Dennis, 2004). Intervențiile TCC se adresează așteptărilor nerealiste privind schimbarea rolului mamei, maternitatea și erorilor atributive privind copilul și noul statut (Zuehlke, 2007). Terapia cognitiv-comportamentală combină educația, analiza modelului gândirii și componentele schimbării comportamentului (Prendergast & Austin, 2001), ea se concentrează asupra relațiilor dintre gânduri, sentimente, comportament, reacții fizice și mediu (Hollon et al.,1992). Eficacitatea intervențiilor psihoterapeutice pentru tratamentul acut al depresiei postpartum este puternic susținută de date empirice (Pearlstein et al., 2006; Prendergast & Austin, 2001; O'Hara et al., 2000). Concluzia conform căreia psihoterapia ar trebui considerată un tratament „de primă linie" pentru depresia postpartum nu este justificată doar de date, ci este și mai convingătoare având în vedere lipsa datelor privind siguranța și eficacitatea medicamentelor antidepresive (Arch, 2014; Cuijpers et al., 2008).

Eficacitatea Terapiei cognitiv-comportamentală

Pentru tratamentul depresiei postpartum au existat mai multe studii de evaluare comparativă a eficienţei TCC cu alte intervenții, rezultate obținute fiind amestecate (Bagnall, 2014). Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi la fel de eficace ca și medicația antidepresiva în tratarea depresiei postpartum (Appleby et al., 1997), mai eficientă decât îngrijirea standard (treatment-as-usual; Chabrol et al., 2002; Meager & Milgrom, 1996), dar are același efect ca și consilierea non-specifică (Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil & Martin, 2005). Milgrom și colegii ei au creat și au realizat o serie de studii de succes (Milgrom et al., 1999, 2005) folosind un program individualizat de tratament TCC al depresiei postpartum, bazat pe o adaptare a cursului Coping with Depression de către Lewinsohn (Cuijpers, Muñoz, Clarke & Lewinsohn, 2009; Milgrom et al., 2005).

Deși TCC este recunoscută ca fiind o formă eficientă de tratament pentru depresie, studiile care examinează eficacitatea TCC pentru depresia postpartum sunt puține și mai puțin concludente. Cu toate că există dovezi substanțiale pentru a sprijini utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul depresiei postpartum (Perveen, Mahmood, Gosadi, Mehraj & Sheikh, 2013), accesul este limitat (Kaltenthaler, Parry & Beverley, 2004).

1.2. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)

1.2.1. Definirea conceptului TCC

„Terapia cognitiv-comportamentală este o combinaţie teoretico-metodologică fundamentată ştiinţific a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicaţii în patologie şi sănătate; aşadar, ea are, pe lângă un caracter clinic (tratarea bolilor), și un profund caracter educaţional şi preventiv (optimizare, promovare a sănătăţii)" (David, 2006).

1.2.2. Evoluția terapiei cognitiv-comportamentale

Rachman (1999) și Hayes (2004) scot în evidență faptul că psihologia cognitiv-comportamentală a apărut simultan şi a evoluat comcomitent în Statele Unite ale Americii şi Marea Britanie, între anii 1950-1970. Inițial, se remarcă apariţia terapiei comportamentale, apoi apariţia terapiei cognitive în jurul anilor '60 în SUA, iar în final se produce contopirea celor doua sisteme psihoterapeutice într-unul singur, în jurul anilor '80 (Holdevici, 2009).

1.2.3. Modelul ABC comportamental

În viziunea comportamentalistă, persoana dezadaptată se deosebeşte de cea normală prin faptul că a eşuat în dobândirea unor abilităţi de a face faţă evenimentelor zilnice şi, în acelaşi timp, a achiziţionat modele greşite de comportament.

1.2.4. Modelul ABC cognitiv

Printre cei mai influenţi psihologi, Beck şi Ellis, susțin ideea conform căreia majoritatea tulburărilor psihice au la bază modele cognitive eronate (ex. gânduri automate, bias-uri, credințe iraționale sau nefuncționale) de interpretare a realității, îmbunătăţirea acestora putându-se realiza prin corectarea lor.

Paradigma cognitiv- comportamentală este sprijinită de câteva principii esențiale pentru înțelegerea modului în care se poate produce schimbarea (Beck, 1976; Ellis, 1962, 1994)

(1) cogniția (numită și convingere/credință/gând), conștientă și/sau inconștientă, este cel mai important predictor al răspunsurilor afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi a unor răspunsuri psihofiziologice/biologice. Fiecare dintre aceste elemente sunt asociate între ele și există grade de dependență între acestea; (2) mare parte din psihopatologie este rezultatul cogniţiilor disfuncţionale și/sau iraţionale fiind aşadar sensibilă la încercările de schimbare sau modificare; (3) cogniţiile disfuncţionale și/sau iraţionale pot fi identificate şi schimbate; (4) schimbarea se face prin tehnici cognitive și/sau comportamentale; (5) în abordarea cognitiv-comportamentală atât teoriile cât şi procedurile/pachetul de intervenţii sunt validate ştiinţific (apud David, 2006).

1.2.5. Modalităţi de intervenție TCC de tip online în depresia postpartum

Intervențiile online variază în ceea ce privește scopul propus (prevenire, intervenție timpurie, tratament), mijloacele electronice care sunt utilizate pentru a furniza intervenția (e-mail, e-chat, site-uri web, videoconferințe, aplicații mobile; Ainsworth 2000; eTherapy.com 2001) și în nivelul de sprijin profesional (auto-ajutor online, auto-ajutor ghidat online, videoconferința online) (Emmelkamp, 2005). Videoconferința este modul ideal pentru terapeuți pentru a interacționa cu clienții, deoarece terapeutul și clientul sunt într-o conversație directă,

dinamică, realizandu-se simultan contactul video și audio, aceasta modalitate fiind cea mai apropiata de terapia față-în-față (Backhaus et al., 2012). Cu toate acestea, tehnologia video este încă în faza de dezvoltare deoarece este nevoie de internet de mare viteză pentru o conexiune de calitate a imaginii și sunetului (eTherapy.com, 2001; Ainsworth, 2000). Ședinţa de psihoterapie online nu este diferită de psihoterapia clasică din cabinetul unui specialist, aceasta desfaşuarându-se în confortul casei clientului, vizând aceleaşi obiective: reducerea sau eliminarea unor simptome, modificarea opiniilor eronate pe care unii clienţi le au despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare sau modificarea structurii personalităţii în vederea obţinerii unei funcţionalităţi mai mature şi o capacitate mai mare de adaptabilitate la mediul înconjurător (Lange, van de Ven, Schrieken, Bredeweg & Emmelkamp, 2001). Cercetarea actuală privind furnizarea de psihoterapie bazată pe dovezi prin videoconferință include dovezi preliminare de sprijin pentru o gamă largă de diagnostice și abordări de tratament (Gros et al., 2013). Revizuirea literaturii sistematice privind rezultatele psihoterapiei prin videoconferință indică faptul că este fezabilă, a fost utilizată într-o varietate de formate terapeutice și cu populații diferite, este în general asociată cu o bună satisfacție a utilizatorilor și se constată că are rezultate clinice similare celor tradiționale (psihoterapia față în față) (Backhaus et al., 2012). Suntem de acord cu Frueh et al. (2004) că domeniul psihoterapiei prin videoconferințe este tânăr și, prin urmare, sunt recomandate studii mai eficiente, cu o puternică validitate internă.

1.2.6. Modalităţi de intervenţie TCC la telefon în depresia postpartum

Cele patru puncte forte care au fost atribuite acestei forme de terapie sunt după cum urmează: este mai puțin costisitoare în comparație cu terapia tradiţională față-în-față, asigură anonimatul, oferă un sentiment de control, și este accesibilă (Zhu et al., 1996). Adaptarea la telefonul este relativ simplu. Terapeuții trebuie să acorde mai multă atenție calității vocii ca un indicator de bază non-verbal de starea de spirit, din moment ce indicii vizuali sunt absenți (Stiles-Shields, Kwasny, Cai & Mohr, 2014). Un avantaj important al psihoterapiei prin telefon este rapiditatea intervenţiei, condiția majoră fiind ca terapeutul să monitorizeze evoluția pacientului pentru o perioadă mai lungă de timp (Shamshiri, Azargashb, Beyraghi, Defaie & Asbaghi, 2015).Terapia cognitiv comportamentala (TCC) la telefon este un mod din ce în ce mai popular de administrare a psihoterapiei (Muller &Yardley, 2011), iar aplicații mobile pentru terapie pot oferi utilizatorilor exercițiile terapeutice, ghiduri de relaxare cu sugestii de respirație, moduri de rezolvare a situaţiilor de stres.

CAPITOLUL II.

SCOPUL CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

2.1. Scopul cercetării şi strategia generală de cercetare

Proiectul de cercetare este o continuare a unei investigații empirice realizate pe tema depresiei postpartum (lucrarea de disertație) în care au fost analizați o serie de factori psihosociali ai vulnerabilității la depresia postpartum. Prezentul proiect de cercetare a avut ca scop continuarea și extinderea acelor investigații pentru a analiza factorii psihologici, socio-demografici și cei legați de caracteristicile naşterii care pot fi predictori ai depresiei postpartum mediatori sau moderatori ai relației dintre structura de personalitate și depresia postpartum. De asemenea, acest studiu și-a propus să analizeze eficacitatea a două variante de administrare a TCC, online/Skype (videoconferința) și la telefon, modalități care permit femeii cu depresie postpartum să primească servicii specializate deschizând un calculator sau dând un telefon din orice loc s-ar afla.

În cadrul acestor scopuri generale ne-am propus ca obiective:

- analiza studiilor empirice realizate la nivel internațional care să ne permită să răspundem la întrebarea: Care este eficacitatea unei intervenţii cognitiv-comportamentale aplicată online asupra simptomelor depresiei postpartum?
- investigarea modul în care trăsăturile de personalitate sunt legate de depresia postpartum la două săptămâni după naștere și dacă aceste relații sunt mediate de anxietatea postpartum măsurată la 3-4 zile după naștere și moderată de tipul naşterii (ex. naturală, cezariană).
- analiza eficacității intervenției cognitiv-comportamentale online-Skype (voce și imagine) studiu cvasiexperimental și la telefon (voce) studiu experimental asupra simptomatologiei depresiei postpartum și surprinderea asocierilor semnificative între nivelul depresiei postpartum și forme ale gândirii disfuncționale (gândurile automate, atitudinile disfuncționale, scheme/credințele iraționale).

2.2. Etapele cercetării

Studiul 1. Realizarea unei analize sistematice a literaturii de specialitate (studii empirice) pe tema eficienței intervențiilor de tip TCC online şi a intervențiilor de tip TCC la telefon, în tratamentul depresiei postpartum. Rezultatele analizei sistematice s-au finalizat cu o meta-analiză asupra eficacității intervenției cognitiv-comportamentale online (OTCC) în depresia postpartum (DP). Meta-analiza a fost realizată în concordanță cu modelul „Preffered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)" (Moher et al., 2009).

Studiul 2. Investigarea modului în care trăsăturile de personalitate sunt asociate depresiei postpartum (evaluate la două săptămâni după naștere) și analiza măsurii în care aceste asocieri sunt mediate de anxietatea postnatală (măsurată la 3-4 zile de la naștere) și moderată de tipul naşterii (naturală/cezariană). Datele culese au fost analizate folosind un model de mediere moderată, adică am investigat în ce măsură variabila dependentă studiată aici (nivelul simptomatologiei depresive la 2 saptămâni de la naștere) poate fi indirect influențată de anumite trăsături de personalitate prin intermediul anxietății ca stare (rol de mediator) și totodată doar în anumite situații reprezentate de nașterea naturală sau cezariana (rol de moderator).

