



**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ “PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII
PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC”**

TEZA DE DOCTORAT- REZUMAT EXTINS

**STRATEGII DE REGLARE A EMOȚIILOR POZITIVE.
CORELATE ȘI PREDICTORI**

AUTOR: STUDENT DOCTORAND CĂZĂNESCU DIANA GABRIELA
COORDONATOR: PROFESOR UNIV. DR. SZENTAGOTAI-TĂȚAR AURORA

**CLUJ-NAPOCA
2019**

Cuprins

CAPITOLUL I. FUNDAMENTE TEORETICE	4
1.1. Introducere în tema cercetării	4
1.2. Reglarea emoțiilor pozitive	4
1.3. Strategii de reglare a emoțiilor pozitive	5
1.3.1. Evaluarea reglării emoțiilor pozitive	5
1.4. Strategii de reglare a emoțiilor pozitive, simptome de psihopatologie, emoții pozitive și starea de bine.....	6
1.4.1. Reglarea emoțiilor pozitive și emoțiile pozitive.....	6
1.4.2. Reglarea emoțiilor pozitive și simptomele de psihopatologie.....	6
1.4.3. Deficiențe de reglare a emoțiilor pozitive în depresie.....	6
1.4.4. Deficiențe de reglare a emoțiilor pozitive în anxietate.....	7
1.4.5. Deficiențe de reglare a emoțiilor pozitive în tulburarea bipolară.....	8
1.5. Tratamente validate științific pentru deficiențele legate de reglarea emoțiilor pozitive	8
1.6. Relevanța și impactul temei de cercetare	10
CAPITOLUL II. OBIECTIVE DE CERCETARE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ...10	
CAPITOLUL III. CERCETAREA ORIGINALĂ.....13	
3.1. Studiul 1. O meta-analiză privind asocierea dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, psihopatologie, emoții pozitive și starea de bine.	13
3.1.1. Introducere.....	13
3.1.2. Metodologie.....	15
3.1.3. Rezultate	18
3.1.4. Discuții.....	22
3.2. Studiul 2a. Investigarea relației dintre strategiile menite să reducă nivelul de emoții pozitive și credințele iraționale în depresie	24
3.2.1. Introducere.....	24
3.2.2. Metodologie.....	25
3.2.3. Rezultate	26
3.2.4. Discuții și concluzii	28
3.3. Studiu 2b. Strategiile de savurare ca și mediator între credințele iraționale, depresie și bucurie	29
3.3.1. Introducere.....	29
3.3.2. Metodologie.....	30
3.3.3. Rezultate	32
3.3.4. Discuții.....	35
3.4. Studiul 3. Monitorizarea strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive la persoanele cu simptome de depresie. Un studiu de tip jurnal	36

3.4.1. Introducere.....	36
3.4.2. Metodologie.....	37
3.4.3. Rezultate	38
3.4.4. Discuție.....	40
3.5. Studiu 4. O intervenție online bazată pe strategii de savurare la persoanele care au simptome de depresie. Un studiu clinic controlat	41
3.5.1. Introducere.....	41
3.5.2. Metodologie.....	42
3.5.3. Rezultate	44
3.5.4. Discuții.....	45
CAPITOLUL IV DISCUȚIE GENERALĂ ȘI CONCLUZII.....	47
4.1. Implicații teoretice și practice.....	47
4.2. Implicații metodologice	49
4.3. Limite și direcții viitoare	49
Referințe.....	50

Cuvinte cheie: reglarea emoțiilor pozitive, reducerea emoțiilor pozitive, savurare, depresie, anxietate, bipolar, emoții pozitive, stare de bine

CAPITOLUL I. FUNDAMENTE TEORETICE

1.1. Introducere în tema cercetării

În ultima vreme, a crescut interesul în ceea ce privește studierea reglării emoțiilor pozitive în cercetarea psihologică. Astfel, studiile au arătat că o reglarea adaptativă a emoțiilor pozitive este asociată cu emoțiile pozitive și cu un nivel crescut al stării de bine (de exemplu, Bryant, 2003; Gentzler, Palmer și Ramsey, 2015). De asemenea, există studii care indică faptul că o reglare deficitară a emoțiilor pozitive este asociată cu simptome de psihopatologie (de exemplu; depresie, anxietate) iar acest lucru atrage atenția asupra faptului că reglarea emoțiilor pozitive poate să fie o problemă importantă pentru domeniul psihologiei clinice (de ex. Carl, Soskin, Kerns, Barlow., 2013; Nelis, Quoidbach, Hansenn & Mikolajczak, 2011).

Scopul general al acestei teze este investigarea strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive în relație cu emoțiile pozitive, starea de bine și simptomele de psihopatologie (depresie, anxietate și tulburarea bipolară). Primul capitol este axat pe definiții și conceptualizări ale reglării emoțiilor pozitive, cu relevanță pentru domeniul psihologiei clinice. În capitolul 2 am inclus metodologia și obiectivele studiilor efectuate, în timp ce capitolul 3 am prezentat cercetările noastre originale pe tema reglării emoțiilor pozitive. În ultimul capitol, am sintetizat concluziile și implicațiile studiilor, am discutat limitările lor și am oferit noi direcții pentru cercetările viitoare.

1.2. Reglarea emoțiilor pozitive

Reglarea emoțiilor pozitive poate fi definită ca un proces complex prin care individual își poate modifica natura, frecvența și durata emoțiilor pozitive (Gross, 1998; Parrott, 1993). Cercetările privind reglarea emoțiilor pozitive arată că strategiile specifice de reglare sunt menite fie să crească sau fie să scadă nivelul emoțiilor pozitive ca și tendințe de răspuns (Carl et al., 2013). În încercarea de a explica modul în care oamenii își reglează emoțiile, James Gross (1998) a propus un model procesual care descrie etapele reglării emoțiilor înglobând contextul, reevaluarea cognitivă și răspunsul comportamental asociat emoțiilor.

Acest model procesual descrie 5 strategii de reglare a emoțiilor: selectarea situației, modificarea situației, schimbarea focusului atențional, modificarea evaluărilor și modularea răspunsului emoțional. Acest model oferă o viziune cuprinzătoare asupra diferitelor etape de la generarea emoțiilor până la reglarea emoțiilor, astfel încât putem înțelege modul în care se desfășoară procesele de reglare a emoțiilor pozitive. De exemplu, când cineva își dorește să își regleze nivelul de emoții pozitive, el / ea va alege o situație pozitivă (selectarea situației; de exemplu, cineva alege să meargă la cină cu niște prieteni la un restaurant select). Aceeași persoană poate, de asemenea, să schimbe situația pentru a o face mai plăcută (modificarea situației; de exemplu, schimbă locurile la masă, pentru a fi alături de cel mai bun prieten al său). Persoana poate, de asemenea, să-și direcționeze atenția către stimuli plăcuți specifici (schimbarea focusului atențional: de exemplu, își îndreaptă atenția asupra conversației cu prietenii în timp ce savurează mâncarea preferată), evaluează situația (modificarea evaluărilor; de exemplu, el / se gândește cât de minunat este să stai cu prietenii apropiați și să mănânci o mâncare atât de grozavă) și să-și exprime plăcere (modularea răspunsului; de exemplu, zâmbind și râzând).

1.3. Strategii de reglare a emoțiilor pozitive

Reglarea emoțiilor pozitive este un subiect de cercetare destul de nou în psihologia clinică, până în prezent există încă puține studii care conceptualizează și descriu strategii specifice, deoarece până în prezent s-a acordat mai mult interes reglării emoțiilor negative. Reglarea emoțiilor pozitive este diferită de reglarea emoțiilor negative, trăsăturile biologice, fiziologice și comportamentale ale emoțiilor pozitive fiind distincte de cele ale emoțiilor negative (Garland, Fredrickson, Kring, Johnson, Meyer și Penn, 2010). Reglarea emoțiilor pozitive are funcții diferite și funcționează cu strategii diferite. Aceste strategii pot fi clasificate în două categorii, strategii menite să scadă nivelul de emoțiile pozitive și strategii care sunt menite să crească nivelul emoțiilor pozitive.

Unele dintre cele mai comune și studiate strategii de reglare a emoțiilor pozitive sunt strategiile de *savurare*. Strategiile de *savurare* reprezintă procesele prin care oamenii generează, mențin și îmbunătățesc experiența pozitivă din trecut, prezent și viitor (Bryant, 2003).

Nelis și colab. (2011) clasifică strategiile de reglare a emoțiilor pozitive în două categorii principale și descriu câte patru strategii specifice pentru fiecare categorie. Strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt strategii comportamentale și cognitive pe care indivizii le folosesc pentru a-și reprima nivelul de emoții pozitive. Cele mai utilizate strategii de reducere a emoțiilor pozitive sunt:

1. *Inhibarea sau supresia emoțiilor pozitive* se referă la o înclinație generală de a suprima emoțiile pozitive odată ce sunt prezente. Tendința de a suprima emoțiile pozitive a fost asociată cu o scădere generală a tendinței de a alege experiențe pozitive (Gross & Levenson, 1997).

2. *Distragere atențională de la experiențele pozitive*. Această strategie se caracterizează prin acordarea de atenție gândurilor negative care nu au legătură cu evenimentul pozitiv prezent (de exemplu, cineva care se află la cină cu prietenii săi se îngrijorează de sarcinile care nu au fost finalizate la locul de muncă).

3. *A găsi nod în papură*. Această strategie presupune focalizarea atenției pe elementele negative ale situațiilor pozitive. Această strategie de reglare a emoțiilor determină persoana să fie nemulțumită de evenimente pozitive, deoarece se concentrează asupra lucrurilor care ar fi putut să decurgă mai bine.

4. *Călătoria mentală negativă în timp* se referă la reamintirea și/sau anticiparea consecințelor negative legate de evenimente pozitive. Mai exact, această strategie se referă la focalizarea pe evenimente pozitive într-o lumină negativă folosind atribuiri externe.

Cele mai frecvente strategii de savurare descrise de Nelis și colab.(2011) sunt:

1. *Implicarea în prezent* este o modalitate care poate să fie descrisă ca direcționând atenția asupra experienței pozitive din momentul prezent (Bryant, 2003).

2. *Valorificarea experiențelor pozitive* se referă la sărbătorirea și împărtășirea experiențelor pozitive cu ceilalți (Langston, 1994).

3. *Călătoria mentală negativă în timp* este caracterizată prin reamintirea și anticiparea evenimentelor pozitive.

4. *Afișarea comportamentală* este descrisă ca exprimând emoțiile pozitive prin comportament nonverbal.

O altă conceptualizare introduce conceptul de ruminație pozitivă (Feldman et al., 2008), care poate să fie de tipuri: concentrat pe emoțiile pozitive (focalizare pe emoție) și sau centrarea pe sensul pozitiv al evenimentelor pozitive pentru sine (focalizare pe sine).

1.3.1. Evaluarea reglării emoțiilor pozitive

Reglarea emoțiilor pozitive este de obicei evaluată prin scale de tip self-report. Acestea sunt chestionare care se concentrează pe strategii specifice și, de obicei, nu au legătură cu un context specific; acestea evaluează strategiile de reglare a emoțiilor pozitive ca trăsături și tendințe generale de răspuns. Printre cele mai frecvent utilizate sunt: *Savoring Belief Inventory* (SBI, Bryant 2003), *Responses to Positive Affect* (RPA; Feldman et al., 2008), *Positive Emotion Regulation-Revised* (ERP-R, Nelis et al, 2011), și *Difficulties in Emotion Regulation-Scale-positive* (DERS-positive; Weiss, Gratz & Lavender, 2015).

Pe lângă chestionarele de tip self-report, s-au mai utilizat în studii și alte metode de evaluare a reglării emoțiilor pozitive. Un număr limitat de studii au folosit sarcini experimentale. Rezonanță magnetică nucleară funcțională (RMN) a fost utilizată pentru a măsura activitatea creierului în timpul sarcinilor de reglare a emoțiilor pozitive de către Heller și colab., 2009 și Light și colab., 2011. S-au utilizat sarcini computerizate, de tip *dot-probe*, pentru a identifica bias-ul atențional relevant pentru stimuli pozitivi (de exemplu, Joormann și Gotlib, 2007). Jurnalul zilnic este o altă metodă care a fost folosită în cercetarea privind reglarea emoțiilor pozitive și este considerată o modalitate mai ecologică de a surprinde strategiile de reglare a emoțiilor în viața de zi cu zi (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Kashdan & Steger, 2006).

1.4. Strategii de reglare a emoțiilor pozitive, simptome de psihopatologie, emoții pozitive și starea de bine

1.4.1. Reglarea emoțiilor pozitive și emoțiile pozitive

Studiile arată că strategiile de savurare sunt asociate pozitiv cu niveluri crescute de starea de bine și emoții pozitive (de exemplu, Quoidbach et al., 2010; Gentzler et al., 2015; Smith și Hollinger-Smith, 2014; Quoidbach et al., 2010) iar strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt asociate cu un nivel mai scăzut al stării de bine și al emoțiilor pozitive (de exemplu Hamilton, et al, 2017; Olofsson, Boersma, Engh, Wurm, 2014; Quoidbach et al, 2010). Bryant și Veroff (2017) au arătat că utilizarea zilnică a strategiilor simple de savurare, cum ar fi observarea aspectelor plăcute și conștientizarea experiențelor pozitive, crește nivelul de fericire în comparație cu grupurile de control cărora i s-a cerut să se focalizeze pe evenimente negative sau neutre. Nu toate tipurile de strategii de savurare prezic starea de bine în același mod. Quoidbach et al, 2010 au arătat că starea de bine emoțională a fost prezisă cel mai mult de strategiile de *implicare în prezent* și *călătoria mentală pozitivă în timp*. De asemenea, cel mai puternic predictor negativ al stării de bine a fost distragerea atenției de la experiențele pozitive.

1.4.2. Reglarea emoțiilor pozitive și simptomele de psihopatologie

Mai multe cercetări recente în domeniul clinic s-au concentrat pe importanța reglării emoțiilor pozitive în tulburările emoționale (Carl et al, 2013).

În cele ce urmează, vom rezuma concluziile referitoare la problemele de sănătate mintală (depresia, anxietatea și tulburarea bipolară) cel mai frecvent legate de deficitele întâlnite în reglarea emoțiilor pozitive.

1.4.3. Deficiențe de reglare a emoțiilor pozitive în depresie

Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări clinice (Alonso, Angermeyer, & Lepine, 2004; Kessler, 1994). Studiile arată că simptomele depresive sunt asociate cu niveluri crescute de strategii de reducere a emoțiilor pozitive (Carl et al., 2013; Nelis et al., 2011; Gentzler et al., 2015; Raes et al., 2014; Werner-Seidler et al., 2013) și cu un nivel scăzut de strategii de savurare (Bryant, 2003; Eisner, Johnson, & Carver, 2009; Ramsey & Gentzler, 2014; Werner-Seidler et al., 2013). Dacă ne folosim de modelul procesual propus Gross (1998), pentru a explica dificultățile reglării emoțiilor pozitive în depresie, descoperim că deficiențele se regăsesc în toate cele cinci procese ale reglării emoțiilor (Carl et al., 2013).

a) *Selectarea și modificarea situației*. Depresia este puternic asociată cu evitarea activităților care ar putea ajuta la creșterea nivelului de emoții pozitive (de exemplu, activități de recreere, activități sociale) (Lewinsohn & Amenson, 1978). Mai mult, persoanele cu depresie nu sunt motivate să se angajeze în activități plăcute, mai ales pentru că nu sunt sensibile la recompensele din mediu (Dillon & Pizzagalli, 2007; Shankman, Klein, Tenke și Bruder 2007).

b) *Schimbarea focusului atențional*. Studiile arată că persoanele cu simptome depresive nu sunt atente la informațiile pozitivă din jurul lor, fiind mai predispuse să se concentreze pe stimuli negativi din mediul înconjurător (Bar-Haim, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, și van Ijzendoorn, 2007; Mogg & Bradley, 2005).

c) *Modificarea evaluărilor*. Mecanismele cognitive care stau la baza depresiei au primit cea mai mare atenție în ceea ce privește cercetarea în domeniul clinic. Studii recente privind reglarea emoțiilor arată că persoanele cu simptome depresive tind să-și reducă nivelul de emoții pozitive gândindu-se în moduri care suprimă afectele pozitive ale acestora (de exemplu, „nu merit acest lucru”, „această situație bună nu va dura mult”) și, de asemenea, tind să facă atribuiri externe către succes (de exemplu, „nu m-am priceput foarte bine, profesorul a fost prea amabil cu mine”) (Feldman et al., 2008).

d) *Modularea răspunsului* la emoțiile pozitive ridică, de asemenea, probleme persoanelor cu depresie. Studiile corelaționale arată că supresia emoțiilor pozitive este corelată pozitiv cu depresia (Gross & John, 2003, Johnson, Tharp, Peckham, & McMaster, 2016; Kashdan & Steger, 2006; Su, Lee și Oishi, 2013). Un studiu recent care a examinat reglarea emoțiilor pozitive în viața de zi cu zi, folosind metoda jurnalului zilnic a arătat că simptomele de depresie sunt asociate cu nivele crescute ale strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive (Li, Starr & Hershenberg, 2017).

1.4.4. Deficiențe de reglare a emoțiilor pozitive în anxietate

Tulburările de anxietate sunt, de asemenea, foarte frecvente în populație și sunt adesea comorbide cu depresia (Sartorius, Üstün, Lecrubier și Wittchen, 1996). În cele ce urmează, vom trece pe scurt în revistă studiile care au explorat reglarea emoțiilor pozitive în legătură cu anxietatea.

a) *Selectarea și modificarea situației*. Anxietatea este de obicei asociată cu probleme în ceea ce privește selectarea și modificarea situațiilor, deoarece este caracterizată în principal de evitare. Anxietatea socială se caracterizează prin evitarea situațiilor sociale, iar frecvența implicării în evenimente pozitive este de obicei scăzută (Kashdan & Steger, 2006). Agorafobia este asociată cu evitarea multor situații și contexte pozitive (de exemplu, activități sociale și de recreere) (Broocks et al., 1997; Morissette, Bitran. & Barlow, 2010).

b) *Schimbarea focusului atențional*. În anxietate, vigilența legată de stimuli negativi este destul de crescută și multe studii au arătat că indivizii cu anxietate prezintă un bias automat legat de informațiile negative (bias atențional) (Bar-Haim et al., 2007; Mathew & MacLeod, 2005; Ruiz-Caballero & Bermudez, 1997). Bias-ul atențional legat de stimuli pozitivi este mai puțin evidentă

pentru cei cu anxietate. Există mai multe studii care au arătat că cei cu anxietate socială tind să evite să-și îndrepte atenția pe stimuli pozitivi (Chen, Clarke, MacLeod, & Guastella, 2012; Taylor, Bomyea, & Amir, 2010), dar nu este încă clar dacă bias-ul este legat doar de informația negativă care îi distrage de la stimuli pozitivi și este nevoie de mai multe cercetări.

c) *Modificarea evaluărilor.* Persoanele care suferă de tulburări de anxietate tind să facă interpretări negative ale scenariilor ambigue (Mathews & MacLeod, 2005). Deși nu există studii specifice privind evaluarea evenimentelor pozitive, datele arată că persoanele anxioase prezintă dificultăți în a folosi strategii de savurare pentru evenimente pozitive și au tendința de a folosi strategii de reducere a emoțiilor pozitive (Eisner et al., 2009).

d) *Modularea răspunsului.* Similar cu depresia, persoanele cu anxietate tind să reprime emoțiile pozitive (Carl, et al, 2013). Strategii precum exprimarea comportamentală a emoțiilor pozitive și de valorificare a evenimentelor pozitive sunt utilizate mai puțin de către cei care au simptome de anxietate în comparație cu persoanele care nu au astfel de simptome (Nelis et al., 2011). Fobia socială și anxietatea generalizată sunt caracterizate de o exprimare redusă a emoțiilor pozitive (Roemer, Salters, Raffa și Orsillo, 2005; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin și Fresco, 2005).

1.4.5. Deficiențe de reglare a emoțiilor pozitive în tulburarea bipolară

În cele ce urmează vom rezuma studiile care au explorat reglarea emoțiilor pozitive în legătură cu tulburarea bipolară.

a) *Selectarea și modificarea situației.* Studiile de până acum au arătat că persoanele care sunt expuse riscului de a dezvolta manie tind să urmărească obținerea plăcerii în contexte nepotrivite. Gruber (2011) arată că persoanele cu risc de manie urmăresc răspunsuri pozitive necorespunzătoare la stimuli neutri și negativi în comparație cu cei care nu prezintă risc pentru manie.

b) *Schimbarea focusului atențional.* Unele dovezi arată că indivizii care sunt expuși riscului de manie manifestă o atenție sporită către stimuli pozitivi (Gruber, 2011; Johnson, McKenzie și McMurrich., 2007). Faptul că persoanele cu risc de manie raportează un nivel crescut al emoțiilor pozitive chiar și după vizionarea unor secvențe video cu conținut negativ sau neutru, întărește ipoteza cum că aceștia au o tendință generală de a-și îndrepta atenția asupra informațiilor pozitive chiar și în situații negative (Carl et al., 2013).

c) *Modificarea evaluărilor.* Simptomele de manie sunt asociate cu reevaluarea pozitivă automată prin generalizarea informațiilor pozitive (Piff, Purcell, Gruber, Hertenstein și Keltner, 2012). Persoanele cu tulburare bipolară care se află între episoadele maniacale folosesc strategii de reevaluare cognitivă mai frecvent atunci când vizionează filme triste și neutre în comparație cu cei care nu are simptome maniacale (Gruber, Harvey, & Gross, 2012).

d) *Modularea răspunsului.* Deși persoanele care sunt expuse riscului de manie caută plăcere și activități care să maximizeze emoțiile pozitive, folosesc și strategii de reducere a emoțiilor pozitive destul de frecvent (Feldman la al., 2008). Mai mult, Gruber, Harvey și Gross (2012) au arătat că indivizii care se află între episoadele tulburării bipolare I folosesc mai des strategii de supresie a emoțiilor pozitive, și cele mai multe ori nu reușesc să-și reducă nivelul crescut de emoții pozitive.

