

EFICIENȚA UNUI PROGRAM TERAPEUTIC COGNITIV – COMPORTAMENTAL LIVRAT ONLINE ÎN REDUCEREA SIMPTOMELOR DEPRESIVE ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA UNOR PARAMETRI AI SINELUI

ANDREEA BOGDANA ISBĂȘOIU*, BIANCA DORIANA POPESCU
Universitatea de Vest, Timișoara

Abstract

The primary aim of this study was to investigate the efficacy and acceptability of a guided internet-delivered cognitive-behavioral intervention, targeting mild to moderate clinical symptoms of depression and emphasizing the changes taking place at the level of self-esteem and unconditional self-acceptance. A total of 263 participants were randomly assigned to one of the two interventions: one targeting the depression symptoms and one targeting the depression symptoms and also the two self-structures. The primary outcome measures for depression were the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) and the Beck Depression Inventory – 2 (BDI-2). The primary outcome measures for self-esteem and unconditional self-acceptance were Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) and Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ). The final analysis yielded no significant between-group difference for any of the post-interventions measurements. At post-treatment both intervention conditions revealed significant symptom changes compared to before the intervention.

This study is a part of a larger survey which compares our intervention with a “golden standard” transdiagnostic intervention in anxiety and depression in a randomized non-inferiority trial, which is still in working progress.

Cuvinte-cheie: intervenție cognitiv-comportamentală, sine, depresie, intervenție online.

Keywords: cognitive-behavioral intervention, self, depression, online intervention.

1. INTRODUCERE

Wittchen *et al.* (2011) atenționează asupra faptului că tulburările psihice vor constitui una dintre cele mai mari provocări pentru sănătate în acest secol. Tot aceștia au arătat că 27% din totalul populației adulte a fost afectată de tulburări mintale în fiecare an, iar dintre aceștia, nu toți utilizează servicii profesionale în materie de sănătate mintală. În ciuda unei game largi de oferte de îngrijire a sănătății mintale, o problemă semnificativă în sistemul de sănătate din România se referă la diferențele dintre sectoarele de tratament: sectorul privat vs sectorul public. De asemenea, subvenționarea unui număr foarte mic de ședințe de psihoterapie pentru persoanele cu venituri mici face ca accesul către aceste forme

* Universitatea de Vest Timișoara, Facultatea de Sociologie și Psihologie, Departamentul de Psihologie, Bd. Vasile Pârvan, nr. 4, 300223, Timișoara, România; E-mail: andreea.isbasoiu@e-uvt.ro

de sănătate mintală să fie restricționate. Flett *et al.* (2003) au arătat că există o asociere între nivelurile scăzute ale autoacceptării necondiționate și depresia, iar Chamberlain și Haaga (2001) au arătat de asemenea asocieri între o autoacceptare necondiționată scăzută, nivelul depresiei și al anxietății, precum și nivelurile scăzute ale stimei de sine, fericirii și satisfacției vieții, într-un lot compus din 107 subiecți. Tot aceștia au raportat asocieri între nivelurile scăzute ale autoacceptării necondiționate și o stimă de sine scăzută. O stimă de sine scăzută ar putea contribui la depresie prin căutarea excesivă a validării, în ceea ce privește valoarea personală, din partea prietenilor și a celor apropiați. Această strategie crește riscul de a fi respins uneori de către persoanele de sprijin, astfel crescând și riscul de a dezvolta depresie sau de a crește severitatea simptomelor depresive (Joiner Jr, 2000; Joiner *et al.*, 1992). Un nivel scăzut al stimei de sine poate conduce la evitarea socială, împiedicând astfel contactul și sprijinul social, acestea fiind de asemenea asociate cu depresia (Ottenbreit și Dobson, 2004).

Având în vedere toate aceste dezavantaje prezentate mai sus: inaccesibilitatea la unele forme de tratament, stigmatizarea socială în urma unui diagnostic clinic sau costurile mari ale unui întreg program parcurs, terapia cognitiv-comportamentală livrată pe internet (iCBT) a apărut tocmai ca o abordare promițătoare a formelor tradiționale de terapie cognitiv-comportamentală (Andersson *et al.*, 2016). Aceasta s-a dovedit a fi rentabilă și cu câștiguri pe termen lung (Donker *et al.*, 2015). Versatilitatea acesteia este un factor-cheie pentru aplicarea ei: este în cea mai mare parte ușor de găsit, necesită cunoștințe minime în utilizarea internetului și este ușor de accesat, prin prisma faptului că nu necesită prezența fizică, fiind astfel și independentă de timp și spațiu geografic.

De asemenea, sunt deja studii care arată eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în raport cu îmbunătățirea nivelului stimei de sine și al autoacceptării necondiționate a propriei persoane. Bernard *et al.*, 2014, precum și Milburn *et al.*, 2011 au condus studii care arată punctele forte ale unei acceptări de sine necondiționate și modul în care este impactat în bine propriul echilibru emoțional. De asemenea, Milburn vorbește despre acceptarea de sine necondiționată, ca fiind un factor care promovează o schimbare terapeutică de durată în cadrul intervențiilor cognitiv-comportamentale.

McKay și Fanning (2016) au conceput un întreg program cognitiv-comportamental pentru îmbunătățirea stimei de sine și menținerea ei la un nivel optim, iar Fennell (2016) a propus un ghid pentru depășirea problemelor generate de stima de sine scăzută, care are la bază tot tehnici provenite din intervențiile cognitiv-comportamentale.

Principiile pe care se bazează și intervenția terapeutică, prezentată în acest studiu, aparțin tot terapiei cognitiv-comportamentale, dar și terapiei bazate pe acceptare și angajament, tocmai pentru a potența forța acceptării necondiționate. Programul include nouă module, elaborate fiind de la manualul de tratament propus de prof. dr. David H. Barlow și colaboratorii săi.