Studiul 3. Analiza eficacității unei intervenții cognitiv-comportamentale aplicată la distanță online (voce și imagine) și prin telefon (voce) asupra simptomelor depresiei postpartum.

În cadrul acestui studiu au fost testate 3 ipoteze ale cercetării:

1. Există o diferență semnificativă între nivelul depresiei postpartum identificat înainte de intervenție și cel de după intervenția de tip cognitiv-comportamentală, în sensul că această medie va scădea în urma intervenției oferite.
2. Există o diferență semnificativă în ceea ce privește nivelul depresiei postpartum, în funcție de tipul de intervenție livrat către participante (online/videoconferința și la telefon).
3. Există o asociere pozitivă între depresia postpartum înainte de intervenție și după intervenție cu forme ale gândirii disfuncționale (gândurile automate, atitudinile disfuncționale, scheme/credințele iraționale).

2.3. Metodologia de cercetare

Lotul investigat

Respectând un protocol de cercetare de tip etic și deontologic (acord instituțional) în perioada 2016-2017, femeile care au născut la Maternitatea „Cuza Vodă" din Iași, au primit informaţii despre acest proiect de cercetare şi după obţinerea acceptului de a participa la studiu, un număr de 672 lehuze au completat în varianta creion-hârtie 4 instrumente psihologice de evaluare: Inventarul de personalitate Big Five©plus, Scala Edinburgh de depresie postnatală (EPDS), Scala Hamilton de evaluare a anxietăți (HARS), Check-list de identificare/evaluare a caracteristicilor psihosociale ale naşterii. Chestionarele propuse pentru completare au vizat următoarele aspecte: trăsături de personalitate considerate a fi un factor de risc pentru depresia postpartum, tipul de naștere (naturală sau cezariană), anxietatea ca stare și depresia de tip postpartum.

Culegerea datelor

Evaluarea inițială (Big Five©plus, EPDS, HARS, Check-list) a fost realizată la 3-4 zile după naştere-momentul apariției simptomelor tristeții postnatale („baby blue"). Participantele la studiu au fost informate că vor fi sunate la telefon la 2 săptamâni de la naştere când li se vor aduce la cunoştinţă scorurile celor 2 scale completate în spital şi vor fi solicitate să completeze din nou online (mail) Scala Edinburgh de depresie postpartum şi Scala Hamilton de evaluare a anxietăţi. În ceea ce privește caracteristicile specifice ale participantelor, am cules date privind vârsta, ocupația, studiile acestora, domiciliul, starea civilă, tipul de naștere, problemele existente după naștere, dacă acestea au mai prezentat și în trecut simptomatologie depresivă și numărul de copii.

La 2 săptămâni au fost evaluate din nou nivelurile depresiei postpartum și anxietatea ca stare, motivul fiind constatarea remiterii sau nu a simptomatologiei sindromului „baby blue". Tot atunci au primit pe adresa de email Raportul de consiliere rezultat în urma prelucrării răspunsurilor de la Inventarul Big Five©plus. Lehuzele au fost informate că, dacă nu vor există manifestări de depresie postpartum, periodic (ex. la o lună, la 2, 3, 6, 9, 12 luni de la naștere) vor fi contactate pentru evaluarea/ monitorizarea simptomatologiei depresiei cu ajutorul celor 2 scale, până la împlinirea unui an de la naştere.

Au fost diagnosticate (și au intrat în acest studiu), în decursul primului an după naștere, un numar de 64 de paciente cu depresie postpartum, cu ajutorul Interviului Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I a DSM-IV (SCID-I) și al Scalei Edinburgh de depresie postnatală (EPDS) pacientele cu un scor ≥12 (inițial au fost 70 de cazuri diagnosticate dar 6 dintre paciente nu au mai răspuns la telefon sau mail). Femeile care nu au fost incluse în lotul pentru intervenție au fost mamele adolescente (<18 ani), cu tulburări psihotice și mamele cu copii născuți morți. Un număr de 22 de paciente au constituit lotul pentru intervenția TCC la telefon, 20 de paciente lotul pentru intervenția TCC pe Skype și 22 de paciente grupul de control (TAU). Conform design-ului experimental au fost alcătuite 2 loturi, unul pentru administrarea TCC la telefon și un lot de paciente pentru grupul de control. Conform design-ului cvasi-experimental s-a constituit un grup natural al femeilor cu acces la skype-internet.

Instrumentele folosite

Pentru trăsăturile de personalitate am folosit Inventarul de personalitate Big Five (Constantin, Macarie, Gheorghiu, Potlog & Iliescu, 2010), bazat pe modelul BigFive (Goldberg et al., 2005) pentru a evalua trăsăturile de personalitate.

Pentru depresia postpartum, Scala de depresie postnatală din Edinburgh (EPDS, Cox et al., 1987) a fost utilizată pentru evaluare. Scala este formată din 10 întrebări care măsoară simptomele depresiei postnatale

Pentru anxietate postnatală, Scala de evaluare a anxietății de la Hamilton (HARS; Hamilton, 1959) a fost utilizată pentru a evalua severitatea simptomelor de anxietate. 14 itemi ai acestei scale identifică simptomele psihologice și somatice ale anxietății și cât de grave sunt după naștere

Check-list de identificare/evaluare a caracteristicilor nașterii - în literatura de specialitate au fost prezentaţi mai multi factori sociali care pot influenţa apariţia unei depresii postpartum (Séjourné, Denis, Theux & Chabrol, 2008). Instrumentul construit de noi are 18 întrebări reprezentative caracteristicilor nașterii și a variabilelor socio-demografice individuale.

Chestionarul gândurilor automate (ATQ -Automatic Thoughts Questionnaire; Hollon şi Kendal (2007). ATQ măsoară gândurile automate disfuncţionale şi iraţionale

Scala de atitudini și convingeri, forma scurtă (ABSs-Atitudes and Belief Scale; DiGiusepe, Leaf, Exner & Robin, 2007). ABSs reprezintă o măsură globală a iraţionalităţii la vârsta adultă.

Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă 3 (Young Schema Questionnaire-S3, YSQ-S3). Young și Brown în 2003 introduce termenul de scheme dezadaptative timpurii şi le definește ca fiind teme largi cu privire la sine și propriile relaţii cu ceilalţi ce se dezvoltă în copilărie, se elaborează pe parcursul vieţii şi sunt disfuncţionale într-o anumită măsură.

Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I a DSM-IV (SCID-I) este un interviu semistructurat în vederea diagnosticării principalelor tulburări de pe Axa I a DSM-IV (APA, 1994)

Intervenția psihologică

Planului de evaluare şi intervenție în depresia postpartum

Planul de evaluare și intervenție care a fost utilizat în cadrul acestei cercetări a fost dezvoltat pornind de la intervenții CBT-CT standard pentru depresie (Leahy & Holland, 2010; David, 2007) și intervenții cu conținut terapeutic specific pentru depresia postpartum (Haring, Smith, Bodnar & Deirdre, 2011).

În prima ședință (pretestarea/evaluarea inițială) şi ultima şedinţă (posttestarea /evaluarea finală-săptămâna a10 a) din cadrul Planului de evaluare şi intervenţie în depresia postpartum online (Skype) și la telefon, au fost administrate cele 2 scale: (1) EPDS și (2) HARS, iar (3) DSM-IV (SCID-I) a fost utilizat la pretestare pentru diagnosticarea depresiei postpartum.

Conform Planului de evaluare şi intervenţie în depresia postpartum aplicată online (Skype) și la telefon, în săptămâna a 2-a (pretestarea) și a 9-a (posttestarea) de intervenție au fost

administrate în varianta online (mail): (1) Chestionarul gândurilor automate (ATQ); (2) Scala de atitudini și convingeri, forma scurtă (ABSs); (3) Chestionarul schemelor cognitive Young (YSQ-S3).

2.4. Rezultatele studiilor empirice

Rezulatele celor trei studii empirice propuse ca și etape ale cercetarii sunt prezentate sub forma unor articole aflate în urmatoarele stadii:

Studiul 1 "Eficiența Terapiei cognitiv-comportamentale online pentru simptomatologia depresiei postpartum: revizuire sistematica și o meta-analiză" a fost publicat în Women & Health, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2019.1610824, impact factor 2017 / 1.307.

Studiul 2 "Trăsăturile de personalitate și depresie postnatală: rolul de mediator al anxietății postnatale și rolul de moderator al tipului de naștere" a fost publicat în Frontiers in Psychology, section Psychology for Clinical Settings. impact factor 2019 / 2,129.

Studiul 3 "Eficacitatea intervenției cognitiv-comportamentale online și la telefon în simptomatologiei depresiei postpartum"este pregătit pentru trimis spre publicare la Depression & Anxiety, Impact factor: 5.043

2.4.1. "Eficiența Terapiei cognitiv-comportamentale online pentru simptomatologia depresiei postpartum: revizuire sistematica și o meta-analiză"

Scopul studiului 1

În acest studiu am încercat: a) să identificăm și să sistematizăm studiile empirice care utilizează OTCC pentru DP și b) să analizăm eficacitatea OTCC printr-o meta-analiză.A fost efectuată o căutare extinsă pentru a identifica articole indexate specifice din Google Scholar, PsycINFO, Proquest, ScienceDirect, APA PsycNet, Cochrane, Medline, PubMed și Disertations Abstract International. Următoarele cuvinte cheie au fost utilizate în căutare: "depresie postpartum" sau "depresie postnatală" și combinații ale termenilor "online TCC", "terapie prin internet" și "terapie comportamentală cognitivă eficientă" (tabelul 1). Rezultatele au fost publicate între 2000 și 2017. Criteriile de includere au fost: (1) articolele publicate în limba engleză, (2) articolele referitoare la DP, (3) rezultatele empirice privind eficiența TCC online, (4) studii care au inclus studii experimentale cu grupuri de control. Criteriile de excludere au inclus mamele cu tulburări psihotice sau nou-născuții decedați. Rezultatele au fost limitate la articole recenzate, articole publicate în domeniul psihologie și științe sociale și, de asemenea, teze de doctorat nepublicate (tabelul 1). Din 5256 de abstracte analizate, am inclus șase studii care corespundeau criteriilor noastre prestabilite de includere și excludere.

Raportarea acestei revizuiri a fost ghidată de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA, Moher et al., 2009). Pentru identificarea parametrilor căutării a fost utilizată metoda (PICOS): a) P. Populația - mame (femei în vârstă ≥18 ani) în perioada postpartum (primul an după naștere); b) I. Intervenție - internet TCC (suportul terapeutului a fost livrat prin telefon sau prin e-mail, sau pe site-uri web); c) C. condiție - depresie postpartum; d) O. Rezultatul - efectul intervenției asupra stării de spirit și e) S. Proiectarea studiului – RCT

Analiza datelor studiul 1

Efectele intervențiilor au fost evaluate folosind diferența medie standardizată (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009). Pentru a calcula diferența de medie standardizată, au fost extrase din studii următoarele date: media, abaterea standard și numărul participantelor din ambele grupuri, de intervenție și de control. Pe baza instrumentelor utilizate pentru evaluarea depresiei, un efect negativ sugerează eficiența OTCC în reducerea severității DP.

Rezultate studiul 1 / Eficacitatea OTCC pentru simptomele DP

Dimensiunea medie a efectului (sub .55 este un efect mediu, conform Cohen1988; Lipsey & Wilson, 1993) în cele șase studii incluse în analiză a fost semnificativă (SE = -546, 95% CI [-0,761; -0,342]). (figura 2). Efectele semnificative în reducerea DP au fost observate în grupul de intervenție și efecte nesemnificative în grupul martor.