1.5. Tratamente validate științific pentru deficitul legate de reglarea emoțiilor pozitive

Chiar dacă reglarea emoțiilor pozitive a atras relativ recent atenția cercetătorilor din domeniul clinic, există deja o serie de tehnici validate empiric, care abordează componente relevante pentru deficitul de reglare a emoțiilor pozitive.

În tratarea depresiei, activarea comportamentală este o strategie (AC; Jacobson, Martell și Dimidjian, 2001), care este menită să schimbe tiparele comportamentale bazate pe evitarea situațiilor pozitive și a pasivității. AC se bazează pe faptul că persoanele cu depresie învață să se angajeze în activități care să le ofere satisfacție (Hopko, Lejuez, Ruggiero și Eifert, 2003; Jacobson et al., 2001).

”*Forța caracterului*” este o intervenție specifică psihologiei pozitive, care se bazează pe identificarea punctelor forte și pe modificările comportamentale pe baza acestora în viața de zi cu zi (Seligman, Steen, Park și Peterson, 2005). „*Actele de bunătate*” este o altă intervenție din psihologia pozitivă care constă în planificarea și efectuarea unor comportamente de exprimare a bunătății față de alții în fiecare zi sau săptămânal (Lyubomirsky, Sheldon și Schkade, 2005). O altă tehnică foarte utilizată în tratamentul depresiei este „*numărarea binecuvântărilor*” care implică realizarea unei liste zilnice cu lucruri pentru care cineva este mulțumitor (de exemplu, Emmons & Mc Cullough, 2003). Toate aceste intervenții pozitive au suport empiric în special în populația non-clinică și s-au dovedit a fi eficiente în ceea ce privește scăderea simptomelor depresiei și în îmbunătățirea nivelului de emoții pozitive și al stării de bine; însă sunt necesare mai multe studii asupra populației clinice (Carl et al., 2013).

O altă linie de tratament se bazează pe controlul atențional (atenția focalizată asupra emoțiilor pozitive), inclusiv strategii bazate pe meditație de tip mindfulness. Tehnicile de mindfulness devin din ce în ce mai mult o parte integrantă a tratamentelor care sunt concepute pentru a optimiza nivelul emoțiilor pozitive (Garland et al., 2010). Studiile arată că tehnicile de mindfulness îmbunătățesc flexibilitatea cognitivă, ceea ce duce la cultivarea pe termen lung a emoțiilor pozitive și a stării de bine (Fredrickson și Joiner, 2002; Garland et al., 2010). Una dintre cele mai bine validate terapii care face parte din această categorie este terapia cognitivă bazată pe mindfulness (MBCT, Teasdale et al., 2000), care se axează pe cultivarea conștientizării pe moment a gândurilor, emoțiilor și a senzațiilor corporale, plus focalizarea atenției asupra mediului fără a-l judeca. Mai multe studii au arătat că astfel de practici de tip mindfulness duc la creșterea nivelului de emoții pozitive (Erismann & Roemer, 2010; Jimenez, Niles și Park, 2010). O altă practică de meditație care nu are încă atât de multe dovezi empirice este meditația bazată pe bunătate și iubire (LKM-Salzberg, 2011). Această tehnică se bazează pe creșterea compasiunii față de sine și față de ceilalți prin imaginarea și repetarea anumitor gândurilor pozitive (de ex., ”pot fi fericit/pot fi amabil,”) într-o manieră meditativă. Rezultatele privind eficacitatea KLM sunt mixte. Intervenția KLM aplicată celor cu simptome de anxietate (Weibel, McClintock, & Anderson, 2016) și celor cu schizofrenie (Johnson et al., 2011) par să crească nivelul emoțiilor pozitive, nivelul de iubire și de compasiune față de sine în grupurile experimentale (grupurile care au beneficiat de intervenție) în comparație cu grupurile de control.

O altă clasă de intervenții provine din paradigma reglării emoțiilor pozitive și include în principal intervenții bazate pe strategii de savurare. Exercițiile simple de savurare propuse de Bryant & Veroff (2017) implică concentrarea atenției fie asupra experienței senzoriale, cum ar fi mâncatul, băutul sau concentrării atenției asupra activităților plăcute, dar puțin mai complexe (de exemplu, mersul în parc). Intervenția bazată pe reamintire este o altă tehnică de savurare și presupune amintirea experiențelor pozitive, reexperimentându-le timp de 10 minute zilnic prin imagerie (Bryant et al., 2005) sau vorbind despre experiențe pozitive din trecut (de exemplu, Pinquart & Forstmeier, 2012). Exercițiile bazate pe *călătorie mentală pozitivă în timp* sunt, de asemenea, utilizate pentru a crește nivelul de savurare, prin această tehnică individul trebuie să-și imagineze într-un mod cât mai realist evenimente pozitive viitoare care se presupune că se vor întâmpla în următoarele zile (Quoidbach et al., 2009; Kurtz și Lubomirsky, 2013). Exercițiile de valorificare a evenimentelor pozitive sunt de

asemenea menite să crească nivelul de savurare. Aceste intervenții sunt bazate pe modularea răspunsului, implicând împărtășirea evenimentelor pozitive cu persoane apropiate.

1.6. Relevanța și impactul temei de cercetare

O primă implicație teoretică a acestei lucrări o reprezintă o mai bună înțelegere a fenomenului reglării emoțiilor pozitive. Puține studii au abordat acest subiect până acum acordându-se mult mai multă atenție reglării emoțiilor negative. Cu toate acestea, mai multe studii au arătat că deficiențele în ceea ce privește reglarea emoțiilor pozitive sunt asociate cu simptome de anxietate, depresie și tulburare bipolară (Eisner et al., 2009; Feldman et al., 2008; Gruber, Eidelman, Johnson, Smith, & Harvey, 2011; Nelis et al, 2015; Raes, Daems, Feldman, Johnson & Van Gucht, 2009). Este necesară studierea factorilor care contribuie la o reglare deficitară a emoțiilor pozitive care nu au fost încă investigați, cum ar fi spre exemplu cognițiile iraționale care sunt factori de vulnerabilitate pentru tulburările emoționale (Beck, 2008; David, Schnur și Belloiu, 2002).

O a doua implicație teoretică ar fi o caracterizare temporală și funcțională mai bună a reglării emoțiilor pozitive și a tulburărilor emoționale. Poate fi insuficientă clasificarea strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive în bune și rele, strategii de reducere a emoțiilor pozitive și strategii de savurare. Este necesar ca aceste tehnici de reglare a emoțiilor pozitive să fie evaluate în context și în timp corelat cu obiectivele personale. De asemenea, este nevoie de a clarifica care dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive sunt asociate cu anumite rezultate, de exemplu, poate că nu toate strategiile de reducere a emoțiilor pozitive influențează în egală măsură simptomele depresiei, anxietății și a tulburării bipolare. Considerăm de asemenea necesar să descoperim care sunt strategiile de savurare care influențează cel mai mult starea de bine și nivelul emoțiilor pozitive.

Ca implicații practice, este necesară testarea tehnicilor de reglare a emoțiilor pozitive pentru a îmbunătăți calitatea și eficiența programelor de tratament pentru problemele emoționale, considerând că sunt deja mai multe studii care au arătat că reglarea emoțiilor pozitive este esențială pentru sănătatea mintală (Carl, et al, 2013).

CAPITOLUL II. OBIECTIVE DE CERCETARE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ

Scopul general al acestui proiect de cercetare este de a investiga impactul strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive, atât adaptative, cât și disfuncționale, asupra simptomelor depresiei, anxietate și tulburare bipolară precum și asupra emoțiilor pozitive asupra starea de bine.

Primul nostru obiectiv principal este de a sintetiza pe de o parte relația dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive adaptive și disfuncționale cu emoțiile pozitive și starea de bine și de altă parte relația acestora cu simptomele de psihopatologie (adică, depresia, anxietate și tulburare bipolară), prin realizarea unei meta-analize (Studiul 1). Din câte știm, până în acest moment nu s-a realizat nicio meta-analiză privind reglarea emoțiilor pozitive.

Al doilea obiectiv principal este investigarea relației dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive și convingerile iraționale descrise în Terapia rațional emotivă și comportamentală (REBT): cerințe absolutiste (DEM), catastrofarea (AWL), toleranță scăzută la frustrare (LFT) și evaluarea globală negativă a propriei persoane / și a altora (SD / OD). În Studiul 2a, vom testa dacă strategiile de reducere a emoțiilor pozitive mediază relația dintre credințele iraționale și simptomele depresive, în timp ce în Studiul 2b testăm dacă strategiile de savurare mediază relația dintre credințele iraționale, bucurie și simptomele depresive.

Al treilea obiectiv este de a investiga reglarea emoțiilor pozitive zilnice la persoanele cu simptome de depresie. Scopul nostru este să identificăm strategiile specifice de reducere a emoțiilor pozitive și savurare pe care le folosesc persoanele cu simptome ale depresiei pentru a-și regla emoțiile pozitive în urma unui eveniment pozitiv. Un studiu de tip jurnal va fi realizat în acest scop (Studiul 3).

Al patrulea obiectiv principal al tezei este investigarea eficacității unei intervenții online bazate pe strategii de savurare pentru îmbunătățirea reglării emoțiilor pozitive și reducerea simptomelor depresive. Deși datele arată că persoanele care prezintă simptome depresive au o capacitate redusă de a se bucura de evenimentele de viață pozitive, există deocamdată o lipsă de protocoale de intervenție care abordează această problemă (Carl et al., 2013; Gross & Thompson, 2007).

Schița studiilor incluse în teză este prezentată în Figura 1.

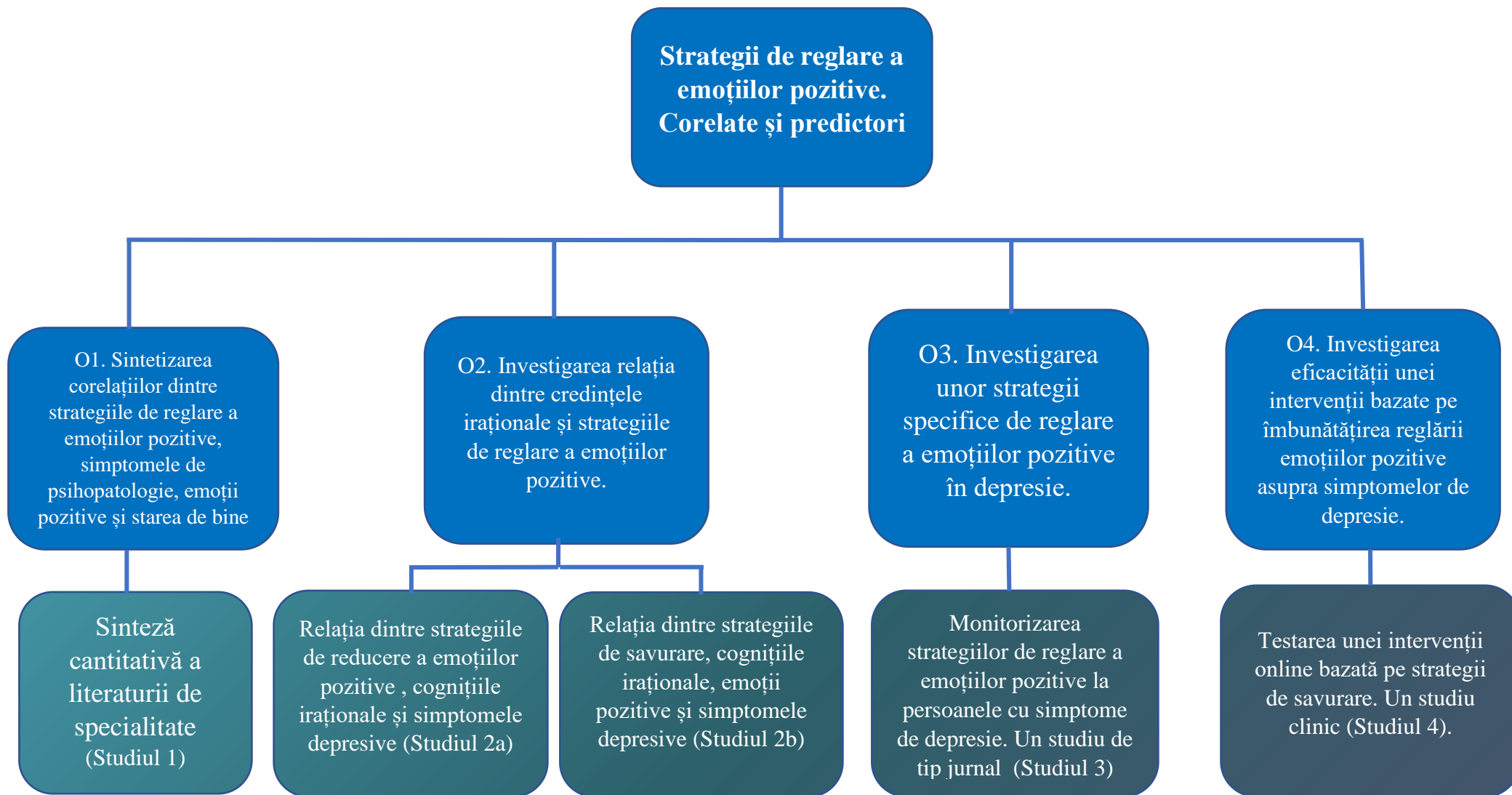


Figura 1. Schița grafică a obiectivelor și proiectelor de cercetar

CAPITOLUL III. CERCETAREA ORIGINALĂ

3.1. Studiul 1. O meta-analiză privind asocierea dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, psihopatologie, emoții pozitive și starea de bine.

1

3.1.1. Introducere

În ultimii ani, mai multe studii au investigat rolul reglării emoțiilor pozitive în sănătatea mintală. Cercetările legate de reglarea emoțională au început să ia în considerare pe lângă reglarea emoțiilor negative și modul în care strategiile de reglare a emoțiilor pozitive au influență atât în asupra emoțiilor pozitive și stării de bine cât și asupra simptomelor de psihopatologie (depresie, anxietate și tulburare bipolară).

3.1.1.1. Strategii de reglare a emoțiilor pozitive

Reglarea emoțiilor pozitive este procesul prin care individul își ajustează durata, natura și frecvența emoțiilor pozitive (Gross & Thompson, 2007).

Cercetarea privind reglarea emoțiilor pozitive, până în prezent, s-a concentrat în principal pe strategii specifice de reglare. Literatura descrie două mari categorii de strategii de reglare a emoțiilor pozitive, una dintre acestea vizează reducerea duratei, și a frecvenței emoțiilor pozitive (strategii disfuncționale) și din cealaltă categorie fac parte strategiile care cresc durata, frecvența și nivelul emoțiilor pozitive (strategii adaptative). Strategiile disfuncționale sunt caracterizate de reducerea nivelului de emoții pozitive (Feldman et al., 2008; Nelis al., 2011; Quidbach et al., 2010). Printre aceste strategii disfuncționale se numără: (1) *supresia emoțiilor pozitive* - emoțiile pozitive sunt ascunse sau reprimare; (2) *distragerea atenției* de la stimuli care pot induce emoții pozitive; (3) *a găsi nod în papură* – acordarea atenției elementelor negative sau concentrarea atenției pe ceea ce ar putea fi putut să se desfășoare mai bine într-un eveniment pozitiv; (4) *călătorie mentală negativă în timp* - reflectarea asupra evenimentelor pozitive din trecut, prezent și viitor într-o perspectivă negativă. Aceste strategii disfuncționale sunt asociate cu un nivel scăzut al stării de bine, simptome de depresie și stima de sine scăzută (Feldman et al., 2008; Larsen și McKibban, 2008; Schwartz, Reynolds III, Thase, Frank, Fasiczka, & Haaga, 2002).

În schimb, strategiile adaptative sunt cele care amplifică și mențin un nivel mai crescut al emoțiilor pozitive (Bryant, 2003; Feldman et al., 2008; Nelis et al., 2011). Printre acestea se numără: (1) *afișarea comportamentală* - menținerea și afișarea emoțiilor pozitive prin exprimare comportamentală; (2) *implicare în prezent* - concentrarea atenției în mod deliberat asupra experiențelor pozitive din prezent; (3) *valorificarea experiențelor pozitive* - sărbătorirea și împărtășirea evenimentelor pozitive cu ceilalți; (4) *călătorie mentală pozitivă în timp* - reamintirea și/sau anticiparea evenimentelor pozitive.

¹ Acest studiu a fost trimis spre publicare.

Căzănescu, D. G., Tecuta, L., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). O meta-analiză privind asocierea dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, psihopatologie, emoții pozitive și starea de bine. Manuscris trimis spre publicare. Contribuții ale autorului: D. G. Căzănescu și A. Szentagotai-Tătar au contribuit la proiectarea studiului. Căutarea literaturii, selecția studiilor și procedura de codare au fost efectuate de D. G. Căzănescu. D. G. Căzănescu a efectuat analiza și interpretarea datelor sub supravegherea lui A. Szentagotai-Tătar. D. G. Căzănescu și L. Tecuta au redactat manuscrisul, iar A. Szentagotai-Tătar a revizuit critic ale analiza datelor și manuscrisului.

Feldman și colab., (2008) propun conceptul de ruminație pozitivă pe lângă strategiile de reglare prezentate mai sus, aceasta exprimându-se în două moduri: ruminația focalizată pe emoție - focalizarea atenției asupra emoțiilor plăcute și ruminația focalizată pe sine - concentrarea atenției asupra caracteristicilor pozitive ale sinelui. Aceste strategii sunt asociate cu un nivel crescut al emoțiilor pozitive (Erisman & Roemer, 2010).

În timp ce o reglarea optimă a emoțiilor pozitive este în general asociată cu niveluri crescute ale stării de bine și al emoțiilor pozitive, deficitale în reglarea emoțiilor pozitive generează stres și sunt strâns legate de anumite probleme emoționale (Carl et al., 2013). În cele ce urmează, rezumăm pe scurt datele existente pentru relațiile dintre deficitalele reglării emoțiilor pozitive și simptomele de psihopatologie (depresie, anxietate și tulburare bipolară).

3.1.1.2. Reglarea emoțiilor pozitive în psihopatologie

Studiile recente au arătat că reglarea emoțiilor pozitive este adesea semnificativ afectată la persoanele care suferă de depresie (Eisner et al., 2009; Feldman et al., 2008). Deficitalele în ceea ce privește reglarea emoțiilor pozitive în depresie pot fi întâlnite sub mai multe forme. În primul rând, depresia este caracterizată de lipsa motivației și incapacitatea de a alege contexte care să ofere posibilitatea de a dezvolta sau de a crește nivelul emoțiilor pozitive (Carl et al., 2013). Mai mult decât atât, persoanele care suferă de depresie pot avea dificultăți în utilizarea strategiilor adaptative de reglare, concentrându-și atenția în mod excesiv pe stimulii negativi. Cercetările în domeniu indică faptul că astfel de pacienți sunt mai puțin atenți la fețele care exprimă emoții pozitive sau cuvinte care descriu emoții pozitive (Bradley, Mogg, Falla, & Hamilton, 1998; Joormann și Gotlib, 2007; Levens și Gotlib, 2009). Mai mult decât atât, indivizii cu depresie tind să interpreteze negativ scenarii ambigue (Mathews & MacLeod, 2005), să genereze mai puține amintiri pozitive sau să proiecteze evenimente plăcute în viitor în comparație cu persoanele care nu sunt depresive (MacLeod, Tata, Kentish și Jacobsen, 1997).

Unele studii arată că pacienții cu depresie folosesc mai puține strategii menite să crească nivelul emoțiilor pozitive, cum ar fi valorificarea sau exprimarea comportamentală a emoțiilor pozitive (Nelis et al., 2011). Simptomele depresiei prezic, de asemenea, un nivel scăzut al strategiilor de savurare (Eisner et al., 2009).

În mod similar cu depresia, tulburările de anxietate sunt puternic asociate cu implicarea redusă în activități menite să crească emoțiile pozitive și cu evitarea (Carl et al., 2013). Persoanele cu un nivel ridicat de anxietate par să fie preocupate în primul rând de a-și reprimă anxietatea, acordând astfel foarte puțină atenție stimulilor plăcuți (Kashdan & Steger, 2006). De exemplu, agorafobia este asociată cu evitarea într-o varietate de contexte (Morissette et al., 2010), în timp ce anxietatea socială este asociată cu implicare scăzută în activități care pot genera bucurie, implicând de obicei interacțiuni sociale (Broocks et al., 1997; Morissette et al., 2010). Mai mult decât atât, persoanele cu simptome de anxietate prezintă dificultăți în menținerea răspunsurilor emoționale pozitive pentru o perioadă mai lungă de timp, arătând o tendință de a reprimă emoțiile pozitive, precum și tendința de a nu se angaja în strategii de savurare legate de evenimentele pozitive (Eisner et al., 2009). Strategiile comportamentale pentru reglarea emoțiilor pozitive (cum ar fi: afișarea comportamentală, împărtășirea evenimentelor pozitive cu ceilalți) sunt utilizate mai puțin de către persoanele cu simptome de anxietate, comparativ cu cei care nu au astfel de simptome (Nelis et al., 2011). Fobia socială și anxietatea generalizată sunt, de asemenea, strâns corelate cu lipsa de exprimare a emoțiilor pozitive (Roemer et al., 2005; Turk et al., 2005). Deși tulburările de anxietate și depresia sunt deseori comorbide, reglarea deficitară a emoțiilor

pozitive în anxietate rămâne prezentă chiar și atunci când simptomele depresiei au fost controlate statistic în cercetările realizate (Carl et al., 2013).