Obiectivul programului și implicit al studiului nostru este de a facilita diminuarea simptomelor depresive și îmbunătățirea stimei de sine și a acceptării de

sine necondiționate. Studiul nostru conține două grupe active de intervenție: intervenția pentru o grupă conține doar tehnici cognitiv-comportamentale, iar pentru cealaltă grupă are incluse și unele exerciții care provin din terapia bazată pe acceptare și angajament.

2. METODOLOGIE

Programul de intervenție s-a desfășurat *online*, găzduit de platforma e-CBT.ro, pe durata a nouă săptămâni, timp în care participanții au avut de parcurs nouă module, unul pentru fiecare săptămână. O echipă de voluntari cu studii de licență în Psihologie a oferit suport participanților, *feedback*-uri săptămânale pentru verificarea temelor de casă, dar și *remindere* pentru completarea aplicațiilor.

Toți cei doisprezece voluntari au fost instruiți în aplicarea acestui program terapeutic *online*. Coordonatorul studiului (în speță, doctorandul) a supervizat toate răspunsurile pe care participanții le-au primit de la tinerii voluntari. De asemenea, au existat întâlniri săptămânale comune între toți voluntarii și coordonator.

Fiecărui participant i s-a atribuit un pseudonim pentru a se conecta la platforma de studiu și o parolă generată automat. Comunicarea cu participanții s-a desfășurat prin intermediul mesajelor de pe platformă, de tip *e-mail*.

2.1. IPOTEZELE STUDIULUI

I1. Există un efect semnificativ în reducerea simptomatologiei depresive pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

I2. Există un efect semnificativ al îmbunătățirii autoacceptării necondiționate pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

I3. Există un efect semnificativ al îmbunătățirii stimei de sine pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

I4. În ce măsură există și o diferență semnificativă între mediile grupurilor de intervenție pentru toate măsurătorile.

2.2. PARTICIPANȚI ȘI PROCEDURĂ

Participanții s-au înscris voluntar în urma anunțurilor făcute de către coordonatorul programului pe paginile de socializare și în mass-media: radio, televiziune, ziare. Participanții voluntari s-au înregistrat pentru studiu pe platformă și au completat o serie de chestionare *online* în sistem de autoraportare. Participanții care au îndeplinit criteriile de includere de baza pe acestor măsurători, au fost contactați pentru un interviu telefonic de diagnostic, folosind SCID 5. În program s-au putut înscrie toți cei care vorbesc fluent în limba română, au cel puțin 18 ani și au acces la internet. Principalul criteriu de includere a fost prezența simptomelor depresive, după cum indicau scorurile egale sau mai mari de: 15 la BDI-II (Beck's Depression Inventory-II), 5 la PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Alt criteriu de includere a fost prezența unui diagnostic sau a unor simptome subclinice de depresie, rezultate în urma aplicării interviului modulului pentru

tulburări afective din SCID 5. Criteriile de excludere au fost reprezentate de prezența consumului de substanțe sau alcool, a schimbării recente (în ultima lună) a dozajului medicației, a existenței unui diagnostic de tulburare bipolară sau de tulburare psihotică. De asemenea, participanții trebuiau să nu dispună de un alt tratament psihologic și să nu aibă alte obstacole de participare (de exemplu, călătorii în perioada desfășurării studiului). Selecția participanților eligibili a constat în două etape: 1. Completarea chestionarelor de *screening* și 2. Interviu clinic structurat pentru tulburările afective (SCID 5), desfășurat telefonic. Procedura de selecție în program a participanților este descrisă în Figura nr. 1.

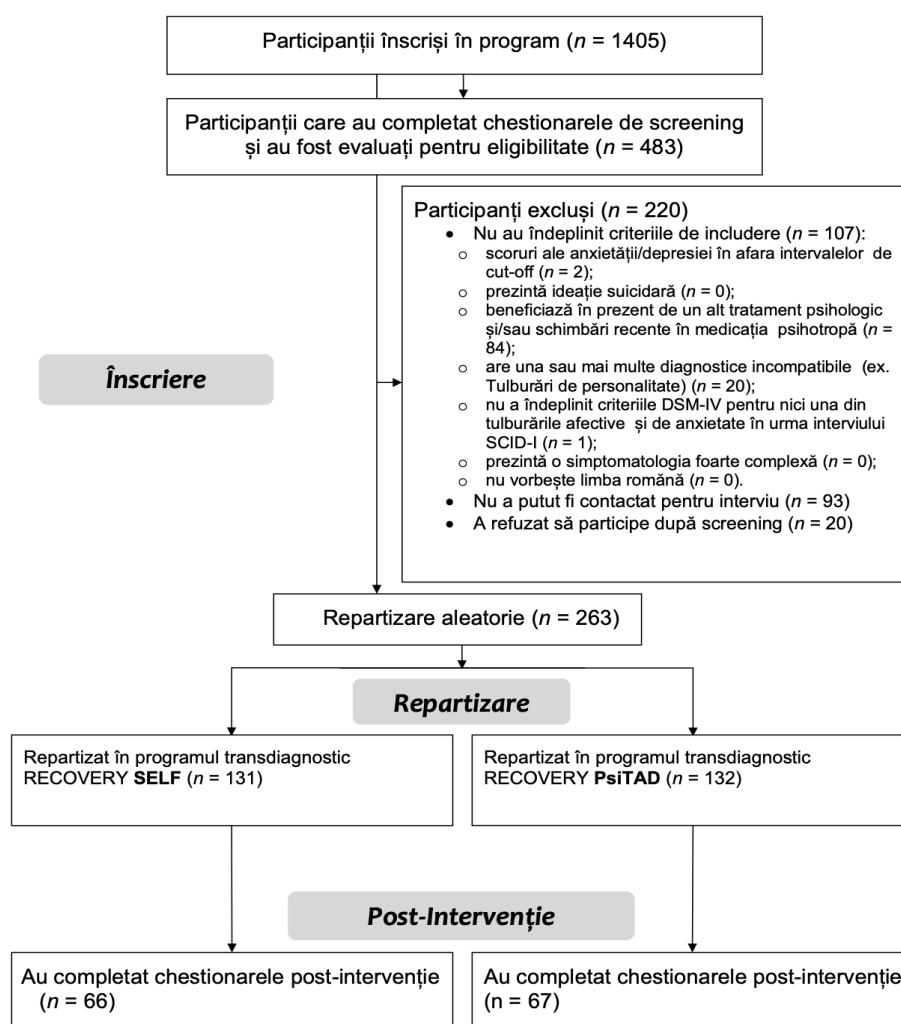


Figura nr. 1. Schema descrie recrutarea, selecția și progresele participanților pe tot parcursul programului