Study name	Std diff in means	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Bagnal, 2014	-0.281	0.262	0.068	-0.794	0.232	-1.075	0.282
O`Mahen et. al., 2013(a)	-0.548	0.110	0.012	-0.764	-0.332	-4.976	0.000
O`Mahen et. al., 2014(b)	-0.654	0.244	0.059	-1.132	-0.176	-2.684	0.007
Milgrom, 2016	-0.844	0.318	0.101	-1.468	-0.220	-2.651	0.008
Pugh et. al, 2016	-1.076	0.335	0.112	-1.732	-0.419	-3.211	0.001
Sheber et. al., 2012	-0.190	0.247	0.061	-0.673	0.294	-0.769	0.442
Total size-effect	-0.551	0.107	0.011	-0.761	-0.342	-5.156	0.000

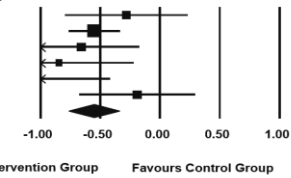

Figura nr. 2 Grafic pentru mărimea efectelor depresiei post-partum

Gradul de eroare

În cadrul acestei meta-analize, am investigat gradul de eroare al publicării prin graficul cu pâlnie (figura 2). Graficul pâlnie a fost simetric, indicând faptul că tendința de eroare era puțin probabilă. Totuși, deoarece mai puțin de zece studii au fost incluse în meta-analiză, nu se poate interpreta nici un test suplimentar (Borenstein et al., 2009).

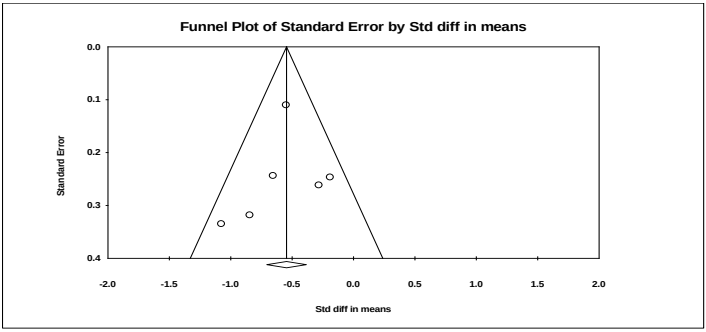

Figura nr. 2 Diagrama tendinței de eroare a studiilor publicate în meta-analiză

Considerăm că rezultatele noastre sunt destul de favorabile și de încredere pentru a recomanda utilizarea TCC ghidată online pentru DP și poate fi utilizată ca alternativă sau ca adjuvant la psihoterapie. În cele din urmă, unul dintre cele mai frecvent menționate beneficii subliniază faptul că tratamentul online oferă confort și acces sporit pentru clienți și terapeuți (Suler, 2002) și că OTCC are și potențialul de a servi persoanele cu mobilitate limitată, restricții de timp și acces limitat la servicii de sănătate mintală.

2.4.2. ”Trăsăturile de personalitate și depresie postnatală: rolul de mediator al anxietății postnatale și rolul de moderator al tipului de naștere”

Scopul studiului 2

Acest studiu a investigat modul în care trăsăturile de personalitate sunt legate de depresia postnatală la două săptămâni după naștere și dacă aceste relații sunt mediate de anxietatea postnatală măsurată la 3-4 zile după naștere și moderată de tipul nașterii.

Mamele nou-născute (*N* = 672, *M*age = 29,33) au completat scale care le-au evaluat trăsăturile de personalitate, anxietatea postnatală și depresia postnatală, la trei sau patru zile după naștere (T1). De asemenea, ele au raportat depresia postnatală la două săptămâni după naștere (T2).

Analiza datelor studiul 2

Am explorat inițial relațiile dintre variabilele demografice și depresia postnatală (T2). Corelațiile între variabilele principale ale studiului au fost calculate pe întregul eșantion și, de asemenea, separat pentru fiecare tip de naștere, iar diferențele privind asociațiile dintre constructe pentru fiecare tip de naștere au fost, de asemenea, explorate utilizând metoda standardizării coeficientului de corelație (Fisher’s r to Z transformation). Am folosit IBM SPSS Statistics 21. În plus, am testat rolul anxietății postnatale ca mediator al relației dintre trăsăturile de personalitate și depresia postnatală pentru întregul eșantion prin modelarea ecuațiilor structurale (SEM) și analiza ecuațiilor structurale pe grupuri pentru a testa medierea anxietății postnatale pentru fiecare tip de grup de naștere (Hair et al., 2010). Am folosit versiunea AMOS IBM 21.0 pentru toate analizele SEM.

Modelul potrivit pentru fiecare model a fost evaluat pe baza chi-pătratului, indicele Tucker Lewis (TFI> 0,90), indicele de potrivire comparativă (CFI> 0,95) și eroarea medie pătrată a aproximării (RMSEA <0,06 la 0,08; Schreiber, Stage, Rege, Nora & Barlow, 2006). Am inclus covariațe între variabile (e.g., covariante între trăsăturile de personalitate, între trăsăturile de personalitate și depresia postnatală inițială). Nivelul educațional al participanților și depresia postnatală inițială evaluate după 3-4 zile de la naștere (T1) au fost introduse în modelul final ca variabile de control pentru depresia postnatală evaluate după două săptămâni. Am folosit tehnici de bootstrapping pentru a testa semnificația efectelor directe ale trăsăturilor de personalitate, efectele indirecte prin anxietatea postnatală și efectele totale ale trăsăturilor de personalitate și anxietății postnatale asupra depresiei postnatale pentru fiecare subgrup (Byrne, 2016). Am folosit un eșantion de 5.000 pentru bootstrapping și un interval de încredere de 95%, unde absența zero indică un efect semnificativ (Preacher & Hayes, 2008). În plus, am folosit raportul critic pentru a evalua semnificația moderării efectelor directe pe tip de naștere (Lowry & Gaskin, 2014). În cele din urmă, am folosit testul de eterogenitate, așa cum a recomandat Altman (2003) pentru a evalua dacă există diferențe semnificative între estimările nestandardizate ale efectelor indirecte ale fiecărui grup pentru a testa efectele moderate.

Rezultate studiul 2

Analiza de corelație între trăsăturile de personalitate, anxietatea postnatală și depresia postnatală

În tabelul 3 sunt prezentate corelațiile între trăsăturile de personalitate, anxietatea postnatală și depresia pentru întregul eșantion. Extraversiunea și conștiinciozitatea au fost semnificativ legate de depresia postnatală, în timp ce nevrozismul a fost asociat pozitiv cu depresia postnatală pentru întreg eșantionul (vezi tabelul 3) precum și pe fiecare tip de grup de naștere (vezi tabelul 4). În cele din urmă, agreabilitatea și deschiderea nu au fost semnificativ legate de depresia postnatală, pe întregul eșantion și pe fiecare tip de grup de naștere.

Tabel nr. 3 *Corelații între trasaturile de personalitate, anxietatea postnatală și depresia postnatală pentru întreg eșantionul (N = 672)*

	M	*SD*	*Min*	*Max*	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Extraversiune T1	25.15	9.45	1	47							
2. Agreabilitate T1	29.32	6.46	4	46	.20**						
3. Nevrozism T1	20.72	8.69	1	44	-.34**	-.15**					
4. ConștiinciozitateT1	28.23	7.72	3	47	.15**	.10**	-.43**				
5. Deschidere T1	19.96	6.47	2	41	.33**	.01	-.18**	-.18**			
6. Anxietatea postn. T1	8.10	8.93	0	45	-.14**	-.05	.33**	-.14**	-.02		
7. Depresia postn. T1	8.06	5.75	0	29	-.20**	-.07	.36**	-.20**	-.01	.71**	
8. Depresia postn. T2	5.65	5.98	0	29	-.18**	-.04	.36**	-.22**	-.01	.74**	.84**

* *p*< .05. ** *p*< .001

Tabel nr. 4 *Corelații între trasaturile de personalitate, anxietatea postnatală și depresia postnatală pentru fiecare tip de naștere*

Variabile	*M*	*SD*	*Min*	*Max*	*1*	*2.*	*3.*	*4.*	*5.*	*6.*	*7.*	*8*	*M*	*SD*	*Min*	*Max*
1. Extraversiune T1	23.52	9.08	1	46		.22**	-.32**	.09	.36**	-.13*	-.24**	-.16**	26.54	9.54	4	47
2. Agreabilitate T1	28.92	6.50	10	46	.16**		-.14**	.06	.05	-.05	-.09	-.01	29.67	6.42	4	46
3. Nevrozism T1	20.66	8.25	1	44	-.36**	-.17**		-.38**	-.19**	.35**	.41**	.40**	19.93	9.06	1	41
4. ConștiinciozitateT1	27.41	7.62	3	45	.18**	.13*	-.48**		-.20**	-.13**	-.21**	-.19**	28.93	7.74	7	47
5. Deschidere T1	19.82	6.36	2	41	.29**	-.05	-.17**	-.16**		-.003	.03	.03	20.07	6.57	3	41
6. Anxietatea T1	8.61	0.51	0	45	-.14*	-.05	.30**	-.14*	-.05		.71**	.76**	7.66	9.05	0	40
7. Depresia postnatala T1	8.20	0.33	0	29	-.15**	-.04	.30**	-.19**	-.07	.70**		.82**	7.94	6.04	0	28
8. Depresia postnatala T2	6.15	0.34	0	29	-.19**	-.07	.30**	-.23**	-.05	.72**	.86**		5.23	5.89	0	23

Note: Corelațiile pentru grupul de naștere cezariană (n = 362) sunt prezentate deasupra diagonalei, iar cele pentru grupul natural de naștere (n = 310) sunt prezentate sub diagonală.
** p <.05. ** p <.001*

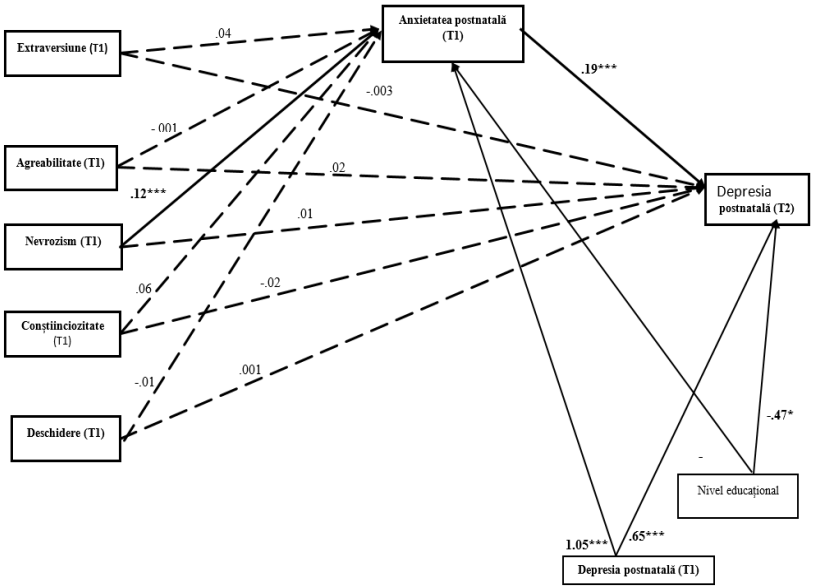

*Figura nr. 3. Estimări ale traiectoriei nestandardizate ale modelului de mediere. Liniile continue indică relații semnificative statistic, iar linia punctată indică relații nesemnificative între constructe * p < .05. ** p < .01. *** p < .001*