În ceea ce privește deficiențele legate de reglarea emoțiilor pozitive, simptomele tulburării bipolare sunt asociate cu niveluri crescute de emoții pozitive, ceea ce motivează pacienții să se implice în situații orientate spre scop (Johnson, Gruber & Eisner, 2007; Johnson et al., 2005). Mai mult, acești indivizi se angajează în comportamente dezadaptative și prezintă răspunsuri emoționale pozitive chiar și în situații neutre sau negative (Gruber, 2011), lucru care evidențiază incapacitatea lor de a controla și de a regla emoțiile lor pozitive în funcție de context. În plus, un risc crescut de a dezvolta tulburare bipolară este asociat cu reevaluarea pozitivă excesivă a situațiilor și supra-generalizarea informațiilor pozitive pentru a crește nivelul emoțiilor pozitive (Carl et al., 2013). Un studiu recent a descoperit că persoanele cu tulburare bipolară (între episoade) folosesc reevaluarea cognitivă mai frecvent atunci când urmăresc secvențe video triste și neutre în comparație cu cei care nu prezintă simptome de tulburare bipolară (Gruber et al., 2012). Mai mult decât atât, persoanele cu tulburare bipolară care se află între episoadele maniacale folosesc mai multe strategii de ruminație pozitivă (de exemplu, ruminație focalizată pe sine) în comparație cu cei care nu suferă de tulburare bipolară (Feldman et al., 2008; Gruber et al., 2011; Raes et al., 2009). Chiar dacă simptomele de tulburare bipolară au fost asociate cu strategii de ruminație pozitivă, riscul pentru manie a fost asociat cu strategii de reducere a emoțiilor pozitive (Feldman et al., 2008) și cu supresia emoțiilor pozitive.

3.1.1.3. Obiectivul general al meta-analizei

Până în prezent nu s-a mai realizat nicio analiză cantitativă pentru a investiga asocierea dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, tulburările emoționale, emoțiile pozitive și starea de bine. Scopul general a acestei meta-analize, este sintetizarea corelațiilor dintre strategiile specifice de reglare a emoțiilor pozitive, emoțiile pozitive, starea de bine și simptomele de psihopatologie (depresie, anxietate și tulburare bipolară). Vor fi examinați potențiali moderatori, cum ar fi dimensiunea eșantionului, media de vârstă a eșantionului și sexul (procentul de femei). Ne așteptăm să găsim asocieri pozitive puternice între strategiile adaptative și emoțiile pozitive (de exemplu, bucurie, fericire) și starea de bine. De asemenea, ne așteptăm să găsim corelații negative între strategiile adaptative și simptomele de depresie, anxietate și tulburare bipolară. Pe baza studiilor realizate până în prezent, ne așteptăm să găsim asocieri puternice pozitive între strategiile disfuncționale de reglare și simptomele de depresie, anxietate și tulburare bipolară. De asemenea, ne așteptăm să găsim asocieri puternice negative între strategiile disfuncționale, emoțiile pozitive și starea de bine.

3.1.2. Metodologie

3.1.2.1. Selecția studiilor

Căutarea în literatura de specialitate a fost realizată în bazele de date electronice PsycINFO și PubMed și a inclus studii publicate de la început până în octombrie 2018. Căutare în bazele de date a fost făcută utilizând orice combinație între cuvintele cheie: "*positive emotion regulation*", "*savoring*", "*dampening*", "*positive rumination*", "*positive mental time travel*", "*capitalizing*", "*behavioral display*", "*positive reappraisal*", "*negative mental time travel*", "*positive emotions suppression*", "*positive emotions distraction*" în combinație cu "*anxiety*",

"social anxiety", "panic disorder", "PTSD", "GAD", "phobia", "depression", "bipolar", și cu "positive emotions", "positive affect", "starea de bine" și "mental health" în titlu, abstract și cuvinte cheie.

Pe lângă căutarea în bazele de date online, am completat căutările noastre căutând articole prin intermediul *Google Scholar* care au inclus instrumente de măsurare importante în domeniul reglării emoțiilor pozitive (de exemplu, Savoring Belief Inventory, Response to Positive Affect, The Emotion Regulation Profile-Revised). De asemenea, am căutat în referințele și în tabelele cu citări ale articolelor relevante din domeniul reglării emoțiilor pozitive.

3.1.2.2. Criterii de includere /excludere

Studiile au fost incluse în analiză dacă: (a) au raportat corelații între cel puțin o strategie de reglare a emoțiilor pozitive (strategii adaptative și / sau disfuncționale) și simptome de depresie, anxietate și tulburare bipolară, emoții pozitive și starea de bine (b) au fost publicate în limba engleză, (c) au fost publicate în jurnale de tip *peer review* și (d) au furnizat date suficiente pentru a calcula mărimea efectului între variabilele de interes (pentru 7 dintre studii care nu au raportat corelațiile dintre variabilele de interes, am contactat autorii iar pentru 4 dintre acestea au fost furnizate corelațiile de care am avut nevoie), (e) au inclus populații clinice sau nonclinice. Dacă în studiile longitudinale au fost raportate măsurători multiple, au fost luate în considerare doar cele de la pretest.

Au fost excluse următoarele: (a) disertații, teze de master sau prezentări de conferințe (deoarece, de obicei, aceste lucrări nu trec printr-un proces sistematic de revizuire), (b) studii care nu au furnizat date suficiente pentru a calcula mărimea efectului, (c) studii experimentale / de tratament care nu au inclus un grup de control și măsurători inițiale (pentru că nu permit calcularea mărimilor efectelor dacă nu au raportat coeficientul de corelație), (d) studii pe populații specifice (de exemplu, îngrijitori), în scopul creșterii reprezentativității eșantionului, care este axat pe populația generală și populația clinică diagnosticată cu anxietate, depresie și tulburare bipolară.

Aplicând aceste criterii, au fost găsite în total 73 de studii. Dintre acestea, 62 au fost realizate pe populația non-clinică, 9 pe populația clinică și 3 pe populație mixtă (au inclus atât populație clinică cât și nonclinică) (a se vedea figura 1).

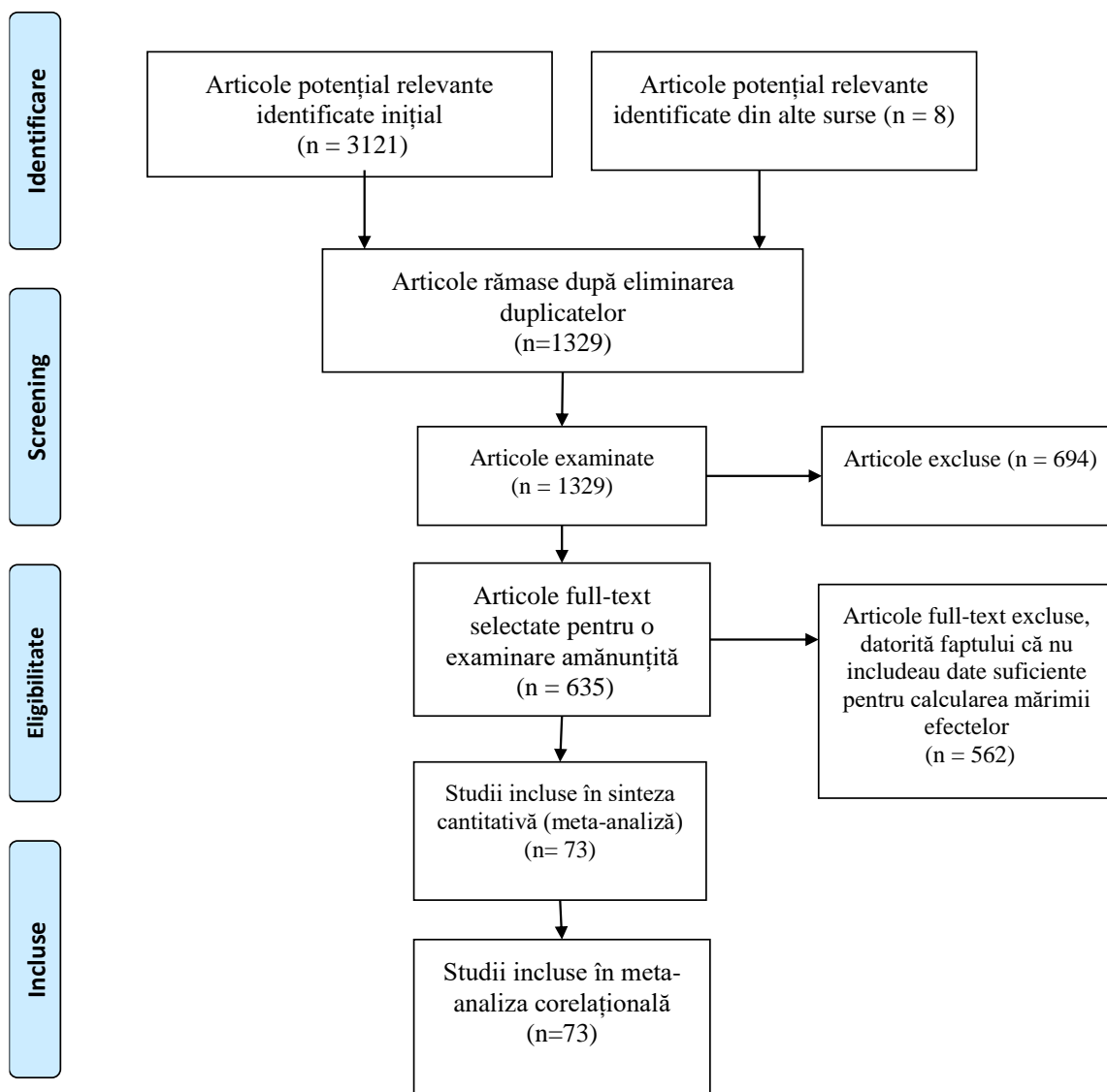


Figura 1. Diagrama PRISMA a procesului de selecție a studiilor.

3.1.2.3. Codarea variabilelor

Fiecare studiu a fost codat independent. În primul rând, am codat datele de identificare ale studiilor (autorii, anul publicării, tipul populației [clinică, nonclinică și mixtă]). În al doilea rând, am codat strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive, plasându-le în două categorii: strategii adaptive (*savurare, ruminație pozitivă, reevaluare pozitivă, călătorie mentală pozitivă în timp, afișare comportamentală*) și strategii disfuncționale (*strategii de reducere a emoțiilor pozitive, distragere, a găsi nod în papură, călătorie mentală negativă în timp, supresia emoțiilor pozitive*). Variabilele dependente au fost codate: simptomele de psihopatologie (depresie, anxietate și tulburare bipolară), emoții pozitive (de exemplu: bucurie, fericire) și starea de bine (social, emoțional, eudaimonic, hedonic, cognitiv și satisfacția cu viața). De asemenea, am codat

mărimea eșantionului, media de vârstă și sexul (procentul de femei) ca moderatori continui și statusul clinic (clinic și non-clinic) ca moderator categorial.

3.1.2.4. Analizarea datelor

Pentru analizarea datelor am folosit software-ul CMA v. 3.0 (Borenstein, Hedges, Higgins și Rothstein, 2009). Am raportat mărimile efectelor folosind modelul aleator de distribuție a mărimilor efectului, fiind dintre cele mai folosite metode din literatură și permițând o generalizare mai largă a rezultatelor (Borenstein et al., 2009). Riscul de *bias* al publicării a fost calculat prin examinarea vizuală a *forest plot*-ul, Fail-safe N clasic (Rosenthal, 1991), Fail-safe N Orwin (Orwin, 1983) și trim-and-fill (Duval & Tweedie, 2000).

3.1.2.5. Calculul mărimii efectului și corelațiile

Pentru studiile în care nu a fost furnizat coeficientul de corelație, am calculat coeficientul de corelație Pearson (r) utilizând diferențele dintre medii și abateri standard între grupurile independente care au comparat diferențele dintre eșantionul clinic și non-clinic la baseline. Pentru a interpreta mărimile efectelor, am folosit ghidurile lui Cohen (1977): o valoare peste .50 este considerată o mărime mare a efectului, în jurul valorii de .30, medie și sub .10, o mărime mică a efectului. Am utilizat eșantionul ca unitate de analiză. Dacă un studiu a raportat mai multe mărimi ale efectelor, atunci a fost calculată o medie a mărimii efectului și utilizată în analize.

Mai întâi, am calculat mărimile globale ale efectului pentru legătura dintre strategiile adaptative și disfuncționale de reglare, simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și starea de bine (per total). Am folosit statusul clinic (populație clinică vs. non-clinică) ca moderator. Apoi am calculat mărimile efectelor dintre strategiile de reglare (adaptative și disfuncționale) a emoțiilor pozitive (efectul global), depresie, anxietate și simptomele de tulburare bipolară, emoțiile pozitive și starea de bine. În cele din urmă, am împărțit strategiile adaptative în subcategorii, strategii de *savurare* și *strategii de ruminație pozitivă* și pe cele disfuncționale în strategii de *reducere a emoțiilor pozitive* și *supresie* și le-am corelat cu fiecare variabilă dependentă (depresie, anxietate, simptome de tulburare bipolară, emoții pozitive și starea de bine). În cazul în care au fost disponibile suficiente studii, am folosit, de asemenea, statusul clinic ca moderator al relației dintre tipul de strategie de reglare a emoțiilor și rezultat. Statusul clinic (populație clinică vs. non-clinică) a fost utilizat ca moderator pentru relația dintre tipurile de reglare a emoțiilor pozitive și fiecare variabilă dependentă acolo unde au fost studii suficiente pentru analize.

3.1.3. Rezultate

Corelațiile dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și starea de bine (efectul global)

Rezultatele au indicat o corelație pozitivă între strategiile adaptative, emoțiile pozitive și starea de bine ($r = .37$; $k = 38$, $p < .001$), cu o mărime medie a efectului. Strategiile adaptative au fost corelate negativ cu simptomele de psihopatologie ($r = -.12$; $k = 53$, $p < .001$) cu o mărime mică a efectului. Strategiile disfuncționale au fost corelate negativ cu emoțiile pozitive și starea de bine ($r = -.16$; $k = 22$, $p < .001$), cu o mărime mică a efectului. De asemenea, așa cum era de așteptat, strategiile disfuncționale au corelat pozitiv cu simptomele de psihopatologie, iar mărimea efectului a fost medie ($r = .36$; $k = 48$; $p < .001$).

Analiza de moderare a indicat faptul statusul clinic a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile adaptative și simptomele de psihopatologie ($Q_B = 12.04$; $p < .05$). Statusul clinic nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile disfuncționale și simptomele de psihopatologie (efect global) ($Q_B = .34$, $p > .05$).

Corelațiile dintre strategiile adaptative, simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și starea de bine

O relație semnificativă cu mărime mica spre medie a efectului a fost găsită între simptomele de depresie și strategiile adaptative ($r = -.20$; $k = 44$; $p < .001$). O relație semnificativă cu o mărime mică a efectului a fost, de asemenea, găsită între simptomele de anxietate și strategiile adaptative ($r = -.13$; $k = 9$; $p < .005$). O relație semnificativă cu o mărime mică a efectului a fost găsită între simptomele de tulburare bipolară și strategiile adaptative ($r = .20$; $k = 19$; $p < .001$).

Analiza de moderare a indicat faptul că statusul clinic nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile adaptative și simptomele depresive ($Q_B = 1,20$; $p > .05$), însă a fost un moderator semnificativ pentru relația dintre strategiile adaptative și simptomele de tulburare bipolară ($Q_B = 10,02$, $p < .05$).

Relațiile dintre strategiile adaptative, emoțiile pozitive și starea de bine au fost analizate doar la populația non-clinică, deoarece nu au existat suficiente cercetări realizate pe populația clinică care au studiat aceste relații. O corelație pozitivă semnificativă (mărime medie a efectului) a fost găsită între strategiile adaptative, emoțiile pozitive ($r = .37$, $k = 28$, $p < .001$) și starea de bine ($r = .33$, $k = 33$, $p < .001$).

Corelațiile dintre strategiile disfuncționale, simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și starea de bine

Corelația dintre strategiile disfuncționale și simptomele depresive a fost pozitivă și semnificativă ($r = .39$, $k = 39$, $p < .001$), indicând o mărime medie a efectului. Relația dintre anxietate și strategiile disfuncționale a fost, de asemenea, pozitivă și semnificativă ($r = .42$, $k = 8$, $p < .001$), iar mărimea efectului a fost medie. Corelația dintre simptomele de tulburare bipolară și strategiile disfuncționale a fost pozitivă și semnificativă, cu o mărime mică spre medie a efectului ($r = .27$, $k = 19$, $p < .001$).

Rezultatele analizelor de moderare pentru relația dintre strategiile disfuncționale și simptomele de psihopatologie au arătat că statusul clinic nu este un moderator semnificativ al relației dintre strategiile disfuncționale și simptomele depresive ($Q_B = .74$; $p > .05$) și nici pentru relația dintre strategiile disfuncționale și simptomele de tulburare bipolară (per total) ($Q_B = .92$, $p > .05$).

Corelațiile dintre strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor pozitive, emoțiile pozitive și starea de bine au fost calculate doar pentru populația non-clinică), deoarece nu au existat studii realizate pe populația clinică care să includă aceste tipuri de corelații. O relație negativă semnificativă cu o mărime mică a efectului a fost găsită între strategiile disfuncționale și emoțiile pozitive ($r = -.14$, $k = 15$, $p < .005$) și o corelație negativă semnificativă cu o mărime mică spre medie a efectului între strategiile disfuncționale și starea de bine ($r = -.21$, $k = 11$, $p < .001$).

Corelațiile dintre strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și simptomele de psihopatologie

Au fost calculate corelațiile dintre strategiile disfuncționale (de reducere a emoțiilor pozitive și supresie) și simptomele de psihopatologie.

Strategiile de reducere a emoțiilor pozitive au corelat pozitiv de depresia ($r = .40, k = 36, p < .001$) și anxietatea ($r = .43, k = 8, p < .001$) ambele corelații cu o mărime medie a efectului. Relația dintre strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și simptomele de tulburare bipolară a fost de asemenea semnificativă ($r = .27, k = .19, p < .005$), indicând o mărime mica a efectului. Relația dintre supresie și depresie a fost, de asemenea, semnificativă ($r = .23, k = 4, p < .05$), cu o mărime de mica spre medie a efectului.

Statusul clinic nu a fost un moderator semnificativ între strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și simptomele depresive ($Q_B = .17, p > .05$) și nici pentru relația dintre simptomele de tulburare bipolară și strategiile de reducere a emoțiilor pozitive ($Q_B = .92, p > .05$).

Corelațiile dintre strategiile de reducere a emoțiilor pozitive, emoții pozitive și starea de bine

Strategiile de reducere a emoțiilor pozitive au corelat negativ cu starea de bine ($r = -.22, k = 9, p < .001$) și emoțiile pozitive ($r = -.14, k = 15, p < .005$), cu o mărime mică a efectului în ambele cazuri.

Relație dintre savurare, ruminație pozitivă și simptomele de psihopatologie

Strategiile de savurare au corelat negativ cu simptomele de depresie ($r = -.34, k = 14, p < 0.001$), cu o mărime medie a efectului și negativ de anxietatea ($r = -.24, k = 4, p < 0.001$), cu o mărime mica a efectului.

Corelația dintre ruminația pozitivă și depresie a fost negativă și semnificativă ($r = -.13, k = 30, p < .001$), iar mărimea efectului a fost mică. Corelația dintre ruminația pozitivă și anxietate a fost nesemnificativă ($r = -.04, k = 6, p > .05$), în timp ce corelația cu simptomele de tulburare bipolară a fost pozitivă și semnificativă, iar mărimea efectului a fost mică spre medie ($r = .18, k = 17; p < .001$).

Statusul clinic nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile de ruminație pozitivă și simptomele de depresie ($Q_B = .12, p > .05$), dar a fost un moderator semnificativ pentru relația dintre ruminația pozitivă și simptomele de tulburare bipolară ($Q_B = .10.02, p < .05$).

Relațiile dintre savurare, ruminație pozitivă, emoții pozitive și starea de bine

Strategiile de savurare au corelat pozitiv cu emoțiile pozitive ($r = .35, k = 18, p < .001$), cu o mărime medie a efectului. Strategiile de savurare au corelat de asemenea cu starea de bine ($r = .33, k = 12, p < .001$), iar mărimea efectului a fost medie. Ruminația pozitivă a corelat pozitiv semnificativ cu emoțiile pozitive ($r = .39, k = 10, p < .001$) și cu starea de bine ($r = .35, k = 9, p < .001$), cu o mărime medie a efectului în ambele cazuri.

3.1.3.1. Moderatori continui

Am folosit media de vârstă, sexul (procentul de femei) și mărimea eșantionului ca moderatori continui pentru relațiile dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive și simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și starea de bine (efectul global). Analizele de moderare au fost efectuate folosind meta-regresia.

Media de vârstă nu a fost un moderator semnificativ pentru relația dintre strategiile adaptative de reglare a emoțiilor pozitive, emoțiile pozitive și starea de bine (efectul global) ($\beta = .001$, $k = 28$, $p = .21$), și nici pentru relația dintre strategiile adaptive și simptomele de psihopatologie ($\beta = -.003$, $k = 35$, $p = .32$). Media de vârstă nu a fost un moderator semnificativ pentru relația dintre strategiile disfuncționale și simptomele de psihopatologie ($\beta = .001$, $k = 32$, $p = .59$), dar a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile disfuncționale, emoțiile pozitive și starea de bine. (per total), ($\beta = .001$, $k = 15$, $p = .041$). Sexul (procentul de femei) nu a fost un moderator semnificativ pentru relația dintre strategiile adaptative, emoțiile pozitive și starea de bine ($\beta = -.03$, $k = 28$, $p = .87$), și nici pentru relația dintre strategiile adaptive și simptomele de psihopatologie ($\beta = .16$, $k = 35$, $p = .36$). Sexul nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile disfuncționale și simptomele de psihopatologie ($\beta = .13$, $k = 32$, $p = .62$) și nici pentru relația dintre strategiile disfuncționale, emoțiile pozitive și starea de bine ($\beta = .16$, $k = 22$, $p = .46$). Mărimea eșantionului nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre strategiile adaptative, emoțiile pozitive și starea de bine ($\beta = .0000$, $k = 24$, $p = .72$) și nici pentru relația dintre strategiile adaptative și simptomele de psihopatologie ($\beta = .0000$, $k = 28$, $p = .77$). Mărimea eșantionului nu a fost un moderator semnificativ pentru relației dintre strategiile disfuncționale, emoțiile pozitive și starea de bine ($\beta = -.0000$, $k = 13$, $p = .65$) și nici pentru relația dintre strategiile disfuncționale și simptomele de psihopatologie ($\beta = .0001$, $k = 32$, $p = .43$).