Lotul de participanți incluși în program însumează $N = 263$, dintre care (84,4%) de sex feminin, iar (15,6%) de sex masculin. Vârsta este cuprinsă în intervalul 19–67 de ani, iar media de vârstă $M = 33,46$. Cei mai mulți dintre aceștia, 59,7%, au aflat de program prin intermediul Facebook, urmați de 25,5% cărora le-a fost recomandat de o cunoștință, iar 5,7% au aflat dintr-o știre sau o emisiune televizată. Aceștia au fost selectați și distribuiți egal, utilizând un raport de 1:1, prin randomizare, într-una din cele două grupe de tratament denumite în program: PsiTAD ($N = 132$) și SELF ($N = 131$).

Între caracteristicile demografice ale participanților incluși în studiu putem menționa următoarele: 43,3% au studii universitare, 28,9% au studii masterale și 25,1% au studii de nivel liceu teoretic sau vocațional. Iar în extreme 1,1% (3 persoane) au studii de nivel școala primară și, la fel, 3 persoane au studii de nivel doctoral.

În ceea ce privește ocupația, 56,3% sunt participanți care lucrează cu normă întreagă, 25,1% sunt studenți la zi și 9,5% sunt persoane casnice. În privința statusului marital, situația este oarecum echivalentă: 37,3% sunt persoane necăsătorite și 32,7% sunt persoane căsătorite, doar 11,4% sunt persoane divorțate.

În privința existenței unui diagnostic anterior: 75,7% nu au avut un diagnostic psihiatru, iar 24,3% au fost în trecut la medicul psihiatru și au primit un diagnostic specific, iar referitor la medicația psihotropă: 91,3% nu au luat medicamente prescrise de psihiatru și doar 8,7% sunt și în timpul programului pe medicație.

2.3. INTERVENȚIA TERAPEUTICĂ

Abordarea fiecărui grup de tratament, PsiTAD și SELF are puncte comune, fiind împărțite pe nouă module care se axează pe cinci strategii de bază: încurajarea conștientizării propriiei experiențe emoționale; flexibilitate cognitivă; modificarea comportamentelor dezadaptative generate de emoții; facilitarea expunerii la indicii interceptivi și situaționali asociați cu experiențele emoționale; acceptarea senzațiilor fiziologice intense.

Tabelul nr. 1

Conținutul modulelor din programul de tratament cognitiv-comportamental

Modulul 1 - Motivația pentru tratament și stabilirea scopurilor pentru acest program;
Modulul 2 - Înțelegerea și monitorizarea emoțiilor;
Modulul 3 - Observarea emoțiilor și reacțiile noastre la emoții;
Modulul 4 - Înțelegerea aspectelor cognitive: când mă gândesc la ce este mai rău și supraestimez riscurile;
Modulul 5 - Evitarea emoțiilor și perfecționismul;
Modulul 6 - Comportamentele Declanșate de Emoții;
Modulul 7 - Confruntarea emoțiilor în situații reale de viață;
Modulul 8 - Înțelegerea și confruntarea senzațiilor fiziologice;
Modulul 9 - Viața după tratament: Recunoașterea realizărilor și planuri de viitor.

1. Programul de intervenție al grupului PsiTAD:

Prezintă forma clasică a protocolului de sorginte cognitiv-comportamentală, așa cum este descris și conceptualizat de Barlow *et al.* (2011). Participanții au putut completa temele de casă pe platforma *online*, sub formă de aplicații. Exercițiile și aplicațiile au avut ca nucleu:

- modificarea comportamentelor dezadaptative generate de emoții; exemple de aplicații: Modelul tripartit al emoțiilor, Puterea comportamentelor alternative;
- expunerea la stimuli interoceptivi și situaționali anxiogeni: Ierarhia situațiilor stresante, Expunerea în imaginar;
- înțelegerea propriei experiențe emoționale: Monitorizarea și ARC-ul (Antecedente-Răspunsuri-Consecințe) emoțiilor;
- acomodarea cu senzațiile fiziologice intense: Confruntarea senzațiilor fiziologice prin exerciții de respirație, Activități care simulează și declanșează senzații fiziologice inconfortabile (hiperventilația, alergatul pe loc);
- flexibilitatea cognitivă: Restructurarea unor gânduri intruzive.

2. Programul de intervenție al grupului SELF:

Pe lângă aplicațiile alocate grupului I (PsiTAD) de tratament, participanții grupului II (SELF) au avut și aplicații ce au vizat:

- acceptarea necondiționată a experienței emoționale: Jurnalul comportamentelor bazate pe acceptare necondiționată și bunăvoință, Autoacceptarea necondiționată prin înțelegerea și respectarea de bunăvoie a tuturor gândurilor și sentimentelor experimentate pe parcursul săptămânii;
- ancorarea în prezent de tip *mindfulness*: Ruperea identificării cu gândurile (Segal *et al.*, 2002), exercițiu de conștientizare necritică a emoțiilor de tip meditație, în care atenția este îndreptată către propria respirație;
- cultivarea sinelui compasional: Validarea sinelui compasional, O scrisoare plină de compasiune;
- observarea necritică a emoțiilor.