Strategia de analiză a datelor

Mai mult, am testat dacă anxietatea postnatală poate explica relația dintre trăsăturile de personalitate și depresia postnatală. Rezultatele au arătat că modelul se potrivește bine cu datele pentru întregul eșantion: $\chi 2$ = 62, df = 9, p <.001, GFI = .98, CFI = .97, TLI = .89 și RMSEA = .08, modelul explicând 75,9% din depresia postnatală. Estimările de traiectorie nestandardizate sunt prezentate în figura 3 și rezultatele detaliate ale efectelor directe, indirecte și totale sunt prezentate în tabelul 3. Rezultatele au arătat că numai nevrozismul a prezis în mod direct anxietatea postnatală (B = .12, p <.001) pe întregul eșantion. În plus, trăsăturile de personalitate nu au prezis direct depresia postnatală. Anxietatea postnatală a fost semnificativ legată în mod semnificativ de depresia postnatală (β = .28, p <.001). În ceea ce privește variabila de control, nivelul educațional a prezis anxietate negativă și semnificativ postnatală la T1 (B = -1,18, p <0,001) și depresia postnatală la T2 (B = -47, p = .03) și de asemenea, depresia postnatală la T1 a prezis în mod semnificativ depresia postnatală după două săptămâni (B = .65, p <.001)

Analiza modelării ecuațiilor structurale multiple pentru testarea relației de mediere moderată dintre trăsăturile de personalitate și depresia postnatală prin anxietate postnatală pentru fiecare tip de grup de naștere

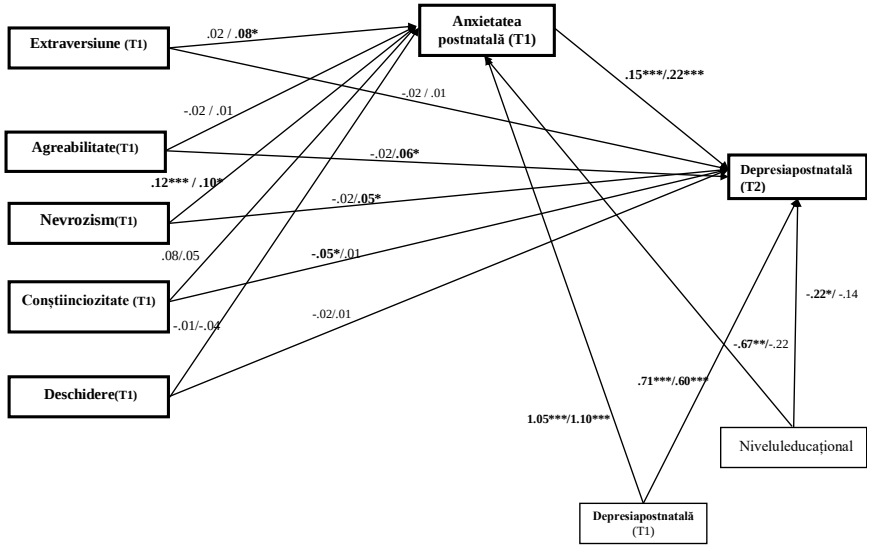

*Figura nr. 4. Estimări ale traiectoriei nestandardizate ale modelului de mediere a grupului mutlti. De la stânga la dreapta, s-au prezentat coeficienții nestratici pentru grupul natural de naștere, iar apoi pentru tipul de grup de naștere pentru operația cezariană. Note: depresia postnatală (T1) = depresia postnatală după 3 sau 4 zile, depresia postnatală (T2) = depresia postnatală după două săptămâni Anxietatea postnatală (T1) = anxietatea postnatală după 3 sau 4 zile. * p <.05. ** p <.01. *** p <.001.*

Metoda bootstrapping indică faptul că în grupul de nașteri naturale, numai conștiinciozitatea a prezis semnificativ depresia postnatală la T2 (β = -0,6 SE = .02 p =. 03). Mai mult, nevrozismul a prezis în mod semnificativ anxietatea postnatală (β = .12, SE = .05, p = .02). Anxietatea postnatală la T1 a prezis pozitiv depresia postnatală după două săptămâni la T2 (β = .21, SE = .26, p <.001). În cele din urmă, nivelul educațional a prezis anxietatea postnatală (B = -67, p = .02). Nivelul educațional (B = -22, p = .02) și depresia postnatală inițială (T1) au prezis depresia postnatală a mamelor nou-născute după două săptămâni (T2) (B = -71, p <.001). De asemenea, am identificat un efect indirect pozitiv semnificativ (β = .02, SE = .01, p = .02, CI 95% [.006, .050] între nevrozism și depresia postnatală la T2 prin anxietate postnatală în ceea ce privește rolul anxietății ca mediator al relației dintre trăsăturile nevrotice și depresia postnatală. Pentru grupul de naștere cezariană, nevrozismul a prezis în mod semnificativ anxietatea postnatală (β = .10, SE = .03, p = .03), depresia postnatală la T2 (β = .06, SE = .03, p = .04, CI 95%, [.015, .118] (vezi figura 4). Agreabilitatea mai mare a prezis direct depresia postnatală (β = .06, SE = .02, p = .01, CI 95%, [021, .011]). Nu s-au observat efecte directe și semnificative dinspre direcția extraversiunii, conștiinciozității și deschiderii față de depresia postnatală, după două săptămâni. Analiza de mediere a indicat un efect semnificativ indirect al extraversiunii asupra depresiei postnatale (β = .02, SE = .01, p = .03, CI 95%, [.007, .051] prin anxietatea postnatală, susținând un efect de mediere complet. În ceea ce privește nevrozismul, rezultatele au demonstrat un efect indirect semnificativ după controlul asupra anxietății postnatale (β = .03,

SE = .01, p = .01, CI 95%, [012, .063], indicând medierea parțială. Efectul total al nevrozismului și al anxietății postnatale este mai mare și semnificativ decât efectul direct (β = .10, SE = .03, p = .005, CI 95%, [046, .161]. Agreeabilitatea, conștiinciozitatea și deschiderea nu au avut un efect semnificativ după controlul asupra anxietății postnatale, ceea ce nu a indicat nicio mediere. De asemenea, am testat dacă tipul de naștere moderează asocierile dintre trăsăturile de personalitate și depresia postnatală. Rezultatele comparării celor două grupuri în ceea ce privește rolul moderator al tipului de naștere susțin un rol de moderare a tipului de naștere pentru efectul direct al agreabilității asupra depresiei postnatale după două săptămâni (Z = 2,47, p <0,001). A existat un efect direct semnificativ asupra femeilor care au născut prin cezariană (b = .06, p = .009), dar nu și pentru femeile din grupul de nașteri naturale (b = -02, p = .36). Rezultatele au susținut, de asemenea, tipul de naștere ca moderator al efectului direct al nevrozismului asupra depresiei postnatale după două săptămâni (Z = 1,97, p <0,001); a existat un efect direct semnificativ pentru femeile din grupul nașterilor prin cezariană (b = .04, p = .04), dar nu și pentru femeile grupul nașterilor prin cezariană (b = .02, p = .38). Tipul nașterii nu a moderat relația directă dintre extraversiune, conștiinciozitate și deschidere cu depresia postnatală după două săptămâni (Zs <.55, ps> .05). În cele din urmă, am testat efectele indirecte moderate pentru fiecare grup de naștere utilizând estimările nestandardizate. Rezultatele testului heterogenității sprijină un rol de moderare a tipului de naștere în ceea ce privește asocierea cu extraversiunea și impactul acestora asupra depresiei postnatale (Z = 2,01, p = 0,04) pentru efectul indirect al anxietății postnatale; efectul indirect a fost semnificativ pentru grupul de naștere prin cezariană (B = .02 nestandardizat, eroarea standard = .008, p = .03), dar nu pentru grupul de nașteri naturale (B = .001 nestandardizat, eroare standard = .005, p = .67). Tipul de naștere nu a moderat efectele indirecte ale agreabilității, nevrozismului, conștiinciozității și deschiderii asupra depresiei postnatale după două săptămâni prin anxietatea postnatală (Zs <.54, ps> .05).

2.4.3. ”Eficacitatea intervenției cognitiv-comportamentale online și la telefon în simptomatologiei depresiei postpartum”

Scopul studiului 3

Acest studiu a fost conceput pentru a testa eficacitatea unei intervenții interactive pe internet (Skype-videoconferința) și la telefon pentru depresia postpartum precum și testarea asocierii gândirii disfuncționale (gânduri automate negative, atitudini disfuncționale și modele cognitive disfuncționale) cu depresia postpartum.

Date descriptive ale participantelor

În ceea ce privește caracteristicile participantelor, analizele indică faptul că femeile au o vârstă cuprinsă între 19 ani și 38 de ani. Media vârstei este de 27.59, cu o abatere standard de 4.82.

În ceea ce privește studiile, datele arată că majortatea participantelor au studii universitare (figura nr.1).

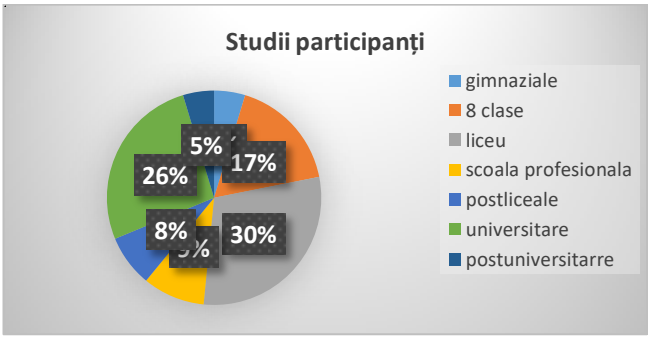

Figura nr. 1

În ceea ce privește domiciliul, analizele de frecvență indică un procentaj mai mare al femeilor din zona urbană (figura nr.2), comparativ cu zona rurală.

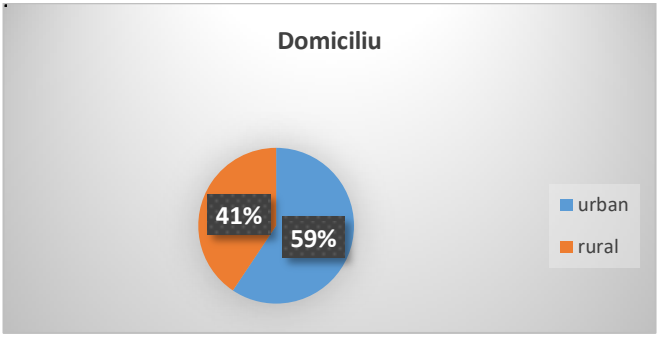

Figura nr.2

Predominant, participantele la studiu sunt femei căsătorite (figura nr.3).

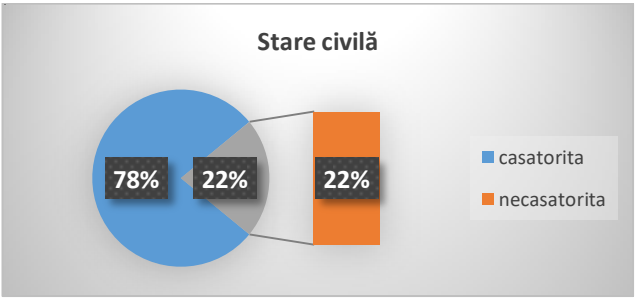

Figura nr. 3

În ceea ce privește sarcina acestora, majoritatea au declarat că a fost neplanificată, dar dorită (figura nr.4).