3.1.3.2. Bias-ul de publicare

Pentru a calcula bias-ul de publicare am folosit metodele Trim and fill, Classic fail-safe N și Orwin's safe N pentru toate corelațiile din meta-analiză. Pentru toate corelațiile dintre strategiile de reglare a emoțiilor, simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și starea de bine, metodele Clasic fail Safe N și Orwin` fail safe N au indicat că nu există bias de publicare. Procedura trim and fill a imputat 9 studii la dreapta mediei, crescând mărimea efectului la $r = .41$ (95% CI [.37; .46]), pentru asocierea între strategiile adaptative, emoțiile pozitive și starea de bine. Pentru relația dintre strategiile adaptative și simptomele de psihopatologie au fost imputate 7 studii la stânga mediei crescând mărimea efectului până la $r = -.16$, (IC 95% [-.22; -.10]). Două studii la dreapta mediei au fost imputate pentru relația dintre strategiile disfuncționale, emoțiile pozitive și starea de bine, ceea ce a redus mărimea efectului la $r = -.14$ (IC 95% [-.19; .08]).

Pentru relațiile dintre strategiile adaptative și simptomele de psihopatologie, procedura trim and fill a imputat 5 studii la stânga mediei, crescând mărimea efectul până la $r = -.20$ (IC 95% [-.28; -.18]) pentru asocierea dintre depresie și strategiile adaptative de reglare. Trei studii la dreapta mediei au fost imputate în cazul relației dintre anxietate și strategiile adaptative, scăzând mărimea efectului la $r = -.06$ (95% CI [-.15; 0,02]). 8 studii la dreapta mediei au fost imputate pentru asocierea dintre simptomele de tulburare bipolară și strategiile adaptative, crescând mărimea efectului la $r = .27$ (IC 95% [.21; .33]).

Procedura trim and fill a imputat 7 studii la dreapta mediei pentru relația dintre strategiile adaptative și emoțiile pozitive, crescând mărimea efectului până la $r = .42$ (95% CI [.36; .46]). Pentru asocierea dintre strategiile adaptative și starea de bine, un studiu a fost imputat la stânga mediei, scăzând mărimea efectului la $r = .32$ (95% CI [.27; .37]).

Procedura trim and fill a imputat 5 studii la stânga mediei care au redus mărimea efectului la $r = .36$ (95% CI [.31; .40]) în cazul relației dintre strategiile disfuncționale și depresie. De asemenea, un studiu la dreapta mediei a fost imputat pentru asocierea dintre savurare și anxietate pe populația non-clinică, scăzând mărimea efectului la $r = -.24$ (95% CI [.33; .16]). În cazul asocierii între ruminația pozitivă și depresie, 2 studii au fost imputate la stânga mediei, crescând mărimea efectului până la $r = -.14$ (IC 95% [-.20; -.08]), în timp ce, pentru relația dintre ruminația pozitivă și simptomele de tulburare bipolară, procedura trim and fill a imputat 7 studii la dreapta mediei, crescând mărimea efectului până la $r = .27$ (IC 95% [.21; .35]).

Două studii au fost imputate la stânga mediei crescând mărimea efectului până la $r = .42$ (95% CI [.34; .49]) pentru corelația dintre ruminația pozitivă și emoțiile pozitive. De asemenea, pentru asocierea dintre savurare și emoțiile pozitive, procedura trim and fill a imputat 5 studii la dreapta mediei, crescând mărimea efectului până la $r = .42$ (95% CI [.33; .50]).

3.1.4. Discuții

Studiul actual este prima analiză cantitativă care a examinat magnitudinea asocierilor dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, simptomele de depresie, anxietatea și tulburarea bipolară pe de o parte și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, emoțiile pozitive și starea de bine, pe de altă parte.

Rezultatele meta-analizei au indicat faptul că strategiile disfuncționale sunt asociate negativ cu emoțiile pozitive și starea de bine, și de asemenea sunt asociate pozitiv cu simptomele de psihopatologie (per total). Strategiile adaptative au corelat pozitiv cu emoțiile pozitive și starea de bine și negativ cu simptomele de psihopatologie (per total). De asemenea, relația dintre strategiile adaptative și psihopatologie pe populația non-clinică a fost semnificativ mai mare în comparație cu populația clinică. Strategiile adaptative (per total) au fost asociate negativ cu simptomele de depresie, anxietate și tulburare bipolară. Relația dintre strategiile adaptative și simptomele de tulburare bipolară a fost semnificativ mai mică pe populația clinică comparativ cu populația non-clinică. Strategiile disfuncționale au fost corelate pozitiv cu simptomele de depresie, anxietate și tulburare bipolară și nu au existat diferențe semnificative între populația clinică și cea nonclinice în ceea ce privește această asociere. Strategiile de reducere a emoțiilor pozitive au fost corelate pozitiv cu toate simptomele de psihopatologie (depresie, anxietate și tulburare bipolară) și nu au existat diferențe semnificative între populația clinică și cea non-clinică în ceea ce privește această asociere. Supresia emoțiilor pozitive a fost asociată cu simptomele de depresie pe populația non-clinică. Strategiile de savurare au fost asociate negativ cu simptomele de psihopatologie pe populația non-clinică. Ruminația pozitivă a fost asociată pozitiv cu simptomele de tulburare bipolară atât la populația clinică, cât și pe cea non-clinică, dar asocierea a fost mai puternică pentru populația non-clinică. Ruminația pozitivă a fost negativ asociată cu depresia, însă nu a fost asociată și cu anxietatea. Strategiile de savurare și ruminația pozitivă au fost asociate pozitiv cu starea de bine și emoțiile pozitive. De asemenea, vârsta a fost un moderator important pentru relația dintre strategiile disfuncționale, emoțiile pozitive și starea de bine, o medie de vârstă mai mare fiind asociată cu o mărime mai mare a efectului în acest caz.

Meta-analiza noastră are implicații clinice importante. Rezultatele subliniază importanța reglării emoțiilor pozitive, o temă frecvent neglijată în cercetarea și practicile clinice. Corelațiile medii între simptomele de psihopatologie și strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor pozitive subliniază importanța reglării emoțiilor pozitive în sănătatea mintală. Deși există deja intervenții psihoterapeutice care vizează problemele legate de reglarea emoțiilor, acestea sunt axate mai degrabă pe emoțiile negative, decât pe cele pozitive (Carl et al., 2013). Strategiile psihoterapeutice care includ strategii de savurare și acceptare au fost integrate în Terapia centrată pe acceptare și angajament (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) și Terapia cognitiv-comportamentală bazată pe Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), printre altele. Totuși, astfel de terapii se concentrează pe câteva aspecte specifice care sunt considerate esențiale pentru menținerea psihopatologiei, mai degrabă decât pe oferirea unei abordări mai cuprinzătoare pentru reglarea emoțiilor pozitive. Nu se știe încă dacă astfel de tehnici reduc strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și cresc nivelul de savurare. Astfel, considerăm că este necesară o abordare terapeutică pentru intervențiile psihologice pentru depresie, anxietate și tulburare bipolară care să înglobeze atât reglarea emoțiilor negative cât și a celor pozitive pentru a promova în practica clinică strategii de cât mai eficiente pentru tratarea simptomatologiei.

Rezultatele acestei meta-analize au indicat faptul că simptomele de tulburare bipolară corelează pozitiv cu ruminarea pozitivă. Deși se știe că pacienții care suferă de această tulburare folosesc strategii disfuncționale, este posibil ca aceștia să fie incapabili să-și reducă emoțiile pozitive în mod eficient. Într-adevăr, mai multe studii au indicat faptul că pacienții cu tulburare bipolară au dificultăți în reducerea emoțiilor lor pozitive, folosind foarte multe strategii de amplificare a emoțiilor pozitive chiar și în situații negative (de exemplu, Gruber et al., 2012; Gruber, 2011). Pentru astfel de pacienți, rezultatele meta-analizei noastre evidențiază posibila utilitate clinică a strategiilor de tratament care vizează atât reducerea, cât și creșterea emoțiilor pozitive, în funcție de context. Studiile experimentale ar putea clarifica și identifica mai bine contextele care declanșează strategii disfuncționale de reglare a emoțiilor pozitive la pacienții cu tulburare bipolară. Cu toate acestea, sunt necesare studii suplimentare pentru a stabili relația dintre simptomele bipolare și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive.

Până în prezent, puține studii au investigat relația dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, emoțiile pozitive și starea de bine. Unele studii experimentale au arătat că strategiile adaptative contribuie la creșterea stării de bine și a emoțiilor pozitive (de exemplu, Bryant et al., 2005; Hurley & Kwon, 2012; McMakin, Siegle, & Shirk, 2010; Quoidbach et al., 2009). O analiza calitativă a literaturii a (Quoidbach, Mikolajczak, & Gross, 2015) a rezumat principalele strategii cărora le-a fost testată până acum eficiența în ceea ce privește reglarea emoțiilor pozitive, dar cele mai multe studii au fost efectuate pe eșantioane nonclinice. De exemplu, Bryant și colab., (2005) au testat o intervenție bazată pe reamintirea experiențelor pozitive din trecut de două ori pe zi, timp de 1 săptămână, pe un eșantion de studenți. Rezultatele au arătat că participanții care au beneficiat de această intervenție au avut un nivel semnificativ mai mare de fericire în comparație cu participanții din grupul de control în urma intervenției. Smith & Hanny (2017) au arătat că strategiile de savurare pot să fie eficiente și la persoanele în vârstă. După 6 zile de intervenție la persoane în vârstă, nivelurile de fericire și reziliență au crescut, iar nivelul depresiei a scăzut în comparație cu nivelul inițial de la pretest. Un alt studiu (Quoidbach et al., 2009) a arătat că strategiile de savurare pot fi eficiente în creșterea fericirii la adulți. Participanții din grupul de intervenție au fost instruiți să își imagineze evenimente pozitive care ar putea avea loc a doua zi, timp de două săptămâni. În urma intervenției, aceștia au raportat un nivel de fericire semnificativ mai mare decât grupul de control.

3.2. Studiul 2a. Investigarea relației dintre strategiile menite să reducă nivelul de emoții pozitive și credințele iraționale în depresie²

3.2.1. Introducere

În ultimii ani a crescut interesul cu privire la cercetarea impactului reglării emoțiilor pozitive asupra tulburărilor emoționale (de exemplu, în cazul depresiei). În timp ce studiile anterioare s-au concentrat în principal pe reglarea emoțiilor negative, cercetătorii recunosc tot mai mult importanța studierii proceselor de reglare a emoțiilor pozitive pentru o mai bună înțelegere a mecanismelor și a etiologiei tulburărilor emoționale (de exemplu, Carl et al., 2013; Feldman și alții, 2008; Raes, Smets, Nelis & Schoofs, 2012; Werner-Seidler et al., 2013).

Reglarea emoțiilor pozitive poate fi descrisă ca o serie de procese prin care oamenii își pot influența natura, frecvența și durata emoțiilor pozitive (Gross, 1998). Cercetătorii împart reglarea emoțiilor pozitive în două categorii, *strategii de savurare* (Bryant, 1989, 2003), care sunt utilizate pentru a menține și a crește nivelul de emoții pozitive și *strategii de reducere a emoțiilor pozitive* care sunt menite să scadă nivelul emoțiilor pozitive (Parrott, 1993; Wood et al., 2003). Studiul actual se concentrează pe *strategiile de reducere a emoțiilor pozitive*, deoarece din ce în ce mai multe date arată că simptomele depresive sunt asociate cu aceste strategii (Carl et al., 2013; Gentzler et al., 2015; Nelis et al., 2011; Raes et al., 2014; Werner-Seidler et al., 2013). Nelis și colab.(2011) au descris patru tipuri de *strategii de reducere a emoțiilor pozitive*. Una dintre acestea este *supresia*, descrisă ca o înclinație generală de a reprima emoțiile pozitive odată ce acestea apar. Tendința de a reprima emoțiile pozitive este asociată cu o implicare tot mai scăzută în activități pozitive de-a lungul timpului (Gross & Lavanson, 1997). Studiile corelaționale arată că supresia este corelată cu simptomele depresive (Gross & John, 2003, Kashdan & Steger, 2006; Su et al., 2013; Johnson et al., 2016). O altă strategie de reducere a emoțiilor pozitive este *distragerea*, caracterizată prin concentrarea atenției asupra gândurilor negative care nu au legătură cu evenimentul pozitiv prezent (de exemplu, cineva care se află la o petrecere, și se preocupă de sarcinile legate de locul de muncă). Această strategie este asociată cu simptome de anxietate și depresie (Borkovec et al., 2004). *A găsi nod în papură* este o altă strategie de reducere a emoțiilor pozitive, caracterizată prin acordarea atenției elementelor negative ale situațiilor pozitive, prin scoaterea în evidență asupra lucrurilor care ar putea fi mai bune. Această strategie răpește din bucuria momentului și duce la nemulțumire. Nu există încă date despre relația dintre această strategie de reglare și depresie, dar această modalitate de reglare a emoțiilor pozitive este corelată negativ cu satisfacția în viață și emoțiile pozitive (Schwartz et al., 2002). *Călătoria mentală negativă în timp* este o altă strategie menită să reducă nivelul de emoții pozitive prin reamintirea sau anticiparea consecințelor negative pentru evenimente pozitive. *Călătoria mentală negativă în timp* se referă la concentrarea asupra evenimentelor pozitive din trecut într-o perspectivă negativă; individul își face atribuiri externe, determinându-l să creadă că nu merită lucruri bune (de ex., „Nu meritam să fiu tratat atât de bine în vacanța de anul trecut”). Anticiparea viitoare a evenimentelor negative este procesul prin care persoana nu

² Acest studiu a fost publicat.

Căzănescu, D. G., & Szentagotai-Tătar, A. (2018). An investigation of the relationship between strategies that downregulate positive affect and irrational beliefs in depressive symptoms. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18(1).

Contribuții ale autorilor: Ambii autori au dezvoltat tema studiului și au contribuit la design-ul acestuia. D. G. Căzănescu a efectuat analiza și interpretarea datelor sub supravegherea lui A. Szentagotai-Tătar. D. G. Căzănescu a redactat manuscrisul, iar A. Szentagotai-Tătar a revizuit critic analiza datelor și scrierea manuscrisului.

se așteaptă să aibă emoții pozitive pentru o lungă perioadă de timp sau crede că evenimentele pozitive se vor termina curând (de exemplu, „Aceste sentimente pozitive nu vor dura”). Această strategie dezadaptativă este asociată cu simptome de depresie și un nivel scăzut al stimei de sine (Feldman et al., 2008).

Pe lângă procesele de reglare emoțională, care au fost studiate în legătură cu depresia au fost luați în calcul și factorii cognitivi. Unul dintre modelele cognitive care descrie distorsiunile cognitive implicate în distresul emoțional a fost propus de Ellis (Ellis, 1962, 1994). Modelul Terapiei rațional-emoțive și comportamentale (REBT) se bazează pe asumția că emoțiile disfuncționale sunt rezultatul credințelor iraționale. Există patru tipuri de credințe iraționale: cerințe absolutiste și inflexibile (DEM), catastrofarea (AWL), intoleranță la frustrare (sau toleranță scăzută la frustrare) (LFT), evaluarea globală negativă a propriei persoane (autodeprecieră), a celorlalți (SD/OD) și a circumstanțelor de viață (Ellis, 1962, 1994). Există câteva dovezi care arată că credințele iraționale sunt factori cognitivi importanți care sunt implicați în diverse forme de psihopatologie, inclusiv pentru tulburările de dispoziție (Blatt, 1995; Macavei, 2005; McDermutt, Haaga, & Bilek, 1997; Muran, Kassino, Ross și Muran, 1989; Nelson, 1977). Aceste distorsiuni cognitive sunt corelate cu depresia și distresul general (Macavei, 2005; Szentagotai, David, Lupu & Cosman, 2008; Vîslă, Flückiger, Holtforth și David, 2016). De exemplu, o meta-analiză recentă realizată de Vîslă et al., (2016) a arătat că există o corelație medie de .45 ($k = 6$) între credințele iraționale și depresie.

Având în vedere datele prezentate mai sus, putem concluziona că depresia este asociată atât cu credințe iraționale, cât și cu anumite deficite în ceea ce privește reglarea emoțiilor pozitive. Ținând cont de faptul că, din cunoștințele noastre, credințele iraționale nu au fost încă studiate în legătură cu strategiile de reducere a emoțiilor pozitive în depresie, scopul acestei cercetări a fost să examineze relațiile dintre credințele iraționale, așa cum propune modelul REBT, strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și simptomele depresive.

Au fost propuse următoarele ipoteze: (1) credințele iraționale prezic strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și (2) strategiile de reducere a emoțiilor pozitive mediază relația dintre credințele iraționale și simptomele depresive.

3.2.2. Metodologie

3.2.2.1. Participanți

La această cercetare au participat un număr de 157 de studenți la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca. Eșantionul a cuprins 129 de femei și 28 de bărbați, cu vârste cuprinse între 18 și 71 de ani ($M_{vârsta} = 26.32$, $SD = 9.12$).

3.2.2.2. Instrumente

Chestionarul *Emotion regulation profile revised* (ERP; Nelis, et al, 2011) a fost utilizat pentru a măsura capacitatea de reglare a emoțiilor negative și pozitive. Chestionarul include 6 scenarii care descriu situații pozitive care conduc la emoțiile pozitive (mulțumire, bucurie, uimire, entuziasm, mândrie și recunoștință). Strategiile alese pentru fiecare scenariu sunt codate cu 1 punct, iar scorul total este calculat prin însumarea punctajelor pentru fiecare strategie de reglare a emoțiilor. Scorul total la strategiile de reducere a emoțiilor pozitive poate fi obținut prin însumarea scorurilor celor patru subscale.

Scala de atitudini și convingeri-II (ABS-II; DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988; Versiunea românească: Macavei, 2002) măsoară credințele iraționale. Acest chestionar este format din 72 de itemi și cuprinde patru subscale care vizează cele patru tipuri de credințe iraționale: cerințe absolutiste (DEM), catastrofare (AWL), toleranță scăzută la frustrare (LFT) și evaluare globală negativă a propriei persoane și a celorlalți (SD / OD). Fiecare dintre cele patru subscale are 18 itemi, jumătate dintre itemi sunt frazați rațional (DiGiuseppe et al., 1988). Participanții evaluează fiecare item pe o scară Likert în 5 puncte, variind de la 0 („dezacord puternic”) până la 4 („acord puternic”).

Scala Depression Anxiety Stress Scales – versiunea cu 21 de itemi (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) este o scală care evaluează anxietatea, depresia și stresul. Fiecare subscală cuprinde 7 itemi. Doar subscala pentru depresie a fost utilizată în studiul actual.

3.2.2.3. Procedură

Participanții au completat online toate chestionarele. Aceștia și-au exprimat consimțământul voluntar de a participa la studiu după ce au primit invitația pe rețelele de socializare și pe e-mail.

3.2.2.4. Analiza datelor

În primul rând, am efectuat corelațiile Pearson (r) pentru a investiga asocierile dintre strategiile de reducere a emoțiilor pozitive, credințele iraționale și simptomele depresive. Apoi am inclus în regresia multiplă ierarhică credințe iraționale ca și predictorii pentru strategiile de reducere a emoțiilor pozitive. În cele din urmă, am efectuat analize de mediere pentru a explora dacă strategiile de reducere a emoțiilor pozitive mediază relația dintre credințele iraționale și depresie. Mediarea a fost realizată cu extensia PROCESS în IBM SPSS v. 24.0 (Model 4; Preacher & Hayes, 2008).

3.2.3. Rezultate

Corelații

Am găsit corelații semnificative între toate variabilele (vezi tabelul 1). După cum era de așteptat, a fost găsită o corelație pozitivă semnificativă între strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și toate tipurile de credințe iraționale.

Tabel 1.

Corelații Pearson

	<i>M (SD)</i>	1	2	3	4	5	6
1 Strategii de reducere a emoțiilor pozitive	3.10 (2.92)	-					
2 SD/OD	18.47 (16.76)	.47**	-				
3 DEM	23.31 (12.32)	.28**	.68**	-			
4 LFT	25.15 (14.08)	.39**	.81**	.39**	-		
5 AWL	1 23.72 (13.71)	.39**	.84**	.86**	.91**	-	
6 Depresie	4.59 (4.22)	.45**	.68**	.41**	.55**	.59**	-

** $p < 0.01$ level (2-tailed).

Analiza de regresie

De asemenea, am efectuat o regresie multiplă ierarhică pentru a vedea care dintre cele patru tipuri de credințe iraționale este cel mai puternic predictor al strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive (vezi Tabelul 2). Odată ce toate convingerile iraționale au fost incluse în ecuația de regresie, SD / OD a rămas singurul predictor semnificativ în modelul de regresie. Subscala SD / OD a explicat cea mai mare parte din varianța strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive ($F = 45.15$, $p < .001$ $R^2_{Ajustat} = .22$; $B = .08$; $SE B = .01$; $\beta = .47$).

Tabel 2.

Regresie ierarhică pentru tipurile de credințe iraționale ca predictor pentru strategiile de reducere a emoțiilor pozitive

Etape	Cogniții iraționale	β	t	R^2	Sig.
1	DEM	.28	3.74	.08	.000
2	DEM	-.09	-1.1		.25
	LFT	.39	5.48	.15	.000
3	DEM	1.4	-1.1		.25
	AWL	1.3	1.05		.29
	LFT	.39	5.48	.15	.000
4	DEM	-.07	-.75		.45
	LFT	.04	.37		.70
	AWL	-.02	-.15		.87

Analiza de mediere

Rezultatele analizei de mediere (vezi figura 1) indică faptul că SD / OD este un predictor semnificativ al strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive, $path\ a = .08$, $F(1, 155) = 45,15$, $R^2 = .22$; $p < .001$. De asemenea, strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt un predictor semnificativ pentru depresiei $path\ b = .15$, $F(2, 154) = 73,31$, $R^2 = .48$, $p < .001$. SD / OD rămâne un predictor semnificativ pentru depresia $c' path = .23$, $t = 2,46$, $p < .05$. Efectul total al SD / OD asupra depresiei a fost, de asemenea, semnificativ, $path\ c = .17$; $F(1, 155) = 136,10$, $R^2 = 0,47$, $p < 0,01$. Un interval de încredere bootstrap corectat pentru efectul indirect care ar include 5.000 de eşantioane, nu conține CI zero = (.002; .04). Pe baza acestor rezultate, concluzionăm că strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt un mediator semnificativ pentru relația dintre SD / OD și depresie.