2.4. INSTRUMENTE UTILIZATE

2.4.1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Beck *et al.* (1996) au dezvoltat inventarul de depresie Beck, ce reprezintă o scală cu 21 de itemi; fiecare item este clasificat în funcție de severitate pe o scală de tip Likert de la 0 la 3. Inventarul evaluează simptomele-cheie ale depresiei: starea de spirit, pesimismul, sentimentul de eșec, nemulțumirea de sine, vinovăția, pedeapsa, autocritica, ideile suicidare, iritabilitatea, retragerea socială, indecizia, schimbarea imaginii corporale, dificultatea la locul de muncă, insomnia, fatigabilitatea, pierderea apetitului, scăderea / luarea în greutate, preocuparea somatică și pierderea libidoului.

2.4.2. Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS)

Bentley *et al.* (2014) prezintă chestionarul de 5 itemi ca fiind conceput pentru a fi utilizat în tulburări de dispoziție eterogene și în simptome subclinice depresive. Acesta este folosit pentru evaluarea frecvenței și intensității simptomelor depresive, a deficiențelor funcționale, a activităților plăcute sau nu, la locul de muncă sau la școală, precum și a relațiilor interpersonale alterate datorită depresiei sau a dificultății angajării în diferite activități. Toate aceste întrebări sunt evaluate pe o scală de tip Likert cuprinsă între 0 și 4 și se referă la un interval de timp cuprins de săptămâna care a trecut, scorurile mari indicând nivelul de severitate al depresiei.

2.4.3. Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)

Chestionarul de autoacceptare necondiționată a fost dezvoltat de Chamberlain și Haaga (2001) și constă în 20 de declarații menite să reflecte diferitele aspecte ale filosofiei și practicii acceptării de sine necondiționate, preluate din literatura REBT a lui Ellis (Rational Emotive Behavior Therapy). Participanții au răspuns fiecărui item pe o scară variind de la 1 (Aproape întotdeauna neadevărat) până la 7 (Aproape întotdeauna adevărat), în funcție de percepția lor asupra caracteristicilor declarației. Nouă itemi au fost formulați astfel încât scorurile mai mari să reprezinte o mai mare acceptare de sine (de exemplu: Evit să mă compar cu alți oameni pentru a decide dacă sunt sau nu o persoană valoroasă); în timp ce 11 itemi au fost inversați (de exemplu: Îmi stabilesc scopuri care sper să îmi dovedească valoarea).

2.4.4. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

Rosenberg (1965) a pus bazele unui instrument bazat pe autoraportare, utilizat apoi pe o scară largă pentru evaluarea stimei de sine individuale; sunt 10 itemi care măsoară valoarea de sine globală prin evaluarea atât a sentimentelor pozitive, cât și a celor negative despre sine. Chestionarul este considerat a fi unidimensional, folosind un format de tip Likert în 4 puncte, variind de la Un acord puternic la Un dezacord puternic. Utilizează scoruri între 0 și 30, în cazul în care un scor este mai mic de 15, acesta poate indica o stimă de sine scăzută.

Tabelul nr. 2

Coeficientul de fidelitate Alfa Cronbach pentru fiecare instrument

Instrument	Alfa Cronbach	Alfa Cronbach bazat pe itemi standardizați	N de itemi
BDI	.892	.896	21
USAQ	.861	.860	20
RSES	.910	.909	10
ODSIS	.931	.932	5

3. REZULTATE

3.1. STRATEGIA ANALITICĂ

Pentru realizarea analizelor au fost utilizate o serie de teste statistice, și anume: testul t pentru eșantioane perechi, folosit pentru a compara diferențele de medii între grupuri, pentru fiecare scală; ANOVA cu măsurători repetate folosit pentru a putea respinge ipoteza nulă și pentru a testa diferențele dintre cele două grupuri independente; Testul Chi-Square pentru a observa dacă există o diferență în ceea ce privește rata de recuperare între grupuri.

3.2. ANALIZE STATISTICE

I1. Există un efect semnificativ în reducerea simptomatologiei depresive pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

În ceea ce privește ipoteza 1, am analizat mediile pentru a vedea dacă există o reducere semnificativă a simptomatologiei depresive între cele două momente T1(pre-test) și T2(post-test), pentru toți participanții, indiferent de grupa de tratament. Rezultatele conform Tabelului nr. 3 susțin că există această reducere semnificativă a simptomelor depresiei între T1 și T2.

Tabelul nr. 3

ANOVA PreTest-PostTest, simptomatologie depresivă, toți participanții

Scală	SS	MS	F	η^2	p
BDI-II	10485.935	10485.935	198.338	.602	.001
ODSIS	665.627	665.627	84.808	.414	.001

SS = Suma Pătratelor erorilor

MS = Media Pătratelor erorilor

F = test F

η^2 = Eta pătrat

p = Pragul de semnificație

I2. Există un efect semnificativ al îmbunătățirii autoacceptării necondiționate pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

În ceea ce privește ipoteza 2, am comparat dacă există o diferență semnificativă între mediile obținute în urma chestionarului de autoacceptare necondiționată în cele două momente T1 și T2, pentru toți participanții.

Rezultatele obținute, afișate în Tabelul nr. 4, arată existența unor diferențe semnificative între mediile obținute la scala de autoacceptare necondiționată, pentru T1 și T2.

