



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI

FACULTATEA DE PSIHLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI

ȘCOALĂ DOCTORALĂ “PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTREVENȚII

PSIHLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC”

## REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

EMOȚIILE AUTO-REFERENȚIALE ÎN TULBURĂRILE DE

ANXIETATE: O ABORDARE DIN PRISMA REGLĂRII

EMOȚIONALE

**DOCTORAND:** DIANA-MIRELA CÂNDEA

**COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:** PROF.UNIV.DR. AURORA SZENTAGOTAI-TĂTAR

Cluj-Napoca

2016

## MULȚUMIRI

Aș vrea în primul rând să-mi exprim recunoștința față de coordonatorul științific al acestei lucrări, prof.univ.dr. Aurora Szentagotai-Tătar, pentru contribuția științifică și îndrumarea oferită pe întreg parcursul programului doctoral, precum și pentru că mi-a arătat că pentru a transforma ideile în obiective concrete este nevoie de viziune și structură, lucruri care m-au inspirat și m-au ajutat să mă dezvolt ca și cercetător. Aș vrea să le mulțumesc membrilor din cadrul școlii doctorale și a Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie care mi-au oferit deopotrivă sprijin și valoroase cunoștințe științifice. Le mulțumesc colegilor mei din cadrul școlii doctorale pentru sprijinul și prietenia oferită. De asemenea, aș vrea să îmi exprim recunoștința față de studenții masteranzi care m-au ajutat la colectarea datelor. Nu în ultimul rând, aș vrea să le mulțumesc familiei și prietenilor mei pentru sprijinul acordat în toate demersurile mele profesionale.

*Note.*

(1) Această cercetare a fost sprijinită prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, cofinanțat prin Fondul Social European, în cadrul proiectului POSDRU/159/1.5/S/132400, cu titlul „*Tineri cercetători de succes – dezvoltare profesională în context interdisciplinar și internațional*”.

(2) Prin aceasta se certifică (Câdea Diana-Mirela) următoarele:

(a) Rezumatul include contribuția originală a drd. Câdea Diana-Mirela (autor) de pe parcursul programului doctoral; cercetarea a fost supervizată științific de către prof. univ. dr. Aurora Szentagotai-Tătar

(b) Unele părți ale tezei au fost deja acceptate spre publicare sau prezentate la conferințe; acestea au fost marcate în teză prin note de subsol.

(c) Teza a fost scrisă respectând standardele academice de redactare. Întregul text al tezei și rezumatul acesteia a fost redactat de către Câdea Diana-Mirela, care își asumă întreaga responsabilitate pentru redactare.

## CUPRINS

CAPITOLUL I. INTRODUCERE.....	4
CAPITOLUL II. OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ .....	6
CAPITOLUL III. CERCETAREA ORIGINALĂ.....	9
3.1. STUDIUL 1. O meta-analiză a asocierii dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și simptomele de anxietate .....	9
3.2. STUDIUL 2. Contribuie predispoziția spre rușine la înțelegerea anxietății sociale dincolo de influența unor constructe cognitive clasice? .....	17
3.3. STUDIUL 3. Un studiu longitudinal al asocierii dintre predispoziția spre rușine și simptomele de anxietate.....	21
3.4. STUDIUL 4. Rușinea ca și predictor al ruminăției post-eveniment relaționată cu anxietatea socială .....	25
3.5. STUDIUL 5. Reevaluarea cognitivă în cazul rușinii-rolul auto-evaluărilor globale negative.....	31
3.6. STUDIUL 6. Efectul reevaluării cognitive și al auto-compasiunii asupra predispoziției spre rușine și al simptomelor de anxietate socială.....	35
3.7. STUDIUL 7. Un studiu clinic randomizat pilot ce testează eficiența adaugării unei componente de auto-compasiune la un protocol de terapie cognitiv-comportamentală de grup în cazul tulburării de anxietate socială .....	40
CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII.....	49
4.1. PROGRESE TEORETICE, CONCEPTUALE ȘI METODOLOGICE.....	49
4.2. CONCLUZII GENERALE.....	50
4.3. LIMITE ȘI DIRECȚII VIITOARE .....	50
REFERINȚE.....	52

Cuvinte cheie: emoții auto-referențiale, rușine, vinovăție, anxietate, predispoziție spre rușine, auto-compasiune, reevaluare cognitivă

## CAPITOLUL I. INTRODUCERE

Emoțiile auto-referențiale sunt emoții complexe ce necesită prezența conștienței de sine și a auto-evaluărilor (Tracy și Robins, 2004). Această categorie de emoții ce include rușinea, vinovăția, mândria și jena, a fost semnificativ mai puțin studiată decât așa-numitele emoții bazale. Cu toate acestea, în ultimele două decenii, investigarea lor a crescut exponențial o dată cu introducerea unor distincții fine între diferitele tipuri de emoții auto-referențiale. O distincție importantă este cea dintre rușine, care implică evaluarea negativă a întregului sine, și vinovăție, care implică evaluări negative ale unor comportamente specifice (Lewis, 1971). Aceste două emoții sunt asociate cu o gamă largă de probleme psihologice, incluzând aici și tulburările de anxietate. Deși există multe studii care arată că atât predispoziția spre rușine cât și cea spre vinovăție sunt asociate cu diferite probleme de anxietate (de ex., Fergus, Valentiner, McGrath, și Jencius, 2010; Tangney, Wagner, și Gramzow, 1992), nu este însă clar dacă aceste asocieri este semnificativă sau și mai important dacă are relevanță clinică. De asemenea, se asumă că predispoziția spre rușine este mai importantă în cazul anumitor tulburări de anxietate, de exemplu anxietate socială, în timp ce predispoziția spre vinovăție ar putea fi mai relevantă în cazul tulburării de stres post-traumatic, dar datele sunt inconsistente și ca atare nu permit extragerea unor concluzii clare. Mai mult, studiile ce iau în calcul varianța împărtășită dintre rușine și vinovăție nu mai obțin asocieri semnificative între predispoziția spre vinovăție și simptomele psihologice (Fergus și colab., 2010; Pineles, Street, și Koenen, 2006; Tangney și colab., 1992), punând astfel sub semnul întrebării relevanța predispoziției spre vinovăție. Dacă în cazul simptomelor depresive, o meta-analiză indică o magnitudine medie a asocierii cu predispoziția spre rușine clarificând totodată situațiile în care vinovăția devine dezadaptativă (Kim, Thibodeau, și Jorgensen, 2011), în cazul simptomelor de anxietate o astfel de analiză lipsește.

În timp ce clarificarea magnitudinii asocierilor dintre rușine, vinovăție și simptomele psihologice este un pas important, la fel de important este investigarea potențialelor variabile care ar putea influența aceste relații. Unii autori asumă că nu experiența emoției de rușine în sine este patologică, ci mai degrabă reglarea acesteia (Bybee, Zigler, Berliner, și Merisca, 1996; Quiles și Bybee, 1997). Un număr foarte mare de studii au investigat reglarea emoțiilor bazale, dar astfel de studii sunt aproape inexistente atunci când vine vorba de emoții auto-referențiale. Câteva studii au arătat că ruminația mediază relația dintre predispoziția spre rușine și simptomele depresive (Cheung, Gilbert și Irons, 2004, Orth, Berking, și Burckhardt, 2006), în timp ce un alt studiu a indicat că reglarea rușinii și vinovăției ar putea să urmeze tipare diferite decât cele observate în cazul emoțiilor bazale, auto-distanțarea fiind inefficientă în reducerea acestor emoții (Katzir și Eyal, 2013). Investigarea atât a strategiilor de reglare emoțională potențial adaptative cât și a celor dezadaptative ar fi un pas important în clarificarea rolului rușinii în dezvoltarea și menținerea psihopatologiei. De asemenea, dat fiind faptul că cele mai multe date sunt corelaționale, nu putem spune nimic despre evoluția în timp a acestor experiențe și dacă acestea sunt pur și simplu corelate ale tulburărilor de anxietate sau au un rol mai important, fiind predictorii ai acestor simptome.

Există unele strategii noi, cum ar fi auto-compasiunea care, dat fiind componentele sale, se presupune a fi deosebit de utilă în abordarea emoției de rușine (Neff, 2003a). Cu toate acestea, există doar câteva studii privind eficiența ei în reducerea nivelului de rușine și al predispoziției spre rușine. De asemenea, nu este clar dacă această strategie este mai eficientă decât strategiile bine documentate ca fiind eficiente în cazul emoțiilor bazale, cum ar fi reevaluarea cognitivă. În cele din urmă, întrebarea este dacă utilizarea unor strategii de reglare emoțională care să vizeze rușinea ar contribui la o eficacitate crescută a tratamentelor existente pentru tulburarea de anxietate socială. Această teză își propune să abordeze aceste lacune în literatura de specialitate în timp ce încearcă să depășească limitările metodologice

ale studiilor anterioare, prin utilizarea unor design-uri longitudinale și experimentale care ne permit să controlăm mai temeinic pentru existența unor variabile confundate.

### **Relevanța și impactul cercetării**

Scopul prezentei teze este de a investiga relația dintre emoțiile auto-referențiale, în special rușine, și simptomele de anxietate, cu accent pe tulburarea de anxietate socială, explorând reglarea emoțională ca fiind un potențial factor relevant.

În primul rând, clarificarea magnitudinilor asocierilor dintre predispoziția spre rușine, cea spre vinovăție și tulburările de anxietate, ar contribui la stabilirea relevanței acestor relații din punct de vedere clinic de vedere. Dat fiind că țintă cercetării în domeniul clinic este înțelegerea mai bună a mecanismelor ce generează tulburările psihologice precum și găsirea de mijloace mai eficiente și cu costuri mai reduse pentru a le aborda, este important să investigăm factorii care ar putea avea o contribuție semnificativă în acest sens. Dacă magnitudinea acestor relații ar fi una medie/mare, acest lucru ar sugera faptul că acești factori se justifică a fi explorați în continuare; în cazul în care magnitudinea acestor asocieri ar fi una mică, acest lucru ar putea indica faptul că acestea nu au o valoare explicativă semnificativă asupra înțelegerii tabloului clinic și a mecanismelor etiologice implicate în tulburările de anxietate.

În al doilea rând investigarea asocierilor dintre predispoziția spre rușine și simptomele de anxietate într-un design longitudinal ne-ar permite să explorăm evoluția în timp a acestor procese și să testăm dacă predispoziția spre rușine este un predictor al simptomelor anxioase. Acest demers ar fi un pas important în clarificarea rolului rușinii în cazul acestor tulburări. Dacă predispoziția spre rușine se va dovedi un predictor semnificativ al simptomelor de anxietate acest lucru ar sugera că rușinea nu este un simplu corelat al anxietății ci un potențial factor etiologic.

În al treilea rând, este important să înțelegem cum rușinea, o emoție care a evoluat pentru a servi importante scopuri sociale, poate deveni dezadaptativă asociindu-se cu diverse probleme psihologice. Ipoteza noastră este că modul în care oameni reglează această emoție poate să intensifice această experiență ducând la o serie de consecințe negative disfuncționale. Investigarea reglării rușinii ne-ar putea ajuta să înțelegem care sunt strategiile disfuncționale și cum utilizarea acestora ar putea contribui la dezvoltarea și menținerea tulburărilor de anxietate. Mai mult, explorarea unor strategii care să reducă această emoție s-ar putea dovedi o cale importantă pentru identificarea unor modalități care să reducă caracterul dezadaptativ al acesteia.

În cele din urmă, integrarea de noi strategii pentru a aborda rușinea în tratamentele standard existente ar putea fi o direcție importantă înspre îmbunătățirea eficacității intervențiilor psihologice. Această teză are implicații practice directe, deoarece ar putea duce la dezvoltări relevante pentru tratamentul psihologic al tulburării de anxietate socială.

## CAPITOLUL II. OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ

Cercetarea de față vizează abordarea unei serii de obiective teoretice și metodologice legate de emoțiile auto-referențiale. Am pornit de la diferențierea între rușine și vinovăție, două emoții negative în mod frecvent asociate cu tulburările emoționale. Pornind de aici, am efectuat mai multe studii pentru a răspunde la patru întrebări. Structura proiectului de doctorat este prezentată în Figura 1.

Prima întrebare se referă la asocierea dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și anxietate: sunt predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție asociate cu simptomele de anxietate și, dacă da, sunt ele predictorii semnificativi ai acestor simptome? Pentru a răspunde la această întrebare, obiectivul nostru formulat a fost de a investiga asocierea dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și simptomele de anxietate. În vederea atingerii acestui obiectiv, am realizat o analiză cantitativă a asocierilor dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și fiecare categorie de simptome de anxietate (Studiul 1). Am decis să derulăm o astfel de analiză, deoarece domeniul este inconsistent în ceea ce privește semnificația și magnitudinea acestor asocieri. În timp ce unele modele explicative ale tulburărilor de anxietate (de exemplu, modelele cognitive ale anxietății sociale) consideră rușinea și vinovăția caracteristici importante, datele existente nu oferă dovezi clare în ceea ce privește relevanța acestora din punct de vedere clinic (de exemplu, asocierile sunt semnificative de la o mărime a efectului mică până la o mărime mare a efectului). De asemenea, în Studiul 2 am investigat asocierile dintre predispoziția spre rușine și simptomele de anxietate, folosind un design longitudinal testând astfel dacă predispoziția spre rușine este un predictor al simptomelor de anxietate. Cele mai multe dintre datele privind asocierea dintre predispoziția spre rușine și simptomele de anxietate sunt de natură corelațională, folosind design-uri transversale. Ca urmare, nu este clar dacă predispoziția spre rușine este un predictor al simptomelor de anxietate sau este pur și simplu o corelată a acestor simptome. Pentru a răspunde la această întrebare, Studiul 3 investighează rolul de predictor al predispoziției spre rușine în legătură cu simptomele de anxietate, pe o perioadă de 1 an.

Cea de-a doua întrebare adresată de această teză se referă la contribuția specifică a predispoziției spre rușine la tulburări de anxietate. Cu alte cuvinte, obiectivul a fost de a investiga dacă predispoziția spre rușine explică un procent semnificativ din varianța simptomelor de anxietate, atunci când controlăm pentru alți factori bine validați. Dat fiind faptul că rușinea se caracterizează în principal prin auto-evaluări negative în Studiul 2 am testat dacă predispoziția spre rușine explică un procent semnificativ din varianța simptomelor de anxietate socială dincolo de cel explicat de credințele iraționale, în general, și auto-evaluări globale, în particular. De asemenea, în Studiul 3, am testat dacă predispoziția spre rușine este un predictor semnificativ al fiecărei categorii de simptome de anxietate atunci când controlăm pentru efectul simptomelor depresive, al credințelor iraționale și al dificultăților de reglare emoțională.

Cea de-a treia întrebare se referă la modul în care utilizarea diferitelor strategii de reglare emoțională afectează emoția de rușine. Pentru a aborda această întrebare, am formulat două obiective de cercetare:

3.1. Testarea ipotezei că rușinea este asociată cu strategii de reglare emoțională dezadaptative. Studiile existente arată o asociere între predispoziția spre rușine și ruminare în contextul simptomelor depresive. Prin urmare, am testat dacă rușinea și predispoziția spre rușine sunt asociate cu ruminarea post-eveniment, un tip de ruminare specifică tulburării de anxietate socială (Studiul 4).

3.2. Investigarea modului în care strategiile de reglare validate în cazul emoțiilor bazale funcționează în cazul rușinii. Pornind de la un studiu care a arătat că reglarea rușinii și a vinovăției ar putea să urmeze tipare diferite în comparație cu reglarea emoțiilor bazale, am testat efectul a două strategii de reevaluare la nivelul rușinii stare (Studiul 5).

Ultima întrebare adresată de cercetarea de față este dacă strategiile noi de reglare emoțională conceptualizate ca vizând rușinea sunt eficiente în reducerea atât a nivelului de rușine și cât și a simptomelor de anxietate socială. Următoarele două obiective au fost formulate pentru a aborda această întrebare:

4.1. Investigarea auto-compasiunii ca o strategie eficientă de reducere a predispoziției spre rușine. În acest scop, Studiul 6 a analizat eficiența auto-compasiunii comparativ cu reevaluarea cognitivă în reducerea predispoziției spre rușine și a simptomelor de anxietate socială într-un eșantion de persoane cu un nivel ridicat de anxietate socială.

4.2. Testarea eficienței unui training de auto-compasiune adăugat la un protocol clasic de terapie cognitiv-comportamentală asupra tulburării de anxietate socială. Nu este clar dacă adresarea predispoziției spre rușine ar putea contribui la o eficacitate crescută a tratamentelor psihologice existente și dacă auto-compasiunea este utilă în cazul indivizilor cu anxietate de nivel clinic. Prin urmare, în Studiul 7, am comparat eficiența unui protocol de terapie cognitiv-comportamentală de grup îmbunătățit cu o componentă de auto-compasiune cu protocolul standard în cazul persoanelor diagnosticate cu tulburare de anxietate socială.

Răspunsul la aceste întrebări de cercetare are de asemenea mai multe implicații metodologice. În primul rând, este important să se clarifice dacă vinovăția are o contribuție semnificativă asupra simptomelor de anxietate sau dacă asocierile cu aceste simptome sunt explicate în întregime de varianță împărtășită cu rușinea. În acest sens, Studiul 1 a constatat dintr-o meta-analiza cantitativa menită să analizeze asocierile dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și anxietate, controlând în același timp pentru varianța lor comună. Acest studiu oferă o imagine mai precisă asupra magnitudinii acestor relații. Apoi, există foarte puține studii longitudinale privind asocierea rușinii cu psihopatologia (de ex., Troop și Redshaw, 2012). Este important să avem o perspectivă temporală care să ne ajute să stabilim natura acestor conexiuni, un obiectiv care nu poate fi realizat într-un design transversal. În cele din urmă, există doar un singur studiu care a utilizat un design experimental pentru a investiga reglarea rușinii și a vinovăției. Această lucrare include două studii experimentale care au analizat eficiența mai multor strategii de reglare emoțională atât asupra rușinii stare cât și asupra predispoziției spre rușine. Acest tip de design ne permite să formulăm concluzii cauzale privind efectul strategiilor de reglare emoțională asupra nivelurilor de rușine.

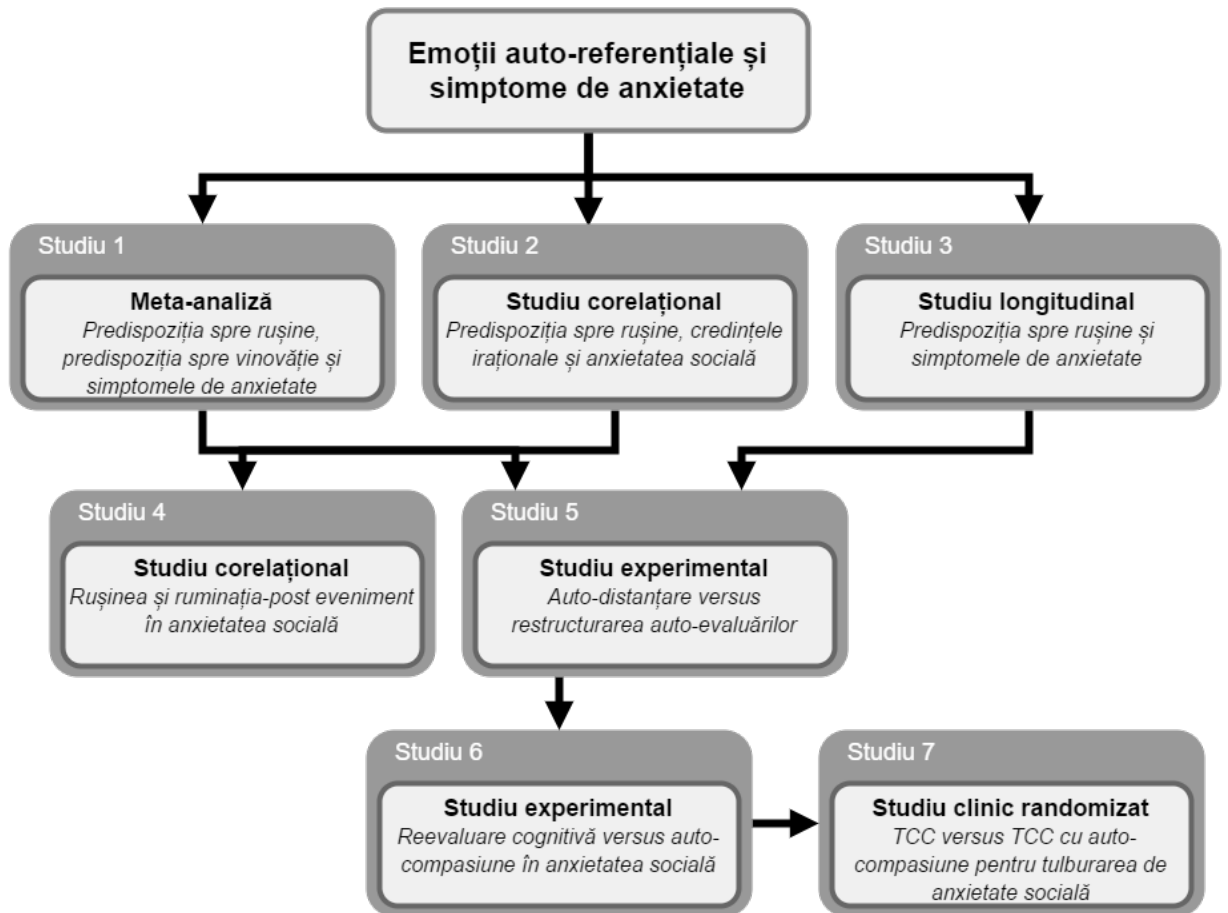


Figura 1. Structura schematică a tezei de doctorat



## CAPITOLUL III. CERCETAREA ORIGINALĂ

### 3.1. STUDIUL 1. O META-ANALIZĂ A ASOCIERII DINTRE PREDISPOZIȚIA SPRE RUȘINE, PREDISPOZIȚIA SPRE VINOVĂȚIE ȘI SIMPTOMELE DE ANXIETATE

#### Introducere

În ciuda progreselor semnificative în înțelegerea diferenței dintre rușine, vinovăție și corelatele lor distincte, literatura clinică și datele empirice sunt inconsistente în ceea ce privește legăturile lor cu psihopatologia (Tangney și colab., 1992). Atât în cadrul evaluării psihologice (de ex., vezi criteriile de diagnostic pentru tulburarea depresivă majoră) cât și al literaturii clinice, vinovăția este privită ca o emoție patologică (Tangney, 1995). Cu toate acestea, există studii care arată că predispoziția spre rușine este mai puternic asociată cu diferite simptome psihologice (Fergus și colab., 2010; Pineles, Street, și Koenen, 2006; Tangney și colab., 1992), comparativ cu vinovăția. Rușinea și vinovăția, implică atât evaluarea negativă a propriei persoane sau a unor comportamente (Tracy și Robins, 2004), cele două emoții apărând adesea simultan/în tandem (Lewis, 1971). Există date care arată că, atunci când controlăm pentru varianța împărtășită dintre predispoziția spre rușine și predispoziția spre vinovăție (reflectând caracteristicile comune ale celor două emoții), predispoziția spre rușine nu mai este semnificativ corelată cu psihopatologia (Harder, Cutler, și Rockart, 1992; Pineles și colab., 2006; Tangney și colab., 1995). Cu toate acestea, există, de asemenea, date care sugerează că vinovăția poate fi dezadaptativă. Cercetătorii și clinicienii susțin că vinovăția devine disfuncțională atunci când individul își asumă responsabilitatea pentru lucruri care nu sub controlul său sau asupra cărora are puțin control (de ex., cazul vinovăției legate de traumă/luptă; Kubany, 1994). De asemenea, această emoție devine dezadaptativă atunci când experiența este amplificată și generalizată la sine (Tangney, 1995), o vinovăție "liber-plutitoare", care nu are legătură cu contextul specific. Aceste tipuri de vinovăție par a fi conceptual diferite de vinovăția corespunzătoare situațional datorată unei încălcări a unor anumite reguli (Tangney și Dearing, 2002).