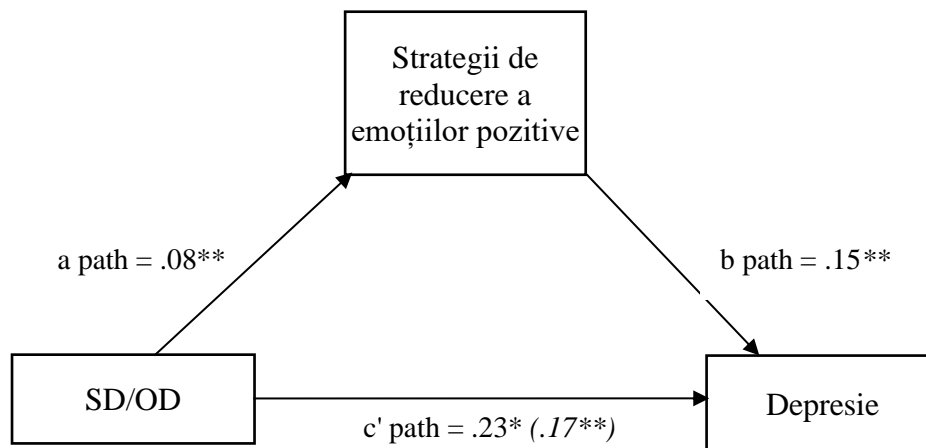


Figura 1. Coeficienții de regresie standardizați pentru relația dintre SD / OD și depresie, mediați de strategiile de reducere a emoțiilor pozitive .
* $p < .05$; ** $p < .01$

3.2.4. Discuții și concluzii

Am găsit corelații semnificative între toate tipurile de credințe iraționale și strategiile de reducere a emoțiilor pozitive. De asemenea, au fost găsite corelații semnificative între simptomele de depresie și strategiile de reducere a emoțiilor pozitive ($r = .45$). Un alt rezultat important îl reprezintă faptul că credințele iraționale sunt, de asemenea, predictorii pentru strategiile de reducere a emoțiilor pozitive, SD / OD fiind cel mai puternic predictor. Mai mult, analiza noastră de mediere a arătat că strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt un mediator între SD / OD și simptomele depresive. Rezultatele noastre dezvăluie că procesele implicate în reducerea nivelului de emoții pozitive sunt influențate de SD / OD. Aceste date ar putea sugera faptul că, dacă credințele iraționale sunt restructurate așa încât să devină raționale, ar putea îmbunătăți reglarea emoțiilor pozitive prin reducerea utilizării de strategii care reduc nivelul emoțiilor pozitive.

Un alt rezultat important ar fi faptul că strategiile de reducere a emoțiilor pozitive explică relația dintre credințele iraționale și simptomele depresive, ceea ce înseamnă că simptomele depresive nu sunt influențate numai de convingeri iraționale, ci și de deficitul în reglarea emoțiilor pozitive. Rezultatele noastre ar putea servi drept bază pentru îmbunătățirea tratamentului psihologic al depresiei. Astfel, o componentă nouă, dedicată reglării emoțiilor pozitive, ar putea fi inclusă alături de tehnicile de restructurare cognitivă, întrucât tot mai multe studii atrag atenția asupra faptului că strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor pozitive pot să fie mecanisme importante care stau la baza depresiei. (Carl et al., 2013; Werner-Seidler et al., 2013).

Studiul nostru aduce contribuții importante privind relația dintre credințele iraționale și reglarea emoțiilor pozitive în depresie. Rezultatele arată că SD / OD este un factor cognitiv important care conduce la strategii de reglare care sunt menite să reducă nivelul emoțiilor pozitive. Relația dintre credințele iraționale și simptomele depresive este mediată de strategiile menite să reducă nivelul de emoții pozitive. Până acum, cercetările s-au concentrat în principal pe efectul credințelor iraționale asupra emoțiilor negative, dar acest studiu indică faptul că credințele iraționale ar putea avea un efect important și asupra reglării emoțiilor pozitive.

3.3. Studiu 2b. Strategiile de savurare ca și mediator între credințele iraționale, depresie și bucurie³

3.3.1. Introducere

Reglarea emoțiilor pozitive se referă la procesul prin care individul își poate modifica durata, natura și frecvența emoțiilor pozitive (Parrot, 1993; Gross, 1998). Bryant (1989, 2003) a descris strategiile specifice menite să mențină și să crească nivelul emoțiilor pozitive; aceste strategii sunt cunoscute sub numele de *strategii de savurare*. Strategiile de savurare sunt strategii adaptative de reglare a emoțiilor pozitive fiind descrise ca o abilitate generală sau tendință generală de apreciere a evenimentelor plăcute de viață (Bryant, 1989). Strategiile de savurare au trei componente majore: experimentarea bucuriei provocate de evenimente pozitive din (a) prezent, (b) trecut și (c) viitor, prin anticiparea evenimentelor viitoare pozitive (Bryant, 2003). Savurarea este un concept complex care cuprinde multe procese precum reflecție cognitivă, locus atențional, focalizarea pe stimuli pozitivi, recunoștință, realizare și plăcere fizică (Bryant & Veroff, 2017).

Cercetările arată că strategiile specifice de reglare a emoțiilor pozitive sunt asociate cu emoțiile pozitive. De exemplu, mai multe studii au descoperit că un nivel crescut de savurare este asociat cu emoțiile pozitive (de exemplu, bucurie, fericire; Langston, 1994; Emmons & McCullough, 2003; Bryant et al., 2005; Quoidbach et al., 2009; Reis et al., 2010). În timp ce, o reglare optimă a emoțiilor pozitive este asociată cu un nivel crescut al emoțiilor pozitive, reglarea

³ Acest studiu a fost publicat

Căzănescu, D. G., Tecuta, L., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2018). Savoring as Mediator Between Irrational Beliefs, Depression, and Joy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-12. Contribuții ale autorilor: A. Szentagotai-Tătar și D. G. Căzănescu au dezvoltat tema studiului și au contribuit la designul acestuia. D. G. Căzănescu a efectuat analiza datelor și a schițat prima variantă a manuscrisului. L. Tecuta și D. M. Căndea au contribuit la scrierea manuscrisului, iar A. Szentagotai-Tătar a revizuit critic analiza datelor și manuscrisul.

disfuncțională a emoțiilor pozitive este asociată cu probleme emoționale, cum ar fi depresia și anxietatea (Carl et al., 2013). În acest sens, există câteva studii care au găsit o asociere semnificativă între un nivel scăzut de savurare și simptomele de depresie (Bryant, 2003; Eisner et al., 2009; Ramsey și Gentzler, 2014; Werner-Seidler et al., 2013). Un alt studiu recent a arătat că strategiile de savurare corelează negativ cu depresia caracterizată de lipsă de speranță și, de asemenea, moderează relația dintre evenimentele de viață pozitive și depresie (Chen & Zhou, 2017). Simptomele depresiei prezic, de asemenea, un nivel scăzut de savurare (Eisner et al., 2009). Într-un studiu realizat de Hurley și Kwon (2012), studenții cărora li s-a cerut să practice exerciții de savurare pe o perioadă de două săptămâni au raportat o scădere semnificativă a simptomelor de depresie. Aceste date subliniază, de asemenea, faptul că un nivel scăzut de savurare prezice simptomele de depresie. Deși relația dintre simptomele de depresie și utilizarea mai redusă a strategiilor de savurare este documentată în literatura de specialitate, nu este foarte clar care este cauza acestei asocieri. O posibilă explicație ar putea fi legată de prezența distorsiunilor cognitive.

Modelele cognitive, cum ar fi modelul Terapiei Rațional-Emotive și Comportamentale (REBT), susține faptul că convingerile iraționale sunt legate de simptomele depresive (Vișlă, et al., 2016; Macavei, 2005). Teoria REBT a descris patru tipuri de credințe iraționale: cerințe absolutiste și inflexibile (DEM), catastrofarea (AWL), intoleranță la frustrare (sau toleranță scăzută la frustrare) (LFT) și evaluare globală negativă a propriei persoane, a celorlalți și a circumstanțelor de viață (SD/OD) (Ellis, 1962, 1994). Conform teoriei lui Ellis (Ellis, 1962), aceste patru tipuri de credințe iraționale produc emoții negative și pozitive disfuncționale. De exemplu, un individ depresiv poate considera frecvent că nu trebuia să eșueze (exigență), pentru că altfel, nu este o persoană valoroasă (autodeprecieri).

Un stil de gândire disfuncțional bazat pe credințe iraționale este puternic asociat cu depresia (Vișlă et al., 2016; Macavei, 2005). O meta-analiză recentă (Vișlă et al., 2016) care a investigat corelația dintre credințele iraționale și distresul psihologic, a inclus 6 studii pentru legătura dintre credințele iraționale și depresie și găsit o corelație medie de .45. Deși această meta-analiză susține noțiunea că credințele iraționale sunt asociate cu emoțiile negative (Vișlă et al., 2016), niciun studiu nu a examinat relația dintre credințele iraționale, așa cum este conceptualizat prin modelul REBT, emoțiile pozitive și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive până în prezent.

Având în vedere că aceste credințele iraționale sunt un factor cognitiv legat de simptomele de depresie (Bridges & Harnish 2010; Vișlă et al., 2015; Szentagotai & Freeman, 2007), este plauzibil să credem că prezența acestor distorsiuni cognitive pot să conducă și la o reglare deficitară a emoțiilor pozitive legate de evenimentele pozitive.

3.3.1.1. Obiective și ipoteze

Obiectivul principal al acestei cercetări este de a investiga asocierile dintre credințele iraționale, strategiile de savurare, depresie și bucurie. Ne așteptăm ca și convingerile iraționale să fie predictorii negativi ai strategiilor de savurare. Mai mult, ne așteptăm să descoperim că strategiile de savurare să fie un mediator semnificativ pentru relația dintre credințele iraționale și depresie pe de o parte, și credințele iraționale și bucurie pe de altă parte.

3.3.2. Metodologie

3.3.2.1. Participanți

Participanții la studiu au fost 276 de studenți la Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. Eșantionul a inclus 231 de femei și 45 de bărbați, cu vârste cuprinse între 18 și 54 de ani ($M_{vârsta} = 25.78$, $SD = 8.52$).

3.3.2.2. Instrumente

Scala *Savoring Beliefs Inventory* (SBI; Bryant, 2003) include 24 de itemi a câte 3 subscale care măsoară capacitatea percepută a participanților de a savura experiențele pozitive prin anticipare, prin bucuria prezentă și reamintirea evenimentelor pozitive. Fiecare subscală include 8 itemi. Participanții au indicat cât de adevărat este fiecare item în cazul lor, pe o scară de șapte puncte 1 („dezacord puternic”), 7 („acord puternic”). Scorurile mai mari indică faptul că participanții au o capacitate puternică de a savura experiențe pozitive ale vieții.

Scala de atitudini și convingeri-II (ABS-II; DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988; Versiunea românească: Macavei, 2002) măsoară credințele iraționale. Acest chestionar este format din 72 de itemi și cuprinde patru subscale care vizează cele patru tipuri majore de credințe iraționale: cerințe absolutiste (DEM), catastrofare (AWL), toleranță scăzută la frustrare (LFT) și evaluare globală negativă a propriei persoane și a celorlalți (SD / OD). Fiecare dintre cele patru subscale are 18 itemi, jumătate dintre itemi sunt frazați rațional (DiGiuseppe et al., 1988). Participanții evaluează fiecare item pe o scară Likert în 5 puncte, variind de la 0 („dezacord puternic”) până la 4 („acord puternic”).

Scala *Dispositional Positive Emotion Scales* (DPES; Shiota, Keltner, & John, 2006) este o scară de tip self-report care măsoară emoțiile pozitive ca și stări generale (bucurie, mândrie, amuzament, mulțumire, compasiune, admirație și iubire); conținând 38 de itemi. În acest studiu, am folosit doar subscala pentru bucurie.

Scala *Depression Anxiety Stress Scales* – versiunea cu 21 de itemi (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) este o scară care evaluează anxietatea, depresia și stresul. Fiecare subscală cuprinde 7 itemi. Doar subscala pentru depresie a fost utilizată în acest studiu.

3.3.2.3. Procedură

Participanții au fost recrutați prin anunțuri postate pe rețele de socializare prin e-mail. Toate chestionarele au fost completate online.

3.3.2.4. Analiza datelor

În primul rând, au fost calculate corelațiile Pearson (r) pentru a investiga asocierile dintre strategiile de savurare, credințele iraționale, bucurie și simptomele depresive. Apoi am efectuat o regresie multiplă ierarhică în care au fost incluse pe rând fiecare tip de credință irațională ca și predictor pentru strategiile de savurare. Au fost apoi efectuate analize de mediere pentru a explora dacă strategiile de savurare mediază relațiile dintre credințele iraționale, bucurie și depresie. Mediarea a fost realizată folosind extensia PROCESS pentru SPSS (Model 4; Preacher & Hayes, 2008).

3.3.3. Rezultate

Corelații

Au fost observate corelații semnificative între toate variabilele (vezi Tabelul 1). După cum era de așteptat, a fost găsită o corelație negativă semnificativă între strategiile de savurare și toate tipurile de credințe iraționale ($p = .000$). O corelație pozitivă semnificativă a fost observată între strategiile de savurare și bucurie, în timp ce corelația dintre bucurie și toate tipurile de credințe iraționale a fost negativă și semnificativă ($p = .000$).

Tabel 1.

Corelații Pearson

	Mean	SD	Skew	Kurt	Strategii de savurare	SD/OD	DEM	FI	AWL	Bucurie	Depresia
Strategii de savurare	4.94	.93	-.51	.16	-	-.61***	-.45***	-.51***	-.51***	.65***	-.58***
SD/OD	17.81	15.17	.97	.38		-	.69***	.82***	.83***	-.48***	.61***
DEM	22.36	11.50	.28	-.03			-	.79***	.83***	-.25***	.38***
FI	25.25	13.35	.44	-.03				-	.89***	-.32***	.53***
AWL	22.86	12.93	.44	.01					-	-.36***	.56***
Bucurie	27.55	7.63	-.23	-.49						-	-.53***
Depresia	4.97	4.67	1.27	1.09							-

Notă. AWL= Catastrofare; DEM = Cerințe absolutiste; FI = intoleranță la frustrare; Kurt = Kurtosis; SD = abaterea standard; SD/OD = atodeprecierea celorlalți și a propriei persoane; Skew = Skewness.

*** $p < .001$ (2-tailed)

Analiza de regresie

Indicatorii de multicoliniaritate au fost testați datorită faptului că anumiți coeficienți de corelație dintre convingerile iraționale și celelalte variabile incluse în studiu fost foarte mari (vezi Tabelul 1). Toate credințele iraționale au fost incluse într-o singură regresie pentru a vedea dacă există multicoliniaritate între credințele iraționale ca predictor pentru strategiile de savurare. Pentru a interpreta indicatorii de multicoliniaritate, am folosit ghidurile generale pentru *VIF* (*Variance Inflation Factors*). Dacă *VIF* este mai mare de 5, regresia poate fi biasată (Neter, Wasserman și Kutner, 1989). De asemenea, dacă indicele de Toleranță este mai scăzut de valoarea .2 poate indica multicoliniaritatea (Menard, 2002). Valorile *VIF* și indicele de Toleranță pentru AWF au fost cele mai problematice, de aceea AWF a fost eliminat din ecuație. După eliminarea AWF, valorile *VIF* pentru FI, DEM și SD / OD au fost sub 5, iar Toleranța a fost peste .2.

Ulterior, a fost efectuată o analiză de regresie ierarhică pentru a determina efectul credințelor iraționale asupra strategiilor de savurare. (vezi Tabelul 2). Odată ce toate tipurile de convingeri iraționale au fost incluse în ecuația de regresie, SD / OD rămâne singurul predictor negativ semnificativ în modelul de regresie. Subscala SD / OD a explicat cea mai mare parte din varianță a strategiilor de savurare $R^2 = .37$; $F_{change} = (1, 275) = 162,88$; $p = .000$.

Tabelul 2.

Regresia ierarhică pentru credințele iraționale ca și predictor pentru strategiile de savurare

Variabile	β	t	R^2	Sig.	R^2_{adj}	R^2_{change}
Etapa 1						
SD/OD	-.61	-12.76	.37***	.000	.37	.37
Etapa 2						
SD/OD	-.57	-6.85	.37***	.000	.37	.37
FI	-.03	-.45	.37*	.65	.36	.000
Etapa 3						
SD/OD	-.57	-6.71	.37***	.000	.37	.37
FI	.007	.72	.37*	.651	.36	.002
DEM	-.06	-.81	.37*	.41	.36	.002

Notă. DEM = Cerințe absolutiste; FI = intoleranță la frustrare; Kurt = Kurtosis; SD = abaterea standard; SD/OD = atodeprecierea celorlalți și a propriei persoane

* $p > .05$; *** $p < .001$ (2-tailed)

Analizele de mediere

Prima analiză a mediere a fost realizată pentru a investiga ipoteza conform căreia strategiile de savurare mediază relația dintre SD / OD și bucurie (vezi figura 1). Rezultatele analizei de mediere au indicat faptul că SD / OD este un predictor semnificativ de al strategiilor de savurare, $path\ a = -.03$; $F(1, 274) = 162,88$, $R^2 = .37$, $p = .000$, iar strategiile de savurare sunt un predictor semnificativ al bucuriei, $path\ b = 4,73$; $F(2, 273) = 108,06$, $R^2 = .44$, $p = .000$. Efectul total al SD / OD asupra bucuriei a fost, de asemenea, semnificativ, $c\ path = -.24$; $F(1, 274) = 81,95$; $R^2 = .23$, $p = .000$. Efectul direct a rămas semnificativ, când mediatorul a fost inclus în model, relația dintre SD / OD și bucurie a fost ușor atenuată, $c\ path = -.06$, $p = .02$. Și în cele din urmă, CI pentru efectul indirect nu a inclus 0, $efect\ indirect = -.17$, $p = .000$ (95% CI = -.22 până la -.13), ceea ce indică faptul că strategiile de savurare mediază parțial relația dintre SD / OD și bucurie.

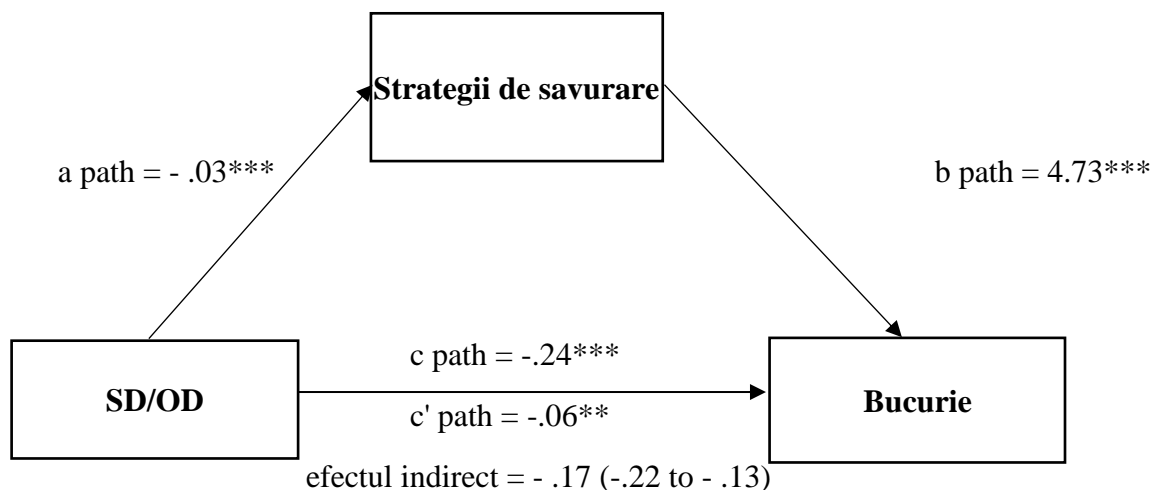


Figura 1. Coeficienți de regresie standardizați pentru relația dintre SD / OD și bucurie, mediați de strategiile de savurare.

*** $p < .001$; ** $p < .05$

A doua analiză de mediere a fost realizată pentru a investiga dacă strategiile de savurare mediază semnificativ relația dintre SD / OD și depresie (a se vedea Figura 2). SD / OD a fost corelat negativ cu savurare, $path a = -.03$; $F(1, 274) = 162,88$; $R^2 = .37$, $p = .000$. De asemenea, strategiile de savurare sunt un predictor semnificativ pentru depresie, $b \text{ path} = -1.62$; $F(2, 273) = 109,84$, $R^2 = 0,44$; $p = .000$. Efectul total al SD / OD asupra depresiei a fost de asemenea semnificativ, $path c = .18$; $F(1, 274) = 167,37$; $R^2 = .37$, $p = .000$. Efectul direct a fost, de asemenea, semnificativ, $c' \text{ path} = .12$, $p = .000$, ceea ce indică faptul că SD / OD a rămas predictor semnificativ pentru depresie atunci când mediatorul a fost adăugat în ecuație, dar cu un efect mai mic în comparație cu efectul total. În cele din urmă, CI pentru efectul indirect nu a inclus 0, $\text{efect indirect} = -.06$, $p = .000$ (CI 95% = .03 până la .08). Aceste rezultate indică faptul că strategiile de savurare mediază parțial relația dintre SD / OD și depresie.