Tabelul nr. 4

ANOVA PreTest-PostTest, autoacceptare necondiționată, toți participanții

Scală	SS	MS	F	η^2	p
USAQ	9920.204	9920.204	75.464	.390	.001

Așadar, în urma rezultatelor statistice putem spune că a existat o îmbunătățire a nivelului autoacceptării necondiționate pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

I3. Exista un efect semnificativ al îmbunătățirii stimei de sine pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

În cazul ipotezei 3, am analizat dacă există o diferență semnificativă între mediile obținute în urma scalei de stimă de sine, în cele două momente T1 și T2, pentru toți participanții. Conform Tabelului nr. 5, observăm:

Tabelul nr. 5

ANOVA PreTest-PostTest, stimă de sine, toți participanții

Scală	SS	MS	F	η^2	p
RSES	1172.291	1172.291	88.625	.427	.001

Rezultatele obținute arată existența unor diferențe semnificative între mediile obținute la scala de stimă de sine, pentru T1 și T2. Așadar, în urma rezultatelor statistice putem spune că a existat o îmbunătățire a nivelului stimei de sine pentru participanții din ambele grupe de intervenție.

I4. În ce măsură există și o diferență semnificativă între mediile grupurilor de intervenție pentru toate măsurătorile.

Referitor la ultima ipoteză, am analizat mediile la toate măsurătorile pentru a vedea dacă există o diferență semnificativă între grupuri PsiTAD și SELF, pentru cele două momente.

Rezultatele afișate în Tabelul nr. 6 sunt următoarele:

Tabelul nr. 6

ANOVA între grupuri, toate măsurătorile

Scală	GP	M	SD	SS	MS	F	η^2	p
BDI-II	BDI_T1	PsiTAD	22.70	11.199				
		SELF	24.33	8.646				
		Total	23.51	10.010				
	BDI_T2	PsiTAD	10.30	9.229				
		SELF	11.62	10.909				
		Total	10.95	10.081				
				1.589	1.589	.030	.000	.863
ODSIS	ODSIS_T1	PsiTAD	6.35	5.068				
		SELF	7.03	3.942				
		Total	6.70	4.525				
	ODSIS_T2	PsiTAD	3.02	4.168				
		SELF	3.76	4.668				
		Total	3.39	4.427				
				.053	.053	.007	.000	.934

Tabelul nr. 6 (continuare)

Scală		GP	M	SD	SS	MS	F	η^2	p	
USAQ	USAQ_T1	PsiTAD	72.23	19.692	13.538	13.538	.103	.001	.749	
		SELF	69.57	17.818						
		Total	70.90	18.747						
	USAQ_T2	PsiTAD	84.62	19.294						
		SELF	82.90	21.540						
		Total	83.76	20.380						
	RSES	RSES_T1	PsiTAD	24.28	5.767	25.399	25.399	1.920	.016	.168
			SELF	24.08	4.994					
			Total	24.18	5.370					
RSES_T2		PsiTAD	29.33	5.568						
		SELF	27.84	5.911						
		Total	28.58	5.769						

GP = Grup Program
M = Medie
SD = Deviația Standard

Rezultatele indică diferențe nesemnificative între mediile obținute pentru fiecare grupă de tratament. Rezultatele comparației mediilor arată existența unor diferențe semnificative între T1 și T2, pentru toți participanții. Aceste rezultate pot fi observate vizual în Tabelul nr. 3 pentru simptomatologia depresivă, respectiv în Tabelele nr. 4 și 5 pentru nivelul autoacceptării și stimei de sine, cât și în Tabelul nr. 6 pentru diferența mediilor între T1 și T2 între cele două grupuri, pentru toate măsurătorile.

În ceea ce privește simptomele depressive, observăm că la T1 avem în medie scoruri mai ridicate decât la T2, iar în ceea ce privește nivelul autoacceptării și stimei de sine observăm că la T1 scorurile erau mai mici decât la T2. Aceste rezultate pot fi observate vizual în Figura nr. 2 pentru simptomatologia depresivă, respectiv în Figura nr. 3 pentru nivelul autoacceptării și stimei de sine.

Așadar, în urma rezultatelor statistice putem spune că a existat o îmbunătățire a tuturor nivelurilor măsurate.

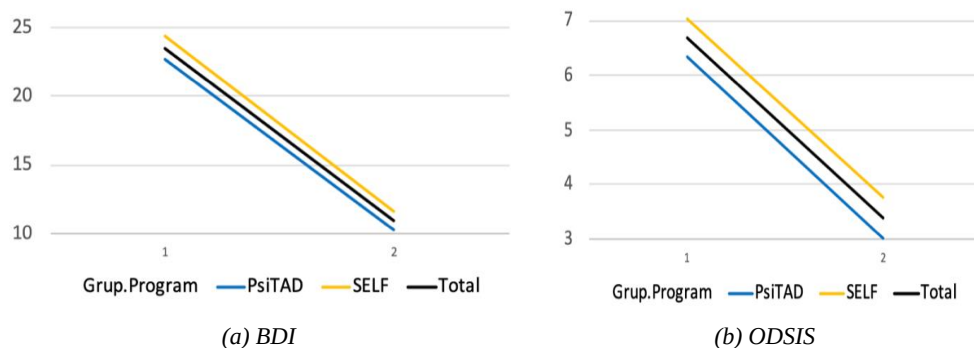


Figura nr. 2. Comparație între mediile indicatorilor de depresie măsurați la T1, respectiv T2 pentru PsiTAD (albastru), SELF (portocaliu), Toți participanții (negru)

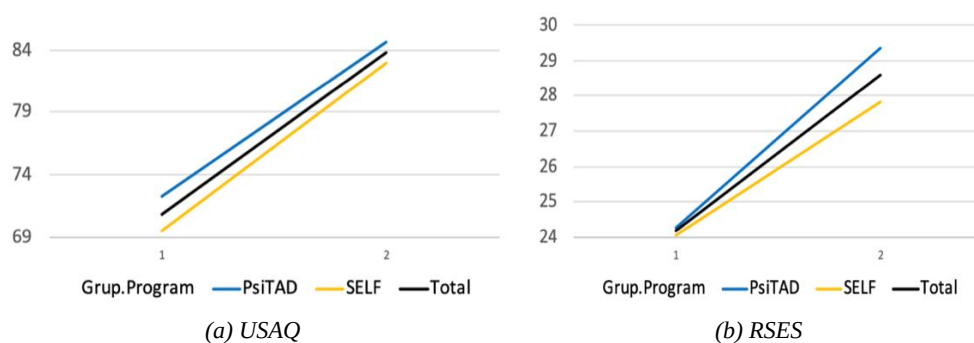


Figura nr. 3. Comparație între mediile indicatorilor de sine măsurați la T1, respectiv T2 pentru PsiTAD (albastru), SELF (portocaliu), Toți participanții (negru)