Cele mai multe cercetări privind implicațiile clinice ale rușinii și vinovăției sunt de natură corelațională și au investigat în principal, asocierilor lor cu depresia (de ex., Andrews, Qian, și Valentine, 2002; Orth, Berking și Burkhardt, 2006), tulburările de anxietate (de exemplu, Fergus și colab., 2010), tulburările de comportament alimentar (de ex., Keith, Gillanders, și Simpson, 2009) sau tulburarea de personalitate borderline (de ex., Rusch și colab., 2007). În timp ce în cazul depresiei, datele existente sunt consistente și arată asocieri mai puternice între rușine și simptome depresive, comparativ cu vinovăția (a se vedea Kim, Thibodeau, și Jorgensen, 2011, pentru un review), pentru alte tulburări, rezultatele sunt limitate, inconsistente sau mai puțin sistematizate. De interes specific este domeniul tulburărilor de anxietate, deoarece există un număr ridicat de studii care indică asocieri între diferite tipuri de simptome și rușine/vinovăție. În plus, conceptualizarea clinică a multor tulburări de anxietate include rușinea și vinovăția ca și caracteristici importante. De exemplu, rușinea pare a fi relevantă în special în tulburarea de anxietate socială. Modelele teoretice ce conceptualizează anxietatea socială evidențiază faptul că percepțiile privind evaluările celorlalți împreună cu dorința de a face impresie bună, dar a eșua în acest sens, sunt aspecte importante ale anxietății sociale (Clark și Wells, 1995; Rapee și Heimberg, 1997). De asemenea, cognițiile auto-evaluative negative asociate rușinii sunt mai frecvente în rândul persoanelor cu niveluri ridicate de anxietate socială (Beidel, Turner, și Dancu, 1985, Schulz, Alpers, și Hofmann, 2008), iar numeroase studii arată asocieri semnificative între rușine și simptomele de anxietate socială (Fergus și colab., 2010; Gilbert și Miles, 2000; Lutwak și Ferrari, 1997).

Rușinea și vinovăția sunt relevante și pentru alte tulburări de anxietate. În tulburarea de anxietate generalizată (GAD), unii cercetători postulează că îngrijorarea ar putea fi folosită ca o strategie pentru a reduce emoțiile negative, cum ar fi rușinea și vinovăția (Schoenleber, Chow, și Berenbaum, 2014). În plus, rușinea ar putea fi relevantă în tulburarea de panică (rușinea care înconjoară potențialele consecințe ale atacurilor de panică; Austin și Richards, 2001) sau fobii (Harder și colab., 1992). Cu toate acestea, aceste asocieri au fost mult mai puțin investigate la nivel empiric. Tulburare obsesiv-compulsivă (OCD) și tulburarea de stres post-traumatic (PTSD), nu mai sunt incluse în categoria tulburărilor de anxietate (a se vedea *Manualul de Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale, ediția a 5-a: DSM-5*, American Psychiatric Association, 2013), dar rușinea și vinovăția ar putea fi relevante și în aceste cazuri.

### **Studiul curent**

Dat fiind faptul că mai multe modele teoretice ale tulburărilor de anxietate menționează rușinea și vinovăția ca o caracteristică importantă (de ex., modelele cognitive ale tulburării de anxietate socială și PTSD), scopul prezentului studiu a fost de a oferi primul review cantitativ al magnitudinii asocierilor dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și severitatea simptomelor de anxietate. De asemenea, ne-am propus să investigăm asocierile unice dintre predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și simptome de anxietate controlând pentru varianța lor comună. În cele din urmă, impactul mai multor factori teoretici și metodologici asupra magnitudinii acestor asocieri a fost evaluat.

### **Metodă**

#### **Căutarea în literatură**

Am identificat potențialele studii relevante printr-o căutare extensivă în următoarele baze de date: PsychINFO, PubMed, Scopus și Web of Science. Studiile publicate până în martie 2016 au fost incluse în meta-analiză. Am utilizat următorii termeni de căutare: "shame", "guilt", "anxiety", "social anxiety", "social phobia", OCD, "obsessive compulsive", "obsessive-compulsive", PTSD, "post traumatic stress", "post-traumatic stress", "general\* anxiety", GAD, "panic disorder", "specific phobia", "simple phobia", "acute stress disorder".

#### **Selecția studiilor**

Strategia de căutare a produs un număr total de 8772 de articole potențial relevante. După eliminarea duplicatelor, un total de 4019 de articole au fost analizate mai în detaliu, pe baza relevanței lor extrasă din abstracte. Numai studiile care au îndeplinit următoarele criterii au fost incluse în meta-analiză: (a) au raportat date privind asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de anxietate (b) au fost publicate în limba engleză, (c) au fost publicate într-un jurnal peer-reviewed, și (d) au raportat informații suficiente pentru calcularea mărimii efectului. Am exclus 4753 de studii deoarece nu au respectat criteriile menționate mai sus. Un număr total de 143 de studii din 141 de articole distincte au fost incluse în meta-analiză.

#### **Variabilele codate**

Pentru fiecare studiu inclus, am reținut următoarele informații: datele de identificare (autor, anul publicării), numărul de participanți, vârsta medie a participanților, procentajul participanților de sex feminin, tipul de scală specifică utilizată pentru evaluarea rușinii/vinovăției, categorizarea scalelor ce evaluează rușinea/vinovăția în scopul analizelor de moderare (pentru rușine: generalizată vs. contextuală, internă vs. externă, pentru vinovăție: generalizată vs. contextual-legitimă vs. contextual-dezadaptativă), instrumentele cu care au fost evaluate simptomele de anxietate, precum și statusul clinic al eșantionului.

#### **Procedura meta-analitică**

**Calcularea mărimii efectului (effect size: ES).** Am calculat mărimi globale ale efectului pentru asocierea dintre predispoziția spre rușine/vinovăție și fiecare categorie de simptome anxioase (simptome de anxietate nediferențiate ce nu sunt specifice unei anumite tulburări de anxietate; anxietate trăsătură; anxietate stare; anxietate de separare; anxietate fobică; tulburare de anxietate socială, tulburare de panică, tulburare de anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburare de stres post-traumatic și tulburare acută de stres). De asemenea am calculat asocierile dintre rușinea parțială (rușine fără vinovăție)/vinovăție parțială (vinovăție fără rușine) și simptomele de anxietate. Doar studiile care au utilizat aceeași scală pentru a măsura atât predispoziția spre rușine cât și cea spre vinovăție au fost incluse în aceasta analiză. Atunci când aceste corelații parțiale nu au fost prezentate în studii, le-am estimat dacă au existat suficiente date (a fost inclus coeficientul de corelație dintre vinovăție și rușine).

**Analize de moderare.** Doi moderatori continui au fost testați (media de vârstă și procentul de femei) utilizând analize de meta-regresie. O valoare semnificativă a valorii lui  $Z$ , indică o relație semnificativă între variabila continuă și mărimea efectului. Moderatorii categoriali au fost testați utilizând un test meta-analitic mixt, care grupează studiile într-o categorie utilizând modelul efectelor aleatoare, în timp ce pentru testarea diferențelor dintre grupuri utilizează un model fix. Doi moderatori categoriali au fost testați: tipul scalei utilizate pentru evaluarea rușinii/vinovăției și statusul clinic al eșantionului. În funcție de tipul de scală utilizată pentru evaluarea rușinii, moderatorul a fost divizat în următoarele categorii: rușine internă vs. rușine externă și rușine contextuală vs. rușine generalizată. Pentru vinovăție categoriile care au fost analizate sunt: vinovăție generalizată vs. vinovăție contextual-legitimă vs. vinovăție contextual-dezadaptativă. Această categorizare a scalelor a fost adaptată după cea utilizată de Kim și colaboratorii (2011) în cadrul unei meta-analize ce a vizat asocierea dintre predispoziția spre rușine/vinovăție și simptomele depresive. În ceea ce privește statusul clinic al eșantionului, următoarele categorii au fost codate: eșantion clinic, eșantion non-clinic și populații speciale (include indivizii care au trecut printr-o traumă, dar nu au fost evaluați pentru un diagnostic de PTSD, de ex., veterani, prizonieri de război, persoane abuzate fizic/sexual). De asemenea, am efectuat analize de moderare în cazul rușinii "fără vinovăție" (rușine parțială) și al vinovăției "fără rușine" (vinovăție parțială). Analizele de moderare categoriale au fost testate numai dacă au existat cel puțin trei studii în cel puțin două dintre categoriile moderatorului.

## Rezultate

Per total, 800 de mărimi de efect au fost calculate din cele 143 de studii incluse în meta-analiză, 341 pentru asocierea predispoziției spre rușine cu simptomele de anxietate și 459 pentru asocierea cu vinovăția, cu un total de 29001 de participanți. Studiile incluse în meta-analiză au fost publicate între 1976 și 2016.

### Mărimile efectului globale

Mărimea efectului global pentru asocierea dintre rușine și simptomele de anxietate ( $k = 106$ ), a fost una medie,  $r = 0.383$  (95% CI = [0.352; 0.413]). Nivelul de eterogenitate este ridicat și semnificativ,  $Q(105) = 526.566$ ,  $p < 0.001$ ,  $I^2 = 80.059$ . Pentru asocierea dintre predispoziția spre vinovăție și simptomele de anxietate ( $k = 112$ ) mărimea efectului a fost de asemenea una medie,  $r = 0.341$  (95% CI = [0.295; 0.385]). Și în acest caz nivelul de eterogenitate a fost ridicat și semnificativ,  $Q(11) = 1181.300$ ,  $p < 0.001$ ,  $I^2 = 90.604$ .

Un set paralel de analize au fost realizate folosind rușinea parțială (atunci când controlăm pentru vinovăție), vinovăția parțială (atunci când controlăm pentru rușine) și simptomele de anxietate. Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușinea parțială și

simptomele de anxietate ( $k = 34$ ) a fost una medie,  $r = 0.323$  (95% CI = [0.278; 0.367]). Nivelul de eterogenitate este ridicat și semnificativ,  $Q(33) = 112.378$ ,  $p < 0.001$ ,  $I^2 = 70.635$ . De cealaltă parte, mărimea efectului pentru asocierea dintre vinovăție și simptomele de anxietate a fost nesemnificativă,  $r = -0.014$  (95% CI [-0.057; 0.030]). Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de anxietate comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 107.317$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptome de anxietate nediferențiate.** Mărimea efectului asocierii dintre rușine și simptomele de anxietate nediferențiate ( $k = 29$ ) a fost medie,  $r = 0.394$  (95% CI [0.340; 0.446]). Mărimea efectului asocierii dintre vinovăție și simptomele de anxietate nediferențiate ( $k = 24$ ), a fost una mică spre medie,  $r = 0.299$  (95% CI [0.225; 0.369]). Rușinea a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de anxietate nediferențiate comparativ cu vinovăția ( $Q(1) = 4.449$ ,  $p = 0.035$ ). În cazul rușinii parțiale mărimea efectului a fost una mică,  $r = 0.213$  (95% CI [0.086; 0.334]), în timp în cazul vinovăției a fost nesemnificativă,  $r = -0.057$  (95% CI [-0.121; 0.017]). Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de anxietate nediferențiate comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 12.782$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și anxietatea trăsătură.** Pentru asocierea dintre rușine și anxietatea trăsătură ( $k = 12$ ) mărimea efectului a fost medie,  $r = 0.375$  (95% CI [0.286; 0.457]), iar pentru asocierea dintre vinovăție și anxietatea trăsătură ( $k = 14$ ) a fost mică,  $r = 0.210$  (95% CI [0.102; 0.314]). Rușinea a fost semnificativ mai puternic asociată cu anxietatea trăsătură comparativ cu vinovăția ( $Q(1) = 5.620$ ,  $p = 0.018$ ). Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușine și anxietatea trăsătură a fost chiar mai mare atunci când am controlat pentru efectul vinovăției (rușine parțială;  $k = 7$ ),  $r = 0.394$  (95% CI [0.314; 0.468]). Pentru vinovăția parțială mărimea efectului nu a fost semnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu anxietatea trăsătură comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 69.616$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și anxietatea stare.** Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușine și anxietatea stare ( $k = 7$ ) a fost una medie,  $r = 0.426$  (95% CI [0.215; 0.599]), în timp ce pentru vinovăție ( $k = 6$ ) a fost una mică,  $r = 0.145$  (95% CI [0.075; 0.213]). Rușinea a fost semnificativ mai puternic asociată cu anxietatea stare comparativ cu vinovăția ( $Q(1) = 5.999$ ,  $p = 0.014$ ). Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușinea parțială și anxietatea stare ( $k = 2$ ) a fost una medie,  $r = 0.359$  (95% CI [0.276; 0.437]), dar aceste rezultate trebuie interpretate cu precauție dat fiind faptul că doar două studii au fost incluse. Pentru vinovăția parțială mărimea efectului nu a fost semnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu anxietatea stare comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 20.072$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de anxietate de separare.** Pentru anxietatea de separare am identificat doar un studiu și ca atare nu putem extrage nici o concluzie cu privire la magnitudinea acestor asocieri ( $r = 0.480$ , 95% CI [0.333; 0.604]) atât pentru asocierea cu rușinea cât și pentru cea cu vinovăția).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de anxietate fobică.** Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușine și simptomele de anxietate fobică ( $k = 3$ ) a fost una medie,  $r = 0.300$  (95% CI [0.224; 0.273]), iar cea cu vinovăția ( $k = 5$ ) a fost una mică,  $r = 0.210$  (95% CI [0.126; 0.290]). O mărime a efectului mai mică a fost obținută pentru rușinea parțială ( $k = 3$ ,  $r = 0.220$ , 95% CI [0.141; 0.297]), iar mărimea efectului pentru vinovăția parțială a fost nesemnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de anxietate fobică comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 13.230$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de anxietate socială.** Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușine și simptomele de anxietate socială ( $k = 32$ ) a fost una medie,  $r = 0.414$  (95% CI [0.351; 0.473]), pentru asocierea dintre vinovăție și simptomele de anxietate socială a fost una mică ( $k = 15$ ),  $r = 0.234$  (95% CI [0.140; 0.323]). Rușinea a fost mai puternic asociată cu simptomele de anxietate socială comparativ cu vinovăția ( $Q(1) = 10.504$ ,  $p = 0.001$ ). Pentru asocierea cu rușinea parțială ( $k = 10$ ) mărimea efectului a rămas una medie,  $r = 0.380$  (95% CI [0.303; 0.453]), dar pentru vinovăția parțială mărimea efectului nu a mai fost una semnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de anxietate socială comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 50.950$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de panică.** Rușinea nu a fost semnificativ asociată cu simptomele de panică, iar vinovăția a fost asociată cu simptomele de panică ( $k=4$ ) la o mărime medie a efectului,  $r = 0.374$  (95% CI [0.204; 0.522]). De asemenea mărimea efectului dintre rușinea parțială și simptomele de panică ( $k = 2$ ) a fost una semnificativă,  $r = 0.167$  (95% CI [0.040; 0.228]), cu toate acestea trebuie să notăm că doar două studii au fost disponibile.

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de anxietate generalizată.** O mărime a efectului medie spre mare a fost obținută pentru asocierea dintre rușine și simptomele de anxietate generalizată ( $k = 7$ ),  $r = 0.442$  (95% CI [0.352; 0.524]), iar o mărime a efectului medie a fost obținută pentru asocierea cu vinovăția ( $k = 6$ ),  $r = 0.346$  (95% CI [0.254; 0.432]). Pentru asocierea dintre rușinea parțială și simptomele de anxietate generalizată a fost obținută o mărime a efectului medie ( $k = 4$ ),  $r = 0.392$  (95% CI [0.339; 0.443]), iar pentru vinovăția parțială mărimea efectului nu a fost semnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de anxietate generalizată comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 32.250$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele obsesiv-compulsive.** Pentru asocierea dintre rușine și simptomele obsesiv-compulsive ( $k = 10$ ) mărimea efectului a fost medie,  $r = 0.317$  (95% CI [0.231; 0.398]), și o mărime a efectului similară a fost obținută pentru asocierea cu vinovăția ( $k = 29$ ),  $r = 0.346$  (95% CI [0.280; 0.409]). Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușinea parțială și simptomele obsesiv-compulsive a fost similară,  $k = 4$ ,  $r = 0.272$  (95% CI [0.208; 0.334]). Pentru asocierea cu vinovăția parțială mărimea efectului a fost ne semnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele obsesiv-compulsive comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 32.357$ ,  $p < 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de stres post-traumatic.** Mărimea efectului pentru asocierea dintre rușine și simptomele de stres post-traumatic ( $k = 30$ ) a fost una medie,  $r = 0.357$  (95% CI [0.287; 0.424]), o mărime a efectului similară fiind obținută pentru asocierea cu vinovăția ( $k = 49$ ),  $r = 0.409$  (95% CI [0.342; 0.472]). Pentru asocierea cu rușinea parțială ( $k = 8$ ) mărimea efectului a rămas una medie,  $r = 0.345$  (95% CI [0.277; 0.410]), iar pentru asocierea cu vinovăția parțială aceasta nu a fost semnificativă. Rușinea parțială a fost semnificativ mai puternic asociată cu simptomele de stres post-traumatic comparativ cu vinovăția parțială ( $Q(1) = 15.977$ ,  $p = 0.001$ ).

**Asocierea dintre rușine/vinovăție și simptomele de stres.** Pentru asocierea dintre rușine și simptomele de stres acut ( $k = 2$ ) mărimea efectului a fost mică,  $r = 0.165$  (95% CI [0.028; 0.297]), o mărime a efectului similară a fost obținută pentru asocierea cu vinovăția ( $k = 3$ ),  $r = 0.261$  (95% CI [0.136; 0.378]).

### **Analiza de moderare cu moderatori categoriali**

Codarea scalelor pentru realizarea analizei de moderare cu moderatori categoriali a fost făcută pe baza categorizării oferite de Kim și colaboratorii (2011).

**Rușine generalizată versus rușine contextuală.** Tipul de rușine, generalizată versus contextualizată, a moderat mărimea efectului asocierii dintre rușine și simptomele de anxietate globale,  $Q(1) = 6.299$ ,  $p = 0.012$ , obținându-se mărimi ale efectului mai mari în cazul rușinii generalizate ( $k=16$ ),  $r = 0.485$  (95% CI [0.406; 0.556]), decât în cazul rușinii contextuale ( $k = 95$ ),  $r = 0.376$  (95% CI [0.344; 0.407]). Pentru celelalte asocieri nu am obținut niciun efect de moderare.

**Rușine internă versus rușine externă.** Tipul de rușine, internă versus externă, a moderat mărimea efectului asocierii dintre rușine și simptomele de anxietate socială,  $Q(1) = 6.405$ ,  $p = 0.011$ , obținându-se mărimi ale efectului mai mari în cazul rușinii externe ( $k = 7$ ),  $r = 0.576$  (95% CI [0.473; 0.663]), decât în cazul rușinii interne ( $k = 17$ ),  $r = 0.409$  (95% CI [0.325; 0.487]). Pentru celelalte asocieri nu am obținut niciun efect de moderare.

**Vinovăție generalizată versus vinovăție contextual-legitimă versus vinovăție contextual-dezadaptativă.** Tipul de vinovăție a moderat mărimea efectului asocierii dintre vinovăție și simptomatologia anxioasă,  $Q(2) = 50.078$ ,  $p < 0.001$ , vinovăția contextuală ( $k = 30$ ) fiind asociată cu mărimi ale efectului mai mici,  $r = 0.152$  (95% CI [0.097; 0.207]), comparativ cu vinovăția contextual-dezadaptativă ( $k = 48$ ),  $r = 0.390$  (95% CI [0.314; 0.461]), și vinovăția generalizată ( $k = 43$ ),  $r = 0.399$  (95% CI [0.350; 0.445]). De asemenea, tipul de vinovăție a moderat asocierea dintre vinovăția parțială și simptomatologia anxioasă,  $Q(1) = 25.009$ ,  $p < 0.001$ , vinovăția contextuală ( $k = 27$ ) fiind asociată cu mărimi ale efectului mai mici,  $r = -0.062$  (95% CI [-0.046; -0.100]), comparativ cu vinovăția generalizată ( $k = 11$ ),  $r = 0.131$  (95% CI [0.069; 0.192]). Tipul de vinovăție a moderat și asocierea dintre vinovăție și anxietate trăsătură, anxietate socială și simptome obsesiv-compulsive. Pentru toate asocierile mărimile efectului cele mai mari au fost obținute pentru vinovăția generalizată ( $r = 0.529$ , 95% CI [0.467; 0.586] pentru anxietate trăsătură,  $r = 0.335$ , 95% CI [0.221; 0.440] pentru anxietate socială, și  $r = 0.397$ , 95% CI [0.308; 0.453] pentru simptome obsesiv-compulsive). În cazul anxietății sociale s-a obținut o mărime a efectului mai mare pentru vinovăția contextual-dezadaptativă într-un studiu, dar acesta a fost exclus din analiza de moderare. Tipul de vinovăție a moderat mărimea asocierii dintre vinovăția parțială și anxietatea socială,  $Q(1) = 9.208$ ,  $p = 0.002$ , în cazul vinovăției contextual-legitime ( $k = 8$ ) obținându-se mărimi ale efectului mai mici,  $r = -0.100$  (95% CI [-0.182; 0.016]), comparativ cu vinovăția generalizată ( $k = 4$ ),  $r = 0.108$  (95% CI [0.003; 0.210]).

**Populație clinică versus non-clinică versus specială.** Tipul eșantionului a moderat asocierea dintre rușinea parțială și simptomatologia anxioasă, vinovăție și simptomatologia anxioasă, și vinovăție și tulburare de stres post-traumatic. În toate cazurile, mărimi ale efectului mai mari au fost obținute pentru populația specială,  $r = 0.404$  (95% CI [0.347; 0.458]) pentru rușine parțială,  $r = 0.450$  (95% CI [0.371; 0.523]) pentru vinovăție și simptomatologia anxioasă, și  $r = 0.457$  (95% CI [0.377; 0.529]) pentru vinovăție și tulburarea de stres post-traumatic.

### **Analiza de moderare cu moderatori categoriali**

Vârsta a prezis negativ mărimea efectului pentru asocierea dintre rușine și simptomatologia anxioasă în general ( $B = -0.003$ ,  $z = -5.590$ ,  $p < 0.001$ ), simptome de anxietate nediferențiate ( $B = -0.016$ ,  $z = -7.002$ ,  $p < 0.001$ ), anxietate trăsătură ( $B = -0.017$ ,  $z = -6.313$ ,  $p < 0.001$ ), anxietate stare ( $B = -0.025$ ,  $z = -5.620$ ,  $p < 0.001$ ), simptome obsesiv-compulsive ( $B = -0.007$ ,  $z = -2.217$ ,  $p = 0.0267$ ). De asemenea vârsta a prezis pozitiv mărimea efectului asocierilor dintre rușinea parțială și simptomatologia anxioasă ( $B = 0.002$ ,  $z = 2.803$ ,  $p = 0.005$ ), și rușinea parțială și simptomele de stres post-traumatic ( $B = 0.003$ ,  $z = 2.181$ ,  $p = 0.029$ ). Totodată, vârsta a prezis negativ mărimea efectului asocierilor dintre rușinea parțială și simptomele nediferențiate de anxietate, ( $B = -0.017$ ,  $z = -4.288$ ,  $p < 0.001$ )

și rușinea parțială și anxietatea trăsătură ( $B = -0.009, z = -2.388, p = 0.017$ ). Asocierile dintre vinovăție și simptomatologia anxioasă ( $B = 0.005, z = 13.692, p < 0.001$ ), vinovăție și simptomele nediferențiate de anxietate ( $B = 0.005, z = 5.315, p < 0.001$ ), vinovăție și anxietate socială ( $B = 0.006, z = 3.115, p = 0.002$ ), vinovăție și simptomele obsesiv-compulsive ( $B = 0.006, z = 4.923, p < 0.001$ ) au fost prezise pozitiv de vârstă. De asemenea vârsta a prezis negativ mărimea efectului asocierilor dintre vinovăție și anxietate trăsătură ( $B = -0.026, z = -7.975, p < 0.001$ ) și vinovăție și simptome de stres post-traumatic ( $B = -0.001, z = -3.107, p = 0.034$ ). Mai mult, vârsta a prezis negativ mărimea efectului asocierilor dintre vinovăția parțială și simptomatologia anxioasă ( $B = -0.003, z = -3.187, p = 0.002$ ) și vinovăția parțială și simptomele de stres post-traumatic ( $B = -0.006, z = -4.958, p < 0.001$ ), și a prezis pozitiv mărimea efectului asocierilor dintre vinovăția parțială și anxietatea stare ( $B = 0.104, z = 2.037, p = 0.042$ ).