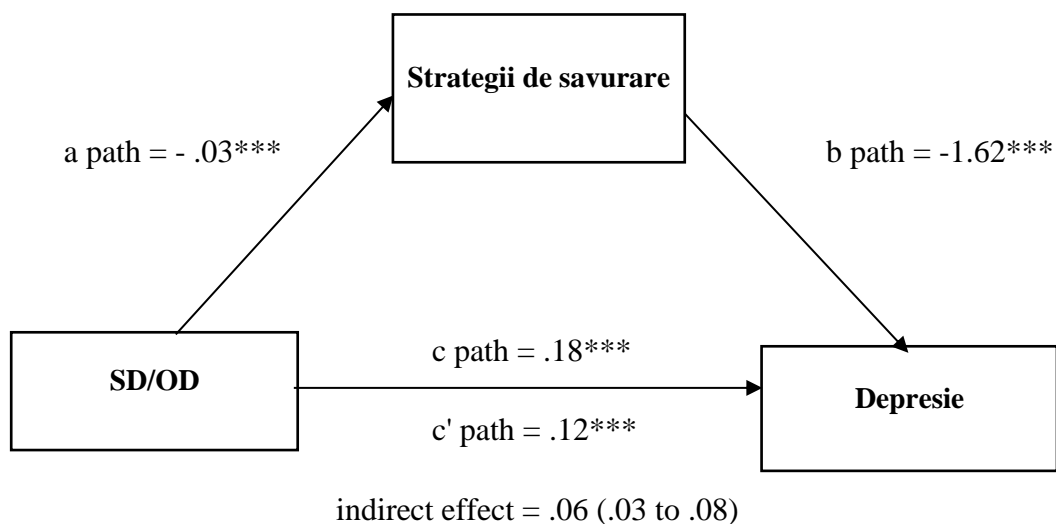


Figura 2. Coeficienți de regresie standardizați pentru relația dintre SD / OD și depresie, mediați de strategiile de savurare.

*** $p < .001$

3.3.4. Discuții

Au fost găsite corelații negative semnificative între toate tipurile de credințe iraționale și strategiile de savurare, cea mai mare corelație negativă fiind între SD / OD și strategiile de savurare. Așa cum era de așteptat, am găsit, de asemenea, o corelație pozitivă între bucurie și strategiile de savurare și o corelație negativă între depresie și strategiile de savurare. Rezultatele studiului actual sunt în concordanță cu studiile realizate până în prezent care au arătat că există o legătură negativă între depresie și strategiile de savurare (de exemplu, Bryant, 2003; Eisner et al., 2009; Nelis et al., 2015; Smith și Hollinger-Smith, 2014).

Prima analiză de mediere a arătat că strategiile de savurare au fost un mediator semnificativ în relația dintre SD / OD și bucurie. A doua analiză de mediere a arătat că strategiile de savurare au fost, de asemenea, un mediator semnificativ al relației dintre SD / OD și simptomele depresive. Într-adevăr, sunt și alte studii care au arătat că persoanele predispuse la depresie au dificultăți în menținerea și creșterea nivelului de emoții pozitive (de exemplu, Bryant, 2003; Eisner et al., 2009; Nelis et al., 2015; Smith și Hollinger-Smith, 2014). Prezența credințelor iraționale, în special, SD / OD prezic dificultățile de reglare ale emoțiilor pozitive. Rezultatele noastre sunt în concordanță cu studiile care arată că convingerile iraționale pot conduce la apariția emoțiilor negative disfuncționale (Bridges & Harnish 2010; Szentagotai & Freeman 2007; Visla et al., 2015) și indică, de asemenea, că distorsiunile cognitive, cum ar fi evaluarea globală negativă, prezic o reglare disfuncțională a emoțiilor cu impact și asupra emoțiilor pozitive. Conform conceptualizării teoriei cognitive propuse de Ellis (Ellis, 1962, 1994), aceste date primare ar putea conduce la investigații mai detaliate despre impactul credințelor iraționale asupra emoțiilor pozitive, făcând astfel o diferențiere mai clară între emoțiile pozitive funcționale și disfuncționale.

Dintr-o perspectivă teoretică, concluziile acestui studiu arată faptul că credințele iraționale sunt relevante pentru strategiile de savurare și că deficiența acestor strategii ar putea fi explicată prin prezența credințelor iraționale. De asemenea, studiul nostru relevă faptul că un nivel scăzut al strategiilor de savurare joacă un rol important în relația dintre SD / OD și depresie. Aceste rezultate pot fi relevante din punct de vedere clinic, deoarece relevă unele dintre mecanismele depresiei. Astfel, în cazul depresiei, mecanismele implicate nu sunt legate doar de gândirea irațională, ci și de deficitele reglării emoțiilor pozitive (strategiile de savurare). Mai mult, aceste rezultate arată, de asemenea, că relația dintre SD / OD și emoțiile pozitive (bucurie), este influențată de strategiile de savurare.

În ceea ce privește implicațiile practice, studiile viitoare ar putea testa experimental dacă restructurarea cognițiilor iraționale ar conduce la îmbunătățirea strategiilor de savurare, după cum sugerează concluziile noastre. De asemenea, rezultatele acestui studiu ar putea fi o bază pentru studiile viitoare care ar putea investiga efectul combinat al tehnicilor de restructurare cognitivă și al strategiilor de savurare asupra populației clinice, pentru dezvoltarea unor tratamente mai bune pentru depresie.

3.4. Studiul 3. Monitorizarea strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive la persoanele cu simptome de depresie. Un studiu de tip jurnal

3.4.1. Introducere

Studiile arată că persoanele care au simptome depresive tind să folosească mai des strategiile de reducere a emoțiilor pozitive pentru a-și regla emoțiile pozitive (Carl et al, 2013; Gentzler et al., 2015; Nelis et al., 2011; Raes et al., 2014; Werner-Seidler et al., 2013). Feldman și colab.(2008) au arătat că simptomele de depresie sunt asociate cu gânduri nesănătoase despre evenimente pozitive determinând astfel supresia emoțiilor pozitive (de exemplu, „Nu merit acest lucru”, „Aceste emoții pozitive nu vor dura pentru mult timp”). Simptomele depresive sunt asociate negativ și cu strategiile de savurare (Bryant, 2003; Eisner et al., 2009; Ramsey și Gentzler, 2014; Werner-Seidler et al., 2013). Simptomele de depresie sunt corelate negativ cu valorificarea și cu afișarea comportamentală a emoțiilor pozitive (Nelis et al., 2011). De asemenea, Eisner și colab., (2009) au constatat că simptomele depresive prezic scăderea nivelului de strategii de savurare. Un studiu recent a arătat că relația dintre evenimentele pozitive și depresia caracterizată de lipsă de speranță este mediată de strategiile de savurare (Chen & Zhou, 2017). Carver și Johnson (2009) au descoperit că depresia este asociată cu o tendință redusă de a folosi strategii de savurare în urma evenimentelor de viață pozitive. Mai mult, reamintirea evenimentelor pozitive a fost asociată cu niveluri mai scăzute de depresie (Pinquart & Forstmeier, 2012).

Până în prezent, majoritatea studiilor efectuate pe tema reglării emoțiilor pozitive în depresie sunt studii corelaționale și au fost realizate în principal pe populații non-clinice. Un număr foarte mic de studii au fost efectuate pentru a investiga modul în care persoanele care au simptome depresive își reglează emoțiile pozitive zilnice. Un studiu realizat de Carl și colab., (2014) care a inclus o populație transdiagnostică formată din persoane care aveau simptome de depresie și anxietate a arătat că aceste simptome sunt asociate cu o tendință zilnică de a folosi strategii care contribuie la scăderea nivelului de emoții pozitive. Un alt studiu recent (Li et al., 2017) care a utilizat metoda de tip jurnal a arătat că simptomele depresive sunt asociate cu un nivel crescut al strategiilor menite să descrească nivelul emoțiilor pozitive.

Chiar dacă din studiile prezentate mai sus putem concluziona că depresia este asociată cu deficite în reglarea emoțiilor pozitive, nu este încă foarte clar în ce mod și ce fel de strategii folosesc persoanele care prezintă simptome de depresie pentru a-și reduce nivelul de emoții pozitive. De exemplu, nu este clar de ce indivizii cu simptome depresive își diminuează nivelul de emoțiilor pozitive odată ce o emoție pozitivă este declanșată. De asemenea, nu s-au realizat încă studii care să investigheze strategiile specifice de reducere a emoțiilor pozitive și de savurare pe care cei cu simptome depresive le folosesc după apariția unui eveniment pozitiv. Studiarea acestor probleme mai îndeaproape, ar putea duce la îmbunătățirea tratamentelor psihologice și la prevenirea problemelor care stau la baza reglării emoțiilor pozitive la persoanele cu risc de dezvoltare tulburări depresive. Mai mult decât atât, nu s-au realizat până acum studii care să investigheze comparativ persoanele care nu au simptome depresive cu persoanele care prezintă simptome depresive, pentru a surprinde diferențele legate de strategiile de reglare a emoțiilor pozitive în viața lor de zi cu zi.

3.4.1.1. Obiective și ipoteze

Scopul acestui studiu este investigarea reglării emoțiilor pozitive în viața de zi în cazul persoanelor cu simptome depresive în comparație cu persoanele care nu au simptome de depresie. Am folosit un design de tip jurnal, timp de 7 zile, deoarece această metodă oferă o validitate ecologică mai mare, fiind legată mult mai bine de contextul real al individului (Csikszentmihalyi & Larson, 1987).

Ne așteptăm ca persoanele care au simptome de depresie să aibă dificultăți în reglarea emoțiilor pozitive (să utilizeze mai multe strategii de reducere a emoțiilor pozitive și mai puține strategii de savurare) după apariția unui eveniment pozitiv, în comparație cu persoanele care nu au simptome de depresie.

3.4.2. Metodologie

3.4.2.1. Participanți

Un număr de 111 studenți de la Universitatea Babeș-Bolyai (Cluj-Napoca) au luat parte la cercetarea noastră. Eșantionul a cuprins 92 de femei și 19 bărbați, cu vârste cuprinse între 18 și 51 de ani ($M_{vârsta} = 26.71$, $SD = 8.16$). Participanții au fost împărțiți în două grupuri, în funcție de prezența sau absența simptomelor depresive.

3.4.2.2. Instrumente (pretest)

Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Löwe, Kroenke, Herzog și Gräfe) include 9 itemi care corespund criteriilor de diagnostic din DSM-IV ale tulburării depresive majore (American Psychiatric Association, 1991). Participanții sunt întrebați dacă au prezentat simptomele descrise în ultimele 2 săptămâni.

Scala *Savoring Beliefs Inventory* (SBI; Bryant, 2003) include 24 de itemi și măsoară capacitatea generală de a savura experiențe pozitive prin anticiparea acestora, prin experiențierea bucuriei prezente și prin reamintirea evenimentelor pozitive.

Responses to positive Affect Questionnaire (RPA; Feldman et al., 2008) conține 17 itemi în total cu 3 subscale: o subscală care măsoară strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și 2 subscale pentru măsurarea rumația pozitivă (rumația focalizată pe emoții pozitive și rumația focalizată pe evenimente pozitive). Am utilizat acest chestionar pentru a evalua tendința participanților de a se angaja în strategii de reducere a emoțiilor pozitive.

Scala *Positive and Negative Affect Schedule-X* (PANAS-X, Watson și Clark, 1999) măsoară emoțiile pozitive și negative. Este formată din 60 de descriptori ai emoțiilor (de ex. interes, supărare, nervozitate). Pentru acest studiu am folosit subscala care măsoară emoțiile pozitive, care include 10 itemi.

3.4.2.3. Procedura și evaluarea jurnalului zilnic

Participanții au completat online toate chestionarele. Pentru a evalua reglarea emoțiilor pozitive zilnice, am solicitat participanților să descrie un eveniment pozitiv care a avut loc în acea zi. Participanții au primit următoarele instrucțiuni:

”Vă rugăm să vă gândiți la un eveniment pozitiv care a avut loc astăzi. Acesta poate fi orice lucru care v-a produs emoții plăcute, cum ar fi o întâlnire cu cineva, o veste bună, faptul că ați învățat ceva nou, că ați primit o notă bună sau că vi s-a făcut un compliment. Vă rugăm să descrieți orice situație care v-a produs o emoție pozitivă astăzi.”

După ce au descris evenimentul pozitiv, participanților li s-a cerut să evalueze cât de bucuroși, fericiți, surprinși și recunoscători s-au simțit pe o scală cuprinsă între 1 („deloc”) și 5 („extrem de mult”). După ce participanții și-au evaluat emoțiile pozitive cu privire la evenimentul pozitiv, li sa cerut să aleagă dintr-o listă de 8 răspunsuri felul în care și-au reglat emoțiile pozitive după eveniment. Fiecare răspuns codă o strategie de reglare a emoțiilor pozitive; participanților li s-a permis să aleagă mai multe strategii. Cele 8 răspunsuri au fost adaptate din chestionarul *The Emotion Regulation Revised* (ERP-R; Nelis et al, 2011) care măsoară capacitatea de a regla emoțiile pozitive.

Participanții au primit un e-mail în fiecare zi, în care li s-a reamintit să se gândească la un eveniment pozitiv care s-a întâmplat în acea zi. Au fost apoi întrebați despre emoțiile pozitive și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive.

3.4.2.4. Analiza datelor

Am folosit corelația Pearson pentru a calcula corelațiile dintre variabilele de la baseline (emoții pozitive, simptome depresive, strategii de reducere a emoțiilor pozitive și savurare).

3.4.3. Rezultate

Tabelul 1.

Corelații Pearson Baseline

Variabile	Depresie	Strategii de savurare	Strategii de reducere a emoțiilor pozitive	Emoții pozitive
Depresie	-	-.56**	.68**	-.30**
Strategii de savurare		-	-.58**	.31**
Strategii de reducere a emoțiilor pozitive			-	-.19*
Emoții pozitive				-

** $p < .001$

* $p < .005$

Rezultatele (vezi Tabelul 1) au arătat că există o corelație negativă semnificativă între simptomele de depresie, strategiile de savurare și emoțiile pozitive și o corelație pozitivă între strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și simptomele de depresie.

Pentru a calcula diferențele între grupuri în ceea ce privește emoțiile pozitive și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, am folosit procedura MANOVA. Pentru a interpreta mărimea efectului pentru η^2 (eta pătrat), am utilizat ghidul Cohen's (1988), mărimea efectului de .01 este considerată mică, o mărime a efectului de .06 este considerată medie și o valoare de .14 este considerată o mărime mare a efectului.

Rezultatele noastre indică faptul că interacțiunea globală dintre simptomele depresive, emoțiile pozitive și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive este semnificativă (Wilks' Lambda = .70, $F(14, 96) = 2.74$, $p = .001$, $\eta^2 = .29$) indicând o mărime mare a efectului.

Tabelul 2.

Coeficienții Manova (intra-subiecți)

Variable	df	F	η^2	Sig.
Bucurie	1	.177	.002	.67
Fericire	1	.540	.005	.46
Surprindere	1	8.275*	.071	.005
Recunoștință	1	.981	.009	.32
Distragere	1	6.186*	.054	.01
Afișare comportamentală	1	.376	.003	.54
Călătorie mentală negativă în timp	1	10.332*	.087	.002
Implicare în prezent	1	14.254*	.11	.000
A găsi nod în papură	1	8.619*	.073	.004
Călătorie mentală pozitivă în timp	1	3.184	.028	.077
Valorificarea experiențelor pozitive	1	.031	.000	.861
Supresie	1	8.089*	.069	.005
Reducerea nivelului de emoții pozitive	1	20.058*	.155	.000
Creșterea nivelului de emoții pozitive	1	1.240	.011	.268

* $p < .05$

Comparațiile dintre grupuri (vezi Tabelul 2) au arătat că atunci când un eveniment pozitiv a avut loc, participanții cu simptome depresive au fost semnificativ mai surprinși în comparație cu cei care nu aveau simptome depresive $F(1, 110) = 8.25$, $p = .005$, rezultatul indicând o mărime medie a efectului $\eta^2 = .071$. În ceea ce privește strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, rezultatele au surprins diferențe semnificative între grupuri pentru toate tipurile de strategii de reducere a emoțiilor pozitive. Pentru strategia de *distragere*, s-a găsit un

coeficient $F(1, 110) = 6.18$, $p = .01$ cu o mărime mica spre medie a efectului $\eta^2 = .05$; pentru *călătoria mentală negativă în timp*, s-a observat o diferență semnificativă, $F(1, 110) = 10.33$, $p = 0.002$ cu o mărime medie a efectului, $\eta^2 = 0.08$; pentru *a găsi nod în papură*, s-a găsit un $F(1, 110) = 8.61$, $p = .004$ cu o mărime medie a efectului $\eta^2 = .073$; în cele din urmă, pentru *supresie*, s-a observat un coeficient $F(1, 110) = 8.08$, $p = .005$, cu o mărime medie a efectului, $\eta^2 = .069$.

În ceea ce privește strategiile de savurare, singura diferență semnificativă pe care am găsit-o a fost pentru strategia *implicare în prezent*, $F(1, 110) = 14.254$, $p = .003$, cu o mărime medie spre mare a efectului $\eta^2 = .11$. Persoanele cu simptome depresive au raportat că prin strategiile de reglare pe care le folosesc își reduc semnificativ nivelul de emoții pozitive $F(1, 110) = 20.05$, $p < .001$, indicând o mărime mare a efectului $\eta^2 = .155$. Nu am găsit diferențe semnificative între cele două grupuri pentru creșterea nivelului de emoții pozitive.

3.4.4. Discuție

Rezultatele acestui studiu au arătat că persoanele care prezintă simptome depresive sunt mai surprinse atunci când apare un eveniment pozitiv. Nu am găsit diferențe semnificative între restul emoțiilor pozitive pe care le-am măsurat (bucurie, fericire și recunoștință). O posibilă explicație pentru această diferență este că persoanele care prezintă simptome depresive sunt mai surprinse atunci când apare un eveniment pozitiv, deoarece nu se așteaptă la lucruri bune. Faptul că nu există diferențe semnificative pentru emoțiile de bucurie, recunoștință și fericire după un eveniment pozitiv arată că indivizii cu simptome depresive sunt capabili să experimenteze emoții pozitive la fel ca cei care nu au simptome de depresie. Cu toate acestea, își reglează emoțiile pozitive folosind strategii de reducere a emoțiilor pozitive.

Am găsit diferențe semnificative între cele două grupuri în ceea ce privește răspunsurile în urma apariției emoțiilor pozitive. Au fost observate diferențe semnificative în ceea ce privește toate tipurile de strategii de reducere a emoțiilor pozitive. Persoanele cu simptome depresive tind să reprime emoțiile pozitive după ce apar, iar acest lucru este în concordanță cu alte studii care au găsit corelații semnificative între depresie și supresia emoțiilor pozitive (Gross & John, 2003; Johnson et al., 2016; Kashdan & Steger, 2006; Su et al., 2013). O diferență semnificativă între participanții care prezentau simptome de depresie și participanții care nu aveau simptome de depresie a fost, de asemenea, observată pentru strategia de *distragere* de la evenimentele de la evenimente pozitive și emoțiile pozitive; acest lucru indicând dificultăți în concentrarea asupra evenimentelor pozitive datorită îngrijorării și focalizării atenției asupra lucrurilor negative care nu au legătură cu evenimentele și emoțiile pozitive. De asemenea, cei care au simptome depresive se concentrează asupra lucrurilor care ar fi putut să decurgă mai bine, folosind strategia *a găsi nod în papură* când are loc un eveniment pozitiv. De asemenea, folosesc strategii precum *călătoria mentală negativă în timp*, gândindu-se că evenimentele pozitive la care iau parte se vor încheia în curând. Aceste rezultate sunt în concordanță cu alte studii care au arătat că persoanele cu depresie folosesc frecvent strategii precum *călătoria mentală negativă în timp*, iar această strategie de reducere a emoțiilor pozitive a fost asociată cu simptome depresive și în alte studii (Feldman et al., 2008). În ceea ce privește strategiile de savurare, nu am găsit decât o diferență semnificativă pentru strategia *being present*, ceea ce indică faptul că participanții cu simptome de depresie au dificultăți în a-și orienta atenția către experiențele plăcute ale momentului. Nu am găsit diferențe semnificative în ceea ce privește alte strategii de savurare. Astfel, persoanele cu simptome depresive folosesc strategii asemănătoare cu cei care nu au simptome depresive în ceea

ce privește anticiparea experiențelor pozitive, celebrarea evenimentelor pozitive cu ceilalți și exprimarea emoțiilor pozitive folosind un comportament non-verbal. De asemenea, participanții cu simptome de depresie folosesc strategii de reducere a emoțiilor pozitive semnificativ mai multe în comparație persoanele care nu au simptome de depresie.

Studiul nostru evidențiază aspecte importante legate de reglarea emoțiilor pozitive în depresie. Din câte știm, acesta este primul studiu care a examinat tipuri specifice de strategii de savurare și de reducere a emoțiilor pozitive din viața de zi cu zi, comparând utilizarea acestor strategii între persoanele cu simptome de depresie și persoanele care nu au simptome de depresie. De asemenea, credem că acest studiu răspunde la întrebarea pusă de alți autori (de exemplu, Li et al., 2017) referindu-se la modul în care persoanele cu depresie își reduc nivelul de emoții pozitive rezultate în urma evenimentelor pozitive. Răspunsul nostru, bazat pe rezultatele acestui studiu, este că persoanele cu simptome depresive își reduc emoțiile pozitive prin modul în care se raportează și se gândesc la evenimentele și emoțiile pozitive. Ei se concentrează asupra modului în care evenimentele pozitive ar fi putut să decurgă mai bine sau cred că nu merită să experimenteze emoții pozitive și că aceste emoții nu vor dura mult timp. De asemenea, își reduc nivelul emoțiilor pozitive prin faptul că nu le exprimă. Mai mult, aceștia nu se bucură de emoțiile pozitive prezente, deoarece se concentrează pe alte lucruri negative.