Rata de recuperare

Rata de recuperare a fost calculată după următoarea formulă:

$$R = \text{Pretest BDI}/2 - \text{Posttest BDI}$$

Un participant este considerat în remisie dacă variabila $R > 0$, însemnând că și-a remis simptomele cu mai mult de 50%. Aceasta poate fi observată în Tabelul nr. 7. Nu există o diferență semnificativă între rata de recuperare a celor grupuri ($p = .778$).

Tabelul nr. 7

Rata remisiei pentru fiecare grupă					
n	PsiTAD	SELF	Total	χ^2	p-value
Nu ¹	28	26	54		
Da ²	39	40	79		
				.079	.778

¹Nu = nu și-a remis

²Da = și-a remis

χ^2 Valoarea χ^2 (Chi-pătrat) pentru cele două grupuri

4. DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Conform rezultatelor analizelor statistice, participanții înscriși, indiferent de grupul terapeutic din care au făcut parte, au înregistrat diferențe semnificative între pretest și post-test, pentru depresie, dar și pentru cele două dimensiuni ale sinelui: autoacceptare necondiționată și stimă de sine. Aceste rezultate generate au arătat efectul pentru întregul grup în ameliorarea simptomatologiei, dar și pentru fiecare grupă în parte.

Depresia a fost măsurată cu scalele BDI-II și ODSIS. Compararea între mediile celor două momente T1 (pretest) și T2 (post-test) atât pentru toți participanții, cât și pentru cele două grupuri de tratament arată că nu există diferențe semnificative între cele două grupe din program, ceea ce înseamnă că ambele grupe au evoluat în aceeași direcție, rezultatele pentru totalul de participanți sunt promițătoare din punct de vedere terapeutic.

În ceea ce privește conceptele de sine abordate în acest studiu, au fost folosite măsurători ale autoacceptării de sine prin chestionarul USAQ și ale stimei de sine prin chestionarul RSES. Teoriile lui Ellis din terapia REBT (Ellis, A. și Robb, H., 1994) prezintă acceptarea de sine necondiționată ca o alternativă sănătoasă de protecție a sinelui. Rezultatele indică o îmbunătățire semnificativă atât a autoacceptării necondiționate, cât și a stimei de sine. Această îmbunătățire a fost cu precădere pentru toți participanții, negăsindu-se diferențe semnificative între cele două grupe de tratament. Așadar, indiferent de grupă, participanții au raportat creșteri semnificative pe aceste două constructe ale sinelui. Deși intervenția a fost conceptualizată ușor diferit pentru grupul SELF (au existat mai multe aplicații în jurul *mindfulness*, acceptare etc.) față de PsiTAD, nu s-a înregistrat nicio diferență semnificativă între grupuri.

Scopul acestui studiu a fost investigarea eficacității unui program terapeutic cognitiv-comportamental livrat *online* atât în reducerea simptomatologiei depressive, cât și a îmbunătățirii gradului de autoacceptare necondiționată și a stimei de sine. Autoacceptarea necondiționată și stima de sine au fost analizate ca dimensiuni distinctive ale personalității, idee prezentă astfel și în REBT (rational emotive behavior therapy). În cadrul programului a fost folosit Protocolul Unificat pentru tratamentul tulburărilor emoționale dezvoltat de Barlow *et al.* (2011), care utilizează terapia cognitiv-comportamentală clasică, dar cu accentul pe răspunsul la emoții în general. Protocolul a inclus îmbunătățirea motivației, psihoeducația, exercițiul de conștientizare emoțională (prin exerciții de automonitorizare și atenție), reevaluarea cognitivă, comportamentele conduse de emoții și evitarea emoțională (identificarea și modificarea comportamentelor care împiedică expunerea totală la emoții puternice), conștientizarea și toleranța senzațiilor fizice (în general), expunerea interoceptivă și situațională (la stimuli specifici anxiogeni) și în final prevenirea recidivei. De-a lungul programului, participanții au dobândit cunoștințe privind acceptarea și observarea emoțiilor, înțelegerea aspectelor cognitive, flexibilizarea cognitivă, expunerea emoțională și expunerea la stimuli interoceptivi.

Studiul actual a avut și o serie de limitări, printre care numărul inconsistent de participanți care au completat și pretestul și post-testul. Din totalul celor care au completat pretestul, doar jumătate au completat și post-testul. Platforma utilizată poate fi accesată din site-ul cu acces deschis, e-CBT.ro. Pentru a evita pierderea datelor, participanților cărora nu le-a funcționat platforma, pentru că au fost și astfel de momente cu defecțiuni tehnice: se încărcău foarte greu sau nu încărcău răspunsurile participanților la aplicații, li s-a cerut să revină *online* mai târziu și unele răspunsuri s-au pierdut.

Intervențiile terapeutice livrate *online* au raportat rezultate promițătoare, atât în literatura de specialitate, cât și în studiul de față, fiind capabile să aducă îmbunătățiri simptomelor depresiei la scară largă. Acest studiu arată și el că intervențiile cognitiv-comportamentale scurte livrate *online* au potențialul de a exercita efecte semnificative în reducerea simptomelor depresive și în îmbunătățirea unor parametri ai sinelui.