Procentul de femei a prezis negativ mărimea asocierilor dintre rușine și simptomatologia anxioasă, ( $B = -0.001, z = -5.543, p < 0.001$ ), și simptomele de anxietate socială ( $B = -0.003, z = -7.055, p < 0.001$ ), și simptomele de anxietate generalizată ( $B = -0.005, z = -2.391, p = 0.017$ ), și simptomele de stres post-traumatic ( $B = -0.002, z = -6.180, p < 0.001$ ). De cealaltă parte, procentul de femei a prezis pozitiv mărimea asocierilor dintre rușine și anxietate trăsătură ( $B = 0.006, z = 4.807, p < 0.001$ ) și anxietate stare ( $B = 0.016, z = 9.419, p < 0.001$ ). Procentul de femei a prezis pozitiv și mărimea asocierilor dintre rușinea parțială și simptomatologia anxioasă ( $B = 0.001, z = 2.246, p = 0.025$ ), simptomele nediferențiate de anxietate ( $B = 0.002, z = 3.242, p = 0.001$ ) și anxietate socială ( $B = 0.004, z = 2.828, p = 0.005$ ). Pentru asocierile cu vinovăția, procentul de femei a prezis negativ mărimea efectului asocierilor cu simptomatologia anxioasă ( $B = -0.003, z = -17.398, p < 0.001$ ), simptomele de anxietate fobică ( $B = -0.040, z = -3.030, p = 0.002$ ), simptomele obsesiv-compulsive ( $B = -0.006, z = -7.188, p < 0.001$ ) și simptomele de stres post-traumatic ( $B = -0.003, z = -13.299, p < 0.001$ ), și a prezis pozitiv mărimea efectului asocierilor cu anxietatea trăsătură ( $B = 0.002, z = 3.914, p < 0.001$ ), simptomele de anxietate socială ( $B = 0.004, z = 2.883, p = 0.004$ ), și simptomele de panică ( $B = 0.029, z = 3.952, p < 0.001$ ). Procentul de femei a prezis pozitiv mărimea efectului asocierilor dintre vinovăția parțială și anxietatea trăsătură ( $B = 0.004, z = 1.997, p = 0.046$ ), simptomele de anxietate socială ( $B = 0.005, z = 3.156, p = 0.002$ ), și a prezis negativ mărimea efectului asocierilor cu anxietatea stare ( $B = -0.166, z = -2.036, p = 0.042$ ).

### **Bias-ul de publicare**

Metoda *fail-safe N* a indicat că nu există bias de publicare. Procedura *trim and fill* a identificat 7 studii la stânga mediei care ar reduce mărimea efectului asocierii dintre rușine și simptomele de stres post-traumatic la  $r = 0.275$  (95% CI [0.245; 0.304]). Un tipar similar a fost obținut și în cazul asocierii dintre rușinea parțială și simptomatologia anxioasă unde procedura a identificat 13 studii la stânga mediei care ar reduce mărimea efectului la  $r = 0.256$  ([0.236; 0.275]). În cazul asocierii dintre rușinea parțială și simptomele nediferențiate de anxietate, procedura a identificat 3 studii la stânga mediei care ar reduce mărimea efectului la  $r = 0.162$  (95% CI [0.126; 0.198]), iar pentru asocierea dintre rușinea parțială și anxietatea generalizată au fost identificate 2 studii la stânga mediei care ar reduce mărimea efectului la  $r = 0.375$  (95% CI [0.325; 0.423]).

Un studiu la stânga mediei ar reduce mărimea efectului asocierii dintre vinovăție și anxietate stare la  $r = 0.139$  (95% CI [0.070; 0.206]), iar pentru asocierea dintre vinovăție și simptomele de anxietate fobică, 1 studiu la stânga mediei ar reduce mărimea efectului la  $r = 0.200$  (95% CI [0.147; 0.252]). De asemenea, 1 studiu la stânga mediei ar reduce mărimea efectului asocierii dintre vinovăție și simptomele de panică la  $r = 0.336$  (95% CI [0.283;

0.386]). Pentru asocierea dintre vinovăția parțială și anxietatea trăsătură, 2 studii la stânga mediei ar reduce mărimea efectului la  $r = -0.07$  (95% CI [-0.110; -0.031]), în timp ce pentru asocierea dintre vinovăția parțială și simptomele de anxietate socială, 4 studii la stânga mediei ar reduce mărimea efectului la  $r = -0.129$  (95% CI [-0.178; -0.079]). În final, 2 studii la stânga mediei ar reduce mărimea efectului asocierii dintre vinovăția parțială și simptomele de anxietate generalizată la  $r = 0.375$  (95% CI [0.325; 0.423]).

### Discuție

Meta-analiza de față a vizat estimarea magnitudinii asocierilor dintre rușine, vinovăție și simptomele de anxietate (luate împreună și separat pentru fiecare categorie de simptome, incluzând, de asemenea tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea de stres post-traumatic). Am realizat o sinteză cantitativă a 143 de studii care au investigat aceste asocieri, atât la nivel bivariat și cât și controlând varianța împărtășită între rușine și vinovăție (corelații parțiale). Am examinat, de asemenea, potențiali moderatori ai magnitudinii acestor relații (tipul de măsurătoare, starea clinică, vârstă și sex).

În primul rând, atât rușinea cât și vinovăția au fost semnificativ asociate cu simptomatologia anxioasă la o mărime a efectului mare atât pentru rușine cât și pentru vinovăție. Atunci când am controlat pentru efectului celeilalte emoții, doar predispoziția spre rușine a fost semnificativ asociată cu simptome de anxietate, la o mărime medie a efectului. Un tipar similar a fost obținut și pentru asocierile dintre rușine, vinovăție și simptomele de anxietate nediferențiate. Atât rușinea cât și rușinea parțială au fost semnificativ asociate cu anxietatea trăsătură și stare (mărimi medii ale efectului). Vinovăția a fost semnificativ asociată cu anxietatea trăsătură și stare (mărimi mici ale efectului) doar atunci când nu am controlat pentru influența rușinii. Atât rușinea cât și rușinea parțială au fost semnificativ mai puternic asociate cu aceste simptome, comparativ cu vinovăția, respectiv vinovăția parțială. Lipsa unor asocieri semnificative cu vinovăția parțială, sugerează că la fel ca în cazul simptomelor depresive (vezi Kim și colab., 2011), relația sa cu simptomele de anxietate ar putea fi datorată în principal varianței comune cu rușinea.

În al doilea rând, ne-am uitat la asocierile dintre rușine, vinovăție și diferite tipuri de simptome de anxietate și am obținut rezultate similare. Rușinea a fost asociată semnificativ cu toate tipurile de simptome, cu excepția simptomelor de panică (rezultatele trebuie interpretate cu precauție, în acest caz, deoarece au fost identificate doar două studii). În cele mai multe cazuri, magnitudinea acestor relații indică o mărime a efectului medie, cele mai puternice corelații fiind cele cu simptomele de anxietate generalizată, anxietate socială și anxietate de separare (în ultimul caz, doar un singur studiu a fost disponibil astfel încât rezultatele nu sunt suficient de solide). În plus, rușinea parțială a fost asociată semnificativ cu fiecare categorie de simptome, cu excepția simptomelor de anxietate de separare, dar mărimile efectului au fost mai mici. De asemenea, am obținut asocieri semnificative între vinovăție și fiecare tip de simptome, cu o singură excepție, simptomele de anxietate de separare. Cele mai mari magnitudinii ale efectului au fost obținute pentru asocierile cu tulburarea de stres post-traumatic și tulburarea de panică (mărimi ale efectului medii). Nici una dintre asocierile cu vinovăția parțială nu au fost semnificative. Rușinea a fost semnificativ mai puternic asociată doar cu simptome de anxietate socială, comparativ cu vinovăția, în timp ce rușinea parțială a fost mai puternic asociat cu toate tipurile de simptome, cu excepția celor două categorii de simptome, simptome de panică și simptome de anxietate de separare (trebuie remarcat faptul că, în aceste cazuri au fost identificate doar 1 sau 2 studii). Aceste rezultate susțin ideea că rușinea este mai relevantă pentru tulburările de anxietate comparativ cu vinovăția.



Aceasta meta-analiză indică faptul că predispoziția spre rușine este mai puternic asociată cu simptomele de anxietate, comparativ cu predispoziția spre vinovăție ale cărei mărimi ale efectului sunt în cele generale unele mici. Aceste rezultate vin oarecum în contradicție cu perspectivele care consideră vinovăția ca fiind o emoție dezadaptativă extrem de relevantă pentru psihopatologie, inclusiv pentru simptomatologia anxioasă. În contrast cu aceste perspective ce domină literatura clinică, dovezile din această meta-analiza avansează ideea că rușinea ar putea fi mai relevantă pentru tulburările de anxietate. Dat fiind că diferența principală dintre rușine și vinovăție rezidă în centrarea lor fie pe întregul sine (rușine) sau pe comportamente specifice (vinovăție), acest lucru sugerează că aceste asocieri mai puternice între anxietate și rușine s-ar putea datora auto-evaluărilor negative. În timp ce această meta-analiză confirmă asocierile predispoziției spre rușine cu diferite simptome de anxietate, mai multe cercetări sunt necesare pentru a clarifica mecanismele care ar putea explica aceste relații.

### 3.2. STUDIUL 2. CONTRIBUIE PREDISPOZIȚIA SPRE RUȘINE LA ÎNȚELEGEREA ANXIETĂȚII SOCIALE DINCOLO DE INFLUENȚA UNOR CONSTRUCTE COGNITIVE CLASICE?<sup>1</sup>

#### Introducere

Mai multe caracteristici ale anxietății sociale sunt relaționate cu emoția de rușine. Rușinea este o emoție auto-referențială caracterizată de prezența conștienței de sine și a auto-reprezentărilor (Tracy și Robins, 2004). Atunci când se simte rușinat individul tinde să aibă un sentiment de inferioritate, inutilitate și lipsă de putere, exprimat la nivel comportamental prin utilizarea unor strategii pentru ascunderea defectelor și neajunsurilor sau la evadarea din situație (Tangney, 1992; Tangney, Miller, Flicker, și Barlow, 1996). Rușinea este considerată o emoție dureroasă, deoarece se axează pe întregul sine, care este evaluat într-un mod negativ. O distincție care trebuie făcută este cea între rușine ca o stare emoțională și predispoziția spre rușine, care se referă tendința de a resimți rușine (Tangney, 1996).

Un număr ridicat de studii indică faptul că predispoziția spre rușine este asociată cu simptome de anxietate socială (de ex., Gilbert și Miles, 2000; Lutwak și Ferrari, 1997). De asemenea, există o serie de dovezi empirice care indică faptul că persoanele cu niveluri ridicate de anxietate socială au niveluri mai ridicate ale auto-evaluărilor negative, o caracteristică definitorie a rușinii (de ex., Beidel și colab., 1985; Schulz și colab., 2008). Pe de altă parte, factorii cognitivi, cum ar fi evaluările globale negative sunt o categorie de distorsiuni cognitive cunoscute ca având un rol important în psihopatologie, inclusiv în anxietatea socială (de ex., Stopa și Clark, 1993; Schulz și colab., 2008). Astfel, întrebarea este dacă predispoziția spre rușine este un construct care merită o analiză detaliată în legătură cu anxietatea socială sau dacă relația sa cu simptomele de anxietate socială ar putea fi explicată prin prezența auto-evaluărilor negative sau, mai general, prin prezența unor distorsiuni cognitive. Pentru a răspunde la această întrebare, în acest studiu am urmărit să analizăm dacă predispoziția spre rușine explică un procent adițional din varianța simptomelor

---

<sup>1</sup> Acest studiu a fost publicat.

Candea, D. M., și Szentágotai-Tatar, A. (2014). Does Shame-Proneness Enhance our Understanding of Social Anxiety beyond Classical Cognitive Constructs? *Transylvanian Journal of Psychology*, 15(1), 33-47.

Autorii au contribuit la acest studiu după cum urmează: Candea, D. M.: design-ul studiului, derularea studiului, analiza și interpretarea datelor, scrierea manuscrisului; Szentágotai-Tatar, A.: design-ul studiului, analiza și interpretarea datelor, scrierea manuscrisului.

de anxietate socială, în afară de cel explicat de distorsiunile cognitive/credințele iraționale și în mod specific de auto-evaluările globale negative.

### Metodă

#### Participanți

Participanții la cercetare au fost studenți la psihologie, care au fost recrutați prin intermediul anunțurilor on-line. Eșantionul acestui studiu a inclus persoane care au participat la două dintre studiile noastre experimentale. O sută douăzeci și nouă de studenți au finalizat de completat toate măsurătorile pentru acest studiu (7 bărbați și 122 femei). Vârsta lor a variat între 18 și 49 de ani ( $M = 22.46$ ,  $SD = 5,24$ ). Participanții au primit ore de practică pentru participarea la studiu. Scorurile pentru simptomele de anxietate socială în acest eșantion au variat între 2 și 126. Optzeci și unu de participanți (62,8%) au avut un scor mai mare sau egal cu 30, acesta fiind scorul limită pentru simptome clinice de tulburare de anxietate socială la *Scala de Anxietate Socială Liebowitz: Versiunea Auto-Raportată* (Rytwinski et al, 2009).

#### Măsurători

**Predispoziția spre rușine.** Subscala de rușine din cadrul scalei *Testul Afectului Auto-Referențial* (Test of Self-Conscious Affect-3: TOSCA-3; Tangney, Dearing, Wagner, și Gramzow, 2000) a fost utilizat pentru a evalua predispoziția spre rușine. Instrumentul include o descriere a 16 scenarii diferite, iar participanții indică măsura în care sunt de acord cu reacțiile potențiale propuse.

**Credințe iraționale.** *Scala de Atitudini și Credințe-II* (Attitudes and Beliefs Scale- II: ABS-II; DiGiuseppe, Leaf, Exner, și Robin, 1988) a fost utilizată pentru a evalua auto-evaluările globale negative precum și alte credințe iraționale. Itemii ABS-II evaluează (1) patru procese cognitive: (a) cerințele absolutiste (adică, tendința de a face evaluări absolutiste în legătură cu sinele, ceilalți sau lumea), (b) catastrofarea (de ex., evaluarea unei situații ca fiind catastrofală, mai mult de 100% rea), toleranța scăzută la frustrare (de ex., incapacitatea de a tolera o anumită situație) și evaluările globale negative (tendința de etichetare a sinelui, a celorlalți sau a vieții ca fiind fie în întregime negativă/rea sau pozitivă/bună); (2) trei domenii de conținut (aprobare, realizare și confort) și (3), două tipuri de frazare (rațională și irațională).

**Anxietatea socială.** *Scala de Anxietate Socială Liebowitz: Versiunea Auto-Raportată* (Liebowitz Social Anxiety Scale: Self-Report Version: LSAS-SR; Fresco și colab., 2001) este o scală bine validată utilizată pentru a măsura gradul de severitate al simptomelor de anxietate socială.

#### Procedură

Toate măsurătorile pentru acest studiu au fost administrate on-line, înainte de fazele experimentale ale proiectului de cercetare.

### Rezultate

Tabelul 1 prezintă mediile și abaterile standard pentru predispoziția spre rușine, auto-evaluările globale negative, credințele iraționale și simptomele de anxietate socială precum și corelațiile dintre aceste variabile. Am obținut corelații semnificative între toate variabilele.

Tabel 1  
*Statistici descriptive și corelații*

Variabile	Medii	AB	Corelații		
			1	2	3
1. LSAS-SR	39.78	21.96			
2. ABS-II-EG	13.20	11.63	.41**		
3. ABS-II	104.55	39.87	.35**	.85**	
4. TOSCA-3-rușine	38.12	10.64	.49**	.48**	.34**

*Note.* LSAS-SR= Scala de Anxietate Socială Liebowitz: Versiunea Auto-Raportată; ABS-II-EG=Subscala de evaluări globale din Scala de Atitudini și Credințe-II ; ABS-II = Scala de Atitudini și Credințe-II; TOSCA-3-rușine= Subscala de rușine din Testul Afectului Auto-Referențial. \*\* $p < .01$ .

Am testat dacă predispoziția spre rușine contribuie la prezicerea simptomelor de anxietate dincolo de efectul auto-evaluărilor globale utilizând o regresie ierarhică în doi pași pentru a prezice simptomele de anxietate socială în timp ce controlăm pentru efectul acestor auto-evaluări. Rezultatele au indicat că auto-evaluările globale explică un procent de 17% din varianța simptomelor de anxietate socială. Atunci când în pasul următor am adăugat și predispoziția spre rușine rezultate au indicat că schimbarea  $R^2$  asociată predispoziției spre rușine este semnificativă, predispoziția spre rușine explicând un procent adițional de 11% din varianța simptomelor de anxietate socială [ $F(1, 126) = 20.38, p < .001$ ] (vezi Tabelul 2).

Tabel 2  
*Sumar al regresiei ierarhice ce prezice simptomele de anxietate socială pe baza auto-evaluărilor globale și a predispoziției spre rușine*

Variabile	$\beta$	Schimbare $R^2$
Step 1		.17**
ABS-II-EG	.41**	
Step 2		.11**
ABS-II-EG	.22*	
TOSCA-3-rușine	.38**	

*Note.* ABS-II-EG= Subscala de evaluări globale din Scala de Atitudini și Credințe-II ; ABS-II = Scala de Atitudini și Credințe-II; TOSCA-3-rușine= Subscala de rușine din Testul Afectului Auto-Referențial. \* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

Apoi am utilizat o regresie ierarhică în doi pași pentru a prezice simptomele de anxietate socială pe baza predispoziției spre rușine în timp ce controlăm pentru scorul total de

credințe iraționale. Credințele iraționale au explicat o proporție semnificativă din varianța simptomelor de anxietate socială (12%). Atunci când am controlat pentru scorul total al credințelor iraționale, schimbarea în  $R^2$  asociată predispoziției spre rușine a fost una semnificativă, predispoziția spre rușine explicând un procent adițional de 15% din varianța simptomelor de anxietate socială [ $F(1, 126) = 28.13, p < .001$ ] (vezi Tabelul 3).

Tabel 3

*Sumar al regresiei ierarhice ce prezice simptomele de anxietate socială pe baza credințelor iraționale și a predispoziției spre rușine*

Variabile	$\beta$	Schimbare $R^2$
Step 1		.12**
ABS-II	.35**	
Step 2		.15**
ABS-II	.21*	
TOSCA-3-rușine	.42**	

*Note.* ABS-II = Scala de Atitudini și Credințe-II; TOSCA-3-rușine = Subscala de rușine din Testul Afectului Auto-Referențial. \* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

### Discuție

Scopul acestui studiu a fost acela de a explora dacă asocierea dintre predispoziția spre rușine și simptomele de anxietate socială poate fi explicată prin influența distorsiunilor cognitive, cum ar fi auto-evaluările globale negative. Dat fiind faptul că auto-evaluările negative sunt elementul cognitiv central al rușinii, am fost interesați să vedem dacă predispoziția spre rușine are o contribuție unică la simptomele de anxietate socială, contribuție distinctă de cea a distorsiunilor cognitive, în general, și a acestor auto-evaluări, în special. Rezultatele au indicat corelații pozitive între toate variabilele incluse în studiu, și anume predispoziția spre rușine, simptomele de anxietate socială, auto-evaluările globale negative, și credințele iraționale. Analiza de regresie a indicat faptul că predispoziția spre rușine explică un procent adițional de 11% din varianța simptomelor de anxietate socială, atunci când controlăm pentru efectul auto-evaluărilor globale negative. De asemenea, predispoziția spre rușine explică încă 15% din varianța simptomelor de anxietate socială, atunci când controlăm pentru efectul credințelor iraționale. Așa cum era de așteptat, predispoziția spre rușine a corelat semnificativ atât cu auto-evaluările globale negative cât și cu credințele iraționale, dar rezultatele noastre indică faptul că legătura dintre rușine și anxietate socială nu poate fi atribuită exclusiv acestor factori cognitivi. Aceste rezultate sugerează că predispoziția spre rușine merită să fie investigată în raport cu anxietatea socială, deoarece explică o parte unică a varianței simptomelor de anxietate socială, diferită de cea explicată de mult mai bine validatul construct de credințe iraționale.

### 3.3. STUDIUL 3. UN STUDIU LONGITUDINAL AL ASOCIERII DINTRE PREDISPOZIȚIA SPRE RUȘINE ȘI SIMPTOMELE DE ANXIETATE

#### Introducere

Există un număr tot mai mare de studii care arată că predispoziția spre rușine este asociată cu simptomele de anxietate socială (Gilbert și Miles, 2000; Lutwak și Ferrari, 1997), anxietate generalizată (Schoenleber, Chow, și Berenbaum, 2014), panică (Muris, Meesters, Bouwman, și Notermans, 2015), obsesiv-compulsive (Field și Cartwright-Hatton, 2008) și de stres post-traumatic (Schoenleber, Sippel, Jakupack, și Tull, 2015). De asemenea, în meta-analiza noastră (Studiul 1) care a sintetizat aceste corelații, am obținut asocieri semnificative pozitive între predispoziția spre rușine și fiecare categorie de simptome de anxietate (cu excepția tulburării de panică, dar în acest caz doar două studii au fost identificate), cu mărimile efectului cele mai mari în cazul anxietății sociale și al anxietății generalizate. Deși meta-analiza noastră a inclus un număr mare de studii, majoritatea au fost transversale, iar asocierea cu predispoziția spre rușine a fost în cele mai multe cazuri un outcome secundar.

#### *Studiul curent*

Acest studiu a vizat investigarea relației dintre predispoziția spre rușine și simptomele de anxietate într-un design longitudinal într-un eșantion de studenți. Ne-am uitat la rolul de predictor al predispoziției spre rușine în cazul simptomelor de anxietate socială, anxietate generalizată, panică, obsesiv-compulsive și stres post-traumatic pe o durată de un an. Pentru a putea evalua evoluția predispoziției spre rușine și a simptomelor de anxietate în timpul facultății, am evaluat aceste variabile la începutul anului 1, după 6 luni și după 1 an. Dat fiind existența unor constructe despre care se știe că sunt puternic asociate cu simptomele de anxietate (credințe iraționale și deficite în reglarea emoțională), pentru a putea diferenția efectul unic al predispoziției spre rușine, am controlat pentru efectul acestora. De asemenea, dată fiind asocierea predispoziției spre rușine cu simptomele depresive (Kim și colab., 2011) și pentru a testa dacă asocierea dintre simptomele de anxietate și rușine nu se datorează doar comorbidității dintre depresie și simptomelor de anxietate așa cum asumă unii autori (de ex., Mineka, Watson, și Clark, 1998), am controlat pentru efectul simptomelor depresive.

#### Metodă

##### Participanți

O sută patruzeci și nouă de studenți de anul I au completat măsurătorile inițiale. Vârsta participanților a variat între 18 și 55 de ani ( $M = 20.13$ ,  $SD = 4.04$ ). Cei mai mulți participanți au fost fete (133 fete și 16 băieți). Un număr de 82 de participanți au completat chestionarele după 6 luni și după 1 an.

##### Măsurători

**Predispoziția spre rușine.** Tendința de a simți rușine a fost evaluată cu subscala de rușine din scala *Testului Afectului Auto-Referențial* (Test of Self-Conscious Affect-3: TOSCA-3; Tangney și colab., 2000).

**Simptomele depresive.** *Inventarul Beck de Depresie-II* (The Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer, și Brown 1996) a fost utilizat pentru a evalua simptomele depresive.

**Credințele iraționale.** Gândirea disfuncțională a fost evaluată cu *Scala de Atitudini și Credințe-II* (The Attitude and Beliefs Scale-II: ABS-II; DiGiuseppe și colab., 1988) care este o scală de auto-raportare cu 72 de itemi.

**Dificultățile de reglare emoțională.** *Scala Dificultăților de Reglare Emoțională* (Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS; Gratz și Roemer, 2004) a fost folosită

pentru a evalua procesul de reglare emoțională. Scala evaluează 6 dimensiuni ale reglării emoționale: non-acceptare, scopuri, impulsuri, strategii, claritate, conștiință.

**Simptomele de anxietate socială.** *Scala de Anxietate Socială Liebowitz : Versiunea Auto-Raportată* (The Liebowitz Social Anxiety Scale: Self-Report Version: LSAS-SR; Fresco și colab., 2001) a fost folosită pentru a evalua simptomele de anxietate socială.

**Simptomele de anxietate generalizată.** *Chestionarul de Îngrijorare Penn State* (The Penn State Worry Questionnaire: PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, și Borkovec, 1990) a fost folosit pentru a măsura simptomele de anxietate generalizată.

**Simptomele de panică.** *Scala de Severitate a Tulburării de Panică* (The Panic Disorder Severity Scale: PDSS; Shear și colab., 1997, 2001) a fost folosită pentru a evalua simptomele de panică (frecvența panicii, distresul în timpul panicii, anxietatea anticipatorie, evitarea unor contexte etc.).

**Simptomele obsesiv-compulsive.** *Inventarul Simptomelor Obsesiv-Compulsive-Revizuit* (The Obsessive–Compulsive Inventory—Revised: OCI-R; Foa și colab., 2002) a fost folosit pentru a măsura simptomele asociate tulburării obsesiv-compulsive.

**Simptomele de stres post-traumatic.** *Scala Simptomelor de Stres Post-Traumatic-Varianta Auto-Raportată* (The PTSD Symptom Scale-Self Report: PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu și, Rothbaum, 1993) a fost utilizată pentru a evalua simptomele de stres post-traumatic.