3.5. Studiu 4. O intervenție online bazată pe strategii de savurare la persoanele care au simptome de depresie. Un studiu clinic controlat

3.5.1. Introducere

Există câteva tipuri de intervenții validate științific pentru tratarea depresiei, care sunt eficiente și rentabile, cum ar fi terapiile cognitive (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) și tehnicile de activare comportamentală (Jacobson et al., 2001), însă aceste tipuri de tratamente psihoterapeutice sunt axate în principal pe reducerea impactului emoțiilor negative asupra vieții de zi cu zi. Cu toate acestea, studiile recente au arătat că în cazul depresiei problemele nu sunt legate doar de reglarea deficitară a emoțiilor negative, ci depresia este asociată și cu deficite de reglare ale emoțiilor pozitive. Studiile au arătat că o reglare deficitară a emoțiilor pozitive mențin și prezic simptomele depresive (Carl et al., 2014; Carl et al., 2013; Eisner et al., 2009).

Până în prezent, mai multe tehnici de reglare a emoțiilor pozitive au fost testate pentru a optimiza reglarea emoțiilor pozitive. Printre acestea se numără, tehnicile de meditație de tip mindfulness care au fost utilizate pentru a crește nivelul zilnic al emoțiilor pozitive (Garland et al., 2010). Studiile au arătat că tehnicile de mindfulness pot îmbunătăți atenția asupra evenimentelor prezente, astfel încât emoțiile pozitive să poată fi experimentate mai bine. Mai mult, s-a descoperit că tehnicile de mindfulness cresc nivelul de emoții pozitive, și al stării de bine (Fredrickson și Joiner, 2002; Garland et al., 2010) și scad nivelul depresiei (Specia, Carlson, Goodey și Angen, 2000).

Bryant și Veroff (2017) au dezvoltat mai multe moduri de a îmbunătăți nivelul de savurare. Aceste tehnici de savurare au efecte diferențiale asupra emoțiilor pozitive și a stării de bine (Quoidbach et al. 2010). Studiile au arătat că anticiparea evenimentelor pozitive viitoare timp de două săptămâni duce la creșterea nivelului de fericire (Quoidbach, et al, 2009). De asemenea, tehnicile precum *călătoria mentală pozitivă în timp* prezic fericirea și bunăstarea (Bryant et al., 2005; Havighurst & Glasser, 1972; Lyubomirsky et al., 2006). Bryant (2005) a

arătat că exercițiile de reamintire a evenimentelor pozitive prezic un nivel mai mare de emoții pozitive, comparativ cu grupul de control. Lambert et al., (2012) au descoperit că împărtășirea evenimentelor pozitive cu prietenii sau familia (*valorificarea experiențelor pozitive*) timp de 4 săptămâni contribuie la o creștere semnificativă a nivelului de emoții pozitive în comparație cu grupul de control (placebo). Toate aceste intervenții arată că exercițiile de savurare sunt benefice în creșterea nivelului emoțiilor pozitive și a stării de bine (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2017; Eisner et al., 2009). În plus, Hurley și Kwon (2012) au raportat că strategiile de savurare pot fi eficiente în reducerea simptomelor depresive. Autorii au testat exerciții și tehnici de savurare pe studenți timp de două săptămâni, iar rezultatele au indicat că simptomele depresive au fost semnificativ reduse în grupul de intervenție în comparație cu grupul de control.

În timp ce există mai multe tehnici de reglare a emoțiilor pozitive care au fost testate în literatura de specialitate, nu avem încă intervenții testate empiric, care să includă mai multe tehnici de reglare a emoțiilor care să vizeze deficite specifice în reglarea emoțiilor pozitive în depresie. Mai mult decât atât, lipsesc protocoalele de intervenție care să includă psihoeducația despre reglarea emoțiilor pozitive (Carl et al, 2013; Gross & Tompson, 2007).

3.5.1.1. Obiective și ipoteze

Studiul acesta urmărește să testeze eficacitatea unei intervenții bazate pe tehnici de savurare cu ajutorul internetului pentru îmbunătățirea reglării emoțiilor pozitive și reducerea simptomelor depresive. Ne-am așteptat ca participanții din grupul experimental să-și reducă semnificativ simptomele de depresie și să-și îmbunătățească reglarea emoțiilor pozitive (să prezinte un nivel mai crescut de strategii de savurare și un nivel mai scăzut al strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive) în comparație cu grupul de control (placebo). În plus, ne așteptăm ca nivelul emoțiilor pozitive să crească semnificativ în grupul de intervenție în comparație cu grupul placebo.

3.5.2. Metodologie

3.5.2.1. Participanți

La această cercetare au participat un număr de 55 de studenți la Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. Eșantionul a cuprins 50 de femei și 5 bărbați, cu vârste cuprinse între 18 și 53 de ani ($M_{vârsta} = 27.61$, $SD = 8.02$).

3.5.2.2. Instrumente

Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Löwe, Kroenke, Herzog și Gräfe) include 9 itemi care corespund criteriilor de diagnostic din DSM-IV ale tulburării depresive majore (American Psychiatric Association, 1991). Participanții sunt întrebați dacă au prezentat simptomele descrise în ultimele 2 săptămâni.

Scala *Savoring Beliefs Inventory* (SBI; Bryant, 2003) include 24 de itemi și măsoară capacitatea generală de a savura experiențe pozitive prin anticiparea acestora, prin experiențierea bucuriei prezente și prin reamintirea evenimentelor pozitive.

Responses to positive Affect Questionnaire (RPA; Feldman et al., 2008) conține 17 itemi în total cu 3 subscale: o subscală care măsoară strategiile de reducere a emoțiilor pozitive și 2

subscale pentru măsurarea rumația pozitivă (rumația focalizată pe emoții pozitive și rumația focalizată pe evenimente pozitive). Am utilizat acest chestionar pentru a evalua tendința participanților de a se angaja în strategii de reducere a emoțiilor pozitive.

Scala Positive and Negative Affect Schedule-X (PANAS-X, Watson și Clark, 1999) măsoară emoțiile pozitive și negative. Este formată din 60 de descriptori ai emoțiilor (de ex. interes, supărare, nervozitate). Pentru acest studiu am folosit subscala care măsoară emoțiile pozitive, care include 10 itemi.

3.5.2.3. Procedură și intervenție

Participanții au completat un consimțământ informat online care conținea informații despre procedură și intervenție. Am inclus doar participanții care au avut scoruri de depresie între 5-20, cu depresie scăzută spre medie conform scorurilor la chestionarul PHQ-9 (vezi figura 1). Am exclus participanții care au avut scoruri de peste 20 (depresie severă) și cei care au raportat că sunt sub tratament psihologic sau psihiatric. Participanții au fost repartizați randomizat în două grupuri (vezi Figura 1). Un grup a primit intervenția pentru îmbunătățirea reglării emoțiilor pozitive, iar celălalt grup a primit o intervenție de tip placebo.

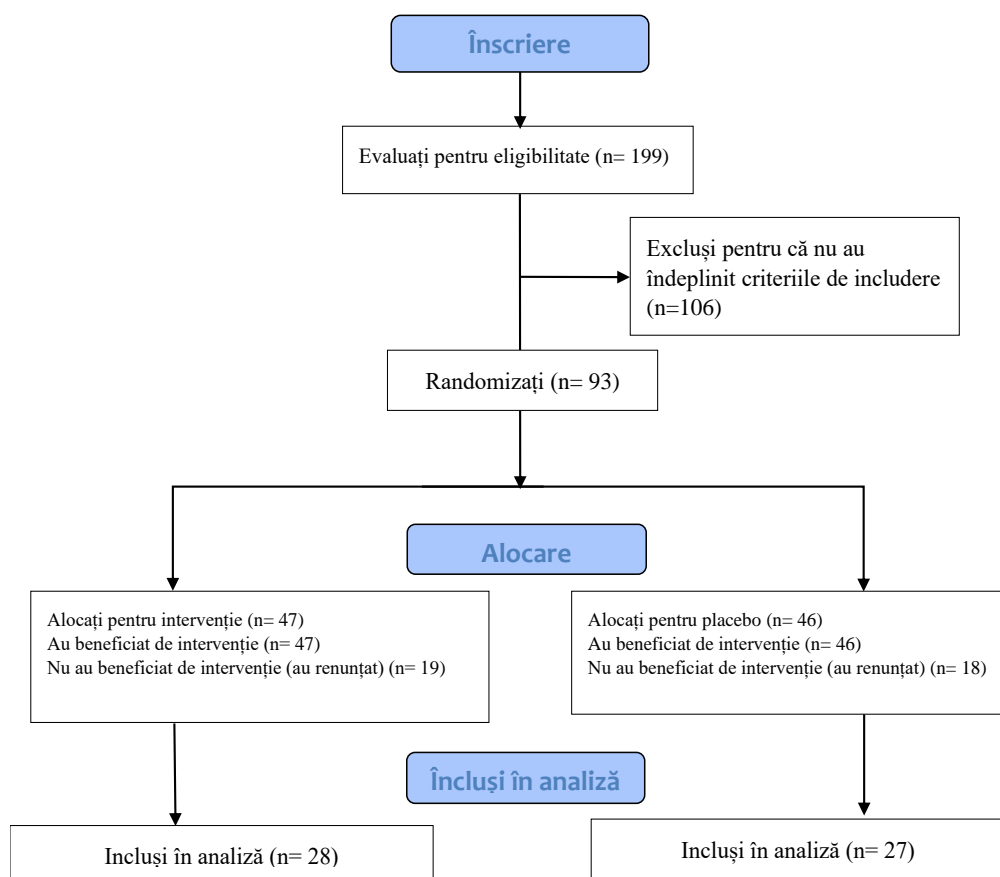


Figura 1. Diagrama participanților incluși în studiu

Condiția placebo

Grupul de control a primit o intervenție placebo de 3 săptămâni, aceasta a fost adaptată după un studiu realizat de Sheldon și Lyubomirsky (2006) care au testat o intervenție pentru a crește nivelul emoțiilor pozitive prin exprimarea recunoștinței și prin proiectarea celui mai bun sine posibil. Grupul placebo a primit următoarea instrucțiune:

”Va rugam ca în următoarele 2 zile sa acordați mai multă atenție vieții dumneavoastră, să observați lucrurile obișnuite, asupra cărora poate că nu v-ați focalizat atenția până acum. Acestea se pot referi la orice activitate cotidiană, cum ar fi participarea la cursuri, întâlnirile cu prietenii/colegii, gândurile pe care le aveți zi de zi sau lucruri legate de programul dumneavoastră din timpul unei zile obișnuite. În toate aceste cazuri, exercițiul poate să vă ajute să identificați mai bine aspectele problematice din viața dumneavoastră, pentru ca apoi să luați măsuri pentru a le schimba”

Pe parcursul celor 3 săptămâni de la intervenție, participanții au primit pe e-mail un formular în care au notat evenimentele din viața de zi cu zi pe care le-au observat. La două săptămâni după ce au notat detaliile din viața lor, au fost întrebați despre lucrurile pe care ar dori să le schimbe și pentru câteva zile să implementeze aceste schimbări.

Protocol de intervenție

Protocolul de intervenție a inclus câteva tehnici de savurare și mindfulness incluzând 8 module, pe parcursul a 3 săptămâni.

1. *Psihoeducație* -1 modul legat de reglarea emoțiilor pozitive în depresie.
2. *Călătorie mentală pozitivă în timp* - 3 module - participanții au fost rugați sa-și reamintească evenimente pozitive din trecut și să se gândească la evenimentele pozitive care se vor petrece în viitorul apropiat (care vor avea loc în ziua următoare) și în viitorul îndepărtat (care vor avea loc peste câteva luni).
3. *Valorificarea experiențelor pozitive* - 2 module - participanții au fost rugați sa împărtășească evenimente pozitive cu o persoana apropiată și sa le descrie.
4. *Implicare în prezent* - 2 module - 2 tehnici de tip mindfulness (care au fost menite să crească gradul de conștientizare a momentului prezent)

Fiecare sarcină a avut un termen limită de câteva zile, după care participanții au fost nevoiți să raporteze prin e-mail dacă au finalizat sarcina.

3.5.3. Rezultate

Am utilizat analiza de varianță cu măsurători repetate (ANOVA) pentru a compara efectul celor două condiții (experimental și placebo) asupra simptomelor depresive, nivelului de savurare, strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive și al emoțiilor pozitive. Mărimile efectului pentru diferențele dintre medii au fost raportate folosind indicii η^2 , indicând că valorile de până la 0,01 reprezintă o mărime mică a efectului, pentru valorile de 0,06 o mărime medie a efectului și valorile egale sau mai mari 0,14 indică o mărime mare a efectului (Cohen, 1988). Tabelul 1 prezintă mediile și abaterile standard pentru cele 2 condiții experimentale ale

intervenției bazate pe strategii de savurare și condiția placebo asupra simptomelor depresive, emoțiilor pozitive, nivelului de savurare și de strategii de reducere a emoțiilor pozitive la pre-test și post-test.

Diferențele între grupuri în ceea ce privește simptomele de depresie, savurare, strategii de reducere a emoțiilor pozitive și emoțiile pozitive au fost examinate folosind un model 2x2 cu variabilele Condiție (intervenție și placebo) x timp (T1-pre-test, T2-post-test) cu măsurători repetate ANOVA. S-a observat un efect principal semnificativ al Timpului, $F(1, 53) = 28,88$, $p = .000$, $\eta^2 = .35$ și un efect nesemnificativ al interacțiunii dintre Timp x Condiției, $F(1,53) = 0,93$, $p = 0.338$. Nu au existat diferențe semnificative între grupul placebo și cel experimental pentru simptomele depresive la post-test.

Diferențele între grupuri pentru nivelul de savurare nu au fost semnificative; interacțiunea dintre Timp x Condiție fiind nesemnificativă, $F(1,53) = 0.78$, $p = .380$. S-a observat un efect semnificativ al Timpului $F(1,53) = 34.51$, $\eta^2 = 0.39$. S-a observat în schimb o diferență semnificativă pentru strategiile de reducere a emoțiilor pozitive între grupuri; Interacțiunea Timp x Condiție fiind semnificativă, $F(1, 53) = 5.36$, $p = .025$, $\eta^2 = .09$. Efectul de Timp nu a fost semnificativ în acest caz $F(1,53) = .65$, $p = .42$. În ceea ce privește emoțiile pozitive, am găsit un efect nesemnificativ al interacțiunii dintre Timp x Condiție, $F(1, 53) = .43$, $p = .83$ și un efect semnificativ al Timpului, $F(1, 53) = 27.24$, $p = .000$, $\eta^2 = .34$ a fost găsit.

Tabelul 1.

Medii și abateri standard pentru diferențele dintre grupuri

Măsurători	Grup experiemntal (N=28)		Grup placebo (N=27)	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Simptome depresive	9.78 (3.64)	6.32 (3.61)	8.77 (.40)	3.37 (3.87)
Savurare	4.52 (1.00)	5.02 (1.05)	4.70 (1.07)	5.38 (.91)
Reducere a emoțiilor pozitive	22.14 (4.28)	19.53 (4.65)	17.81 (5.23)	19.07 (5.90)
Emoții pozitive	25.85 (5.63)	30.75 (7.73)	27.85 (6.32)	33.14 (7.73)

3.5.4. Discuții

Nu au fost observate diferențe semnificative în ceea ce privește simptomele depresive între cele două grupuri ca urmare a intervenției. În plus, nu a existat nicio diferență semnificativă între grupul experimental și cel de control în ceea ce privește nivelul de savurare al emoțiilor pozitive la post-test. Cu toate acestea, am existat diferențe semnificative între cele două grupuri în ceea ce privește strategiile de reducere a emoțiilor pozitive. Nivelul strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive a fost redus semnificativ în grupul care a beneficiat de intervenție. Deși ne-am așteptat ca nivelul de savurare și emoțiile pozitive să se îmbunătățească semnificativ, rezultatele au indicat un efect semnificativ al intervenției doar asupra reducerii strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive. Interesant este că, deși strategiile de reducere a emoțiilor pozitive au fost reduse semnificativ în grupul de intervenție, simptomele de depresie nu s-au redus semnificativ în comparație cu grupul de control, ceea ce indică faptul că, deși strategiile de reducere a

emoțiilor pozitive sunt asociate cu depresia așa cum au arătat unele studii (Carl et al, 2013; Gentzler et al. ., 2015; Nelis et al., 2011; Raes et al., 2014; Werner-Seidler et al, 2013), este posibil ca simptomele de depresie să fie menținute și de alți factori cognitivi sau comportamentali, dincolo de factorii care reglează emoțiile pozitive.

Lipsa diferențelor semnificative între grupul experimental și cel de control în ceea ce privește simptomele depresive, nivelurile de savurare și emoțiile pozitive poate fi explicat prin perioada relativ scurtă a intervenției și prin absența unei evaluări ulterioare (follow-up). Este posibil ca efectul intervenției să apară în timp iar diferențele semnificative între grupuri să fie observate doar la evaluări ulterioare. Mai mult, este posibil ca alte tehnici de creștere a nivelului de savurare să fi fost mai potrivite pentru îmbunătățirea reglării emoțiilor pozitive și reducerea simptomelor depresiei. De exemplu, chiar dacă, atât tehnicile de mindfulness, cât și cele savurare se concentrează pe experiențele actuale, există o distincție importantă între ele. În ceea ce privește tehnica de implicare în prezent, scopul este de a deveni mai concentrat asupra emoțiilor pozitive, în timp ce exercițiile de mindfulness nu au fost dedicate exclusiv emoțiilor pozitive, având scopul ca participanții să aibă atenția concentrată pe orice experiență prezentă, emoție sau gândire, fie ea pozitivă, negativă sau neutră. În plus, în timp ce scopul de a savura momentul este de a spori experiența pozitivă, în mindfulness accentul este pus pe conștientizarea experienței prezente, mai degrabă decât pe creșterea și intensificarea emoțiilor. Intervențiile viitoare bazate pe tehnici de savurare ar trebui să dezvolte tehnici de mindfulness care să fie axate mai mult pe experiențe pozitive.

CAPITOLUL IV DISCUȚIE GENERALĂ ȘI CONCLUZII

4.1. Implicații teoretice și practice

Primul studiu realizat a încercat să răspundă la prima noastră întrebare de cercetare care a fost: cât de puternice sunt asocierile dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, simptomele de psihopatologie, emoțiile pozitive și nivelul stării de bine? Rezultatele meta-analizei noastre au indicat corelații medii între simptomele de psihopatologie și strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor pozitive. De asemenea, rezultatele au arătat că asocierile dintre strategiile adaptative și simptomele de psihopatologie pe populația nonclinică sunt semnificativ mai mari în comparație cu populația clinică. De asemenea, rezultatele meta-analizei indică faptul că strategiile disfuncționale sunt asociate negativ cu emoții pozitive și starea de bine. Strategiile adaptative au fost asociate negativ cu simptomele de depresie, anxietate și tulburare bipolară.

În ceea ce privește simptomele de depresie, rezultatele meta-analizei noastre confirmă rezultatele cercetărilor anterioare care arată că simptomele de depresie sunt asociate cu niveluri crescute de reducere a emoțiilor pozitive (Carl et al., 2013; Gentzler et al., 2015; Nelis et al., 2011; Raes et al., 2014; Werner-Seidler et al., 2013) și cu niveluri scăzute de savurare (Bryant, 2003; Eisner et al., 2009; Ramsey & Getzler, 2014; Werner-Seidler et al., 2013). Rezultatele au arătat, de asemenea, că simptomele de tulburare bipolară sunt pozitiv asociate cu strategiile de savurare și susțin ideea conform căreia pacienții cu simptome de tulburare bipolară nu sunt capabili să-și reducă emoțiile pozitive în mod eficient, datorită faptului că folosesc excesiv strategii care le cresc nivelul emoțiilor pozitive (de exemplu, Gruber et al., 2012; Gruber, 2011). Aceste rezultate deschid calea către noi cercetări precum testarea tehnicilor de tratament care să reducă excesul de strategii care sunt menite să crească nivelul emoțiilor pozitive și să cultive emoții pozitive mai sănătoase și mai adaptate la context. De asemenea, sunt necesare mai multe studii experimentale pentru a clarifica mai bine relația dintre simptomele de tulburare bipolară și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive.

Rezultatele meta-analizei noastre confirmă rezultatele anterioare care au arătat că strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt puternic asociate cu anxietatea (Eisner et al., 2009). Cu toate acestea, sunt necesare mai multe studii experimentale pentru a clarifica asocierea dintre anxietate și strategiile de reglare a emoțiilor pozitive.

Meta-analiza evidențiază, de asemenea, aspecte importante privind asocierile dintre strategiile de reglare a emoțiilor pozitive, emoțiile pozitive și starea de bine. Rezultatele arată că strategiile de savurare sunt asociate pozitiv cu starea de bine și cu emoțiile pozitive, în timp ce strategiile de reducere a emoțiilor pozitive sunt asociate cu un nivel scăzut al stării de bine și un nivel scăzut de emoții pozitive.

A doua întrebare de cercetare a fost legată de alte variabile care ar putea prezice reglarea emoțiilor pozitive. Studiile 2a și 2b au investigat felul în care credințele iraționale prezic strategiile de reglare a emoțiilor pozitive. Rezultatele studiului Studiul 2a au arătat că credințele iraționale sunt predictorii ai strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive. SD/OD a fost cel mai puternic predictor al strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive, iar strategiile de reducere a emoțiilor pozitive, au mediat relația dintre SD/OD și simptomele depresive. Rezultatele studiului 2b au arătat că SD/OD este, de asemenea, cel mai puternic predictor negativ pentru strategiile de savurare și că strategiile de savurare mediază relația dintre SD/OD și depresie și dintre SD/OD și bucurie.

Aceste două studii sunt relevante din punct de vedere clinic, deoarece oferă informații despre mecanismele depresiei. Astfel, rezultatele indică faptul că mecanismele depresiei nu sunt legate doar de credințe disfuncționale/iraționale, ci și de deficitul în ceea ce privește reglarea emoțiilor pozitive.

De asemenea, rezultatele studiului 2b au arătat că emoțiile pozitive (adică bucuria) sunt influențate atât de credințele iraționale cât și de strategiile de savurare. Astfel, credințele iraționale nu influențează numai emoțiile negative, ci și emoțiile pozitive. Studiile viitoare ar putea testa experimental dacă restructurarea cognițiilor iraționale duce la îmbunătățirea nivelului de savurare și dacă nivelul de reducere a emoțiilor pozitive scade.