Pe de altă parte, orice proces terapeutic făcut în profunzime produce modificări la nivel de sine interior. Nu există cale de progres și de a depăși situații grele de viață, fără restructurări la nivel de sine. Adaptarea la traiul cotidian presupune adaptarea la nivel de sine. Altfel, am realiza mult prea multe comportamente iraționale și dezadaptative. Din acest motiv apar aceste îmbunătățiri ale parametrilor sinelui în ambele grupe de tratament.

Un alt lucru, pe care trebuie să îl luăm în calcul, este că tehnicile pentru dimensiunile sinelui sunt adaptate din terapia bazată pe acceptare și angajament, terapie care are la bază în mare parte filosofia budistă, de a putea privi viața cu detașare și fără atașament profund. Această perspectivă de viață este mai greu de integrat de prima oară și pentru mulți participanți realizarea unor aplicații a fost un proces destul de nou. Nu și-au mai pus niciodată problema să vadă viața prin aceste filtre, care totodată presupun și un anumit nivel de cultură și o anumită înțelepciune.

Concluzionând, prin studiul realizat ne putem susține ipotezele de la care am plecat și de asemenea putem afirma de ce ar putea fi aleasă varianta terapeutică ce face referire directă la dimensiunile sinelui: pentru că înțelegerea vieții din această perspectivă, în care devine importantă aplecarea asupra descifrării propriului sine, este un beneficiu major și un factor protectiv important, în fața simptomatologiei clinice depresive.

Primit în redacție la: 13.08.2020

BIBLIOGRAFIE

1. ANDERSSON, G., TOPOOCO, N., HAVIK, O., and NORDGREEN, T., *Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression*, Expert Review of Neurotherapeutics, **16**, 1, 2016, p. 55–60.
2. ASSOCIATION, A.P. et al., *Highlights of changes from dsm-iv-tr to DSM V.*, Retrieved April, **21**, 2013.

3. BALLARD, E.D., PATEL, A.B., WARD, M., and LAMIS, D.A., *Future disposition and suicidal ideation: Mediation by depressive symptom clusters*, Journal of affective disorders, **170**, 2015, p. 1–6.
4. BARLOW, D.H., FARCHIONE, T.J., FAIRHOLME, C.P., ELLARD, K.K., BOISSEAU, C.L., ALLEN, L.B., and EHRENREICH-MAY, J., *Treatments that work. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*, Oxford University Press, New York, NY, US, 2011.
5. BECK, A.T., *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, University of Pennsylvania Press, 1967.
6. BECK, A.T., STEER, R.A., and BROWN, G.K., *Beck depression inventory-ii*, San Antonio, **78**, 2, 1996, p. 490–498.
7. BENTLEY, K.H., GALLAGHER, M.W., CARL, J.R., and BARLOW, D.H., *Development and validation of the overall depression severity and impairment scale*, Psychological assessment, **26**, 3, 2014, p. 815.
8. BERNARD, M. E., *The Strength of Self-Acceptance. Theory, Practice and Research*, Springer Science, 2014, Springer, New York.
9. BROWN, K.W. and RYAN, R.M., *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*, Journal of personality and social psychology, **84**, 4, 2003, p. 822.
10. CAVANAGH, J.T., CARSON, A.J., SHARPE, M., and LAWRIE, S.M., *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*, Psychological medicine, **33**, 3, 2003, p. 395–405.
11. CHAMBERLAIN, J.M. And HAAGA, D.A., *Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback*, Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, **19**, 3, 2001, p. 177–189.
12. CROCKER, J. and PARK, L.E., *The costly pursuit of self-esteem*, Psychological bulletin, **130**, 3, 2004, p. 392.
13. DAVIES, M.F., *Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. Correlational evidence linking two key features of REBT*, Journal of Rational-Emotive and Cognitive- Behavior Therapy, **24**, 2, 2006, p. 113–124.
14. DONKER, T., BLANKERS, M., HEDMAN, E., LJOTSSON, B., PETRIE, K., and CHRISTENSEN, H., *Economic evaluations of internet interventions for mental health: a systematic review*, Psychological medicine, **45**, 16, 2015, p. 3357–3376.
15. DOZOIS, D.J., SEEDS, P.M., COLLINS, K.A., et al., *Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety*, Journal of Cognitive Psychotherapy, **23**, 1, 2009, p. 44.
16. DSM-V., A. P. A. T. F., *DSM-V*, American Psychiatric Pub Incorporated, 2013.
17. ELLARD, K.K., FAIRHOLME, C.P., BOISSEAU, C.L., FARCHIONE, T.J., and BARLOW, D.H., *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data*, Cognitive and Behavioral Practice, **17**, 1, 2010, p. 88–101.
18. ELLIS, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, 1962.
19. ELLIS, A., *Psychotherapy and the value of a humanbeing*, Handbook of rational- emotive therapy, **1**, 1977, p. 99–112.
20. ELLIS, A., *Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) resolve their differences and be integrated?*, Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, **23**, 2, 2005, p. 153–168.
21. ELLIS, A. And ROBB, H., *Acceptance in rational-emotive therapy. Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*, 1994, p. 91–102.
22. FENNEL, M., *Overcoming Low Self-Esteem: A Self-Help Guide Using Cognitive-Behavioural Techniques*, Robinson, Little Brown Book Group, 2016, London, UK.
23. FLETT, G.L., BESSER, A., DAVIS, R.A., and HEWITT, P.L., *Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression*, Journal of Rational- Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, **21**, 2, 2003, p. 119–138.
24. FRACALANZA, K., MCCABE, R.E., TAYLOR, V.H., and ANTONY, M.M., *The effect of comorbid major depressive disorder or bipolar disorder on cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*, Journal of Affective Disorders, **162**, 2014, p. 61–66.