### **Procedură**

Participanții au fost recrutați prin intermediul grupurilor de discuții și a rețelelor sociale. Toate măsurătorile studiului au fost completate on-line. Link-ul care conținea consimțământul informat și măsurătorile inițiale a fost inclus în anunțul de înscriere. La al doilea punct de timp (6 luni mai târziu), participanții au primit chestionarele prin intermediul e-mailului pe care l-au oferit la înscrierea în studiu. Aceeași procedură a fost urmată la al treilea punct de timp (1 an).

### **Strategia de analiză a datelor**

Analize de regresie ierarhice au fost efectuate pentru a determina influența predispoziției spre rușine, a simptomelor depresive, credințelor iraționale și a dificultăților de reglare emoțională cu fiecare categorie de simptome de anxietate. Pentru a controla pentru efectul simptomelor depresive, credințelor iraționale și al dificultăților de reglare emoțională, acestea au fost incluse în primul pas. Predispoziția spre rușine a fost inclusă în al doilea pas. Pentru simptomele de anxietate măsurate la 6 luni am utilizat măsurătorile inițiale ca și predictorii, iar la 1 an am folosit măsurătorile de la 6 luni.

### **Rezultate**

#### **Predispoziția spre rușine ca și predictor al simptomelor de anxietate socială**

##### *Măsurători inițiale (T1)*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională au explicat un procent semnificativ din varianța simptomelor de anxietate socială,  $F_{\text{change}}(3, 145) = 20.93, p < .001$ . Atunci când predispoziția spre rușine a fost introdusă în al doilea pas, aceasta a explicat un procent adițional de 16.3% din varianța anxietății sociale, schimbarea fiind una semnificativă,  $F_{\text{change}}(1, 144) = 43.97, p < .001$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 46.5% din varianța simptomelor de anxietate.

##### *6 luni (T2)*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la T1 au explicat 6.5% din varianța simptomelor de anxietate socială măsurate la 6 luni, dar schimbarea nu a fost semnificativă,  $F_{\text{change}}(3, 78) = 20.93, p = .152$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 15% din varianța simptomelor de anxietate socială,  $F_{\text{change}}(1, 77) = 14.73, p < .001$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 21.5%

din varianța simptomelor măsurate la T2, dar doar predispoziția spre rușine și credințele iraționale au fost predictorii semnificativi.

*1 an (T3)*

La 1 an, simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare măsurate la 6 luni au explicat 1.8% din varianța simptomelor de anxietate. Modelul nu a fost semnificativ statistic,  $F_{\text{change}}(3, 58) = .36, p = .784$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 15% din varianța anxietății sociale,  $F_{\text{change}}(1, 57) = 10.24, p = .002$ . Modelul complet a explicat 16.8% din varianța simptomelor de anxietate măsurate la T3, iar predispoziția spre rușine a fost singurul predictor semnificativ.

#### **Predispoziția spre rușine ca și predictor al simptomelor de anxietate generalizată** *Măsurători inițiale*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională au explicat un procent semnificativ de 25.2% din varianța simptomelor de anxietate generalizată,  $F_{\text{change}}(3, 145) = 16.26, p < .001$ . Atunci când predispoziția spre rușine a fost introdusă în al doilea pas, aceasta a explicat un procent adițional de 7.7% din varianța simptomelor de anxietate generalizată, iar schimbarea a fost una semnificativă,  $F_{\text{change}}(1, 144) = 16.47, p < .001$ . Împreună cele patru variabile au explicat 32.9% din varianța simptomelor de anxietate generalizată. Predispoziția spre rușine și dificultățile de reglare emoțională au fost singurii predictorii semnificativi.

*6 luni*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională evaluate la T1 au explicat un procent semnificativ de 11.5% din varianța simptomelor de anxietate generalizată,  $F_{\text{change}}(3, 78) = 3.37, p = .023$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 6.4% din varianța anxietății generalizate,  $F_{\text{change}}(1, 77) = 6.04, p = .016$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 17.9% din varianța anxietății generalizate măsurate la T2, predispoziția spre rușine a fost singurul predictor semnificativ.

*1 an*

La 1 an, simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la 6 luni au explicat 21.6% din varianța anxietății generalizate măsurate la 1 an, modelul fiind unul semnificativ  $F_{\text{change}}(3, 58) = 5.33, p = .003$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 2.1% din varianța anxietății generalizate,  $F_{\text{change}}(1, 57) = 1.59, p = .213$ . Modelul complet a explicat 23.7% din varianța anxietății generalizate măsurate la T3, iar credințele iraționale au fost singurul predictor semnificativ.

#### **Predispoziția spre rușine ca și predictor al simptomelor de panică** *Măsurători inițiale*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională au explicat un procent semnificativ de 38.1% din varianța simptomelor de panică,  $F_{\text{change}}(3, 145) = 29.74, p < .001$ . Atunci când predispoziția spre rușine a fost adăugată în următorul pas, a explicat un procent adițional de 0.3% din varianța simptomelor, dar schimbarea nu a fost semnificativă,  $F_{\text{change}}(1, 144) = .71, p = .402$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 38.4% din varianța simptomelor de panică.

*6 luni*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la T1 au explicat un procent semnificativ de 19% din varianța simptomelor de panică măsurate 6 luni mai târziu,  $F_{\text{change}}(3, 58) = 6.11, p = .001$ . Predispoziția spre rușine nu a explicat un procent adițional semnificativ din varianța simptomelor de panică,  $F_{\text{change}}(1, 77) = .01, p = .966$ . Simptomele depresive au fost singurul predictor semnificativ.

*1 an*

La 1 an, simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la 6 luni au explicat un procent de 26.6% din varianța simptomelor de panică măsurate la 1 an. Modelul nu a fost semnificativ statistic,  $F_{\text{change}}(3, 58) = .7, p < .001$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 0.6% din varianța simptomelor de panică,  $F_{\text{change}}(1, 57) = .46, p = .503$ . Modelul a explicat 27.2% din varianța simptomelor de panică măsurate la T3, iar simptomele depresive au fost singurul predictor semnificativ.

### **Predispoziția spre rușine ca și predictor al simptomelor obsesiv-compulsive**

#### *Măsurători inițiale*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională au explicat un procent semnificativ de 22.8% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive,  $F_{\text{change}}(3, 145) = 14.24, p < .001$ . Atunci când predispoziția spre rușine a fost adăugată în al doilea pas, a explicat un procent de 1.3% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive, dar schimbarea nu a fost semnificativă,  $F_{\text{change}}(1, 144) = 2.44, p = .121$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 24% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive.

#### *6 luni*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la T1 au explicat un procent de 5.3% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive măsurate la 6 luni, dar modelul a fost nesemnificativ,  $F_{\text{change}}(3, 78) = 1.46, p = .233$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 3.1% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive,  $F_{\text{change}}(1, 77) = 2.61, p = .111$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 8.4% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive măsurate la T2, dar niciuna dintre variabile nu a fost un predictor semnificativ.

#### *1 an*

La 1 an, simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la 6 luni au explicat un procent semnificativ de 13.6% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive măsurate la 6 luni,  $F_{\text{change}}(3, 58) = 3.05, p = .036$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 1.1% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive,  $F_{\text{change}}(1, 57) = .76, p = .386$ . Modelul complet a explicat 14.8% din varianța simptomelor obsesiv-compulsive măsurate la T3, iar credințele iraționale au fost singurul predictor semnificativ.

### **Predispoziția spre rușine ca și predictor al simptomelor de stres post-traumatic**

#### *Măsurători inițiale*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională au explicat un procent semnificativ de 39.7% din varianța simptomelor de stres post-traumatic,  $F_{\text{change}}(3, 145) = 31.86, p < .001$ . Atunci când predispoziția spre rușine a fost adăugată în al doilea pas, aceasta a explicat un procent adițional de 2.7% din varianța simptomelor de stres post-traumatic, iar schimbarea a fost una semnificativă,  $F_{\text{change}}(1, 144) = 6.83, p = .010$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 42.5% din varianța simptomelor de stres post-traumatic.

#### *6 luni*

Simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la T1 au explicat un procent semnificativ de 23.8% din varianța simptomelor de stres post-traumatic măsurate 6 luni mai târziu,  $F_{\text{change}}(3, 78) = 8.10, p < .001$ . Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional de 5.8% din varianța simptomelor de stres post-traumatic,  $F_{\text{change}}(1, 77) = 6.39, p = .014$ . Luate împreună cele patru variabile au explicat 29.6% din varianța simptomelor de stres post-traumatic măsurate la T2, predispoziția spre rușine și credințele iraționale fiind singurii predictorii semnificativi.

#### *1 an*

La 1 an, simptomele depresive, credințele iraționale și dificultățile de reglare emoțională măsurate la 6 luni au explicat un procent semnificativ de 38.2% din varianța



simptomelor de stres post-traumatic măsurate la 1 an,  $F_{\text{change}}(3, 58) = 11.956$ ,  $p < .001$ . Predispoziția spre rușine nu a explicat un procent adițional semnificativ,  $F_{\text{change}}(1, 57) = .005$ ,  $p = .944$ . Simptomele depresive au fost singurul predictor semnificativ.

### Discuție

Acest studiu a investigat predispoziția spre rușine ca predictor al simptomelor de anxietate pe o perioadă de 1 an. Rezultatele indică faptul că predispoziția spre rușine explică un procent semnificativ din varianța simptomelor de anxietate socială la momentul inițial, după 6 luni și după 1 an chiar și atunci când controlăm pentru efectul simptomelor depresive, credințelor iraționale și al deficitelor de reglarea emoțională. În timp ce procentul de varianță explicată prin celelalte trei variabile a scăzut de la valoarea inițială la 1 an (de la 30% la 1,8%), predispoziția spre rușine a continuat să explice în jur de 15% din varianța la fiecare moment de timp, fiind singurul predictor semnificativ atunci când toate variabilele au fost incluse în model. Predispoziția spre rușine a explicat un procent adițional din varianța simptomelor de anxietate generalizată și a simptomelor de stres post-traumatic la momentul inițial și după 6 luni, dar nu a fost un predictor semnificativ după un an. De asemenea, rușinea a fost singurul predictor semnificativ în cazul tulburării de anxietate generalizată măsurată la 6 luni. Predispoziția spre rușine nu a explicat un procent semnificativ din varianța simptomelor de panică și obsesiv-compulsive la nici unul dintre momentele de timp. Aceste rezultate sunt în concordanță cu cele obținute în meta-analiză și confirmă faptul că predispoziția spre rușine ar putea fi relevantă mai ales în cazul anxietății sociale și al tulburării de anxietate generalizată. De asemenea, rezultatele noastre replică rezultatele obținute de un alt studiu, care a arătat ca doar simptomele de anxietate socială și anxietate generalizată au fost asociate semnificativ cu predispoziția spre rușine atunci când s-a controlat pentru alte simptome de anxietate, simptome de depresie, și pentru predispoziția spre vinovăție (Fergus și colab., 2010).

## 3.4. STUDIUL 4. RUȘINEA CA ȘI PREDICTOR AL RUMINAȚIEI POST-EVENIMENT RELAȚIONATĂ CU ANXIETATEA SOCIALĂ<sup>2</sup>

### Introducere

Modelele ce conceptualizează anxietatea socială descriu ruminația post-eveniment/procesarea post-eveniment (RPE), ca fiind un factor important în menținerea anxietății sociale (de ex., Clark și Wells, 1995). RPE este definită ca tendința de a repeta mental sau de a insista asupra aspectelor negative ale unei situații sociale, după ce aceasta a trecut. În timp ce ruminația se concentrează asupra simptomelor depresive și a cauzelor și a consecințelor acestora, RPE este conceptualizată ca ruminație legată de neajunsurile și greșelile referitoare la performanța socială percepută (Kocovski și Rector, 2007). Studiile arată că indivizii cu niveluri ridicate de anxietate socială au niveluri mai ridicate de RPE după o situație provocatoare de anxietate (Abbott și Rapee, 2004; Edwards, Rapee, Franklin și 2003; Mellings și Alden, 2000), comparativ cu persoanele cu anxietate socială scăzută.

Potrivit lui Clark și Wells (1995) RPE este axată în principal pe sentimentele de anxietate ale individului și pe auto-evaluările negative legate de situația provocatoare de

---

<sup>2</sup> Acest studiu a fost acceptat spre publicare în forma prezentată în teză.

Candea, D. M., și Szentágotai-Tatar, A. (in press). Shame as a predictor of post-event rumination in social anxiety. *Cognition and Emotion*. doi: 10.1080/02699931.2016.1243518

Autorii au contribuit la acest studiu după cum urmează: Candea, D. M.: design-ul studiului, derularea studiului, analiza și interpretarea datelor, scrierea manuscrisului; Szentágotai-Tatar, A.: design-ul studiului, analiza și interpretarea datelor, scrierea manuscrisului.

anxietate. Aceiași autori susțin că gândurile și sentimentele resimțite într-o situație anxiogenă ghidează procesul de ruminare. Aceste asumții sunt susținute de cercetările empirice ce investighează diferiți predictorii ai RPE (de exemplu, Abbott și Rapee, 2004; Kocovski și Rector, 2007; Perini, Abbott, și Rapee, 2006). Datele empirice indică faptul că simptomele relaționate cu anxietatea socială, gândurile și emoțiile, inclusiv anxietatea stare și trăsătură, sunt predictorii ai REP (Kiko et al, 2012; Mellings și Alden, 2000).

Rușinea, o emoție auto-referențială caracterizată de prezența conștienței de sine și a auto-reprezentărilor (Tracy și Robins, 2004) este un alt predictor candidat al ruminării post-eveniment. Un studiu derulat de Zoccola, Dickerson și Lam (2012) arată că cognițiile și emoțiile relaționate cu rușinea într-o situație amenințătoare din punct de vedere social sunt un predictor semnificativ al RPE, mediind totodată efectului contextului social asupra RPE ulterioare. De asemenea, au fost obținute corelații pozitive între predispoziția spre rușine și ruminare în contextul simptomelor depresive (e.g. Orth și colab., 2006). Aceste date sugerează că persistența asupra unei experiențe de rușine duce la și mai mult stres psihologic.

Pe de altă parte există tot mai multe studii care arată că predispoziția spre rușine este asociată cu simptome de anxietate socială (de ex., Gilbert, 2000; Fergus și colab., 2010). Aceste rezultate indică asocieri puternice între predispoziția spre rușine și anxietatea socială, atât în contextul unor eșantioane clinice cât și a celor non-clinice (Gilbert, 2000).

Prezentul studiu a urmărit investigarea rolului rușinii în RPE asociată cu un eveniment social stresant. Aceasta cercetare extinde rezultatele anterioare, concentrându-se în mod specific asupra simptomelor de anxietate socială și testând totodată dacă rușinea (stare și trăsătură) are o contribuție unică la ruminare post-eveniment asociată anxietății sociale, contribuție distinctă de cea a factorilor bine validați, cum ar fi anxietatea stare și auto-evaluarea performanței. O sarcină ce implică ținerea unui discurs a fost folosită pentru a genera anxietate stare, iar RPE a fost evaluată la două puncte de timp: după o zi și după o săptămână. Ne-am așteptat ca indivizii cu anxietate ridicată să aibă niveluri mai ridicate de rușine stare în timpul discursului, și să se angajeze mai frecvent în RPE negativă ulterior. De asemenea, am emis ipoteza că rușinea ar fi un predictor semnificativ al RPE, și un mediator în relația dintre simptomele de anxietate socială și RPE.

## Metodă

### Participanți

Participanții au fost 104 studenți de la Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, care au participat voluntar la studiu în schimbul unor ore de practică. Eșantionul a inclus 95 de femei și 19 bărbați, cu vârste cuprinse între 18 și 28 de ani ( $M = 19.70$ ,  $SD = 1.72$ ).

### Măsurători

**Anxietate socială.** *Scala de Anxietate Socială Liebowitz : Versiunea Auto-Raportată* (The Liebowitz Social Anxiety Scale: Self-Report Version: LSAS-SR; Fresco și colab., 2001) a fost utilizată pentru a evalua simptomele de anxietate socială.

**Anxietate stare.** *Profilul Distresului Afectiv* (The Profile of Affective Distress: PAD; Opriș și Macavei, 2007) a fost utilizat pentru a evalua anxietatea stare. PAD include 39 de adjective ce evaluează emoțiile negative funcționale și disfuncționale ale categoriilor frică/anxietate și tristețe/depresie precum și emoțiile pozitive. Pentru acest studiu am folosit doar itemii categoriei frică/anxietate.

**Simptome depresive.** *Inventarul Beck de Depresie-II* (The Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer, și Brown 1996) a fost utilizat pentru a evalua simptomele depresive.

**Rușine.** Rușinea trăsătură a fost evaluată cu *Testul Afectului Auto-Referențial* (Test of Self-Conscious Affect-3: TOSCA-3; Tangney și colab., 2000), iar rușinea stare cu Chestionarul Emoțiilor Personale-2 (Personal Feelings Questionnaire-2: PFQ-2; Harder și Zalma, 1990)

**Auto-evaluarea performanței cu privire la discurs.** Am utilizat scala *Modified Perception of Speech Performance* (MPSP; Cody și Teachman, 2011) ca și o măsură subiectivă a performanței de a livra discursul.

**RPE.** *Chestionarul Gândurilor* (The *Thoughts Questionnaire*: TQ; Edwards și colab., 2003) a fost folosit pentru a evalua tendința participanților de a se angaja în ruminare post-eveniment ca urmare a livrării discursului.

**Indexul discrepanței dintre auto-evaluări și evaluările percepute ale evaluatorilor cu privire la performanță.** O versiune modificată a fost folosită pentru a evalua percepția participanților cu privire la feedback-ul primit din partea experimenterilor, aceștia fiind întrebați cum consideră că au fost evaluați de experimenterii dat fiind feedback-ul primit. Discrepanța dintre cum au crezut participanții că au fost evaluați de experimenterii și propriile lor evaluări a fost calculată și utilizată ca și covariată, pe baza asumției că o discrepanță mare ar putea fi asociată cu o credibilitate scăzută a feedback-ului.

## **Procedură**

Participanții s-au înregistrat on-line pentru studiu. Apoi au fost programați pentru sesiunea de laborator și au fost rugați să completeze on-line măsurătorile trăsătură și simptomele de anxietate socială. Procedura a fost adaptată după Rapee și Abbott (2007), cu o situație relevantă socială fiind utilizată pentru a genera ruminarea post-eveniment. Participanții au fost rugați să livreze un discurs de trei minute pe un subiect la alegere (în afară de participarea lor la cercetare și modul în care aceasta i-a făcut să se simtă) în fața a doi experimenterii și o cameră video. Acestora li s-a spus că vor primi feedback de la cei doi experimenterii, la sfârșitul discursului, și că performanțele lor vor fi apoi evaluate de către un expert în comunicare, pe baza secvenței filmate. În timpul sarcinii, experimenterii au pretins că au evaluat performanța participantului. Înainte de a da participanților instrucțiunile cu privire la sarcină, aceștia au completat măsurătorile ce evaluează rușinea și anxietatea stare. La finalul discursului, participanții au completat chestionarul de auto-evaluare a performanței și au primit feedback-ul. Cu scopul de a crește probabilitatea apariției RPE, toți participanții au primit un feedback negativ standard. Imediat după feedback, participanții au completat din nou măsurătorile ce evaluează rușinea și anxietatea stare, precum și chestionarul ce evaluează percepția lor cu privire la evaluările primite din partea experimenterilor. La finalul sesiunii, participanților li s-a comunicat că participarea lor la studiu se va termina după ce vor completa două chestionare online primite prin e-mail, a doua zi și o săptămână mai târziu. Participanții au fost informați cu privire la toate detaliile legate de studiu, după o săptămână, prin e-mail, după ce au completat toate măsurătorile.

## **Strategia de analiză a datelor**

Pentru a evalua dacă discursul a fost o situație anxiogenă, am utilizat teste  $t$  având ca și variabile dependente anxietatea și rușinea stare. Pentru a evalua evoluția în timp a RPE în funcție de nivelurile de anxietate socială am utilizat o ANOVA mixtă între-intra subiecți. Corelațiile Pearson  $r$  au fost utilizate pentru a investiga asocierea dintre RPE și alți potențiali predictorii la ambele momente de timp. Ulterior, pentru a explora dacă rușinea este un predictor unic și semnificativ al RPE la o săptămână după discurs, am efectuat o analiză de regresie ierarhică. În final, am realizat o analiză de mediere utilizând procedura analizei de cale și având rușinea stare ca mediator al relației dintre anxietatea socială și RPE.

## Rezultate

### *Date lipsă, statistici descriptive și caracteristici clinice ale eșantionului*

Am avut unele date lipsă din cauza faptului că unii dintre participanți nu au completat toți itemii chestionarelor. Numărul maxim de participanți pentru care datele nu au fost disponibile în analize nu a depășit 5,8% (N = 6), pentru oricare dintre măsurători. Nu am realizat imputarea datelor pentru aceste cazuri. Scorurile la chestionarul ce vizează simptomele de anxietate socială au variat între 2 și 109. 60% dintre participanți (N = 60) au avut un scor mai mare sau egal cu 30, acesta fiind scorul limită pentru simptome clinice de anxietate socială la scala LSAS-SR (Rytwinski și colab., 2009). Cu toate acestea, studiile efectuate pe eșantioane de studenți subliniază faptul că scorurile mai mari de 55 indică mai bine niveluri de anxietate socială moderată și severă în cazul acestei populații (Russell și Shaw, 2009). 26% dintre participanți (N = 26) au avut scoruri mai mari de 55. Pe baza acestui scor, participanții au fost împărțiți în două grupuri: participanți cu simptome subclinice și participanți cu simptome relevante clinic.

### *Controlul manipulării*

Un test *t* a fost utilizat pentru a testa dacă discursul a fost o situație anxiogenă. Rezultatele au indicat că nivelul de anxietate stare a crescut semnificativ după primirea feedback-ului,  $t(101) = -5.91$ ,  $p < .001$ , Cohen's  $d = .35$ . De asemenea, nivelul de rușine stare experiențiat după feedback a fost mai mare  $t(101) = -7.55$ ,  $p < .001$ ,  $d = .64$ .

### *Diferențe în nivelul de ruminație post-eveniment în funcție de nivelul de anxietate socială*

Pentru a evalua efectul anxietății sociale asupra RPE am utilizat o analiză de varianță mixtă inter-intra subiecții (ANOVA; Type III sum of squares, care sunt robuste pentru grupuri de dimensiuni inegale) utilizând timpul ca și factor intra-subiecți și grupul (pe baza scorului la scala de anxietate socială) ca și factor inter-subiecți. Am obținut un efect principal al timpului,  $F(1, 92) = 24.47$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .21$ , al grupului,  $F(1, 92) = 5.00$ ,  $p = .028$ ,  $\eta_p^2 = .05$  și al interacțiunii timp\*grup,  $F(1, 92) = 12.73$ ,  $p = .001$ ,  $\eta_p^2 = .12$ . Comparațiile pereche cu pereche intra-subiecți (ajustare Sidak) au indicat o creștere a nivelului RPE de la o zi la o săptămână în cazul participanților cu simptome relevante clinic,  $p < .001$ , în timp ce în cazul subiecților cu simptome subclinice nu au fost observate schimbări semnificative. Comparațiile pereche cu pereche inter-subiecți nu au indicat diferențe între grupuri la o zi după discurs, dar la o săptămână după, nivelul de RPE a fost semnificativ mai ridicat în cazul participanților cu simptome relevante clinic,  $p = .001$ . Testele *t* independente și pereche ulterioare utilizând corecția Bonferroni (utilizând corecția pentru inegalitatea varianțelor, acolo unde a fost cazul), ce sunt mai puțin sensibile la eșantioane inegale, au condus la concluzii identice. O analiză similară în care am controlat pentru efectului discrepantei dintre percepția cu privire la evaluările experimentatorilor și propria evaluare a condus la aceeași concluzie. Nici efectul principal al discrepantei ( $F(1, 90) = .189$ ,  $p = .664$ ), nici interacțiunea efectului cu timpul nu au fost semnificative ( $F(1, 90) = 1.738$ ,  $p = .191$ ). De asemenea, dat fiind nivelul ridicat de comorbiditate între anxietatea socială și simptomele depresive, am reluat analiza introducând simptomele depresive ca și covariată; am obținut un efect semnificativ al interacțiunii timp\*grup ( $F(1, 89) = 8.909$ ,  $p = .004$ ), dar niciun alt efect semnificativ. Rezultatele acestei analize și comparațiile pereche cu pereche ulterioare au condus la concluzii similare celor oferite de analiza primară.