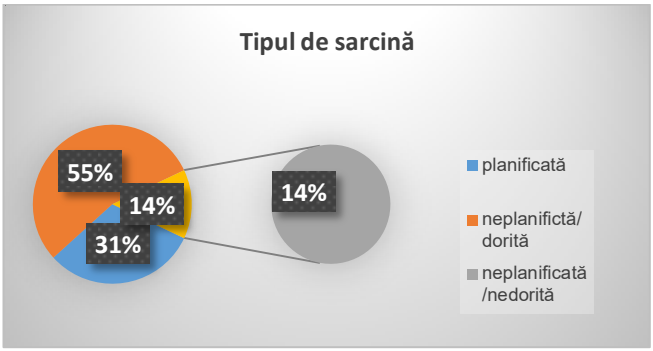

Figura nr. 4

În ceea ce privește tipul nașterii, există aproape o egalitate între cele două forme de naștere –naturală și cezariană (figura nr. 5).

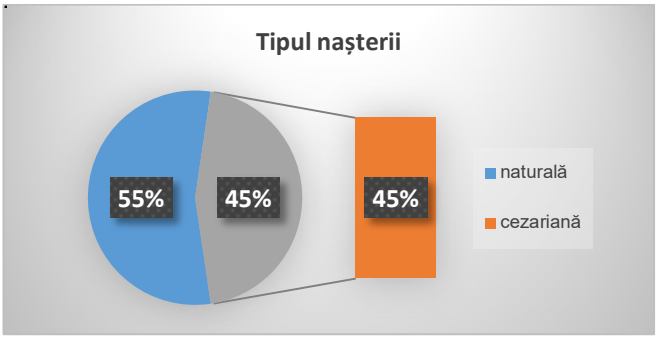

Figura nr. 5

70 de participante (din lotul de 672) la acest studiu au fost diagnosticate cu depresie postpartum (EPDS ≥12 și SCID-I/DSM IV) dar au intrat în Planul de evaluare şi intervenţie un număr de 64 de mame nou-născute (6 cazuri cu simptomatologie depresivă nu au mai răspuns la telefon sau mail).

Cele 64 de cazuri au făcut parte din urmatoarele grupe: TCC online (20 de paciente), TCC la telefon (22 de paciente) și grupul de control (22 de paciente).

Tabel nr 5. Plan de evaluare şi intervenţie în depresia postpartum

Plan de evaluare şi intervenţie în depresia postpartum online/Skype şi la telefon
Săptămâna 1 /50 min. Instruire cu privire la TCC, conceptualizarea TCC, redactarea listei de probleme. Evalurea riscului de suicid. Evaluarea nevoii pentru tratament medicamentos. Aplicarea EPDS, DSM-IV (SCID-I) și HARS (pretestare) Tema ptr. acasă: fișa de monitorizarea zilnică a activităţilor.
Săptămâna 2 /50 min. Evaluarea comportamentală, BC comportamental, activarea comportamentală, programarea activităţilor. Aplicarea ATQ, ABSs, YSQ-S3.(pretestare) Psihoeducaţie privind manifestările psihologice privind perioada postnatală Tema pentru acasă: fișa de programare a activităților, planificarea recompenselor.

Săptămâna 3 /50 min. Evaluare cognitivă, Terapia cognitivă: rolul gândurilor în simptomatologia depresivă, identificarea gândurilor negative automate. Psihoeducaţie privind nevoile nou născutului & nevoile părinţilor Tema ptr acasă: fişa de monitorizare zilnică a gândurilor automate disfuncţionale.
Săptămâna 4/50 min. Dezvoltarea abilităţilor sociale, monitorizarea gândurilor negative disfuncţionale ABC-ul cognitiv: punerea la îndoială a gândurilor negative disfuncţionale Tema ptr acasă: fişa de monitorizare zilnică a gândurilor automate disfuncţionale
Săptămâna 5/50 min. Activarea comportamentală şi dezvoltarea asertivităţii ABC-ul gândirii realiste: formularea gândurilor alternative Tema pentru acasă: fişa de monitorizare zilnică a gândurilor automate disfuncţionale
Săptămâna 6 /50 min. Optimizare și dezvoltare personală: comunicare asertivă, managementul timpului Psihoeducaţie privind relaţia de cuplu. Identificarea şi dezbaterea convingerilor dezadaptative Tema ptr acasă: continuarea dezbaterii convingerilor dezadaptative
Săptămâna 7/50 min. Optimizare și dezvoltare personală: creșterea frecvenţei contactelor sociale pozitive Identificarea schemelor negative prin metoda jocului de rol Tema ptr acasă; continuarea identificării și dezbaterii gândurilor automate, a convingerilor dezadaptative
Săptămâna 8/50 min. Optimizare și dezvoltare personală: rezolvare de probleme Evaluarea măsurii în care schemele negative au influenţat experienţele importante din viaţa Tema ptr acasă; continuarea identificării şi dezbaterii gândurilor automate, a convingerilor dezadaptative şi a schemelor negative
Săptămâna 9/50 min. Identificarea de convingeri şi scheme mai realiste Tema ptr acasă; continuarea identificării şi dezbaterii gândurilor automate, a convingerilor dezadaptative şi a schemelor negative. Aplicarea ATQ, ABSs, YSQ-S3. (posttestare)
Săptămâna 10/50 min. Follow-up și prevenirea recăderilor. Aplicarea EPDS și HARS (posttestare) Identificarea intervenţiilor care sunt de folos şi care nu Planuri pentru posibilele episoade depresive din viitor
Follow- up la 1 lună după intervenţie. Aplicarea EPDS
Follow- up la 6 luni după intervenţie. Aplicarea EPDS

Tabel nr. 6 Plan de evaluare şi intervenţie pentru grupul de control

Săptămâna 1 PRETESTARE: Aplicarea EPDS, DSM-IV (SCID-I) și HARS. Femeile din grupul de control au beneficiat de psihoeducaţie privind manifestările psihologice din perioada postnatală.
Săptămâna 2 PRETESTARE: Aplicarea ATQ, ABSs, YSQ-S3. Ședința de terapie suportiva în care a fost ascultată femeia să vorbeasca despre problemele cu care se confruntă și cum le gestionează.
Săptămâna 9 POSTTESTARE: Aplicarea ATQ, ABSs, YSQ-S3. Ședința de terapie suportivă în care a fost ascultată femeia să vorbească cu ce probleme se confruntă și cum le gestionează.
Săptămâna 10 POSTTESTARE: Aplicarea EPDS și HARS
Follow- up la 1 lună: Aplicarea EPDS / **Follow- up la 6 luni**: Aplicarea EPDS

Analiza datelor studiul 3

Pentru a analiza în profunzime, am realizat analizele comparative dintre nivelul simptomatologiei depresiei postpartum preintervenție și de după intervenție folosind Anova cu măsurători repetate, rezultatele indicând diferențe. În ceea ce privește diferențele dintre evaluarea preintervenție și evaluările postintervenție, rezultatele indică faptul că există diferențe (F(3, 61) = 203,003, p < .001). Analizele au fost realizate cu ajutorul analizei Anova cu măsurători repetate. Rezultatele analizei One-Way Anovaindică într-adevăr diferențe semnifcative (F (2,61) = 23,236, p < .001) între grupurile experimentale construite aleatoriu.

Rezultate *Ipoteza nr.1*/ studiul 3

Există o diferență semnificativă între nivelul simptomatologiei depresiei postpartum identificat înainte de intervenție și nivelul de după intervenția de tip cognitiv-comportamentală, în sensul că această medie va scădea în urma intervenției oferite. Astfel, există un efect al intervenției asupra scăderii în timp a depresiei postpartum și acest efect este semnificativ. rezultatele indică faptul că aplicarea intervenției TCC a avut efect asupra reducerii în timp a nivelului simptomatologiei depresiei postpartum. S-a constatat o remisiune a acestor simptome, semnificativă, în momentul postintervenție (2) la o lună (3) și la 6 luni după intervenție (4).

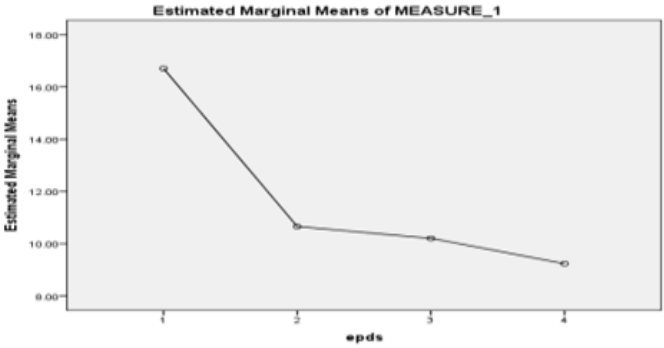

Figura nr. 5 Diferențele nivelelor depresiei postpartum

Rezultate *Ipoteza nr. 2*/ studiul 3

Există diferențe în ceea ce privește media nivelului depresiei postpartum postintervenție, în funcție de tipul de intervenție oferită participantelor. Rezultatele analizei One-Way Anova indică într-adevăr diferențe semnifcative (F (2,61) = 23,236, p < .001) între grupurile experimentale construite aleatoriu (1-telefon, 2-skype, 3- grup control)

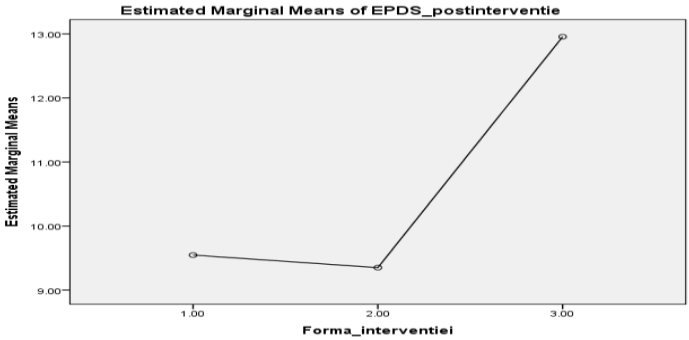

Figura nr. 6 Diferențele mediilor formei de intervenție

Rezultate *Ipoteza nr. 3*/ studiul 3

Exista asocieri între nivelul depresiei postpartum și forme ale gândirii disfuncționale (gândurile automate, atitudinile disfuncționale și schemele). Rezultatele indică o asociere pozitivă între nivelurile simptomatologiei depresiei postpartum și diverse forme ale gândirii difuncționale. Conform analizelor, reiese că există asocieri pozitive ale simptomatologiei depresiei postpartum cu gândirea disfuncțională de tipul atitudini și convingeri, în sensul că există o asociere mică, dar semnificativă (r = .34, p < .05), dar nu și celalalte forme de gândire disfuncțională, în sensul că gândirea automată nu este asociată semnificativ cu simptomatologia depresiv postpartum înainte de intervenție (tabel 7)

	EPDS_ preinterventie	EPDS_ postinterventie	EPDS_ 1_luna _follow _up	EPDS_ 6_luni_f ollow_u p	ATQ_pr einterv entie	ATQ_p ostinter ventie	ABS_pr einterv entie	ABS_p ostinter ventie
EPDS_preinterventie	1							
EPDS_postinterventie	.340**	1						
EPDS 1 luna follow-up	.167	.834**	1					
EPDS 6 luni follow-up	.263*	.671**	.816**	1				
ATQ_preinterventie	-.078	.230	.203	.205	1			
ATQ_postinterventie	.026	**.248***	**.269***	.232	.643**	1		
ABS_preinterventie	-.011	.238	**.259***	.215	.350**	.447**	1	
ABS_postinterventie	**.340****	**.293***	.120	.153	-.275*	.056	.059	1

Tabel nr.7

În schimb, în ceea ce privește asocierile de după intervenție, rezultatele scot în evidență o serie de asocieri pozitive și semnificative, dar mici. Astfel, în cazul simptomatologiei depresive postpartum postintervenție, există o asociere pozitivă cu tipul de gândire automat negativă măsurată după intervenție (r = .24, p < .001). Asemănător, există o asociere pozitivă si semnificativă cu tipul de atitudini și convingeri disfuncționale (r = .29, p < .001). Există un tipar

în aceste tipuri de asocieri, în sensul că există asociere pozitivă și semnificativă, dar mică, între evaluarea de tip follow-up la o lună și gândirea disfuncțională (r = .25, p < .001), în ceea ce privește atitudinile și convingerile disfuncționale. Conform analizelor pe subgrupuri, același tipar este relevant pentru toate formele de intervenție experimentate în studiu, cu diferența că pentru intervenția de tip video nu se observă o asociere semnificativă cu forma simptomatologiei depresiei postpartum preintervenție. Chiar dacă rezultatele sunt asemănătoare, se observă faptul că în cazul grupului de control, legătura de asociere este semnificativă și de o mărime mare (r = 63, p <.001). Adițional, am verificat în ce măsură nivelul atitudinilor și convingerilor postintervenție ar putea fi diferit, în funcție de forma de intervenție utilizată. Pentru analiză am utilizat ANCOVA, controlând astfel nivelul inițial al atitudinilor și convingerilor iraționale. Astfel, rezultatele indică faptul că tipul de intervenție nu are un efect asupra acestei evaluări. Conform analizelor, reiese că nu există asocieri pozitive ale depresiei postpartum cu gândirea disfuncțională de tipul schemelor cognitive.