25. GILI, M., TORO, M.G., ARMENGOL, S., GARCÍA-CAMPAYO, J., CASTRO, A., and ROCA, M., *Functional impairment in patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorder*, The Canadian Journal of Psychiatry, **58**, 12, 2013, p. 679–686.
26. HAYES, S.C., STROSAHL, K.D., BUNTING, K., TWOHIG, M., and WILSON, K.G., *What is acceptance and commitment therapy?*, In A practical guide to acceptance and commitment therapy, Springer, 2004, p. 3–29.
27. JOINER, T.E., ALFANO, M.S., and METALSKY, G.I., *When depression breeds contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates*, Journal of Abnormal Psychology, **101**, 1, 1992, p. 165.
28. JOINER Jr, T.E., *Depression's vicious scree: Self-propagating and erosive processes in depression chronicity*, Clinical Psychology: Science and Practice, **7**, 2, 2000, p. 203–218.
29. KEILP, J.G., GRUNEBaum, M.F., GORLYN, M., LEBLANC, S., BURKE, A.K., GALFALVY, H., OQUENDO, M.A., and MANN, J.J., *Suicidal ideation and the subjective aspects of depression*, Journal of Affective Disorders, **140**, 1, 2012, p. 75–81.
30. KENDLER, K.S., GARDNER, C.O., and PRESCOTT, C.A., *Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives*, Archives of general psychiatry, **56**, 4, 1999, p. 322–327.
31. KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K.R., and WALTERS, E.E., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication*, Archives of general psychiatry, **62**, 6, 2005, p. 593–602.
32. KLEIN, D.N., *Chronic depression: diagnosis and classification*, Current Directions in Psychological Science, **19**, 2, 2010, p. 96–100.
33. MCKAY, M., FANNING, P., *Self-Esteem: A Proven Program of Cognitive Techniques for Assessing, Improving and Maintaining Your Self-Esteem*, New Harbinger Publications Inc., 2016, Oakland, CA.
34. MILBURN, M.C., *Cognitive-Behavior Therapy and Change: Unconditional Self-Acceptance and Hypnosis in CBT*, Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, **29**, 2011, p. 177–191.
35. MURPHY, J.A. and BYRNE, G.J., *Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder*, Journal of Affective Disorders, **139**, 2, 2012, p. 172–180.
36. NEWBY, J.M., MCKINNON, A., KUYKEN, W., GILBODY, S., and DALGLEISH, T., *Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood*, Clinical Psychology Review, **40**, 2015, p. 91–110.
37. NEWBY, J.M., TWOMEY, C., Li, S.S.Y., and ANDREWS, G., *Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorders, **199**, 2016, p. 30–41.
38. OTTENBREIT, N.D. and DOBSON, K.S., *Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale*, Behaviour Research and Therapy, **42**, 3, 2004, p. 293–313.
39. ROGERS, C.R., *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*, Journal of Consulting Psychology, **21**, 2, 1957, p. 95.
40. ROSENBERG, M., *Rosenberg Self-Esteem Scale (SES)*, Society and the adolescent self-image, 1965.
41. RYAN, R.M. and DECI, E.L., *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, American Psychologist, **55**, 1, 2000, p. 68.
42. SEGAL, Z., WILLIAMS, J., and TEASDALE, J., *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, New York, NY, 2002.
43. SHEPARD, L.A., *Self-acceptance: The evaluative component of the self-concept construct*, American Educational Research Journal, **16**, 2, 1979, p. 139–160.
44. STROSAHL, K.D. and ROBINSON, P.J., *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*, New Harbinger Publications, 2017.
45. SWANN Jr, W.B., CHANG-SCHNEIDER, C., and LARSEN MCCLARTY, K., *Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life*, American Psychologist, **62**, 2, 2007, p. 84.

46. TENNEN, H. and AFFLECK, G., *The puzzles of self-esteem, a clinical perspective*, In *Self-Esteem*, Springer, 1993, p. 241–262.
47. THOMPSON, B.L. and WALTZ, J.A., *Mindfulness, self-esteem, and unconditional self-acceptance*, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, **26**, 2, 2008, p. 119–126.
48. WILLIAMS, J.C. and LYNN, S.J., *Acceptance: An historical and conceptual review*, *Imagination, cognition and personality*, **30**, 1, 2010, p. 5–56.
49. WITTCHEN, H.-U., JACOBI, F., REHM, J., GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., JÖNSSON, B., OLESEN, J., ALLGULANDER, C., ALONSO, J., FARAVELLI, C., *et al.*, *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, *European Neuropsychopharmacology*, **21**, 9, 2011, p. 655–679.

REZUMAT

Scopul principal al acestui studiu a fost investigarea eficacității și acceptabilității unei intervenții cognitiv-comportamentale, livrate pe internet, care vizează simptome clinice, de la ușoare până la moderate, ale depresiei și accentuând schimbările care au loc la nivelul stimei de sine și autoacceptării necondiționate a propriei persoane. Un număr de 263 de participanți a fost repartizat aleator într-una dintre cele două intervenții: prima care vizează simptomele depresiei și cealaltă care vizează simptomele depresiei și, de asemenea, cele două concepte ale sinelui. Principalele instrumente utilizate pentru depresie au fost Scala generală de măsurare a severității depresiei (ODSIS) și Inventarul de depresie Beck – 2 (BDI-2). Principalele instrumente utilizate pentru stima de sine și autoacceptarea necondiționată au fost Scala stimei de sine a lui Rosenberg (RSE) și Chestionarul de autoacceptare necondiționată (USAQ). Analizele finale nu au arătat nicio diferență semnificativă între grupuri, pentru oricare dintre măsurătorile postintervenții. La posttratament, ambele condiții de intervenție au evidențiat modificări semnificative ale simptomelor, în comparație cu perioada de dinainte de intervenție.

Acest studiu este o parte a unui studiu mai mare, care compară intervenția noastră cu o intervenție transdiagnostică considerată standard, în anxietate și depresie, într-un studiu randomizat controlat de noninferioritate, la prelucrarea căruia încă se lucrează.