### *Relațiile dintre anxietatea socială, anxietatea socială, evaluările performanței, rușine și ruminație post-eveniment*

Am calculat corelații bidirecționale Pearson între fiecare pereche de variabile. Datele sunt prezentate în Tabelul 1. Așa cum ne-am așteptat, RPE la o săptămână a fost corelat pozitiv cu simptomele de anxietate socială, anxietate stare, rușine stare și predispoziția spre rușine, și corelată negativ cu auto-evaluarea performanței. De cealaltă parte însă, RPE măsurată la o zi după discurs nu a fost relaționată semnificativ cu simptomele de anxietate socială, anxietate stare și predispoziția spre rușine, dar a fost corelat pozitiv cu performanța auto-evaluată și negativ cu rușinea stare.

#### *Analiza de regresie ierarhică privind predictorii ruminăției post-eveniment*

O analiză de regresie ierarhică a fost utilizată pentru a determina efectului anxietății, rușinii și al performanței asupra nivelului de RPE la o săptămână după discurs (vezi Tabelul 2). Anxietatea socială a fost introdusă în primul pas. Anxietatea stare și performanța auto-evaluată au fost introduse în al doilea pas. Rușinea stare și predispoziția spre rușine au fost introduse în pasul trei.

Anxietatea socială a explicat un procent semnificativ de 6.6% din varianța RPE,  $F_{\text{change}}(1, 90) = 6.34, p = .014$ . Atunci când anxietatea stare și performanța auto-evaluată au fost introduse în al doilea pas, acestea au explicat un procent semnificativ de 13.8% din varianța simptomelor RPE, schimbarea în  $R^2 = .138$  fiind una semnificativă,  $F_{\text{change}}(2, 88) = 7.60, p = .001$ . Atunci când toate variabilele au fost introduse, modelul a explicat un procent adițional de 17.2% din varianța RPE,  $F_{\text{change}}(2, 86) = 11.84, p < .001$ , rușinea stare fiind singurul predictor semnificativ. Luate împreună cele cinci variabile au explicat 37.5% din varianța RPE.

Tabel 1

#### *Corelațiile Pearson r pentru fiecare pereche de variabile*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Anxietate socială							
2. Anxietatea stare după feedback	.39**						
3. Predispoziția spre rușine	.55**	.26*					
4. Rușinea stare după feedback	.51**	.68**	.44**				
5. Auto-evaluarea performanței	-.39**	-.41**	-.23*	-.59**			
6. Discrepanța dintre auto-evaluarea performanței și evaluările percepute din partea experientatorilor	-.27**	-.24*	-.16	-.23*	.52**		
7. Ruminația post-eveniment la o zi	-.14	-.18	-.00	-.29*	.42**	.18	
8. Ruminația post-eveniment la o săptămână	.32*	.44**	.30*	.62**	-.29*	-.12	.00

Note. \* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

#### *Analiza de mediere*

O analiză de mediere utilizând *ordinary least squares path analysis* a fost efectuată pentru a estima rușinea stare din simptomele de anxietate socială și RPE atât din simptomele de anxietate socială cât și din rușinea stare, rușinea stare fiind mediatorul propus (vezi Figura 1). Simptomele de anxietate socială au fost pozitiv relaționate cu rușinea stare (calea  $a = .187, p < .001$ ). De asemenea, rușinea stare a prezis pozitiv nivelul de RPE atunci când am controlat pentru simptomele de anxietate socială (calea  $b = .946, p < .001$ ). Un interval de încredere pentru efectul indirect corectat cu bootstrap pentru bias-uri (calea  $ab = .177$ ) bazat pe 10000 de eșantioane de bootstrapping a fost în întregime peste zero (.111 to .261). Efectul indirect al anxietății sociale asupra RPE (calea  $c' = -.036$ ) nu a fost semnificativ statistic ( $p = .508$ ).

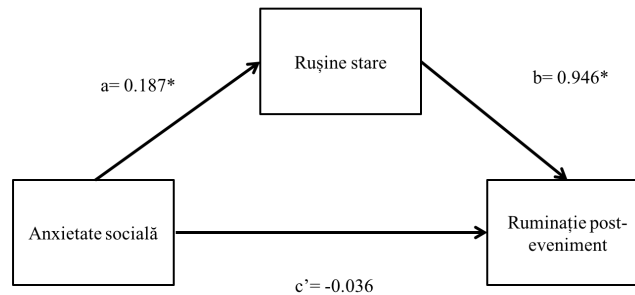


Figura 1. Analiza de mediere cu rușinea stare ca și mediator al relației dintre anxietatea socială și ruminarea post-eveniment. \* $p < .001$ .

### Discuție

Prezentul studiu a examinat potențialul rol de predictor al RPE în relație cu o situație anxioasă (discurs). Inducția emoției a avut succes; atât nivelul de anxietate stare cât și cel de rușine crescând după discurs. Participanții, cu simptome de anxietate socială relevante clinic au experiențat niveluri mai ridicate de RPE o săptămână mai târziu. Acest lucru este în concordanță cu cercetările anterioare efectuate atât pe eșantioane non-clinice cât și în cazul persoanelor diagnosticate cu tulburare de anxietate socială (Abbott și Rapee, 2004). Cu toate acestea, la o zi după discurs nu au existat diferențe între cele două grupuri în ceea ce privește nivelul de RPE. De asemenea, rezultatele pe baza scorurilor continue ale simptomelor de anxietate socială au indicat o corelație ridicată semnificativă între aceste simptome și RPE la o săptămână după, dar nu și la o zi după discurs. O posibilă explicație pentru aceste rezultate discordante la cele două momente de timp, ar putea avea legătură cu procedura utilizată în acest studiu. În timp ce în cele mai multe studii anterioare participanții nu au primit feedback cu privire la performanța lor, în studiul nostru ei au primit un feedback negativ standardizat. Rezultatele noastre pot reflecta faptul că, pe termen scurt, o situație socială negativă declanșează procesul ruminativ la majoritatea oamenilor, fiind o modalitate de a reflecta și de a învăța din respectiva experiență.

Una dintre cele mai importante contribuții ale acestui studiu este legată de confirmarea rușinii ca predictor semnificativ al RPE și un mediator al asocierii sale cu simptomele de anxietate socială. Analiza de regresie a arătat că rușinea stare a explicat un procent semnificativ din varianța RPE dincolo de cel explicat de alte variabile bine validate (simptome de anxietate socială, anxietatea stare, auto-evaluarea performanței). De asemenea, rușinea stare a fost un mediator în relația dintre simptomele de anxietate socială și RPE măsurată la o săptămână. Predispoziția spre rușine nu a fost un predictor semnificativ al RPE, dar acest lucru este în concordanță cu studiile care arată că măsurile stare sunt predictori mai buni ai RPE decât cele trăsătură, atunci când ambele sunt luate în considerare (Kiko și colab., 2012).

Din cunoștințele noastre, acesta este unul dintre puținele studii care arată că rușinea ar putea juca un rol important în procesele care sunt relevante pentru dezvoltarea anxietății sociale. Studiile axate pe modul în care oamenii evaluează propria lor performanță în situații relevante social au indicat ca aceste auto-evaluări sunt predictori semnificativi ai RPE (de ex., Abbott și Rapee, 2004). Rezultatele noastre indică faptul că experiența rușinii este mai importantă decât auto-evaluările performanței, deoarece acestea nu mai sunt un predictor semnificativ al RPE atunci când este rușinea este introdusă în modelul de regresie. Studiul nostru sugerează în mod indirect că modul în care o persoană se evaluează ca întreg (evaluarea globală a sinelui), o caracteristică importantă a rușinii, ar putea fi, de asemenea, un

factor relevant pentru RPE. Studiile viitoare ar trebui să investigheze în mod direct dacă efectul RPE se datorează acestor auto-evaluări globale negative.

### 3.5. STUDIUL 5. REEVALUAREA COGNITIVĂ ÎN CAZUL RUȘINII-ROLUL AUTO-EVALUĂRILOR GLOBALE NEGATIVE

#### Introducere

Abilitatea de a regla în mod eficient emoțiile a fost conceptualizată și confirmată de studiile empirice ca fiind centrală pentru bunăstarea emoțională. Se estimează că până la 75% dintre tulburările mentale incluse în manualele de diagnostic sunt caracterizate de prezența unor dificultăți legate de emoții și reglarea acestora (Kring și Werner, 2004; Werner și Gross, 2010). Dovezile empirice sumarizate în mai multe review-uri meta-analitice indică că deficitul de reglare emoțională sunt asociate cu psihopatologie și cu un nivel mai sever și îndelungat de distres (Aldao, Nolen-Hoeksema, și Schweizer, 2010; Hu și colab., 2014; Webb, Miles, și Sheeran, 2012).

Predispoziția spre rușine a fost asociată în mod consistent cu diferite forme de psihopatologie, inclusiv depresie, anxietate, tulburări de comportament alimentar și tulburări de personalitate (de ex., Andrews et al, 2002. Gilbert, Pehl, și Allan, 1994; Keith și colab., 2009; Rusch și colab, 2007; Tangney și colab., 1992). În ciuda asocierilor dintre rușine și psihopatologie, precum și a faptului că deficitul de reglare emoțională sunt considerate esențiale pentru multe tulburări emoționale (Gross și Munoz, 1995), există foarte puține cercetări privind reglarea rușinii. Acest lucru este surprinzător, ținând cont de faptul că s-a sugerat că poate nu tendința de a simți rușine contribuie la psihopatologie, ci mai ales reglarea deficitară a acesteia (Bybee, Zigler, Berliner, și Merisca, 1996; Quiles și Bybee, 1997). Datele existente arată că predispoziția spre rușine este asociată pozitiv cu ruminația (Joireman, 2006) și că relația dintre rușine și simptomele depresive este mediată de ruminație (Cheung și colab, 2004; Orth et al, 2006). De asemenea, un studiu a arătat că reglarea emoțiilor auto-referențiale ar putea fi diferită de reglarea emoțiilor bazale. Mai precis, în timp ce o perspectivă de auto-distanțare a redus furia și tristețea, această strategie de reglare emoțională nu a atenuat emoțiile de rușine și vinovăție (Katzir și Eyal, 2013).

#### *Studiul curent*

Scopul principal al acestui studiu a fost compararea eficienței a două tipuri de reevaluare cognitivă în reglarea rușinii. Bazându-ne pe ipoteza propusă de Katzir și Eyal (2013), am testat, de asemenea, dacă efectul strategiei de reglare emoțională este datorat impactului acesteia asupra auto-evaluărilor globale negative ce stau la baza emoției rușinii. În primul rând, rușinea a fost indusă experimental utilizând o sarcină de reamintire în care participanții au fost rugați să-și amintească o experiență rușinoasă din trecutul lor. În continuare, am comparat efectul reevaluării prin auto-distanțare, reevaluării centrate pe auto-evaluări negative, și al unui grup de control asupra nivelului de rușine stare. Instrucțiunile de auto-distanțare au fost similare cu cele utilizate de Katzir și Eyal (2013), participanții fiind rugați să reevalueze situația adoptând perspectiva unei terțe persoane/observator. Am ales să comparăm auto-distanțarea cu o strategie de reevaluare care vizează auto-evaluările globale negative care stau la baza rușinii prin centrarea evaluării pe comportamente specifice, subliniind în același timp că aceste greșeli nu reflectă valoarea individului ca întreg. Această formă de reevaluare este ecologică, fiind similară cu restructurarea cognitivă utilizată pentru a restructura evaluările globale în terapia cognitiv-comportamentală. Studiul nostru extinde

cercetările anterioare prin evaluarea directă a auto-evaluărilor negative, și testarea efectului lor de mediere asupra relației dintre strategia de reglare emoțională și experiența rușinii.

## Metodă

### Participanți

O sută treisprezece studenții la psihologie în cadrul Universității Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, au participat la studiu în schimbul unor ore de practică. Eșantionul a inclus 99 de femei și 14 bărbați, a căror vârstă variază între 18 și 45 de ani ( $M = 22.12$ ,  $SD = 4.33$ ).

### Măsurători

**Rușine stare.** Subscala de rușine din *Chestionarul Emoțiilor Personale-2* (Personal Feelings Questionnaire-2: PFQ-2; Harder și Zalma, 1990) a fost utilizată pentru a măsura rușinea stare. Subscala include 10 itemi ce evaluează simptomele de rușine prin utilizarea a 10 adjective (de ex., umilit, jenat, etc.) ce sunt evaluate pe o scală Likert cu 5 puncte.

**Auto-evaluări negative.** O variantă adaptată a versiunii scurte a *Chestionarului Gândurilor Automate* (Automatic Thoughts Questionnaire Short Version: ATQ; Netemeyer și colab., 2002) a fost utilizată pentru a măsura auto-evaluările negative. ATQ conține 15 itemi evaluați pe o scală Likert cu 5 puncte. Chestionarul a fost dezvoltat ca o măsură a celor mai frecvente gânduri și auto-evaluări negative asociate cu depresia. La cei 5 itemi ce evaluează auto-evaluările negative am mai adăugat trei astfel de itemi și le-am cerut participanților să evalueze măsura în care s-au gândit în acest fel în timp ce și-au amintit situația în care s-au simțit rușinați.

**Controlul manipulării.** Pentru a verifica dacă participanții au urmat instrucțiunile am dezvoltat un chestionar cu 12 itemi care a evaluat măsura în care participanții și-au reimaginat situația: (1) la fel ca și prima dată (din prisma propriei perspective, 4 itemi); (2) utilizând perspectiva unei a treia persoane (4 itemi); (3) reevaluând situația prin restructurarea auto-evaluărilor negative (4 itemi).

### Procedura

**Faza de training.** Participanții la cele două grupuri experimentale au participat la o sesiune de instruire menită să-i familiarizeze cu strategia de reglare emoțională pe care o vor folosi în faza experimentală. Acestora li s-a spus că există mai multe modalități prin care putem să ne raportăm la situațiile stresante din viața noastră, iar apoi li s-a prezentat strategia atribuită grupului lor (adoptând perspectiva unei terțe persoane sau reevaluarea centrată pe auto-evaluările negative). Aceste strategii au fost apoi practicate folosind cinci scenarii care descriu situații stresante. La sfârșitul acestei faze, au avut o pauză de zece minute, urmată de faza experimentală. Participanții din grupul de control nu au urmat nici o pregătire înainte de a participa la sesiunea de laborator.

**Faza experimentală.** A fost utilizată o strategie de reamintire liberă în care participanții au fost instruiți să se gândească la trei situații în care s-au simțit rușinați, apoi au fost rugați să aleagă situația în care rușinea a fost cea mai intensă și să o descrie experimentatorului timp de cinci minute, în timp ce este filmat. La începutul și la sfârșitul acestei faze, participanții au completat măsurătorile ce au evaluat rușinea stare. După inducerea emoției, au fost evaluate auto-evaluările negative. Fiecare participant a primit apoi instrucțiunile atribuite uneia dintre cele trei condiții: auto-distanțare, reevaluare centrată pe auto-evaluări negative și control. La finalul perioadei de 5 minute, participanții au evaluat nivelul de rușine actual, auto-evaluările negative, și au completat chestionarul de control al manipulării. La final le-au fost oferite informații cu privire la scopul studiului și li s-a mulțumit pentru participare.



### *Controlul manipulării*

Analizele de varianță uni-factoriale (ANOVAs) au indicat efecte principale ale strategiei de reglare emoțională asupra nivelului de auto-distanțare auto-raportat,  $F(2, 53.10) = 62.91, p < .001$ , precum și asupra reevaluării centrate pe auto-evaluările negative,  $F(2, 53.91) = 9.60, p < .001$ . Testele post-hoc Games-Howell au indicat că participanții din condiția de auto-distanțare s-au angajat în auto-distanțare într-o măsură mai mare decât cei din grupul centrat pe auto-evaluări ( $p < .001$ ) sau grupul de control ( $p < .001$ ). De asemenea, participanții din grupul centrat pe auto-evaluări au reevaluat într-o măsură mai mare decât cei din grupul de control ( $p < .001$ ), în timp ce diferența față de grupul de auto-distanțare a fost marginal semnificativă ( $p = .058$ ). Aceste rezultate sugerează un control al manipulării eficient.

### *Efectul strategiilor asupra nivelului de rușine stare*

Pentru a testa efectul strategiilor de reglare emoțională asupra nivelului de rușine stare, am efectuat o analiză de varianță mixtă intra-inter subiecți. Rezultatele au indicat efecte principale ale timpului  $F(1.80, 194.62) = 24.47, p < .001, \eta_p^2 = .44$ , și al interacțiunii timp\*grup,  $F(3.60, 194.62) = 82.99, p = .042, \eta_p^2 = .05$ , iar efectul grupului a fost ne semnificativ. Comparațiile pereche cu pereche intra-subiecți (ajustare Sidak) au indicat creșteri ale nivelului de rușine de la T1 (nivel de bază) la T2 (după inducerea emoției),  $p < .001$ , și de la T1 la T3 (după utilizarea strategiei),  $p < .001$ ; nu au existat schimbări semnificative de la T2 la T3. Comparațiile timp\*grup au indicat că după utilizarea strategiei nivelul de rușine a scăzut semnificativ pentru cei din grupul de reevaluare centrată pe auto-evaluări comparativ cu cei din grupul de control,  $p = .012$ .

### *Efectul strategiei asupra nivelului de auto-evaluări negative*

O analiză similară a fost efectuată având auto-evaluările negative ca și variabilă dependentă. Am obținut un efect semnificativ al interacțiunii timp\*grup,  $F(2, 82) = 11.75, p < .001, \eta_p^2 = .22$ , dar efecte ne semnificative pentru timp și grup. Comparațiile timp\*grup au indicat că nivelul de auto-evaluări negative a scăzut semnificativ în grupul centrat pe acestea,  $p = .001$ , a crescut semnificativ în grupul de control,  $p = .002$ , și nu s-a schimbat semnificativ în grupul de auto-distanțare,  $p = .096$ . De asemenea, nu au existat diferențe între grupuri înaintea utilizării strategiilor, dar după utilizarea acestora, nivelul de auto-evaluări negative a fost semnificativ mai redus în grupul menit să le modifice comparativ cu grupul de auto-distanțare ( $p = .025$ ) și grupul de control ( $p = .001$ ).

### *Mecanisme ale schimbării*

Am testat dacă schimbările în auto-evaluările negative au mediat efectul strategiei de reevaluare centrate pe ele asupra nivelului de rușine (vezi Figura 1). Am utilizat ca și predictor strategia de reglare emoțională codată ca și variabilă dummy, grupul de control fiind cel de referință, iar grupul de reevaluare centrată pe auto-evaluări fiind cel de interes. Am utilizat o analiză de mediere bazată pe *ordinary least squares path analysis*, ce estimează schimbările în auto-evaluările negative pe baza efectului grupului și al schimbărilor în rușinea stare atât din efectul grupului cât și schimbărilor în auto-evaluările negative, schimbările în auto-evaluările negative fiind mediatorul propus. Grupul a fost pozitiv relaționat cu schimbările în auto-evaluările negative (calea  $a = -7.302, p < .001$ ). Schimbările în auto-evaluările negative au prezis schimbările în nivelul de rușine atunci când am controlat pentru efectul grupului (calea  $b = .375, p < .001$ ). Un interval de încredere pentru efectul indirect corectat cu bootstrap pentru bias-uri (calea  $ab = -2.739$ ) bazat pe 10000 de eșantioane de bootstrapping a fost în întregime sub zero (-4.659 to -1.325). Efectul direct al grupului asupra schimbărilor în nivelul de rușine ( $c'$  path = -.053) nu a fost semnificativ ( $p = .968$ ).

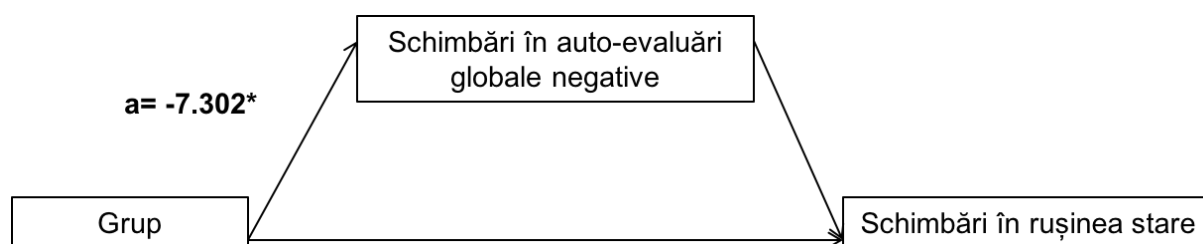


Figura 1. Analiza de mediere cu schimbările în nivelul de auto-evaluări negative ca mediator al relației dintre grup și schimbările în nivelul de rușine.  $*p < .001$ .

### Discuție

Prezentul studiu a comparat impactul a două tipuri de reevaluare asupra nivelului de rușine indusă experimental printr-o probă de laborator. Procedura de inducere a fost eficientă nivelurile de rușine stare crescând semnificativ după ce participanții și-au adus aminte și au descris o experiență din trecut în care s-au simțit rușinați. Datele reflectă un control eficient al manipulării strategiei. Rezultatele indică că doar strategia de reevaluare centrată pe auto-evaluări a redus semnificativ nivelul de rușine comparativ cu grupul de control. Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că, deși nivelurile de rușine au scăzut după utilizarea strategiei, această diferență nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic. De asemenea, nu am găsit o diferență semnificativă între nivelurile de rușine experiențiate de participanții din grupul de reevaluarea centrată pe auto-evaluări și cei din grupul de auto-distanțare. Aceste rezultate sugerează că reevaluarea centrată pe auto-evaluări negative ar putea fi o strategie eficientă de reducere a rușinii, dar s-ar putea să fie nevoie de training-uri mai intense și mai complexe pentru a spori credibilitatea perspectivei alternative și astfel eficacitatea acesteia. În acest studiu, am folosit o tehnică de reevaluare generală standard, restructurările personalizate și focusate mai îndeaproape pe conținutul auto-evaluărilor globale fiind probabil mai potrivite.

Una dintre cele mai importante contribuții ale acestei cercetări este legată de investigarea schimbărilor în auto-evaluările negative ca și mecanism al influenței reevaluării asupra rușinii stare. Studiul de față a indicat că schimbările în auto-evaluările negative, mediază impactul strategiei centrate pe acestea asupra nivelului de rușine stare. Cele mai multe cercetări în domeniul emoțiilor auto-referențiale presupune că evaluările globale ale sinelui sunt caracteristici cognitive de bază ale rușinii; cu toate acestea, datele empirice privind testarea acestei ipoteze lipsesc. Conform cunoștințelor noastre, acesta este primul studiu ce arată că schimbările în auto-evaluările negative sunt asociate cu schimbări în nivelul rușinii. Aceste rezultate sunt în concordanță cu modelele propuse de Lewis (1971) și Tracy și Robins (2004), ambele descriind evaluările globale ale sinelui ca fiind elemente centrale ale rușinii.

Rezultatele obținute în acest studiu adresează o limită importantă a studiilor anterioare arătând că reglarea emoțiilor auto-referențiale urmează un tipar diferit de cel al reglării emoțiilor bazale. Mai mult, acesta este unul dintre puținele studii care au explorat reglarea emoțională în contextul rușinii induse experimental.

### 3.6. STUDIUL 6. EFECTUL REEVALUĂRII COGNITIVE ȘI AL AUTO-COMPASIUNII ASUPRA PREDISPOZIȚIEI SPRE RUȘINE ȘI AL SIMPTOMELOR DE ANXIETATE SOCIALĂ

#### Introducere

Dacă în cazul emoțiilor bazale, este bine stabilit faptul că deficitul în reglarea emoțională sunt asociate cu niveluri mai severe și perioade mai lungi de distres (Aldao și colab., 2010), cercetările privind reglarea rușinii și a altor emoții auto-referențiale sunt abia în fazele ei lor de început. Există doar câteva studii, care indică o asociere între rușine, ruminație și simptome depresive (Cheung și colab., 2004; Joireman, 2004. Orth et al, 2006). S-ar putea presupune că reglarea rușinii urmează aceleași tipare ca și cele identificate în cazul emoțiilor bazale, cu toate acestea, există unele indicii care indică că nu este cazul. De exemplu, Katzir și Eyal (2013) au arătat că auto-distanțarea este eficientă în reducerea furiei și a tristeții, dar nu atenuează emoțiile de rușine și de vinovăție. O strategie care ar putea fi deosebit de eficientă în reducerea rușinii și auto-criticii este auto-compasiunea (Gilbert și Irons, 2004, Gilbert și Procter, 2006). Auto-compasiunea implică trei componente principale: bunătate îndreptată spre sine, umanitate și mindfulness (Neff, 2003a). Aceste componente sunt reflectate în "*a fi deschis și atent la propria suferință, manifestând sentimente de grijă și bunătate față de sine, adoptând o atitudine înțelegătoare și lipsă de prejudecăți față de defecte și eșecuri, și recunoscând că experiența personală este parte a experienței umane comune*" (Neff, 2003a, p. 224).