CAPITOLUL III.

CONCLUZII ȘI DISCUȚII GENERALE

3.1. Concluzii, implicații teoretice, metodologice și practice

Depresia postpartum (DP) este o tulburare frecvent întâlnită care poate afecta dezvoltarea cognitivă, emoțională și socială a unei mame după naștere. Terapia cognitiv-comportamentală online (OTCC) este utilizată ca terapie pentru simptomatologia PD, dar nu există dovezi clare cu privire la eficacitatea acesteia.

Scopul acestei cercetarii a fost de a identifica, sintetiza și analiza studiile empirice privind eficacitatea OTCC pentru DP, apoi de a analiza un model structural în care să găsim explicații asocierii unor factori predictivi la vulnerabilitatea depresiei postpartum (trăsăturile de personalitate, anxietatea postnatală, modul în care naște femeia) și în final analiza eficacității intervenției cognitiv-comportamentale online (skype/videoconferința) și la telefon în simptomatologiei depresiei postpartum.

Studiul 1. Studiu sistematic și o meta-analiza asupra eficacității intervenției cognitiv-comportamentale online (OTCC) în depresia postpartum, a identificat un efect moderat semnificativ al mărimii intervenției (d = - 0,54, CI 95% [-0,716; -0,423]) în reducerea depresiei postpartum DP.

După analizarea contribuției studiilor internaționale disponibile, putem concluziona că *există dovezi empirice substanțiale pentru a susține utilizarea OTCC pentru simptomele DP și că datele sunt coerente în ceea ce privește eficacitatea acesteia*. Mărimea efectului mediu al intervenției OCBT obținută în analiza noastră susține concluziile anterioare și sugerează un efect moderat constant.

Studiul 2. Investigarea modului în care trăsăturile de personalitate sunt asociate depresiei postpartum (evaluată la două săptămâni după naștere) și analiza măsurii în care aceste asocieri sunt mediate de anxietatea postnatală (măsurată la 3-4 zile de la naștere) și moderată de tipul nașterii, a dus la o serie de rezultate.

Analiza a indicat că trăsăturile de personalitate nu au fost direct legate de depresia postpartum, dar am constatat că simptomele de anxietate postnatală pot explica potențiala

legătură dintre trăsăturile de personalitate (adică neuroticismul) și depresia postpartum evaluată la două săptămâni după naștere. Tipul de naștere a moderat relația dintre trăsăturile de personalitate, anxietatea și depresia postpartum. Neuroticismul și conștiinciozitatea, în grupul de nașteri naturale, neuroticismul și agreabilitatea, în grupul nașterilor prin cezariană, au fost semnificativ asociate cu depresia postpartum. Mai mult, anxietatea a explicat relația dintre neuroticism și depresia postpartum atât în grupurile de nașteri naturale, cât și în grupul de nașteri prin cezariană. În plus, constatările noastre evidențiază faptul că anxietatea postnatală poate explica de ce trasăturile de personalitate (adică neuroticismul și extraversiunea) sunt legate de depresia postpartum și că aceste relații pot depinde de tipul nașterii.

Acest studiu are implicații teoretice și practice. Înțelegerea modului în care trăsăturile de personalitate ale femeii pot fi o vulnerabilitate pentru tulburările lor emoționale, poate contribui la susținerea (prin consiliere psihologică) a unei perioade postpartum pozitive. De asemenea, *această lucrare poate contribui la o mai bună înțelegere a diferențelor psihologice între un grup de femei care au născut natural și un grup de femei care au născut prin cezariană.* Aceste rezultate sunt deosebit de importante pentru cei care au un rol în susținerea deciziilor și experiențelor mamei, cum ar fi medici și asistente medicale.

Constatările actuale adaugă literaturii o mai bună cunoaștere a modului în care trăsăturile de personalitate ar putea favoriza o experiență pozitivă la naștere și în perioada postpartum.

Studiul nostru sporește literatura de specialitate cu informații privind înțelegerea mecanismelor de dezvoltare a depresiei postpartum, a factorilor de risc care o pot prezice.

Investigarea factorilor care au un rol etiopatogenetic în dezvoltarea depresiei postpartum (tipul naşterii-naturală/cezariană, anxietatea, factorii sociali etc.), identificarea unui profil psihologic al lehuzei cu depresie potpartum prin analiza aspectelor definitorii ale întregii personalităţi prin intermediul celor 30 de factori ai Inventarul Big Five©plus, analiza simptomatologiei depresive în relaţie cu factorii de vulnerabilitate evaluaţi şi identificarea gradul de asociere dintre depresia postpartum şi anxietatea din această perioadă, au constituit elementele unui context psihosocial al vulnerabilităţii la depresia postpartum.

Studiul 3. Eficacitatea intervenției cognitiv-comportamentale online (skype/videoconferință) și la telefon în simptomatologiei depresiei postpartum

Rezultatele indică faptul că aplicarea intervenției TCC a avut efect asupra reducerii în timp a simptomatologiei depresiei postpartum. S-a constatat o remisiune a acestor simptome, semnificativă, în momentul postintervenție, la o lună și la 6 luni după intervenție.

În ceea ce privește direcția semnficației diferențelor, rezultatele indică că nu există diferențe semnificative între intervenția de tip telefonică și cea de tip videoconferință. Există în schimb diferențe semnificative între grupul de control și cele două forme de intervenție specializată TCC. Astfel, spre deosebire de mediile nivelului de depresie postpartum din grupurile de intervenție, grupul de control înregistrează o medie mult mai crescută.

Concluzia la care am ajuns este că intervenția cognitiv-comportamentală online (videoconferință) și la telefon este o opțiune viabilă pentru femeile cu depresie postartum.

Asocieri ale gândirii disfuncționale cu depresia postpartum

Unul dintre scopurile acestei lucrări a fost surprinderea asocierii dintre nivelul simptomatologiei depresiei postpartum și forme ale gândirii disfuncționale (gândurile automate, atitudinile disfuncționale, scheme/credințele iraționale).

Conform analizei corelaționale, se pare că există asocieri pozitive ale depresie postpartum cu gândirea disfuncțională.

În ceea ce privește asocierea semnificativă și pozitivă dintre simptomatologia depresivă postpartum și gândirea disfuncțională de tipul atitudini și convingeri o regăsim în pre și post intervenție, rezultate conforme cu studiile mai recente care oferă dovezi ale atitudinilor disfuncționale ca predictor al depresiei postpartum (Church et. al., 2009; Phillips, Sharp, Matthey & Charles, 2010).

În cazul depresiei postpartum postintervenție, există o asociere pozitivă cu tipul de gândire automat negativă măsurată după intervenție, rezultate conforme cu alte studii emipirice (Cooper & Murray, 1995; Warner et al., 1997).

O explicație a rezulatatelor conform cărora nu există asocieri pozitive ale simptomatologiei depresiei postpartum cu gândirea disfuncțională de tipul schemelor cognitive poate fi atribuită faptului ca instrumentului psihologic cu care s-a realizat evaluarea (YSQ) îi lipsește specificul și conținutul tematic cu gândurile femeilor cu depresie postpartum, lucru care ar putea duce la diminuarea puterii predictive și explicative. O altă explicație ar putea fi pusă pe seama faptului că schemele cognitive sunt în mod special adecvate pentru pacienții cu tulburări psihologice cronice înrădăcinate care până acum au fost considerate dificil de tratat (Young et al., 2003). Deși relația dintre stilul cognitiv și vulnerabilitatea la depresie este puternic validată în literatură (Haaga et al., 1991), investigarea relației dintre stilul cognitiv și depresia postpartum nu a produs încă rezultate similare (Hall & Wittkowski, 2006).

3.2. Implicații practice

Speranța noastră este ca în urma finalizării acestui studiu putem vorbi despre următoarele contribuții practice ale rezultatelor obținute:

- În urma meta-analizei realizate în primul studiu considerăm că rezultatele noastre sunt destul de favorabile și de încredere pentru a recomanda utilizarea TCC ghidată online pentru DP și poate fi utilizată ca alternativă sau ca adjuvant la psihoterapie.
- Rezultatele studiului doi pot fi folosite pentru a dezvolta intervenții psiho-educaționale și psihosociale care vizează prevenirea, tratarea și prevenirea recidivei afecțiunii afective postpartum, având în vedere structura personalității, pentru a obține o funcționalitate mai matură și o mai mare adaptabilitate la mediul înconjurător.
- În cadrul acestui proiect a fost dezvoltat și testat un Plan de evaluare și de intervenție TCC online și la telefon pentru depresia postpartum, plan care poate fi integrat în serviciile clinice de maternitate. Este important ca profesioniştii din clinicile de specialitate să recunoască simptomele depresie postpartum şi să li se furnizeze cunoştinţe şi resurse pentru a îmbunătăţi starea emoţională a femeilor după ce au născut.
- A fost testată eficacitatea intervenției cognitiv-comportamentale online - videoconferința (voce și imagine) și la telefon (voce) asupra simptomatologiei depresiei postpartum.

● Rezultatele favorabile în reducerea simptomatologiei depresiei postpartum în urma intervențiilor TCC pe skype și la telefon pot contribui la extinderea paletei modalităţilor de oferire a serviciilor de psihoterapie la femeile cu depresie postpartum, făcând să crească astfel încrederea în psihoterapia online şi la telefon.

● În urma analizelor problemelor care pot apărea în urma utilizării tehnologiei (computer, telefon) în actul psihoterapeutic, au fost furnizate o serie de de informații către profesioniștii din domeniul sănătății mintale pentru a evalua obiectiv beneficiile și dezavantajele intervențiilor psihoterapeutice online și la telefon.

Cunoscând faptul că momentul în care femeia devine mamă reprezintă un eveniment major de viață care afectează nu doar mama, ci și partenerul, copilul, familia extinsă și mediul social, specialiștii ar trebui să se canalizeze pe crearea unui program eficient de intervenție pentru prevenirea apariției depresiei postpartum în această perioadă din viața unei femei.