Cu toate că auto-compasiunea este privită ca o strategie promițătoare pentru reducerea rușinii și a predispoziției spre rușine, doar două studii au investigat această ipoteză. Primul studiu a arătat că utilizarea unor exerciții de auto-compasiune pe parcursul unei perioade de două săptămâni a redus semnificativ predispoziția spre rușine, comparativ cu o condiție de control (Kelly, Zuroff, și Shapira, 2009). Al doilea studiu a inclus trei exerciții de auto-compasiune, pe o perioadă de o săptămână și a arătat că grupul de auto-compasiune a fost asociat cu niveluri semnificativ mai mici de rușine, comparativ cu un grup de scriere expresivă, dar important de notat, nu au fost observate diferențe semnificative în comparație cu un control grup (Johnson și O'Brien, 2013). Același studiu arată că, în grupul de auto-compasiune predispoziția spre rușine a scăzut în mod semnificativ de la pre-test la follow-up-ul derulat la două săptămâni după încheierea intervenției.

În ciuda rezultatelor încurajatoare în ceea ce privește efectele auto-compasiunii asupra rușinii, nu este clar dacă această strategie este mai eficientă decât strategiile de reglare emoțională adaptive bine validate, cum ar fi reevaluarea cognitivă. Există două studii care au arătat că auto-compasiunea este la fel de eficientă ca și reevaluarea cognitivă în reducerea dispoziției depresive (Dietrich, Grant, Hofmann, Hiller, și Berking, 2014) și a emoțiile auto-referențiale (un scor total, incluzând rușine, jenă, timiditate, vinovăție, și regret; Armitsu și Hofmann, 2015).

#### *Studiul curent*

Scopul principal al acestui studiu a fost compararea eficienței unui training de auto-compasiune cu un training de reevaluare cognitivă în reducerea simptomelor de anxietate socială și a predispoziției spre rușine într-un eșantion de persoane anxioase social. Training-ul de auto-compasiune a fost centrat pe cele trei componente ale auto-compasiunii propuse de Neff (2003a), în timp ce training-ul de reevaluare a fost inspirat din reevaluarea cognitivă utilizată în terapia rațional-emoțiv comportamentală (*rational-emotive behavioral therapy*: REBT).

De asemenea, am testat dacă indivizii instruiți în utilizarea acestor strategii de reglare emoțională își pot regla mai bine emoțiile negative într-o situație experimentală de inducere a emoției de rușine în laborator. Mai precis, am testat ipoteza ca auto-compasiunea ar fi mai eficientă în reducerea simptomelor de anxietate socială și a predispoziției spre rușine comparativ cu reevaluarea cognitivă, și că ambele strategii ar duce la scăderi semnificative în comparație cu o listă de așteptare. De asemenea, ne-am așteptat ca în urma unei proceduri de inducere a rușinii, cei din condițiile experimentale să resimtă niveluri mai scăzute de rușine și de emoții negative în comparație cu cei din grupul de control. În cele din urmă, am explorat impactul acestor strategii asupra auto-compasiunii trăsătură și a credințelor irațional, testând totodată dacă schimbările în simptomele de anxietate socială sunt asociate cu schimbări în predispoziția spre rușine, auto-compasiune și credințe iraționale.

## Metodă

### Participanți

O sută treizeci și șase de studenți la psihologie au participat în schimbul unor ore de practică. Recrutarea a avut loc în două valuri, martie 2015 și octombrie 2015, prin anunțuri online postate pe grupurile de discuții ale studenților. Pentru a se înscrie la acest studiu, participanții au completat on-line mai multe întrebări demografice și *Scala Liebowitz de Anxietate Socială: Versiune Auto-Raportată* (LSAS-SR; Fresco și colab., 2001). Doar participanții care au obținut cel puțin un scor de peste 30 la această măsurătoare au fost incluși în acest studiu. LSAS-SR prezintă o sensibilitate și specificitate bună la criteriile clinice ale Asociației Americane de Psihiatrie pentru tulburarea de anxietate socială, scorul limită de 30 identificând în mod corect peste 90% dintre persoanele ce pot fi diagnosticate cu tulburare de anxietate socială (Mennin și colab., 2002). La studiu au participat 120 de femei și 16 bărbați a căror vârstă a variat între 18 și 45 de ani ( $M = 21.85$ ,  $SD = 4.49$ ). Participanții au fost repartizați aleatoriu în grupul de training de reevaluare, auto-compasiune sau în lista de așteptare utilizând un generator computerizat de numere aleatoare.

### Măsurători

**Anxietate socială.** Simptomele de anxietate socială au fost evaluate cu două scale *Scala Liebowitz de Anxietate Socială: Versiune Auto-Raportată* (Liebowitz Social Anxiety Scale: Self-Report Version: LSAS-SR; Leibowitz, 1987) și *Scala Scurtă a Fricii de Evaluare Negativă* (Brief Fear of Negative Evaluation: BFNE; Leary, 1983). BFNE este o măsurătoare ce include 12 itemi ce evaluează frica de a fi evaluat negativ de ceilalți, această frică fiind considerată un element central al anxietății sociale.

**Predispoziția spre rușine.** Tendința de a resimți rușine a fost evaluată cu scala *Testului Afectului Auto-Referențial-3* (Test of Self-Conscious Affect-3: TOSCA-3; Tangney și colab., 2000).

**Auto-compasiunea.** *Scala de Auto-Compasiune* (The Self-Compassion Scale: SCS; Neff, 2003b) este un chestionar de 26 de itemi construit să evalueze nivelul de auto-compasiune pe baza celor trei componente: umanitate, mindfulness și bunătate îndreptată spre sine.

**Credințele iraționale/raționale.** *Scala de Atitudini și Credințe-II* (The Attitude and Beliefs Scale II; ABS-II; DiGiuseppe și colab., 1988) este o măsurătoare de auto-raportare ce evaluează gândirea disfuncțională.

**Rușinea stare.** *Scala Chestionarul Emoțiilor Personale-2* (Personal Feelings Questionnaire-2: PFQ-2; Harder și Zalma, 1990) conține 16 adjective ce evaluează rușinea și vinovăția trăsătură. Pentru acest studiu doar scala ce evaluează rușinea a fost utilizată, aceasta fiind adaptată să măsoare rușinea stare.

**Emoțiile pozitive și negative.** *Chestionarul Afectului Pozitiv și Negativ (The Positive and Negative Affect Schedule: PANAS, Watson și Clark, 1999)* este un instrument des utilizat pentru evaluarea emoțiilor stare. PANAS include 2 subscale, fiecare cu 10 itemi descriind emoții pozitive sau negative.

**Auto-evaluările negative stare.** Pentru a evalua nivelul de auto-evaluări negative stare am adaptat varianta scurtă a *Chestionarului Gândurilor Automate (Automatic Thoughts Questionnaire Short Version: ATQ; Netemeyer și colab., 2002)*, prin adăugarea a 3 itemi ce evaluează auto-evaluările negative la cei 5 itemi existenți deja.

### **Procedură**

După înscriere, participanții au primit consimțământul informat și au completat on-line măsurătorile inițiale ce evaluează anxietatea socială, predispoziția spre rușine, auto-compasiunea și gândirea disfuncțională. Participanții care au îndeplinit criteriile de includere au fost apoi repartizați aleatoriu la unul din cele trei grupuri: training de reevaluare, de auto-compasiune și listă de așteptare.

### **Faza de training**

Participanții din condițiile experimentale au completat training-urile de reevaluare sau de auto-compasiune on-line. Training-ul a constat în șase exerciții, derulate pe parcursul unei perioade de două săptămâni. Participanții au primit pe e-mail o adresă către un formular care le-a permis să acceseze exercițiile. Primul exercițiu a început cu o descriere detaliată a strategiei care urmează să fie practică; aceste instrucțiuni fiind prezentate atât în format scris, cât și într-un video în care autorul acestei teze explică ce înseamnă reevaluarea/auto-compasiunea. Participanții au fost rugați să se gândească la o situație negativă pe care au întâmpinat-o în ultimele două zile, și să descrie contextul, ceea ce au gândit în acea situație precum și modul în care s-au simțit sau s-au comportat. Apoi li s-a cerut să analizeze situația răspunzând la mai multe întrebări. Strategia de reevaluare a vizat cele patru credințe iraționale descrise în REBT (cerințele absolutiste, catastrofarea, toleranță scăzută frustrare și evaluarea globală) prin strategii logice, pragmatice și empirice (Dryden și Branch, 2008). Astfel, participanții au fost întrebați dacă cognițiile lor decurg în mod logic din alte credințe raționale, dacă aceste gânduri au fost de ajutor, și dacă pot găsi exemple în concordanță cu realitatea, dar care să contrazică aceste cogniții.

Strategia de auto-compasiune a vizat cele trei componente ale auto-compasiunii: bunătate orientată spre sine, umanitate și mindfulness. Procedura a fost similară cu cea folosită de Leary și colaboratorii (2007). Prima instrucțiune, menită să încurajeze umanitatea, a cerut participanților să enumere situații experimentate de către alte persoane care sunt similare cu cea descrisă de aceștia. Pentru a promova bunătatea orientată spre sine, a doua instrucțiune a cerut participanților să scrie unul sau două paragrafe care exprimă înțelegerea, bunătatea și grija față de propria lor persoană într-un mod similar celui în care ar face acest lucru pentru un prieten care trece printr-o experiență similară. În cele din urmă, a treia instrucțiune menită să dezvolte componenta de mindfulness, le-a cerut participanților să descrie situația într-un manieră obiectivă și neutră emoțional, similară cu cea a unui observator care urmărește evenimentul în timp ce se derulează.

Participanții au completat același exercițiu de trei ori pe săptămână, la un interval de două zile. După fiecare exercițiu au primit feedback-ul personalizat din partea autorului tezei. La sfârșitul perioadei de două săptămâni toți participanții au completat măsurile inițiale din nou. Participanții din lista de așteptare au completat măsurătorile la momentul inițial și două săptămâni mai târziu; după sesiunea de laborator, fiecare dintre ei au fost randomizați la una dintre cele două condiții experimentale.

### **Faza de laborator.**

La sosirea la laborator, participanții au semnat consimțământul informat și au completat măsurătoarea ce evaluează emoțiile pozitive și negative și rușinea stare. Pentru a

induce rușine, participanții au fost instruiți să se gândească la o situație în care au simțit rușine în trecut și să o descrie experimentatorului timp de 5 minute. După inducerea emoției, au fost evaluate auto-evaluările negative precum și emoțiile pozitive și negative și rușinea stare. La sfârșitul acestei faze, participanții au fost informați cu privire la scopul studiului și li s-a mulțumit pentru participare.

## Rezultate

### *Dropout*

Rata totală de dropout a fost 26.5% (n=36), cu o rată de 14% pentru lista de așteptare, 43.14% pentru grupul de reevaluare și 19.05% pentru grupul de auto-compasiune. Diferența în nivelul de dropout a fost semnificativă statistic ( $\chi^2=11.93$ ,  $df=2$ ,  $p=.003$ ). Comparatiile pereche cu pereche au indicat că nivelul de dropout în grupul de reevaluare a fost semnificativ mai ridicat decât în grupul de auto-compasiune ( $\chi^2=6.12$ ,  $df=1$ ,  $p=0.013$ ) și în lista de așteptare ( $\chi^2=9.5$ ,  $df=1$ ,  $p=.002$ ). Nu au existat diferențe semnificative la nivelul măsurătorilor inițiale între cei care au renunțat și cei care au finalizat training-ul.

Pentru a testa efectul training-ului asupra simptomelor de anxietate socială, predispoziției spre rușine, auto-compasiunii și credințelor iraționale, am efectuat analize de varianță mixte inter-intra subiecții pentru fiecare outcome, având timpul ca și factor intra-subiecți și grupul ca și factor inter-subiecți. Rezultatele pentru fiecare outcome sunt prezentate mai jos.

### *Efectul trainingului asupra anxietății sociale*

Pentru a testa efectul trainingului asupra anxietății sociale am efectuat două analize de varianță mixte având pe rând ca și variabile dependentă scorurile la LSAS-SR și BFNE. Pentru LSAS-SR, am obținut un efect semnificativ al timpului,  $F(1, 97) = 15.98$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .14$ , dar cu efecte ne semnificative ale grupului și al interacțiunii timp\*grup. Pentru BFNE, efecte semnificative ale timpului  $F(1, 96) = 10.21$ ,  $p = .002$ ,  $\eta_p^2 = .09$ , și interacțiunii timp\*grup,  $F(2, 96) = 3.35$ ,  $p = .039$ ,  $\eta_p^2 = .07$  au fost observate, dar un efect ne semnificativ al grupului. Comparatiile intra-subiecți (ajustare Sidak) au indicat reduceri semnificative ale nivelului de anxietate socială pentru participanții la trainingul de auto-compasiune,  $p < .001$ , în celelalte două grupuri nefiind obținute schimbări semnificative. Comparatiile inter-subiecți au indicat că nu există diferențe semnificative între grupuri nici pre-test nici după training.

### *Efectul training-ului asupra predispoziției spre rușine*

Rezultatele au indicat efecte semnificative ale timpului,  $F(1, 96) = 26.76$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .22$ , și ale interacțiunii timp\*grup,  $F(2, 96) = 5.63$ ,  $p = .005$ ,  $\eta_p^2 = .11$ , efectul grupului fiind ne semnificativ. Comparatiile intra-subiect au indicat scăderi semnificative ale predispoziției spre rușine atât în grupul de reevaluare,  $p < .001$  cât și în cel de auto-compasiune,  $p < .001$ , în timp ce pentru lista de așteptare nu s-au observat schimbări semnificative. Comparatiile inter-subiecți au indicat că nu există diferențe semnificative între grupuri nici pre-test nici după training.

### *Efectul training-ului asupra auto-compasiunii*

Pentru auto-compasiune, analiza a indicat efecte semnificative ale timpului,  $F(1, 96) = 24.74$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .21$ , și ale interacțiunii timp\*grup,  $F(2, 96) = 3.85$ ,  $p = .038$ ,  $\eta_p^2 = .07$ , efectul grupului fiind ne semnificativ. Comparatiile intra-subiect au indicat creșteri semnificative ale nivelului de auto-compasiune la participanți ce au primit training-ul de auto-compasiune,  $p < .001$ , pentru celelalte două grupuri nu au fost obținute schimbări semnificative. Comparatiile inter-subiecți au indicat că nu există diferențe semnificative între grupuri nici la pre-test, nici după training.

### *Efectul of training-ului asupra credințelor iraționale*

Am obținut efecte semnificative ale timpului,  $F(1, 96) = 33.71$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .26$ , și al interacțiunii timp\*grup,  $F(2, 96) = 9.35$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .16$ , efectul grupului fiind

ne semnificativ. Comparațiile intra-subiect au indicat scăderi ale nivelului de credințe iraționale în grupul de reevaluare,  $p < .001$ , pentru celelalte două grupuri nu au fost obținute diferențe semnificative. Comparațiile inter-subiecți au indicat după training niveluri mai scăzute ale nivelului de credințe iraționale în grupul de reevaluate comparativ cu lista de așteptare,  $p = .02$ . Nu au fost obținute alte diferențe semnificative.

*Efectul of training-ului asupra măsurătorilor stare ca urmare a inducerii emoției de rușine în laborator*

Apoi am testat dacă training-ul a avut vreun efect asupra măsurătorilor stare.

Pentru rușinea stare am obținut efecte semnificative ale timpului,  $F(1, 91) = 73.85$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .45$ , și al interacțiunii timp\*grup  $F(2, 91) = 3.19$ ,  $p = .046$ ,  $\eta_p^2 = .07$ , efectul de grup fiind nesemnificativ. Comparațiile intra-subiect au indicat creșteri semnificative ale nivelului de rușine în toate cele trei grupuri ( $p < .001$  pentru lista de așteptare și grupul de auto-compasiune, și  $p = .006$  pentru grupul de reevaluare). Comparațiile inter-subiecți au indicat că nu există diferențe semnificative între grupuri.

Pentru emoțiile negative am obținut doar un efect semnificativ al timpului,  $F(1, 92) = 37.92$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .29$ . Același tipar a fost obținut și pentru emoțiile pozitive,  $F(1, 92) = 70.77$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .44$ . O analiză de varianță unifactorială a indicat că cele trei grupuri nu diferă în ceea ce privește nivelul de auto-evaluări negative măsurate după inducerea emoției,  $F(2, 89) = 1.20$ ,  $p = .307$ .

*Analiza mecanismelor schimbării*

Corelațiile bidirecționale au indicat că schimbările în simptomele de anxietate socială măsurate cu LSAS-SR au fost corelate pozitiv cu schimbările în predispoziția spre rușine,  $r = .213$ ,  $p < .05$ , și cele în iraționalitate,  $r = .217$ ,  $p < .05$ . Simptomele de anxietate socială măsurate cu BFNE au fost de asemenea pozitiv corelate cu schimbările în predispoziția spre rușine,  $r = .208$ ,  $p < .05$ , și cele în iraționalitate,  $r = .440$ ,  $p < .01$ , și corelate negativ cu schimbările în auto-compasiune,  $r = -.387$ ,  $p < .01$ .

### **Discuție**

Acest studiu a examinat eficiența auto-compasiunii și reevaluării cognitive în reducerea simptomelor de anxietate socială și a predispoziției spre rușine la persoanele cu niveluri ridicate de anxietate socială. Rezultatele indică faptul că auto-compasiunea reduce semnificativ predispoziția spre rușine și cognițiile legate de anxietate socială de la pre la post-test. De asemenea, ca urmare a training-ului, participanții din grupul de auto-compasiune au avut niveluri mai ridicate de auto-compasiune și niveluri mai scăzute de iraționalitate. Cu toate acestea, nu au existat diferențe semnificative între auto-compasiune, reevaluare și lista de așteptare. Studiile anterioare au arătat că atât auto-compasiunea cât și reevaluarea cognitivă sunt eficiente în reducerea emoțiilor stare (Arimitsu și Hoffman, 2015), auto-compasiunea fiind eficientă și în reducerea predispoziției spre rușine în cazul unui eșantion de persoane cu niveluri ridicate ale predispoziției spre rușine (Johnson și O'Brien, 2013). Faptul că în studiul nostru nici una dintre aceste strategii nu redus semnificativ predispoziția spre rușine sau simptomele de anxietate socială, comparativ cu lista de așteptare sugerează că ar putea fi necesare intervenții complexe pentru a putea obține schimbări semnificative la indivizii cu anxietate socială. Această concluzie este susținută și de lipsa efectului training-ului asupra nivelurilor de rușine stare sau al emoțiilor negative generate de inducerea rușinii în laborator. Intervenții mai lungi, care implică diferite tipuri de exerciții și cu un nivel mai ridicat de implicare al clinicianului ar putea fi mai eficiente în abordarea predispoziției spre rușine și a simptomelor de anxietate. Rezultatele acestui studiu sugerează ca auto-compasiunea ar putea fi o strategie promițătoare, dar este nevoie de mai multe cercetări pentru a clarifica eficiența acesteia în contextul populațiile clinice.

Studiul acesta extinde rezultatele studiilor anterioare, arătând că auto-compasiunea are ca și efect reducerea gândurilor disfuncționale. Deși nu abordează în mod direct credințele

iraționale, auto-compasiunea ar putea viza în mod indirect auto-evaluările și catastrofarea, prin componentele sale de umanitate și bunătate îndreptată spre sine. Din cunoștințele noastre, acesta este primul studiu care investighează mecanismele care stau la baza auto-compasiunii, arătând că aceasta poate schimba tiparele de gândire disfuncționale. De asemenea, am obținut faptul că schimbările în simptomele de anxietate socială sunt corelate pozitiv cu schimbările în predispoziția spre rușine și credințele iraționale, și negativ corelate cu schimbările în nivelul de auto-compasiune. Aceste rezultate susțin rolul predispoziției spre rușine și al auto-compasiunii ca mecanisme care stau la baza anxietății sociale. Studiul nostru sugerează în mod indirect că adresarea predispoziției spre rușine ar putea fi o modalitate relevantă de a crește eficiența intervențiilor psihologice pentru anxietatea socială.

### 3.7. STUDIUL 7. UN STUDIU CLINIC RANDOMIZAT PILOT CE TESTEAZĂ EFICIENȚA ADAUGĂRII UNEI COMPONENTE DE AUTO-COMPASIUNE LA UN PROTOCOL DE TERAPIE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ DE GRUP ÎN CAZUL TULBURĂRII DE ANXIETATE SOCIALĂ

#### Introducere

Tratamentul psihologic sugerat pentru tulburarea de anxietate socială este terapia cognitiv-comportamentală, aceasta fiind recomandată atât de *Societatea pentru Psihologie Clinică* a Asociației Psihologilor Americani cât și de *Institutul Național de Excelență în Sănătate și Îngrijire* (2013). Există numeroase dovezi empirice care atestă eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în cazul anxietății sociale, dar datele obținute din studii longitudinale pe perioade lungi indică că doar 35% dintre pacienții cu anxietate socială sunt vindecați atunci când sunt evaluați la 10 ani după încheierea terapiei (Keller, 2006). Aceleași date indică faptul că o dată ce recuperarea apare, ratele de recăderi sunt în jur de 34% pe durata celor 10 ani. De cealaltă parte, tratamentul este sub-utilizat, iar o meta-analiză ce sintetizează datele din studiile clinice cu privire la eficiența intervențiilor psihologice și farmacologice a obținut rate de renunțare la terapia cognitiv-comportamentală în jurul valorii de 11% (Gould și colab., 1997). Mai mult, datele din studiile clinice randomizate indică că procentul celor care nu răspund la terapia cognitiv-comportamentală sau răspund doar parțial variază între 25 și 86% (Cottraux și colab., 2000; Heimberg și colab., 1998; Kocovski, Fleming, Hawley, Huta, și Antony, 2013).

Numeroase studii arată că predispoziția spre rușine este asociată cu tulburarea de anxietate socială (Fergus și colab., 2010; Gilbert și Miles, 2000; Lutwak și Ferrari, 1997). Aceste rezultate sunt susținute de meta-analiză noastră (Studiul 1), care a arătat că predispoziția spre rușine este asociată cu simptomele de anxietate socială, la o mărime medie spre mare a efectului. De asemenea, așa cum am găsit în Studiul 4, rușinea ar putea juca un rol important în dezvoltarea și menținerea anxietății sociale predispunând individului la ruminare post-eveniment. Modelele cognitive ale anxietății sociale afirmă că auto-evaluările negative și distorsiunile privind probabilitatea și importanța de a fi evaluat negativ de către alții sunt caracteristici centrale ale acestei tulburări (Clark și Wells, 1995, Rapee și Heimberg, 1997). Aceste procese cognitive sunt, de asemenea, caracteristici importante ale emoției de rușine și așa cum Clark și Wells (1995) afirmă „unii fobici sociali raportează un sentiment de rușine ce persistă un timp după ce anxietatea s-a diminuat” (pag. 75). În plus, în Studiul 6 am constatat că schimbările în predispoziția spre rușine sunt asociate cu schimbări în anxietatea socială la persoanele cu niveluri ridicate de anxietate socială. Rezultate similare au fost obținute de Fergus și colaboratorii (2010) într-un eșantion clinic.

În acest context, abordarea predispoziției spre rușine ar putea îmbunătăți eficiența tratamentelor existente pentru anxietatea socială. Singurul studiu care a investiga efectul terapiei cognitiv-comportamentale asupra predispoziției spre rușine a constatat că aceasta a



scăzut semnificativ, dar la o mărime a efectului mică spre medie ( $d = .44$ ; Hedman, Ström, Stünkel, și Mörtberg, 2013). Pe de altă parte, intervențiile noi menite să dezvolte auto-compasiunea au fost construite special pentru persoanele cu niveluri ridicate de rușine și auto-critică (Gilbert și Procter, 2006). Literatura empirică existentă sugerează că auto-compasiunea ar putea fi eficientă atât în reducerea rușinii (Arimitsu și Hofmann, 2015; Leary și colab., 2007) cât și a predispoziției spre rușine (Johnson și O'Brien, 2013; Studiul 6). În cele din urmă, se pare că indivizii cu niveluri ridicate de anxietate socială au niveluri scăzute de auto-compasiune (Werner și colab., 2012).

#### *Studiul curent*

Scopul acestui studiu a fost acela de a testa eficiența unei terapii cognitiv-comportamentale de grup îmbogățită cu elemente de auto-compasiune asupra simptomelor de anxietate socială în cazul persoanelor diagnosticate cu tulburare de anxietate socială. Am comparat eficiența acestei intervenții cu un protocol standard de 12 săptămâni de terapie cognitiv-comportamentală de grup propus de Heimberg și Becker (2002). Mai multe studii clinice controlate arată că această intervenție produce rezultate superioare listei de așteptare (Hope, Heimberg, și Bruch, 1995) și unui tratament placebo psihologic (Heimberg et al 1990; Heimberg și colab, 1998). De asemenea, participanții care au urmat acest tip de terapie au menținut câștigurile la evaluările ulterioare de la 4 până la 6 ani de la sfârșitul tratamentului (Heimberg, Salzman, Holt și Blendell, 1993). Având în vedere faptul că eficiența absolută a acestui tratament a fost stabilită, nu am inclus o listă de așteptare sau grupuri de control/placebo. Am emis ipoteza că adăugarea unor exerciții de auto-compasiune va îmbunătăți eficiența tratamentului cognitiv comportamental.

### **Metodă**

#### **Design**

Acesta este un studiu clinic randomizat ce compară terapia cognitiv-comportamentală de grup (TCC) cu terapia cognitiv-comportamentală de grup la care se adaugă o componentă de auto-compasiune, ambele tratamente având o durată de 12 săptămâni. Patruzeci și șase de participanți au fost randomizați în cele două grupuri imediat după ce s-a stabilit că îndeplinesc criteriile de includere. Tratamentul a început la 1-3 săptămâni după evaluarea inițială. Cele 12 ședințe au avut loc la un interval de o ședință pe săptămână. Evaluări complexe au fost derulate înainte de începerea terapiei, la 6 săptămâni după (mijlocul tratamentului) și la finalul terapiei.

#### **Participanți**

Participanții au fost voluntari care s-au înscris pentru studiu ( $n = 176$ ). Participanții au fost recrutați prin intermediul grupurilor de discuții ale studenților și al rețelelor de social media. Criteriile de eligibilitate au fost: (a) vârstă de peste 18 de ani, (b) un scor peste scorul prag la *Scala de Anxietate Liebowitz* (mai mare sau egal cu 30); la *Inventarul de Fobie Socială* (mai mare sau egal cu 24), precum și la *Scala de Interacțiune Socială și Anxietate* (mai mare sau egal cu 19), (c) îndeplinește criteriile DSM-5 pentru tulburarea de anxietate socială, (d) tulburarea de anxietate socială este diagnostic primar, (e) nu prezintă ideea suicidară (de ex., nu depășește un scor de 2 la itemul legat de sinucidere al *Inventarului Beck de Depresie-II*), (f) nu primește în prezent alte forme de tratament pentru anxietate socială, (g) nu are un diagnostic de psihoză sau tulburări de personalitate. După mai multe etape de selecție, patruzeci și șase de participanți care au îndeplinit criteriile DSM-5 pentru anxietate socială au fost randomizați pentru TCC ( $n = 23$ ) sau TCC îmbunătățit cu auto-compasiune ( $n = 23$ ). Șase participanți s-au retras înainte de sesiunea individuală, în timp ce alți șapte s-au retras după sesiunea individuală. Acești participanți au renunțat înainte de finalizarea evaluării pre-tratament și prin urmare, nu am putut stabili dacă aceștia au avut caracteristici

diferite față de participanți care au inițiat tratamentul. Toți acești participanți nu au știut în ce grup au randomizați, iar principalul motiv al abandonului a fost lipsa de timp. Toți participanții care au finalizat etapa pre-evaluare au fost incluși în analiza intent-to-treat (ITT), ultimul scor disponibil fiind dus mai departe. Deoarece între sesiuni am evaluat doar câteva variabile, pentru analiza ITT am utilizat datele colectate pre-intervenție și cele de la mijlocul tratamentului. Au fost considerați finalizatori ai terapiei participanții care au participat la cel puțin jumătate din sesiuni și au finalizat evaluarea post-intervenție de la finalul ultimei sesiuni.

Vârsta participanților a variat între 18 și 29 de ani, cu o medie 22.64 (SD = 2.79). Eșantionul a inclus 29 femei și 4 bărbați.

## **Măsurători**

### **Outcome-uri principale**

*Scala de Anxietate Liebowitz (The Liebowitz Social Anxiety Scale—Self-Report Version: LSAS-SR; Fresco și colab., 2001)* include 24 de situații generatoare de anxietate (situații de interacțiune socială și performanță) și le cere participanților să evalueze nivelul de frică și evitare pentru fiecare situație.

*Inventarul Fobiei Sociale (The Social Phobia Inventory: SPIN; Connor și colab., 2000)* este un chestionar cu 17 itemi ce evaluează trei aspecte relaționale cu anxietate socială: frica, evitarea situațiilor sociale/de performanță și disconfortul fiziologic în situațiile sociale.

### **Outcome-uri secundare**

Pe lângă cele două măsurători primare, anxietatea socială a fost evaluată cu alte două instrumente. *Scala de Interacțiune Socială și Anxietate (The Social Interaction and Anxiety Scale: SIAS; Mattick și Clarke, 1998)*, este o scală cu 20 de itemi ce evaluează frica de interacțiuni sociale în general. Varianta scurtă a scalei *Fricii de Evaluare Negativă (The Brief Fear of Negative Evaluation Scale: BFNE; Leary, 1983)* este un chestionar cu 12 itemi ce evaluează măsura în care individului îi este teamă că va fi evaluat negativ.

**Predispoziția spre rușine.** Predispoziția spre rușine a fost evaluată cu două scale *Testul Afectului Auto-Referențial-3 (The Test of Self-Conscious Affect-3: TOSCA-3; Tangney și colab., 2000)* și *Chestionarul Emoțiilor Personale-2 (Personal Feelings Questionnaire-2: PFQ-2; Harder și Zalma, 1990)*.

**Auto-compasiunea.** *Scala de Auto-Compasiune (The Self-Compassion Scale: SCS; Neff, 2003b)* include 26 de itemi ce evaluează auto-compasiunea pe baza a șase subscale: bunătate îndreptată spre sine, auto-judecată, umanitate, izolare, mindfulness și auto-identificare. A fost folosită și o versiune scurtă a acestei scale (*The Self-Compassion Scale-Short Form: SCS-SF; Raes, Pommier, Neff, și Van Gucht, 2010*), versiune ce cuprinde 12 itemi.

**Simptomele depresive.** *Inventarul de Depresie Beck-II (The Beck Depression Inventory-II:BDI-II; Beck și colab., 1996)* a fost utilizat pentru evaluarea severității simptomelor depresive.

**Afectul pozitiv și negativ.** *Scala Afectului Pozitiv și Negativ (The Positive and Negative Affect Schedule: PANAS, Watson și Clark, 1999)* a fost utilizată pentru a evalua emoțiile pozitive și negative.

**Outcome-uri cognitive.** Factorii cognitivi relaționați cu problemele emoționale au fost investigați pentru a vedea dacă tratamentele contribuie la modificarea lor. Gândurile disfuncționale au fost măsurate cu două scale *Scala Atitudinilor și Credințelor-II (Attitude*

and Beliefs Scale-II: ABS-II; DiGiuseppe și colab., 1988) și versiunea scurtă a *Scalei Atitudinilor și Credințelor Generale* (Shorten General Attitudes and Beliefs Scale: S-GABS; Lindner, Kirkby, Wertheim, și Birch, 1999). S-GABS cuprinde 26 de itemi și include un scor global al credințelor iraționale precum și șase arii specifice ale iraționalității: realizare, aprobare, confort, dreptate, auto-evaluare negativă și evaluare negativă a celorlalți.

**Reglare emoțională.** Procesul de reglare emoțională a fost evaluat cu *Scala Dificultăților de Reglare Emoțională* (The Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS; Gratz și Roemer, 2004) și *Chestionarul Reglării Emoționale* (Emotion Regulation Questionnaire: ERQ; Gross și John, 2003). DERS are 36 de itemi evaluați pe o scală Likert cu 5 puncte și evaluează 6 dimensiuni ale reglării emoționale: non-acceptare, scopuri, impuls, strategii, claritate și conștiență. ERQ are 10 itemi ce evaluează diferențele individuale în utilizarea dispozițională a reevaluării cognitive și a supresiei expresive.

### **Factori terapeutici non-specifici**

*Așteptările cu privire la progres* au fost evaluate cu o întrebare în care participanților li se cerea să evalueze pe o scală vizuală analogă măsura în care se așteaptă ca sănătatea lor psihologică să se îmbunătățească până la finalul terapiei. Răspunsul la această întrebare a fost completat la finalul primei ședințe.

*Alianța terapeutică* a fost evaluată cu un item la finalul terapiei când participanților li s-a cerut să evalueze pe o scală Likert cum li s-a părut alianța terapeutică.

*Competența terapeuților* a fost evaluată utilizând aceeași procedură ca și în cazul alianței terapeutice.

### **Procedura**

După ce au aflat despre studiu, participanții s-au înregistrat on-line, au citit consimțământul informat și au completat un chestionar privind datele demografice și măsurătorile de screening (LSAS-SR, SPIN și SIAS). Recrutarea a implicat un proces în 3 etape: (1) completarea măsurătorilor de screening on-line; (2), participanții cu scoruri de anxietate socială peste pragurile limită menționate au fost contactați pentru un interviu telefonic, pe baza criteriilor DSM-5 pentru anxietatea socială și chestionarul de screening SCID, (3) cei care au îndeplinit criteriile minime de includere au fost contactați pentru un interviu față-în-față, interviul fiind bazat pe criteriile DSM-5 pentru anxietate socială, SCID și SCID-II pentru evaluarea comorbidității. Ambele interviuri au fost realizate de către un evaluator de nivel masteral sau doctoral.

În urma acestor etape de evaluare, 46 de participanți (23 în fiecare condiție) au fost repartizați aleatoriu într-una din cele două condiții: TCC de grup sau TCC de grup îmbunătățit cu o componentă de auto-compasiune. Participanții au fost randomizați în fiecare categorie, folosind plicuri sigilate opace. Procesul de randomizare a fost realizat de un student doctorand, care nu a fost implicat într-un alt mod în studiu. Autorul a primit și a deschis plicul în momentul în care participantul a intrat în mod oficial în studiu. După randomizare, fiecare participant a fost invitat la o sesiune individuală cu unul dintre terapeuți. Această sesiune individuală s-a axat pe construirea unei ierarhii personalizate a fricii și evitării, instruirea participanților cu privire la utilizarea unităților subiective de disconfort, familiarizarea clientului cu procedurile specifice terapiei de grup (expuneri în timpul sesiunilor, restructurare cognitivă), abordarea temerilor participanților cu privire la participarea la un grup și discutarea calendarului sesiunilor. Participanții nu au fost informați cu privire la grupul în care au fost repartizați. De asemenea, după această sesiune participanții au primit pachetul de chestionare inițiale (care a inclus toate măsurile descrise) și au fost rugați să le completeze și să le aducă la prima sesiune de grup.

Sesiunile au avut loc săptămânal și au fost livrate de doi terapeuți. Fiecare grup a inclus 10 participanți, iar durata sesiunilor a fost de 2 ore jumătate. După fiecare sesiune participanții au primit un pachet de scale, ce include LSAS-SR, PANAS, BFNE, SCS-SF și PFQ-2, pe care le-au adus înapoi terapeuților la sesiunea următoare. După sesiunea trei și nouă pachetul a inclus și scala TOSCA-3. După a șasea sesiune și la finalul terapiei participanții au completat toate măsurătorile incluse în evaluarea inițială. La sfârșitul terapiei, cei care au finalizat tratamentul au fost contactați pentru un interviu telefonic, pe baza criteriilor DSM-5 pentru tulburarea de anxietate socială. Interviuurile telefonice au fost realizate de evaluatori de nivel masteral sau doctoral, care nu au știut în ce grup au fost distribuiți participanții pe care i-au evaluat.

## **Tratamente**

### **TCC**

Terapia cognitiv comportamentală de grup a fost o intervenție manualizată care a inclus 12 sesiuni de terapie. Intervenția a urmat protocolul propus de Heimberg și Becker (2002). Prima sesiune a fost axată pe stabilirea regulilor de grup, împărtășirea problemelor și a obiectivelor individuale, prezentarea modelului cognitiv-comportamental cognitiv al anxietății sociale, discutarea componentelor tratamentului și derularea training-ului inițial în restructurare cognitivă. În a doua sesiune, participanții au fost învățați cum să identifice erorile de gândire (gândurile automate), să observe covarianța dintre erorile de gândire și anxietate, să dispute gândurile automate și să dezvolte răspunsuri raționale. În a treia sesiune, a fost prezentată conceptualizarea pentru expunerile în cadrul sesiunilor și s-a făcut pregătirea pentru primele expuneri. După fiecare sesiune participanții au primit teme pentru acasă (monitorizarea și disputarea gândurilor automate generate în situații de viață reale, și realizarea de expuneri), care au fost revizuite la începutul sesiunii următoare. Ultima sesiune s-a axat pe identificarea progreselor participanților și pe temerile rămase, stabilind obiective viitoare pentru fiecare participant și identificând metode de atingere a acestor obiective, iar la final și s-au discutat posibilele probleme asociate terminării tratamentului.

### **TCC cu auto-compasiune**

Primele trei sesiuni au fost identice cu cele ale grupului de TCC. Pentru următoarele opt sesiuni una dintre cele trei expuneri realizate în timpul sesiunilor a fost înlocuită cu 30-40 de minute de activități de auto-compasiune. Exercițiile de auto-compasiune au fost adaptate după programul *Mindful Self-Compassion Program* (MSC), dezvoltat de Neff și Germer (2013) și pe baza cărții lui Germer (2009) intitulată *“The mindul path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions”*. Activitățile au urmat aceeași structură ca și cea propusă de programul MSC și s-au axat pe (1) descoperirea auto-compasiunii, (2) practicarea mindfulness, (3) practicare meditației de tip self-kindness, (4) dezvoltarea unei voci interioare pline de compasiune, (5) trăirea profundă, (6) gestionarea emoțiilor dificile, (7) transformarea relațiilor, și (8) îmbrățișarea vieții. Pe lângă temele folosite în cazul grupului TCC, participanții din acest grup au avut ca și tema practicarea unor exerciții de meditație și auto-compasiune (de ex., ascultarea unui exercițiu de meditație înregistrat audio). Ultima sesiune a fost identică cu cea din grupul TCC.

### **Terapeuți**

Toate sesiunile de terapie au fost livrate de către studenții de nivel masteral care au fost instruiți în ambele terapii aceștia fiind certificați ca și terapeuți în TCC. Fiecare grup a fost condus de către doi terapeuți. Toți terapeuții au avut un an sau doi de experiență. Terapeuți au fost atribuiți grupului de TCC, TCC cu auto-compasiune sau ambelor grupuri în funcție de nevoi. Terapeuții au participat la aproximativ 20 de ore de formare specifică în

TCC și TCC cu auto-compasiune pe o perioadă de 4 săptămâni. Terapeuții au primit manualele de tratament, fiecare sesiune de terapie fiind discutată în detaliu cu autorul tezei. Întâlnirile față-în-față cu terapeuți au avut loc în fiecare săptămână pentru a discuta despre fidelitatea livrării tratamentului, managementul general al participanților, supervizare, precum și pentru a ajuta cu planificarea sesiunilor viitoare.

### **Definiția respondentului la tratament și a schimbărilor semnificative**

Ratele de recuperare bazate pe auto-evaluările participanților au fost estimate pe baza proporției participanților care au avut scoruri sub pragul limită la evaluarea post-intervenție. De asemenea, participanții care nu au mai îndeplinit criteriile DSM-5 pentru anxietate socială la interviul post-intervenție (nu au îndeplinit cel puțin trei criterii) au fost considerați ca respondenți la tratament.

## **Rezultate**

### *Diferențe de grup pre-intervenție*

La pre-intervenție, nu am găsit diferențe semnificative între cele două grupuri la nivelul simptomelor de anxietate socială, predispoziție spre rușine, auto-compasiune, emoții negative și pozitive, outcome-uri cognitive și strategii de reglare emoțională. Dar, participanții din grupul de TCC au avut niveluri semnificativ mai mari de simptome depresive,  $t(27) = 2.727, p = .011$ .

### *Aderență și dropout*

În medie participanții din grupul TCC au participat la 8.81 sesiuni (SD=3.83), iar cei din grupul de TCC cu auto-compasiune la 8.76 sesiuni (SD=2.99). Chestionarele post-intervenție au fost colectate de la 25/33 participanți (75.76%), iar interviurile finale au fost realizate cu 23/33 participanți (69.70%). 8 dintre cei 33 de participanți care au completat măsurătorile inițiale, nu au finalizat intervenția (3 în grupul TCC și 5 în grupul TCC cu auto-compasiune). Pentru 3 din 8 participanți care nu au finalizat intervenția, datele de la mijlocul tratamentului au fost disponibile, iar pentru ceilalți în analiza intent-to-treat am utilizat scorurile de la evaluarea inițială.

### *Factori terapeutici non-specifici*

Cele două grupuri nu au diferit în ceea ce privește așteptările de progres,  $t(30) = -.476, p = .638$ , alianța terapeutică,  $t(23) = .314, p = .756$ , și competența percepută a terapeuților,  $t(23) = 1.025, p = .316$ .

### *Outcome-uri principale*

În primul rând pentru a testa efectul intervenției asupra diferitor outcome-uri, am efectuat analize de varianță mixte având timpul ca și factor intra-subiecți (nivel de bază, mijlocul tratamentului și finalul tratamentului) și grupul ca și factor inter-subiecți.

Atunci când anxietatea socială a fost evaluată cu LSAS-SR rezultatele au indicat efective semnificative ale timpului,  $F(1.51, 43.66) = 40.57, p < .001, \eta_p^2 = .58$ , dar efecte nesemnificative ale grupului și interacțiunii timp\*grup. Comparatiile pereche cu pereche intra-subiecți (ajustare Sidak) au identificat scăderi semnificative ale nivelului de anxietate socială de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p < .001$ , și de la mijlocul tratamentului la finalul tratamentului,  $p < .001$ . Rezultate similare au fost obținute atunci când anxietatea socială a fost evaluată cu SPIN; am obținut doar un efect semnificativ al timpului,  $F(1.34, 40.06) = 27.58, p < .001, \eta_p^2 = .48$ . Comparatiile timp\*grup (ajustare Sidak) au arătat că în grupul de TCC nivelul de anxietate socială nu a scăzut semnificativ de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .071$ , dar a scăzut semnificativ de la mijlocul

tratamentului la finalul acestuia,  $p = .007$ , în timp ce în cazul grupului TCC cu auto-compasiune anxietatea socială a scăzut între fiecare moment de timp,  $p < .001$ , respectiv,  $p = .036$ .

#### *Outcome-uri secundare*

Atunci când anxietatea socială a fost evaluată cu SIAS au fost evidențiate efecte semnificative ale timpului,  $F(1.60, 49.51) = 23.37$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .42$ , dar ne semnificative ale grupului (marginal semnificativ  $F(1, 31) = 4.09$ ,  $p = .052$ ,  $\eta_p^2 = .12$ ) și ale interacțiunii timp\*grup. Comparatiile intra-subiecți au indicat reduceri semnificative ale anxietății sociale de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .006$ , precum și de la mijlocul tratamentului la finalul acestuia,  $p < .001$ . Comparatiile timp\*grup au indicat că în grupul TCC nivelul de anxietate nu a scăzut semnificativ nici de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .411$ , nici de la mijlocul tratamentului la finalul acestuia,  $p = .085$ . În grupul de TCC cu auto-compasiune, nivelul de anxietate socială a scăzut între fiecare moment de timp,  $p = .006$ , respectiv,  $p < .001$ . De asemenea, atunci când anxietatea socială a fost măsurată cu BFNE am obținut un efect semnificativ al timpului,  $F(1.43, 44.32) = 27.84$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .47$ , dar niciun alt efect semnificativ. Comparatiile timp\*grup au indicat că în grupul de TCC nivelurile de anxietate socială nu au scăzut de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .092$ , dar au scăzut de la mijlocul tratamentului la finalul acestuia,  $p = .012$ . În grupul de TCC cu auto-compasiune, anxietatea socială a scăzut de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p < .001$ , dar nu a scăzut semnificativ de la mijlocul tratamentului la finalul acestuia,  $p = .351$ . De asemenea, la mijlocul tratamentului în acest grup nivelul de anxietate socială a fost semnificativ mai scăzut decât în grupul de TCC,  $p = .038$ .

#### *Efectul intervențiilor asupra predispoziției spre rușine*

Atunci când predispoziția spre rușine a fost măsurată cu TOSCA-3 rezultatele au indicat un efect semnificativ al timpului,  $F(1.44, 44.72) = 14.13$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .31$ , dar efecte ne semnificative ale grupului sau ale interacțiunii timp\*grup. Comparatiile timp\*grup ulterioare au indicat că în grupul de TCC nivelul predispoziției spre rușine nu a scăzut nici de la momentul inițial la mijlocul tratamentului,  $p = .446$ , și nici de la mijlocul intervenției la finalul acesteia,  $p = .072$ . În grupul de TCC cu auto-compasiune, nivelul predispoziției a scăzut de la momentul evaluării inițiale la mijlocul tratamentului,  $p = .005$ , dar nu a scăzut semnificativ din acest moment până la finalul intervenției,  $p = .090$ . Rezultate similare au fost obținute când predispoziția spre rușine a fost evaluată cu PFQ-2 (efect principal de timp,  $F(2, 58) = 12.54$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .30$ ).

#### *Efectul intervențiilor asupra auto-compasiunii*

Am obținut un doar un efect semnificativ al timpului,  $F(1.36, 38.09) = 15.52$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .36$ . În grupul de TCC nu au fost obținute schimbări semnificative, în timp c în grupul de TCC cu auto-compasiune, nivelul de compasiune a crescut atât de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .027$ , cât și de la mijlocul intervenției la finalul acesteia,  $p = .008$ .

#### *Efectul intervențiilor asupra simptomelor depresive*

Am obținut efecte semnificative al timpului,  $F(2, 54) = 4.57$ ,  $p = .015$ ,  $\eta_p^2 = .15$  și grupului,  $F(1, 27) = 45.65$ ,  $p = .025$ ,  $\eta_p^2 = .17$ . Comparatiile timp\*grup au indicat că nivelul de simptome depresive a scăzut de la evaluarea inițială la finalul intervenției în grupul de TCC, alte schimbări nu au fost semnificative.

#### *Efectul intervențiilor asupra emoțiilor negative și pozitive*

Pentru emoțiile negative am obținut efecte semnificative ale timpului,  $F(1.56, 46.78) = 13.58, p < .001, \eta_p^2 = .31$  și grupului,  $F(1, 30) = 4.22, p = .049, \eta_p^2 = .12$ . Comparațiile ulterioare au indicat că nivelul de emoții negative a scăzut în ambele grupuri de la momentul evaluării inițiale la mijlocul tratamentului ( $p = .030$ , respectiv,  $p = .010$ ), dar nu au fost obținute scăderi semnificative de la mijlocul tratamentului la finalul acestuia.

În cazul emoțiilor pozitive nu am obținut nici un efect semnificativ.

#### *Efectul intervențiilor asupra outcome-urilor cognitive*

Atunci când gândirea disfuncțională a fost evaluată cu ABS-II am obținut doar un efect semnificativ de timp,  $F(1.23, 29.43) = 19.26, p < .001, \eta_p^2 = .45$ . Comparațiile timp\*grup ulterioare au arătat că în grupul de TCC iraționalitatea nu a scăzut semnificativ de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .136$ , dar a scăzut semnificativ din acel moment până la finalul intervenției,  $p = .035$ . În celălalt grup, au existat scăderi semnificative de la evaluarea inițială la mijlocul tratamentului,  $p = .004$ , dar nu au scăzut semnificativ din acest moment până la finalul terapiei,  $p = .077$ . Rezultate similare au fost obținute când gândurile disfuncționale au fost evaluate cu S-GABS, rezultatele indicând doar un efect semnificativ al timpului  $F(2, 62) = 10.40, p < .001, \eta_p^2 = .25$ .

#### *Efectul intervențiilor asupra reglării emoționale*

Am obținut doar un efect semnificativ de timp,  $F(2, 48) = 40.78, p < .001, \eta_p^2 = .31$ , (utilizând DERS). Comparațiile timp\*grup au indicat descreșteri semnificative în dificultățile de reglare emoțională de la evaluarea inițială la finalul terapiei,  $p = .012$ , și de la mijlocul terapiei la finalul acesteia,  $p = .016$ , doar în grupul de TCC cu auto-compassiune. Pentru reevaluarea cognitivă și supresie (utilizând ca și măsurătoare ERQ), nu am obținut nici un efect semnificativ.

#### *Semnificația clinică*

În ceea ce privește răspunsul la tratament, un total de 19 participanți au fost considerații ca răspunzând la tratament pe baza interviului final (7 în grupul de TCC și 12 în grupul de TCC cu auto-compassiune). Nu au existat diferențe semnificative între cele două grupuri cu privire la acest aspect,  $\chi^2 = .240, df=1, p = .624$ . De asemenea, nu am obținut diferențe semnificative între cele două grupuri în ceea ce privește ratele de recuperare atunci când ne-am raportat la scorul prag al SPIN,  $\chi^2 = .240, df=1, p = .624$  (4/25% participanți în grupul TCC și 7/41.2% participanți în grupul de TCC cu auto-compassiune). Atunci când am utilizat scorul prag la LSAS-SR am obținut însă rate de recuperare semnificativ mai mari în grupul de TCC cu auto-compassiune,  $\chi^2 = 4.571, df=1, p = .033$  (4/25% participanți în grupul de TCC și 10/62.5% participanți în grupul de TCC cu auto-compassiune).