3.3. Avantaje, limite și direcții de cercetare

Sumarizând datele prezentate anterior, putem spune că potrivit studiilor, Terapia cognitiv comportamentală este una dintre cele mai des folosite și intens cercetate forme de psihoterapie, care s-a ajustat constant pentru o gamă tot mai largă de tulburări, astfel numărul cercetărilor crescând datorită extensiunii domeniilor de aplicabilitate ale acesteia. În ceea ce privește depresia postpartum, eficienţa TCC a fost și este studiată în multiple studii clinice controlate. Una dintre problemele acestor studii o constituie insuficienta cercetare a eficienţei TCC aplicată online şi la telefon pentru depresia postpartum.

Din cunoștințele noastre, acest studiu aduce noutatea evaluării eficacității TCC online pe skype (videoconferința) și la telefon în simptomatologia depresiei postpartum pe o populatie de mame cu nou născuți din România. În ceea ce privește depresia postpartum, numărul limitat de studii disponibile și lipsa studiilor privind eficiența TCC în videoconferințe pentru depresia postpartum încă nu ne permit să concluzionăm că TCC pe internet este la fel de eficientă ca și intervențiile față în față.

Trei construcții cognitive au fost testate în legătură cu depresia postpartum: gânduri negative cu ATQ; atitudini și convingeri disfuncționale cu ABS și schemele cognitive cu YSQ. Un dezavantaj al instrumentelor de gândire disfuncțională folosite în relația cu depresia postpartum este faptul că le lipsește specificul și conținutul tematic cu gândurile femeilor cu depresie postpartum, lucru care ar puteaduce la diminuarea puterii predictive și explicative.

Rezultatele noastre ar trebui urmate de un studiu randomizat mai amplu care să urmarească și să analizeze manifestarile emoționale (depresia, anxietatea) din perioada ante și postnatală. Utilitatea unui astfel de program modificat pentru anxietate ar fi, de asemenea, importantă în perioada de sarcină și postpartum.

3.4. Probleme /dificultăți care au apărut pe parcursul realizării cercetării

Depresia postpartum este o problemă de sănătate care afectează femeia într-o perioadă specifică a vieţii ei (în primul an după o naştere). Ţinând cont de specificul populaţiei, numărul de participante la studiu a fost limitat. Au existat cazuri cu simptomatologie depresivă (6) care nu au dorit o intervenţie specializată.

Telefonul omniprezent, accesibil și disponibil şi calculatorul sunt folosite de o mare parte a populaţiei, dar există totuşi un număr semnificativ de persoane care nu au acces la această tehnologie. Tinând cont de nivelul economic scăzut al zonei de unde au fost selectate participantele la acest studiu, o problemă a fost distribuţia aleatorie în grupul cu aplicare a intervenţiei TCC pe skype (a existat un număr mai mic de persoane cu acces la internet comparativ cu accesul la telefon).

Am respectat procedura de distribuţie aleatorie în cazul studiului cu intervenţie TCC la telefon realizând un studiu experimental iar în cazul studiului cu intervenţie TCC online (Skype) am constituit un grup natural, fără alocare randomizată într-un design cvasiexperimental cu grup de control.

Din cauza disponibilității reduse a femeii pentru nevoile ei în favoarea nevoilor nou - născutului, au fost femei cu simptomatologie depresivă (12) care au amânat aplicarea intervenţiei pâna în momentul în care au considerat ca pot intra în terapie. Adaptarea la noul statul cel de mama, mai ales la primipare, necesită timpi diferiţi de acomodare funcţie de diferiţi factori interni şi externi. Unele femei își intră în rol cu o naturaleţe uluitoare din clipa în care nasc primul copil, însă altele au nevoie de o perioadă în care mintea lor să se adapteze la noua situaţie. Pentru a preîntâmpina problema pierderii acestor cazuri am menţinut legătura permanentă cu ele, demonstrând flexibilitate și răbdare pentru a ajunge la momentul intervenţiei terapeutice.

De asemenea, probleme de folosire a tehnologiei (semnal slab la telefon, slaba conexiune la internet) au creat dificultăţi în buna desfăşurare a actului terapeutic. Pentru a reduce problemele legate de tehnologie, acestea au fost discutate cu participantele la studiu şi pregătite variante de rezervă; accesul la un alt telefon, iar în cazul semnalului slab la internet - reprogramarea întâlnirii seara, când internetul are un semnal mai bun.

3.5. Direcții de cercetare

Deși au fost propuse diferite modele biologice pentru etiologia depresiei postpartum, se pare că factorii psihologici pot constitui o direcție ofertantă de cercetare.

Testarea rolului gândirii disfuncționale specifice perioadei ante și postnatală poate ajuta la dezvoltarea unui program de intervenție preventivă. Studiile viitoare ar trebui să analizeze anxietatea și depresia prenatală urmată de anxietatea și depresia postnatală în studii longitudinale cu puncte de măsurare multiple, pentru a oferi o imagine mai complexă a factorilor care ar putea explica depresia postpartum. În plus, studiile viitoare ar putea evalua alte mecanisme care ar putea explica relațiile dintre trăsăturile de personalitate și simptomele anxietății și depresiei în perioada postpartum. Extinderea programului de intervenție la simptomatologia subclinică și non-clinică alături de cursurile prenatale clasice de consiliere, ar ajuta mamele să gestioneze mai bine provocările maternității. În următorii ani cererea pentru psihoterapie de tip videoconferință va crește, probabil condusă de cererea clientului mai degrabă decât terapeuți. Practica online pentru cei care oferă orientare, consiliere sau psihoterapie, trebuie să fie susținută de norme și dovezi solide pentru a face acest lucru în condiții de siguranță, într-un cadru profesional, protejând astfel clienții și practicienii. În mod clar, terapia online are atât avantaje și dezavantaje dar în ciuda limitărilor sale, integrarea tehnologiei în domeniul terapiei este o cale deschisă.

Referințe

Affonso, D., Anindya, K., Horowitz, J. & Mayberry, L. (2000). An international study exploring levels of postpartum depression symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research, 49,* 207-216. doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00176-8

Ainsworth, M. (2000). Metanoia: The ABC's 0/ internet counseling. Online. Available: http://www.metanoia.org/imhs

Altman, D. G. (2003). Interaction revisited: the difference between two estimates. *BMJ, 326,* 219. doi.org/10.1136/bmj.326.7382.219

Altshuler, L., Cohen, L., Moline, L., Kahn, D., Carpenter, D. & Docherty, J. (2001). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of depression in women. New York: Mc- Graw Hill. *Postgraduate Medicine*, 1-107.

APA/American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders. 4th Ed. Washington, DC: *American Psychiatric Association*; Text Revision.

APA/American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*

APA/American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Press*.

Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal, 314*, 932–936. doi.org/10.1136/bmj.314.7085.932

Arch, J.J. (2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behaviour Research and Therapy, 52*, 53-60. doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.003

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J. & Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing Psychotherapy: A Systematic Review. *Psychological Services, 9*(2), 111–131. DOI: 10.1037/a0027924

Bagnall, K.M. (2014). Long-Term Follow-Up of NetmumsHWD: A Feasibility Randomised Controlled Trial of Telephone Supported Online Behavioural Activation for Postnatal Depression at 16 Months Post-Randomisation, Submitted by Kara Marie Bagnall to the *University of Exeter as a thesis for the degree* of Doctor of Clinical Psychology,

Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression. An update. *Nursing research, 50*(5), 275-285. journals.lww.com

Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy for Emotional Disorder.New York: *International Universities Press*

Beck, A.T. (1967). Depression. Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics & Gynecology,103,* 698-709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f

Borenstein, M., Hedges, L.V., Higgins, J. P. T. & Rothstein, H. R. (2009). Introduction to Meta-analysis. *John Wiley & Sons, Ltd 414*. doi:10.1002/9780470743386

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. Geneva: *World Health Organization. 3*, 355-534. pages.uoregon.edu

Boyce, P.M. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health, 6* (2), 43-50. doi.org/10.1007/s00737-003-0005-9

Brockington, I. F., Aucamp, H. M. & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother–infant relationship: Definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health, 9,* 243–251. doi.org/10.1007/s00737-006-0133-0

Brummelte, S. & Galea, L. A. (2009). Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. Progress in *Neuro- Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 34*(5), 766-776. doi:10.1016/j.pnpbp.

Burt, V.K., Suri, R., Altshuler, L., Stowe, Z., Hendrick. V.C. & Muntean, E. (2001). The use of psychotropic medications during breast-feeding. American *Journal of Psychiatry, 158,* 1001–1009. doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1001

Byrne, B. M. (2016). Structural Structural Equation Modeling With AMOS Basic Concepts, Applications, and Programming. *Third Edition. Routledge, New York, 460*. doi.org/10.4324/9781315757421

Carpiniello, B., Parante, C.M., Serri, F., Costa, G. & Carta, M.G. (1997). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 18,* 280-285. doi.org/10.3109/01674829709080700

Chabrol, H. & Callahan, S. (2007). Prevention and treatment of postnatal depression. Expert Review of Neurotherapeutics, 7(5), 557-576. DOI: 10.1586/14737175.7.5.557

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B. & Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine, 32,* 1039–1047. doi.org/10.1017/S0033291702006062

Church, N. F., Dunstan, D. A., Hine, D. W. & Marks, D. G. (2009). Differentiating subtypes of postnatal depression based on a cluster analysis of maternal depressive cognitions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 24*(2), 89–98. 92b7f7847ba6c7ae91dd8cbba2baef0e.pdf

Clay, E.C. & Seehusen, D.A. (2004). A review of postpartum depression for the primary care physician. *Southern Medical Journal, 97*(2), 157-61. DOI: 10.1097/01.SMJ.0000091029.34773.33.

Cooper, P. & Murray, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. Archives of disease in childhood, 77, 97–99. doi.org/10.1136/adc.77.2.97

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, NY: *Routledge Academic*.

Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal Psychiatry, 166,* 191–195. doi.org/10.1192/bjp.166.2.191

Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. *In Social support and health,* 3-22. San Diego, CA: Academic Press.

Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression, *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(6), 1243-1258. psycnet.apa.org

Constantin, T., Macarie A., Gheorghiu A., Potlog M. C. & Iliescu M. (2010). Big Five©plus Re-Test. Or the Reliability of a Psychological Measure Derived from the Five Factor Model, *Annals of the Al. I. Cuza University. Psychology* Series, „Al I. Cuza" Iași, 19(1), 51 – 64

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150,* 782-786. doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N. & Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clincal Psychological Review, 29*(5), 449-458. doi: 10.1016/j.cpr.2009.04.005

Cuijpers, P., Brannmark, J.G. & van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 64*(1), 103–18. DOI: 10.1002 / jclp. 20432

Dafinoiu, I. & Vargha J.L. (2005). Psihoterapii scurte, *Editura. Polirom*, Iasi.

Davies, B.R., Howells, S. & Jenkins, M. (2003). Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *Jan Leading Global Nursing Research, 44*(3), 248-255 doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02799.x

David, D. (2007). Ghid și protocol clinic de psihoterapie cognitivă pentru depresie. *Editura Sinapsis,* Cluj-Napoca

David, D. (2006). Tratat de psihoterapii cognirive şi comportamentale, *Editura. Polirom, Iaşi.*

Dennis, C.L. & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. (4). DOI: 10.1002/14651858.CD006116.pub2

Dennis, C.L. (2004). Treatment of postpartum depression, Part 2: A critical review of nonbiological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65,* 1252–1265. PMID:15367054

Dennis, C.L. (2004). Preventing postpartum depression part II: A critical review of nonbiological interventions. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 49(8), 526-538. doi.org/10.1177/070674370404900804

DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T. & Robin, M. (2007). Scala de atitudini și convingeri 2 (adaptat de Macavei, B.). În David, D. (coord.), Sistem de evaluare clinică. Cluj-Napoca: *Editura RTS.*

Ellis, A. (1994). Reason and Emotion in Psychoterapy, Carol Publishing Group, New York.

Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *The Journal of General Psychology, 59*(1), 35-49. doi:10.1080/00221309.1958.9710170

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychoterapy, *Lyle Stuard, New York.*

Emmelkamp, P.M. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. Psychotherapy & Psychosomatics, 74, 336–343.

England, S.J., Ballard, C. & George, S. (1994). Chronicity in postnatal depression. *European Journal Psychiatry, 8,* 93–96.

eTherapy.com. (2001). eTherapy.com Online. Avaliable: http://www.etherapy.com

Frueh, B. C., Deitsch, S. E., Santos, A. B., Gold, P. B., Johnson, M. R., Meisler, N., Magruder, K. M. & Ballenger, J. C. (2000). Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. *Psychiatric Services, 51,* 1522–1527. doi:10.1176/appi.ps.51.12.1522

Gaillard, A., Le Stra,t Y., Mandelbrot, L., Keïta, H. & Dubertret, C. (2014) Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research, 215,* 341–346. doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.003

Gavin, N.I., Gaynes, B.N, Lohr, K.N, Meltzer-Brody S, Gartlehner, G. & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetetric Gynecology, 106*(5Pt1), 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.

Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S. & Miller, W.C. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening

Accuracy, and Screening Outcomes. AHRQ Evidence Report Summaries. 1998-2005. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.

Goldberg, L. R., Johnson, J. A., Eber, H. W., Hogan, R., Ashton, M. R., Cloninger, R. C., Gough, H. G. (2005). The international personality item pool and the future of public-domain personality measures. *Journal of Research in Personality, 40*, 84–96. doi:10.1016/j.jrp.

Grace, S.L., Evindar, A. & Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 6,* 263–274. doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6

Gros, D.F., Morland, L.A., Greene, C.J., Acierno, R., Strachan, M., Egede, L.E., Tuerk, P.W., Myrick, H. & Frueh, B.C. (2013). Delivery of Evidence-Based Psychotherapy via Video Telehealth. *Journal Psychopathology Behav Assess, 35*, 506–521. DOI 10.1007/s10862-013-9363-4

Haaga, D.A.F., Dyck, M. J. & Ernst, D. (1991). Empirical Status of Cognitive Theory of Depression, *Psychological Bulletin, 2*, 215-236. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.215

Hall, P.L. & Wittkowski, A. (2006). An Exploration of Negative Thoughts as a Normal Phenomenon After Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health, 51*(5), 321-330. doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.03.007

Hamilton, M. (1959), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), The assessment of anxiety states by rating. *British Journal Medical Psychology, 32*, 50–55. doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293–319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938.

Harding, J.J. (1989). Postnatal psychiatric disorders: A review. *Compr.Psychiatry, 30*, 109-112.

Haring, M., Smith, J. E., Bodnar, D. & Deirdre, R. (2011). Coping with Depression during Pregnancy and Folllowing Childbirth. A cognitive-Behaviour Therapy-Based Self-Management Guide for Women. The BC Reproductive Mental Health Program Retrieved from www.bcmhsus.ca/.../ download.php?.../Coping%20with%20Depression.pdf.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639–665. Doi: 10.1016/j.beth.2016.11.006

Holdevici, I. (2009). Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentala, *Editura. Trei*, Bucureşti.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Wiemer, M.J., Garvey, M.J., Grove, W.M., et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression singly and in combination. Archives of General Psychiatry, 49, 774-781. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820100018004

Hollon, S. & Kendall, P. (2007). Chestionarul gândurilor automate (adaptat de Moldovan, R.). În David, D. (coord.), Sistem de evaluare clinică. Cluj-Napoca: Editura RTS.

Kaltenthaler, E., Parry, G. & Beverley, C. (2004). Computerized cognitive behavior therapy: a systematic rewieu. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 31–55. DOI: 10.1017/S135246580400102X

Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32*(2), 73-90. doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00023-4

Leahy, R. L. & Holland, S. J. (2010). Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate (trad. Kallay, E.). *Editura ASCR,* Cluj-Napoca

Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment confirmation from meta-analysis. *The American Psychological Association. Inc., 48* (12), 1181-1209. doi:0003-066X/93/S2.00.

Lowry, P. B. & Gaskin, J. (2014). Partial least squares (PLS) structural equation modeling (SEM) for building and testing behavioral causal theory: When to choose it and how to use it. *IEEE Transactions on Professional Communication, 57*(1-2), 123-146. doi.org/10.1109/TPC.2014.2312452

Mayberry, L.J, Horowitz, J.A. & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 36*,542–9. doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x

Meager, I. & Milgrom, J. (1996). Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 30*(6), 852-860.

Meltz, B.F. (2003). "Child Caring; Postpartum Depression Affects the WholeFamily." The Boston Globe: H4.

Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. et al. (2007). Antenatal risk factors for postnatal depression:a large prospective study. *Journal Affective Disorders, 108*(1-2), 147-157. doi: 10.1016/j.jad. 10.014

Milgrom, J., Negri, L.M., Gemmill, A.W., McNeil, M. & Martin, P.R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal Clinical Psychology, 44*(Pt 4), 529-542. doi: 10.1348/014466505X34200

Milgrom, J., Martin, P.R. & Negri, L.M. (1999). Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners. Chichester, New York: *John Wiley*

Milapkumar, P., Bailey, R.K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N.C. & Osiezagha, K., (2012). Postpartum Depression: A Review, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 23*, 534–542. doi:10.1353/hpu.2012.0037

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement, The PRISMA Group, Published. *PLoS Med. 6*(7), e1000097. doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097.

Moller, H.J. & Laux Kapfhammer, H.P. (2003). Psychiatrie und Psychoterapie. *Ed.Springer* Verlag (Berlin, Heilderberg, New York).

Monroe, S.M., Slavich, G.M. & Georgiades, K. (2009). The social environment and life stress in depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of depression. 2. New York, NY: *Guilford Press*. 340–360.books.google.com

Muller, I. & Yardley, L. (2011). Telephone-delivered cognitive behavioural therapy: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, DOI: 10.1258/jtt.2010.100709

Munteanu, I. (2006). Tratat de obstetrica, Ed a2a, 347-356, 791-796 , *Editura Academiei* Romane, Bucuresti.

O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L. & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archive General Psychiatry, 57*, 1039-1045. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1039

O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, & P. J. Cooper (Eds.), Postpartum depression and child development, 3–31. New York, NY, US: *Guilford Press*.

O'Hara, M.W. (1994). Postpartum depression: identification and measurement in a cross cultural context. In: Cox J, Holden J, eds. Perinatal Psychiatry Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London*: Gaskill*,

Oppo, A., Mauri, M, Ramacciotti, D,. Camilleri, V, Banti, S, Borri, C,. Rambelli, C, Montagnani, M.S., Cortopassi, S., Bettini, A., Ricciardulli, S., Montaresi, S., Rucci, P.,. Beck, C.T. & Cassano, C.B. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised, (PDPI-R) Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDReScU) study, Archive Womens Ment Health, 12, 239–249. DOI 10.1007/s00737-009-0071-8

Ozdermir, H., Ergin, N., Selimoglu, K. & Bilgel, N. (2004). Postnatal depressive mood inTurkish women. *Psychology Health and Medicine, 10,* 96-107. doi.org/10.1080/135485005123315407

Pearlstein, T., Zlotnick, C., Battle, C. et al., (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. *Arch Womens Ment Health, 9,* 303-308. doi.org/10.1007/s00737-006-0145-9

Perveen, T., Mahmood, S., Gosadi, I., Mehraj, J. & Sheikh, S.S. (2013). Long Term Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Treatment of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis, 3(4) *J PIONEER MED SCI*. www.jpmsonline.com

Phillips, J., Sharpe, L., Metthey, S. & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and the novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 120*, 67–75. doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.011

Prendergast, J. & Austin, M.P. (2001). Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression. *Australasian Psychiatry, 9*, 255–259. doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00330.x

Rachman, S. (1999). Rapid and Not-So-Rapid Responses to Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology Science and Practice, 6*(3), 245-343. doi.org/10.1093/clipsy.6.3.293

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry. 26*(4), 289-95. doi: 10.1016/j.genhosppsych.

Schreiber, J. B., Stage, F. K., King, J., Nora, A. & Barlow, E. A. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research, 99*(6), 323-337.doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338

Séjourné, N., Denis A., Theux, G., H. & Chabrol, H. (2008). The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues. *L'Encéphale, Paris, 34*, 179—182. doi:10.1016/j.encep.2007.07.010

Shamshiri, M. H., Azargashb, E., Beyraghi, N., Defaie, S. & Asbaghi, T. (2015). Effect of Telephone-Based Support on Postnatală Depression: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Fertility & Sterility, 9*(2), 247–253. doi: 10.22074/ijfs.2015.4246

Sockol, L.E., Epperson, C.N. & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review, 31,* 839–849. doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009

Stewart, D., Robertson, E., Dennis, C., Grace, S. & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto

PublicHealthhttp://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf

Stiles-Shields, C., Kwasny M.J., Xuan, Cai, David, C. & Mohr. (2014). Therapeutic Alliance in Face-to-face and Telephone- Administered Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 349–354. doi:10.1037/a0035554.

Suler, J. (2002). The basic psychological features of cyberspace. In the psychology of cyberspace. Accessed January 25, 2017. http://www.rider.edu / suler/psycyber/ basicfeat.html

Thoits, P.A. (1985). Social support processes and psychological wellbeing: Theoretical possibilities. In I. G. Sarason & B. R. Sarason(Eds.), Social support: *Theory, research, and applications, 51*-72. doi.org/10.1007/978-94-009-5115-0_4

Verkerk, G., Denollet, J., Van Heck, G., Van Son, M. & Pop, V. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: A prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine, 67*(4), 632–637. DOI: 10.1097/01.psy.0000170832.14718.98

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the Maternal Attitudes Questionnaire. Journal of *Psychosomatic Research, 43*(4), 351–358. doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00128-1

WHO/World Health Organisation (2007) ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd edn. *World Health Organisation,* Geneva. Retrieved

WHO/World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. *World Health Organisation,* Geneva.Retrieved fromhttp://www.who.int/ classifications/icd/en/bluebook.pdf

Whitton, A., Warner, R. & Appleby, L. (1996). The pathway to care in postnatal depression: Women's attitudes to postnatal depression and its treatment. *British Journal of General Practice. 46*, 427–8.

Williams, J.M.G., Watts, F.N, McLeod, C. & Matthews, A. (1997). Cognitive psychology and emotional disorders, *Chichester, England: Wiley*.

Wisner, K.L., Logsdon, M. C. & Shanahan, B.R. (2008). Web based education for postpartum depression: Conceptual development and impact. Archives of Women's *Mental Health, 11*(5–6), 377–385. doi.org/10.1007/s00737-008-0030-9.

Wisner, K.L., Parry, B.L. & Piontek, C.M. (2002). Postpartum depression. New England *Journal of Medicine, 347*(3), 194-199. https://www.nejm.org/

Xia, H., Ding, Y., Maa, Y., Xina, X. & Zhanga, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum Review articledepression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 97,* 118-126. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016

Zhu, S.H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G. & Pierce, J.P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 202–211.

Zuehlke, J.B. (2007). Traditional and non-Traditional techniques for women with postpartum depression: An integrative group treatment manual. (*Doctoral dissertatio*n). Retrieved from UMI ProQuest

Young, J.E & Brown, G. (2003).Young schema questionnaire. Sarasota, FL: *Professional Resource Exchang*e.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York, *Guilford Press*.