### **Discuție**

Scopul acestui studiu a fost de a investiga dacă adăugarea unei componente de auto-compassiune la un protocol cognitiv-comportamental standard de grup, ar crește eficiența acestuia în reducerea simptomelor de anxietate socială. Rezultatele indică că per ansamblu protocolul de TCC cu auto-compassiune a fost la fel de eficient ca și protocolul standard în reducerea simptomelor. Cu toate acestea, se pare că, atunci când simptomele de anxietate socială au fost măsurate cu SPIN, participanții din grupul de TCC cu auto-compassiune au experiențiat reduceri semnificative în anxietatea socială mai rapid decât participanții din celălalt grup. De asemenea, atunci când simptomele de anxietate sociale au fost evaluate cu SIAS, am obținut reduceri semnificative numai pentru participanții din grupul de TCC cu auto-compassiune. Deși pentru celelalte outcome-uri nu am găsit diferențe semnificative între grupuri, trendul datelor a favorizat grupul ce a primit și exercițiile de auto-compassiune.

Foarte important, participanții din grupul de auto-compasiune au avut rate de recuperare semnificativ mai mari, comparativ cu grupul de TCC standard (atunci când ne-am raportat la scorul prag al LSAS-SR). De asemenea, pentru toate outcome-urile primare au fost obținute mărimi mari ale efectului pre-post intervenție, dar cu magnitudini mai mari în grupul de TCC cu auto-compasiune. Magnitudinile efectului sunt similare cu cele obținute în alte studii care au folosit terapia cognitiv-comportamentală de grup (de exemplu, Hedman și colab, 2011; Piet, Hougaard, Hecksher, și Rosenberg, 2010). În ceea ce privește outcome-urile secundare, rezultatele au indicat că doar TCC cu auto-compasiune a fost asociată cu reduceri semnificative ale predispoziției spre rușine și a dificultăților de reglare emoțională și creșteri ale nivelului de auto-compasiune. În ambele grupuri au fost observate reduceri semnificative în nivelul de emoții negative și gândire disfuncțională. În timp ce grupul de TCC a fost asociat cu mărimi medii ale efectului în cazul predispoziției spre rușine, simptomelor depresive, emoțiilor negative și dificultăților de reglare emoțională, grupul de TCC cu auto-compasiune a fost asociat cu mărimi mari ale efectului pentru aceste outcome-uri.



## CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII

Această teză a vizat investigarea asocierilor dintre rușine, vinovăție și simptomele de anxietate, cu un accent special pe tulburarea de anxietate socială, în timp ce a explorat reglarea rușinii ca un factor potențial relevant. Tot mai multe studii au investigat asocierile dintre cele două emoții auto-referențiale negative și diverse simptome psihologice. Cu toate acestea, cu excepția cazului simptomelor depresive, literatura de specialitate este inconsistentă în ceea ce privește importanța și magnitudinea asocierilor între rușine, vinovăție și psihopatologie. Mai multe modele teoretice asumă că rușinea și vinovăția sunt factori importanți într-o serie de tulburări de anxietate, de aceea este important ca aceste ipoteze să fie susținute de dovezi empirice. Dar dovezile empirice nu sunt foarte multe și sunt nesistematizate. Multe dintre aceste studii sunt de natură transversală și au abordat doar indirect aceste relații, și mai important, în timp ce unele oferă dovezi pentru vinovăție ca un factor important în tulburările de anxietate, altele indică faptul că aceste rezultate se datorează varianței împărtășite cu rușinea. Acest proiect de cercetare a clarificat mai întâi natura și magnitudinea acestor asocieri într-o meta-analiză ce a sintetizat asocierea predispoziției spre rușine și a predispoziției spre vinovăție cu fiecare categorie de simptome de anxietate, iar apoi într-un studiu longitudinal a investigat rolul de predictor al predispoziției spre rușine asupra simptomelor de anxietate. Deoarece, atât meta-analiza cât și studiul longitudinal au indicat faptul că rușinea este puternic asociată cu tulburarea de anxietate socială, eforturile noastre s-au concentrat în continuare pe investigarea rușinii și reglarea ei în contextul tulburării de anxietate socială. Scopul nostru a fost investigarea reglării rușinii, folosind în principal design-uri experimentale, în scopul de a înțelege modul în care ar putea funcționa diferite strategii de reglare emoțională. De asemenea, am analizat posibilele mecanisme ale eficienței acestor strategii. Mai jos, vom sublinia mai multe implicații teoretice, clinice și metodologice ce au rezultat din această teză.

### 4.1. PROGRESE TEORETICE, CONCEPTUALE ȘI METODOLOGICE

La acest nivel teoretic și conceptual, teza noastră are două contribuții principale. În primul rând, acesta a semnalat că pot exista unele suprapuneri conceptuale între modul în care rușinea este conceptualizată și conceptul de distorsiuni/credințe cognitive iraționale. Clarificarea contribuției unice a rușinii la psihopatologie este un pas important, ce ar putea contribui la sporirea abordării și investigării rușinii atât de cercetători cât și de clinicieni. În al doilea rând, pe baza unor dovezi preliminare (Katzir și Eyal, 2013), am sugerat că nu trebuie să presupunem că reglarea rușinii urmează aceleași tipare ca și cele observate în cazul emoțiilor bazale. În această teza am asumat că pentru a înțelege rolul rușinii în psihopatologie este important să investigăm reglarea acesteia. Deși această ipoteză nu este una nouă, acest proiect reprezintă prima abordare sistematică ce își propune să testeze empiric această ipoteză. În acest demers, am investigat comparativ strategii cunoscute a fi eficiente în cazul emoțiilor bazale cu strategii propuse a fi deosebit de utile în cazul rușinii.

Această teză are și o serie de implicații metodologice pentru literatura emoțiilor auto-referențiale. În primul rând, utilizarea procedurii meta-analitice ne-a permis să tragem concluzii mai ferme în ceea ce privește asocierile între predispoziția spre rușine, predispoziția spre vinovăție și anxietate, concluzii ce nu pot fi trase din studii individuale. De asemenea folosirea corelațiilor parțiale ne-a permis să examinăm contribuția unică a predispoziției spre vinovăție. Utilizarea unui design longitudinal este un alt pas important în stabilirea naturii relației dintre aceste constructe. În timp ce acest tip de design este adesea utilizat în literatura de specialitate, în cazul rușinii există doar câteva și nici unul dintre ele nu a controlat pentru influența dificultăților de reglare emoțională sau a iraționalității. Dat fiind faptul că

majoritatea studiilor din acest domeniu sunt unele corelaționale, utilizarea unor design-uri experimentale, este, de asemenea, un progres asociat cu unele contribuții importante.

În cadrul acestui proiect de cercetare am urmărit și depășirea unora dintre cele mai importante limitări ale cercetării în domeniul reglării emoționale. Numeroase studii din această paradigmă le-au cerut participanților să folosească o anumită strategie de reglare emoțională, fără nici o exersare anterioară, ceea ce poate face ca unii participanți să le folosească în mod greșit. De asemenea, unii clinicieni susțin că efectele observate în aceste studii ar putea fi de fapt artefacte care rezultă din așteptările induse participanților că astfel de tehnici le vor reduce emoțiile negative. Pentru a depăși aceste probleme, am inclus în studiul nostru o etapă de training menită să familiarizeze participanții cu strategia, și ne-am asigurat că ei știu cum să le folosească în mod corect. În plus, participanților li s-a spus că în timp ce unele strategii i-ar putea face să se simtă mai bine, altele s-ar putea să nu aibă un astfel de efect. Am făcut acest lucru pentru a controla efectul indus de experimentator. Mai mult decât atât, unii autori susțin că cele mai multe instrucțiuni de reevaluare utilizate în literatura reglării emoționale nu sunt ecologice (Cristea, Szengotai-tătar, Nagy, și David, 2012). În studiile noastre am adaptat instrucțiunile de reevaluare pentru a fi mai ecologice prin formularea lor pentru a reflecta mai bine procedurile de restructurare cognitive folosite în terapia cognitiv-comportamentală (vezi Cristea și colab., 2012, pentru o discuție mai detaliată).

#### 4.2. CONCLUZII GENERALE

Principalele concluzii care pot fi trase din studiile incluse în această teză sunt următoarele:

1. Predispoziția spre rușine este asociată semnificativ cu cele mai multe simptome de anxietate, în timp ce asocierea predispoziției spre vinovăție cu simptomele de anxietate pare a fi în mare parte datorată varianței împărțite cu rușinea.
2. Predispoziția spre rușine pare a fi deosebit de relevantă în cazul tulburării de anxietate socială, aceasta fiind un predictor al simptomelor, chiar și atunci când controlăm pentru influența altor factori etiologici bine validați. De asemenea, rușinea este un predictor semnificativ al ruminății post-eveniment, proces despre care se știe că joacă un rol important în menținerea tulburării de anxietate socială.
3. Predispoziția spre rușine explică un procent adițional semnificativ din varianța simptomelor de anxietate socială, peste cel explicat de alți factori bine validați, cum ar fi gândirea disfuncțională sau strategiile de reglare emoțională dezadaptative.
4. Reglarea rușinii pare să urmeze tipare diferite decât cele observate în cazul emoțiilor bazale, cu strategiile dovedite în mod constat a fi eficiente în reducerea emoțiilor bazale nefiind la fel de eficiente în cazul rușinii.
5. Auto-compasiunea ar putea fi o strategie eficientă de reglare a rușinii, iar adăugarea unei astfel de componente la un protocol cognitiv-comportamental standard, pare să crească eficiența în reducerea simptomelor de anxietate socială și a predispoziției spre rușine. Sunt necesare mai multe studii pentru a clarifica aceste aspecte.

#### 4.3. LIMITE ȘI DIRECȚII VIITOARE

În ciuda faptului că studiile incluse în această teză au o serie de implicații teoretice și clinice importante, ele au, de asemenea, unele limitări inerente. În plus față de cele prezentate în secțiunea de discuție a fiecărui studiu, în această secțiune vom aborda anumite limite generale care pot fi aplicate la mai multe dintre studiile incluse în această teză. Pornind de la aceste limite, vom sugera, de asemenea, câteva direcții viitoare de studiu.

În primul rând, în ceea ce privește reprezentativitatea eșantionului, eșantioanele noastre au inclus în mare parte studenți de nivel licență, fapt ce limitează generalizarea concluziilor la diferite grupuri sociale diferite sau de vârste diferite. Pentru a depăși această limită generală, studiile viitoare ar trebui să se concentreze asupra includerii mai multor persoane din populația generală. În al doilea rând, dat fiind că cei mulți dintre participanți au fost femei, studiile viitoare ar trebui să includă eșantion echilibrat din punct de vedere al genului. Patru dintre studiile noastre au fost efectuate pe participanți sănătoși. Cu toate că, în unele cazuri, acest lucru nu a fost o limită *per se*, deoarece cercetarea nu a fost axată pe procese psihopatologice (de ex., Studiul 5), aceasta lucru afectează generalizarea la populații clinice, în cazul cărora ar putea să apară un tipar diferit al acestor relații. Derularea unor studii similare pe pacienți cu simptome clinice ar putea aduce informații valoroase cu privire la reglarea rușinii la persoanele diagnosticate cu tulburări de anxietate.

O altă limitare generală derivă din natura corelațională a celui de al doilea și al patrulea studiu. Cu toate că acestea nu au fost construite pentru un format experimental, natura lor corelațională limitează concluziile cu privire la direcționalitate și temporalitate. În cele din urmă, ne-am bazat doar pe măsurători auto-raportate; studiile viitoare ar beneficia de includerea altor evaluări complementare, cum ar fi măsurătorile comportamentale sau cele aplicate de un clinician.

În ciuda limitărilor sale inerente, considerăm că cercetarea de față oferă răspunsuri importante în ceea ce privește relevanța clinică a rușinii în tulburările de anxietate, precum și a reglării acesteia. Rezultatele noastre arată că rușinea și predispoziția spre rușine sunt strâns legate de tulburarea de anxietate socială, și deși rușinea pare să fie asociată cu strategii de reglare emoțională disfuncționale, indivizii pot fi învățați să folosească strategii mai adaptive, cum ar fi auto-compasiunea, care pare să reducă atât de predispoziția spre rușine cât și simptomele de anxietate socială.

## REFERINȚE

- Abbott, M. J., și Rapee, R. M. (2004). Post-Event Rumination and Negative Self-Appraisal in Social Phobia Before and After Treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 136–144. doi: <http://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.136>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., și Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217–237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B, Qian, M., și Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 29–42. doi: 10.1348/014466502163778
- Arimitsu, K., și Hofmann, S. G. (2015). Effects of compassionate thinking on negative emotions. *Cognition and Emotion, 1-8*. doi: 10.1080/02699931.2015.1078292
- Austin, D. W., și Richards, J. C. (2001). The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 39*(11), 1277–1291. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00095-4
- Beck, A. T., Steer, R. A., și Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., și Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 23*(2), 109-117. doi: 10.1016/0005-7967(85)90019-1
- Bybee, J., Zigler, E., Berliner, D., și Merisca, R. (1996). Guilt, guilt-evoking events, depression, and eating disorders. *Current Psychology, 15*(2), 113-127. doi: 10.1007/BF02686944
- Cheung, M. S. P., Gilbert, P., și Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences, 36*, 1143-1153. doi:10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Clark, D. M., și Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope și F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Cody, M. W., și Teachman, B. A. (2011). Global and Local Evaluations of Public Speaking Performance in Social Anxiety. *Behavior Therapy, 42*(4), 601–611. doi: <http://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.004>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., și Foa, E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry, 176*(4), 379-386. doi: 10.1192/bjp.176.4.379
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. I. N., Note, B., Mollard, E., ... și Coudert, A. E. J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*(3), 137-146. doi: 10.1159/000012382

- Cristea, I. A., Tatar, A. S., Nagy, D., și David, D. (2012). The bottle is half empty and that's bad, but not tragic: Differential effects of negative functional reappraisal. *Motivation and Emotion*, 36(4), 550-563. doi: 10.1007/s11031-012-9277-6
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., și Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 58, 43-51. doi:10.1016/j.brat.2014.05.006
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., și Franklin, J. (2003). Postevent Rumination and Recall Bias for a Social Performance Event in High and Low Socially Anxious Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 603–617. doi: <http://doi.org/10.1023/A:1026395526858>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., și Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *J Anxiety Disord*, 24, 811–815. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.002
- Field, A. P., și Cartwright-Hatton, S. (2008). Shared and unique cognitive factors in social anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 206–222. doi: 10.1680/ijct.2008.1.3.206
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., și Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485. doi: 10.1037/1040-3590.14.4.485
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., și Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 6(4), 459-473. doi: 10.1002/jts.2490060405
- Fresco, D. M., Coles, M. E., și Heimberg, R. G. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological medicine*, 31(6), 1025-1035. doi: 10.1017/S0033291701004056
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P., și Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516. doi: 10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., și Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: Its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757–774. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5
- Gilbert, P., și Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology și Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., Pehl, J., și Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 23–36. doi: 10.1111/j.2044-8341.1994.tb01768.x

- Gratz, K. L., și Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. J., și John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., și Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 15. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Harder, D. H., și Zalma, A. (1990). Two Promising Shame and Guilt Scales: A Construct Validity Comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 729–745. doi: <http://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674108>
- Harder, D. W., Cutler, L., și Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of personality assessment*, 59(3), 584-604. doi: 10.1207/s15327752jpa5903\_12
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., și Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS one*, 6(3), e18001. doi: 10.1371/journal.pone.0018001
- Hedman, E., Ström, P., Stükel, A., și Mortberg, E. (2013). Shame and guilt in social anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy and association with social anxiety and depressive symptoms. *PLoS One*, 8. doi: 10.1371/journal.pone.0061713
- Heimberg, R. G., și Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., și Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23. doi: 10.1007/BF01173521
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., ... și Fallon, B. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133-1141. doi:10.1001/archpsyc.55.12.1133
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., și Blendell, K. A. (1993). Cognitive—behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive therapy and Research*, 17(4), 325-339. doi: 10.1007/BF01177658
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., și Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 637-650. doi: 10.1016/0005-7967(95)00013-N
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., și Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4
- Johnson, E. A., și O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 939. doi: 10.1521/jscp.2013.32.9.939

- \*Johnson, J., Jones, C., Lin, A., Wood, S., Heinze, K., și Jackson, C. (2014). Shame amplifies the association between stressful life events and paranoia amongst young adults using mental health services: Implications for understanding risk and psychological resilience. *Psychiatry Res*, *220*, 217–225. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.022
- Johnson, R. C., Danko, G. P., Huang, Y. H., Park, J. Y., Johnson, S. B., și Nagoshi, C. T. (1987). Guilt, shame, and adjustment in three cultures. *Personality and Individual Differences*, *8*, 357–364. doi:10.1016/0191-8869(87)90036-5
- Johnson, R. C., Kim, R. J., și Danko, G. P. (1989). Guilt, shame and adjustment: A family study. *Personality and Individual Differences*, *10*, 71–74. doi:10.1016/0191-8869(89)90180-3
- Joireman, J. (2004). Empathy and the self-absorption paradox II: Self-rumination and self-reflection as mediators between shame, guilt, and empathy. *Self and Identity*, *3*, 225–238. doi: 10.1080/13576500444000038
- Katzir, M., și Eyal, T. (2013). When stepping outside the self is not enough: A self-distanced perspective reduces the experience of basic but not of self-conscious emotions. *Journal of Experimental Social Psychology*, *49*(6), 1089–1092. doi: 10.1016/j.jesp.2013.07.006
- Keith, L., Gillanders, D., și Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clin Psychol Psychother*, *16*, 317–327. doi: 10.1002/cpp.629
- Keller, M. B. (2006). Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(suppl 12), 14–19.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., și Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, *33*(3), 301–313. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1
- Kiko, S., Stevens, S., Mall, A. K., Steil, R., Bohus, M., și Hermann, C. (2012). Predicting post-event processing in social anxiety disorder following two prototypical social situations: state variables and dispositional determinants. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(10), 617–626. doi: http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.001
- Kim, S., Thibodeau, R., și Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *137*(1), 68–96. doi: 10.1037/a0021466
- Kocovski, N. L., și Rector, N. A. (2007). Predictors of Post-Event Rumination Related to Social Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, *36*(2), 112–122. doi: http://doi.org/10.1080/16506070701232090
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., și Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *51*(12), 889–898. doi: 10.1016/j.brat.2013.10.007
- Kring, A. M., și Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot și R. S. Feldman, *The regulation of emotion*. (pp.359–385). New Jersey, NY: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Kubany, E. S. (1994). A cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD. *Journal of traumatic stress*, *7*(1), 3–19. doi: 10.1002/jts.2490070103

- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-376. doi: 10.1177/0146167283093007
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., și Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lewis, H.B. (1971). Shame and guilt in neurosis. New York: International Universities Press.
- Lindner, H., Kirkby, R., Wertheim, E., și Birch, P. (1999). A brief assessment of irrational thinking: The Shortened General Attitude and Belief Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(6), 651-663. doi:10.1023/A:1018741009293
- Lutwak, N., și Ferrari, J. (1997). Shame-related social anxiety: Replicating a link with various social interaction measures. *Anxiety, Stress și Coping: An International Journal*, 10, 335-340. doi: 10.1080/10615809708249307
- Mattick, R. P., și Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455-470. doi:10.1016/S0005-7967(97)10031-6
- Mellings, T. M. B., și Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243-257. doi: http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00040-6
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., și Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 16(6), 661-673. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00134-2
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., și Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. doi: doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Mineka, S., Watson, D., și Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*, 49(1), 377-412. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Muris, P., Meesters, C., Bouwman, L., și Notermans, S. (2015). Relations among behavioral inhibition, shame- and guilt-proneness, and anxiety disorders symptoms in non-clinical children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 46, 209-216. doi: 10.1007/s10578-014-0457-3
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*.
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. doi: 10.1080/15298860309027
- Neff, K. D., și Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44. doi: 10.1002/jclp.21923



- Netemeyer, R. G., Williamson, D. A., Burton, S., Biswas, D., Jindal, S., Landreth, S., ...șiPrimeaux, S. (2002). Psychometric properties of shortened versions of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 62(1), 111-129. doi: 10.1177/0013164402062001008
- Opris, D., și Macavei, B. (2007). The Profile of Emotional Distress; Norms for the Romanian Population. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 7(2), 139-158.
- Orth, U., Berking, M., și Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and social psychology bulletin*, 32(12), 1608-1619. doi: 10.1177/0146167206292958
- Perini, S. J., Abbott, M. J., și Rapee, R. M. (2006). Perception of Performance as a Mediator in the Relationship Between Social Anxiety and Negative Post-Event Rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 645–659. doi: <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9023-z>
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., și Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403-410. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00801.x
- Pineles, S. L., Street, A. E., și Koenen, K. C. (2006). The differential relationships of shame-proneness and guilt-proneness to psychological and somatization symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 688–704. doi: 10.1521/jscp.2006.25.6.688
- Quiles, Z. N., și Bybee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt: Relations to mental health, prosocial behavior and religiosity. *Journal of Personality Assessment*, 69, 104–126. doi: 10.1207/s15327752jpa6901\_6
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., și Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology și psychotherapy*, 18(3), 250-255. doi: 10.1002/cpp.702
- Rapee, R. M., și Abbott, M. J. (2007). Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2977–2989. doi: <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.08.008>
- Rapee, R. M., și Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756. doi:10.1016/S0005-7967(97)00022-3
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R., și Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Res*, 150, 313–325. doi: 10.1016/j.psychres.2006.04.018
- Russell, G., și Shaw, S. (2009). A study to investigate the prevalence of social anxiety in a sample of higher education students in the United Kingdom. *Journal of Mental Health*, 18, 198 –206. doi:10.1080/09638230802522494
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., ...și Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26(1), 34-38. doi: 10.1002/da.20503

- Schoenleber, M., și Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of abnormal psychology, 121*(2), 433-446. doi: 10.1037/a0025281
- Schoenleber, M., Chow, P. I., și Berenbaum, H. (2014). Self-conscious emotions in worry and generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 299–314. doi: 10.1111/bjc.12047
- Schoenleber, M., Sippel, L. M., Jakupcak, M., și Tull, M. T. (2015). Role of trait shame in the association between posttraumatic stress and aggression among men with a history of interpersonal trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7*, 43–49. doi: 10.1037/a0037434
- Schulz, S. M., Alpers, G. W., și Hofmann, S. G. (2008). Negative self-focused cognitions mediate the effect of trait social anxiety on state anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 46*(4), 438-449. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.008
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., ... și Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry, 154*(11), 1571-1575. doi: /10.1176/ajp.154.11.1571
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., ... și Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of psychiatric research, 35*(5), 293-296. doi: 10.1016/S0022-3956(01)00028-0
- Stopa, L., și Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(3), 255-267. doi: 10.1016/0005-7967(93)90024-O
- Tangney, J. E, Miller, R. S., Flicker, L., și Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1256-1269. doi: 10.1037/0022-3514.70.6.1256
- Tangney, J. P. (1992). Situational detenninants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*(2), 199-206. doi: 10.1177/0146167292182011
- Tangney, J. P. (1995). Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *The American Behavioral Scientist, 38*(8), 1132-1145.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy, 34*(9), 741-754. doi: 10.1016/0005-7967(96)00034-4
- Tangney, J. P., și Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., și Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. P. Tangney și K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343–367). New York, NY: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., și Gramzow, R. (2000). *The Test of Self-Conscious Affect–3 (TOSCA-3)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., și Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of personality and social psychology, 70*(6), 1256. doi: 10.1037/0022-3514.70.6.1256

- Tangney, J. P., Wagner, P., și Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol*, *101*, 469–478. doi: 10.1037/0021-843X.101.3.469
- Tracy, J. L., și Robins, R. W. (2004). Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model. *Psychological Inquiry*, *15*, 103-125. doi: 10.1207/s15327965pli1502\_01
- Watson, D. și Clark, L.A. (1999). *Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form*. University of Iowa.
- Webb, T. L., Miles, E., și Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, *138*(4), 775. doi: /10.1037/a0027600
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., și Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress și Coping*, *25*(5), 543-558. doi: 10.1080/10615806.2011.608842
- Werner, K., și Gross, J.J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring și D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology*. (pp. 13-37). New York: Guilford Press.
- Zoccola, P. M., Dickerson, S. S., și Lam, S. (2012). Eliciting and maintaining ruminative thought: The role of social-evaluative threat. *Emotion*, *12*, 673-677. doi: 10.1037/a002734