Studiul 3 a fost primul studiu comparativ care a investigat diferențele dintre persoanele care prezintă simptome depresive și persoanele care nu au simptome de depresie în ceea ce privește utilizarea zilnică a strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive pe parcursul unei săptămâni. A fost utilizată o metodă de tip jurnal, iar rezultatele studiului nu arătat că nu au existat diferențe semnificative în ceea ce privește emoțiile pozitive resimțite cum ar fi bucuria, fericirea și mulțumirea dintre cele două grupuri, cu excepția emoției de surprindere, imediat după apariția unui eveniment pozitiv. Este interesant faptul că nu au existat diferențe majore între participanții cu simptome depresive și participanții fără simptome de depresie în ceea ce privește nivelul emoțiilor pozitive trăite imediat de un eveniment pozitiv și că participanții cu simptome depresive își reduc nivelul emoțiilor pozitive abia după ce acestea apar. În mod specific, persoanele cu simptome depresive folosesc strategii de reducere a emoțiilor pozitive semnificativ mai multe, cum ar fi *supresia, a găsi nod în papură, călătoria mentală negativă în timp și distragerea*.

Rezultatele acestui studiu au implicații importante. O contribuție importantă este legată de identificarea strategiilor specifice de reglare a emoțiilor pozitive pe care persoanele cu simptome de depresie le utilizează pentru a-și regla emoțiile pozitive în contextele zilnice. Alte rezultate importante sunt legate de faptul că persoanele cu depresie folosesc strategii de reducere a emoțiilor pozitive pentru a regla emoțiile pozitive, iar în ceea ce privește utilizarea strategiilor de savurare am găsit diferențe semnificative doar pentru strategiile de *implicare în prezent*.

Ultimul studiu inclus în această teză (Studiul 4) are, de asemenea, implicații teoretice și practice importante. Chiar dacă nu am găsit diferențe semnificative între grupul care a primit intervenția de savurare și grupul de control (placebo) în ceea ce privește simptomele depresive și utilizarea strategiilor de savurare la post-test, strategiile de reducere a emoțiilor pozitive au fost semnificativ mai reduse în grupul de experimental în urma intervenției. Lipsa relației dintre utilizarea strategiilor de reducere a emoțiilor pozitive și depresie indică faptul că, deși strategiile de reducere a emoțiilor pozitive pot fi asociate cu depresia (Carl et al, 2013; Gentzler et al., 2015; Neliset al., 2011; Raes et al., 2014 ; Werner-Seidler et al, 2013), simptomele de depresie sunt menținute prin interacțiunea dintre reglarea emoțiilor pozitive disfuncționale și alți factori, cum ar fi credințele iraționale (disfuncționale), așa cum am arătat în studiul 2a și studiul 2b. Studiile experimentale viitoare și studiile clinice ar trebui să țină cont de o gamă mai largă de factori care prezic și mențin depresia; de exemplu, protocoalele de intervenție viitoare ar putea include tehnici de reglare a emoțiilor pozitive, alături de restructurarea cognitivă și activarea comportamentală.

4.2. Implicații metodologice

Această lucrare are mai multe implicații metodologice pentru literatura de specialitate în ceea ce privește strategiile de reglare a emoțiilor pozitive.

1. Procedura meta-analitică din studiul 1 ne-a permis să extragem concluzii mai fiabile despre asocierile dintre strategiile specifice de reglare a emoțiilor pozitive, simptomele de psihopatologie (depresie, anxietatea și simptomele de tulburare bipolară), emoțiile pozitive și starea de bine generală. Aceste date nu ar fi putut fi extrase din studii individuale.

2. Utilizarea analizei de mediere ne-a permis să examinăm rolul strategiilor de reglare a emoțiilor pozitive (savurare și strategii de reducere a emoțiilor pozitive) în relația dintre credințele iraționale, depresie și emoții pozitive.

3. Metoda de tip jurnal pe care am folosit-o în studiul 3 ne-a ajutat să urmărim mai acurat și mai ecologic modul în care strategiile specifice de reglare a emoțiilor pozitive sunt utilizate în viața de zi cu zi.

4. Intervenția bazată pe strategii de savurare pe care am testat-o în Studiul 4 a fost, din cunoștința noastră, prima intervenție online bazată exclusiv pe strategii de reglare a emoțiilor pozitive. Chiar dacă rezultatele noastre nu au fost atât de încurajatoare, studiile viitoare ar putea să testeze intervenții online îmbunătățite bazate pe strategii de reglare a emoțiilor pozitive, atât pentru populațiile clinice, cât și pentru cele care nonclinice (pentru prevenirea depresiei și pentru menținerea stării de bine).

4.3. Limite și direcții viitoare

Există mai multe limite ale studiilor incluse în această teză, dar am propus și câteva direcții de cercetare viitoare în domeniul de cercetare a emoțiilor pozitive.

O limitare generală este legată de reprezentativitatea eșantionului. Eșantioanele noastre au inclus, în mare parte, femei studente la nivel licență, ceea ce limitează generalizarea concluziilor la diferite grupuri sociale sau vârste diferite. Pentru a depăși această limitare, studiile viitoare ar trebui să includă în egală măsură atât bărbați, cât și femei.

În al doilea rând, măsurătorile pe care le-am folosit pentru strategiile de reglare a emoțiilor pozitive au fost scale de tip self-report. Aceste instrumente nu sunt întotdeauna adecvate pentru a măsura strategiile de reglare a emoțiilor pozitive (Berking & Wupperman, 2012). Este nevoie de a dezvolta noi modalități experimentale de măsurare a strategiilor de reglare a emoțiilor care să surprindă într-un mod mai adecvat acest fenomen.

În al treilea rând, o altă limită este legată de faptul că Studiul 3 și Studiul 4 au fost efectuate pe participanți din populația generală, cu simptome de depresie. Studiile viitoare ar trebui să investigheze strategiile de reglare a emoțiilor pozitive asupra populațiilor clinice și nu numai asupra persoanelor cu simptome de depresie, ci și asupra celor care suferă de anxietate și tulburare bipolară.

În plus, intervenția online pe care am testat-o în Studiul 4 ar putea avea un efect limitat din cauza lipsei unei relații terapeutice. Studiile viitoare ar putea compara efectul intervențiilor online cu intervențiile față în față pentru a stabili care dintre aceste metode ar fi cele mai eficiente. În plus, faptul că intervenția bazată pe strategii de savurare nu a fost eficientă în reducerea simptomelor de depresie și în creșterea nivelului emoțiilor pozitive ar putea sugera că o

intervenție mai eficientă ar include o combinație între strategiile de reglare a emoțiilor pozitive alături de restructurarea cognitivă și de alte tehnici care s-au dovedit eficiente până acum.

Referințe

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., & Lepine, J. P. (2004). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(s420), 5–7. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00325.x
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 1–24. doi:10.1037/0033-2909.133.1.1.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, *14*(1), 29–61.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, *165*(8), 969–977. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. 1979. *Guilford, New York*.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(2), 128–134. doi:10.1097/ycp.0b013e3283503669
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, *50*(12), 1003–1020. doi:10.1037/0003-066x.50.12.1003
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). Introduction to Meta-Analysis. doi:10.1002/9780470743386
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice, 2004*.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., & Hamilton, L. R. (1998). Attentional Bias for Threatening Facial Expressions in Anxiety: Manipulation of Stimulus Duration. *Cognition & Emotion*, *12*(6), 737–753. doi:10.1080/026999398379411
- Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, *02*(08), 862–877. doi:10.4236/health.2010.28130
- Broocks, A., Meyer, T. F., Bandelow, B., George, A., Bartmann, U., Ruther, E., et al. (1997). Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder. *Neuropsychobiology*, *36*(4), 182–187.
- Bryant, F. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, *12*(2), 175–196. doi:10.1080/0963823031000103489
- Bryant, F. B. (1989). A Four-Factor Model of Perceived Control: Avoiding, Coping, Obtaining, and Savoring. *Journal of Personality*, *57*(4), 773–797. doi:10.1111/j.1467-6494.1989.tb00494.x
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2017). *Savoring: A new model of positive experience*. Psychology Press.

- Carl, J. R., Fairholme, C. P., Gallagher, M. W., Thompson-Hollands, J., & Barlow, D. H. (2014). The Effects of Anxiety and Depressive Symptoms on Daily Positive Emotion Regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 224–236. doi:10.1007/s10862-013-9387-9
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 343–360. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.003
- Chen, J., & Zhou, L. (2017). Savoring as a moderator between positive life events and hopelessness depression. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 45(8), 1337–1344. doi:10.2224/sbp.6235
- Chen, N. T. M., Clarke, P. J. F., MacLeod, C., & Guastella, A. J. (2012). Biased Attentional Processing of Positive Stimuli in Social Anxiety Disorder: An Eye Movement Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(2), 96–107. doi:10.1080/16506073.2012.666562
- Cohen, J. (1977). *The Concepts of Power Analysis. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 1–17. doi:10.1016/b978-0-12-179060-8.50006-2
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior science*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Association
- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (2014). *Validity and Reliability of the Experience-Sampling Method. Flow and the Foundations of Positive Psychology*, 35–54. doi:10.1007/978-94-017-9088-8_3
- David, D., Schnur, J., & Belloiu, A. (2002). Another search for the “hot” cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(2), 93–131.
- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Robin, M. W., & Exner, J. (1988). *The development of a measure of irrational/rational thinking* (p. 6). Edinburgh, Scotland: Presented at the World Congress on Behavior Therapy.
- Dillon, D. G., & Pizzagalli, D. A. (2007). Inhibition of action, thought, and emotion: A selective neurobiological review. *Applied and Preventive Psychology*, 12(3), 99–114. doi:10.1016/j.appsy.2007.09.004
- Eisner, L. R., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 645–649. doi:10.1016/j.janxdis.2009.02.001
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy (Rev. ed.)*. New York: Birch Lane Press.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389. doi:10.1037/0022-3514.84.2.377
- Erisman, S. M., & Roemer, L. (2010). A preliminary investigation of the effects of experimentally induced mindfulness on emotional responding to film clips. *Emotion*, 10(1), 72–82. doi:10.1037/a0017162
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to Positive Affect: A Self-Report Measure of Rumination and Dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 507–525. doi:10.1007/s10608-006-9083-0
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 996–1004. doi:10.1001/archpsyc.62.9.996.

- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive Emotions Trigger Upward Spirals Toward Emotional Well-Being. *Psychological Science, 13*(2), 172–175. doi:10.1111/1467-9280.00431
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 849–864. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.002.
- Gentzler, A. L., Palmer, C. A., & Ramsey, M. A. (2015). Savoring with Intent: Investigating Types of and Motives for Responses to Positive Events. *Journal of Happiness Studies, 17*(3), 937–958. doi:10.1007/s10902-015-9625-9
- Gilbert, K. E., Nolen-Hoeksema, S., & Gruber, J. (2013). Positive emotion dysregulation across mood disorders: How amplifying versus dampening predicts emotional reactivity and illness course. *Behaviour Research and Therapy, 51*(11), 736–741. doi:10.1016/j.brat.2013.08.004
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J., & 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.
- Gruber, J. (2011). When feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science, 20*(4), 217–221. doi:10.1177/0963721411414632
- Gruber, J., Eidelman, P., Johnson, S. L., Smith, B., & Harvey, A. G. (2011). Hooked on a feeling: Rumination about positive and negative emotion in inter-episode bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(4), 956–961. doi:10.1037/a0023667
- Gruber, J., Harvey, A. G., & Gross, J. J. (2012). When trying is not enough: Emotion regulation and the effort–success gap in bipolar disorder. *Emotion, 12*(5), 997–1003. doi:10.1037/a0026822
- Hamilton, J. L., Burke, T. A., Stange, J. P., Kleiman, E. M., Rubenstein, L. M., Scopelliti, K. A., ... Alloy, L. B. (2017). Trait Affect, Emotion Regulation, and the Generation of Negative and Positive Interpersonal Events. *Behavior Therapy, 48*(4), 435–447. doi:10.1016/j.beth.2017.01.0
- Havighurst, R. J., & Glasser, R. (1972). An Exploratory Study of Reminiscence. *Journal of Gerontology, 27*(2), 245–253. doi:10.1093/geronj/27.2.245
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Hedges, L. V., & Vevea, J. L. (1998). Fixed- and random-effects models in meta-analysis. *Psychological Methods, 3*(4), 486–504. doi:10.1037/1082-989x.3.4.486
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., et al. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106*(52), 22445–22450. doi:10.1073/pnas.0910651106.

- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 699–717. doi:10.1016/s0272-7358(03)00070-9
- Hurley, D. B., & Kwon, P. (2012). Results of a Study to Increase Savoring the Moment: Differential Impact on Positive and Negative Outcomes. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 579–588. doi:10.1007/s10902-011-9280-8
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270. doi: 0.1093/clipsy/8.3.255
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 645–650. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.041
- Johnson, S. L., & Fulford, D. (2009). Preventing Mania: A Preliminary Examination of the GOALS Program. *Behavior Therapy*, 40(2), 103–113. doi:10.1016/j.beth.2008.03.002
- Johnson, S. L., Gruber, J., & Eisner, L. R. (2007). *Emotion and bipolar disorder*. In J. Rottenberg, & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 123–150). Washington, DC: American Psychological Association.
- Johnson, S. L., McKenzie, G., & McMurrich, S. (2007). Ruminative Responses to Negative and Positive Affect Among Students Diagnosed with Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 702–713. doi:10.1007/s10608-007-9158-6
- Johnson, S. L., Ruggero, C. J., & Carver, C. S. (2005). Cognitive, behavioral, and affective responses to reward: Links with hypomanic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 894–906. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.894>.
- Johnson, S. L., Tharp, J. A., Peckham, A. D., & McMaster, K. J. (2016). Emotion in bipolar I disorder: Implications for functional and symptom outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 40–52. doi:10.1037/abn0000116
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 80–85. doi:10.1037/0021-843x.116.1.80
- Kashdan, T. B., & Steger, M. F. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychological Science*, 17(2), 120–128. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01674.x>
- Kurtz, J. L., & Lyubomirsky, S. (2013). Happiness promotion: Using mindful photography to increase positive emotion and appreciation. *Activities for Teaching Positive Psychology: A Guide for Instructors.*, 133–136. doi:10.1037/14042-021
- Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1112–1125. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1112
- Larsen, J. T., & McKibban, A. R. (2008). Is Happiness Having What You Want, Wanting What You Have, or Both? *Psychological Science*, 19(4), 371–377. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02095.x
- Levens, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Impaired selection of relevant positive information in depression. *Depression and Anxiety*, 26(5), 403–410. doi:10.1002/da.20565

- Lewinsohn, P. M., & Amenson, C. S. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(6), 644–654. doi:10.1037/0021-843x.87.6.644
- Li, Y. I., Starr, L. R., & Hershenberg, R. (2017). Responses to positive affect in daily life: Positive rumination and dampening moderate the association between daily events and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 39*(3), 412–425. doi:10.1007/s10862-017-9593-y
- Light, S. N., Heller, A. S., Johnstone, T., Kolden, G. G., Peterson, M. J., Kalin, N. H., et al. (2011). Reduced right ventrolateral prefrontal cortex activity while inhibiting positive affect is associated with improvement in hedonic capacity after 8 weeks of antidepressant treatment in major depressive disorder. *Biological Psychiatry, 70*(10), 962–968. doi:10.1016/j.biopsych.2011.06.031
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders, 81*(1), 61–66. doi:10.1016/s0165-0327(03)00198-8
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin, 131*(6), 803–855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111–131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of personality and social psychology, 90*(4), 692. doi: 10.1037/0022-3514.90.4.692
- Macavei, B. (2002). A Romanian adaptation of the Attitudes and Belief Scale 2. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 2*(2), 105-122.
- Macavei, B. (2005). The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 5*(1) 73-81.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J., & Jacobsen, H. (1997). Retrospective and Prospective Cognitions in Anxiety and Depression. *Cognition & Emotion, 11*(4), 467–479. doi:10.1080/026999397379881
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 167–195. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916.
- McDermut, J. F., Haaga, D. A., & Bilek, L. A. (1997). Cognitive bias and irrational beliefs in major depression and dysphoria. *Cognitive Therapy and Research, 21*(4), 459-476.
- McMakin, D. L., Siegle, G. J., & Shirk, S. R. (2010). Positive Affect Stimulation and Sustainment (PASS) Module for Depressed Mood: A Preliminary Investigation of Treatment-Related Effects. *Cognitive Therapy and Research, 35*(3), 217–226. doi:10.1007/s10608-010-9311-5
- Menard, S. (2002). *Applied Logistic Regression Analysis*. doi:10.4135/9781412983433

- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005). Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 29–45. doi: 10.1007/s10608-005-1646-y
- Morissette, S. B., Bitran, S., & Barlow, D. H. (2010). *Panic disorder and agoraphobia*. In M. M. Antony, & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 141–185) (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press
- Muran, J. C., Kassinove, H., Ross, S., & Muran, E. (1989). Irrational thinking and negative emotionality in college students and applicants for mental health services. *Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 188-193.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2011). Measuring Individual Differences in Emotion Regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, 51(1), 49. doi:10.5334/pb-51-1-49.
- Nelis, S., Holmes, E. A., & Raes, F. (2015). Response Styles to Positive Affect and Depression: Concurrent and Prospective Associations in a Community Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 39(4), 480–491. doi:10.1007/s10608-015-9671-y
- Nelson, R. E. (1977). Irrational beliefs in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(6), 1190.
- Neter, J., Wasserman, W. and Kutner, M.H. 1989. *Applied Linear Regression Models*. Irwin Publ., 2nd edn. Boston, p: 229-292.
- Olofsson, M. E., Boersma, K., Engh, J., & Wurm, M. (2014). Responses to Positive Affect Questionnaire--Swedish Version. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t59801-000
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 157–159.
- Parrott, W. G. (1993). *Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods*. In D. M. Wegner, & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 278–305). Englewood Cliffs, NJ US: Prentice-Hall, Inc.
- Piff, P. K., Purcell, A., Gruber, J., Hertenstein, M. J., & Keltner, D. (2012). Contact high: Mania proneness and positive perception of emotional touches. *Cognition & Emotion*, 26(6), 1116–1123. doi:10.1080/02699931.2011.633987
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. doi:10.1080/13607863.2011.651434
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. doi:10.3758/brm.40.3.879
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368–373. doi:10.1016/j.paid.2010.03.048
- Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*, 141(3), 655–693. doi:10.1037/a0038648
- Quoidbach, J., Wood, A. M., & Hansenne, M. (2009). Back to the future: the effect of daily practice of mental time travel into the future on happiness and anxiety. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 349–355. doi:10.1080/17439760902992365.
- Raes, F., Daems, K., Feldman, G. C., Johnson, S. L., & Van Gucht, D. (2009). A psychometric evaluation of the Dutch version of the Responses to Positive Affect Questionnaire. *Psychologica Belgica*, 49(4), 293–310.

- Raes, F., Smets, J., Wessel, I., Van Den Eede, F., Nelis, S., Franck, E., ... Hanssens, M. (2014). Turning the pink cloud grey: Dampening of positive affect predicts postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, *77*(1), 64–69. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.04.003
- Ramsey, M. A., & Gentzler, A. L. (2014). Age Differences in Subjective Well-Being across Adulthood: The Roles of Savoring and Future Time Perspective. *The International Journal of Aging and Human Development*, *78*(1), 3–22. doi:10.2190/ag.78.1.b
- Reis, H. T., Smith, S. M., Carmichael, C. L., Caprariello, P. A., Tsai, F.-F., Rodrigues, A., & Maniaci, M. R. (2010). Are you happy for me? How sharing positive events with others provides personal and interpersonal benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, *99*(2), 311–329. doi:10.1037/a0018344
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(1), 71–88. doi:10.1007/s10608-005-1650-2
- Ruiz-Caballero, J. A., & Bermúdez, J. (1997). Anxiety and attention: Is there an attentional bias for positive emotional stimuli? *The Journal of General Psychology*, *124*(2), 194–210. doi:10.1080/00221309709595517
- Salzberg, S. (2011). *Real happiness: The power of meditation*. NY: Workman Publishing.
- Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H.-U. (1996). Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *British Journal of Psychiatry*, *168*(S30), 38–43. doi:10.1192/s0007125000298395
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of personality and social psychology*, *83*(5), 1178.
- Schwartz, R. M., Reynolds III, C. F., Thase, M. E., Frank, E., Fasiczka, A. L., & Haaga, D. A. F. (2002). Optimal and normal affect balance in psychotherapy of major depression: evaluation of the balanced states of mind model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *30*(04). doi:10.1017/s1352465802004058.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, *60*(5), 410–421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Shankman, S. A., Klein, D. N., Tenke, C. E., & Bruder, G. E. (2007). Reward sensitivity in depression: A biobehavioral study. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(1), 95–104. doi:10.1037/0021-843x.116.1.95
- Shiota, M. N., Keltner, D., & John, O. P. (2006). Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *The Journal of Positive Psychology*, *1*(2), 61–71. doi:10.1080/17439760500510833
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2014). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, *19*(3), 192–200. doi:10.1080/13607863.2014.986647
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *62*(5), 613–622. doi:10.1097/00006842-200009000-00004

- Su, J. C., Lee, R. M., & Oishi, S. (2012). The Role of Culture and Self-Construal in the Link Between Expressive Suppression and Depressive Symptoms. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 44*(2), 316–331. doi:10.1177/0022022112443413
- Szentagotai, A., & Freeman, A. (2007). An Analysis of the Relationship between Irrational Beliefs and Automatic Thoughts in Predicting Distress. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 7*(1), 1-9.
- Szentagotai, A., David, D., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy versus cognitive therapy versus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: Mechanisms of change analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(4), 523.
- Taylor, C. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(4), 403–408. doi:10.1016/j.janxdis.2010.02.004
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623. doi:10.1037/0022-006x.68.4.615
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 89–106. doi:10.1007/s10608-005-1651-1.
- Višlā, A., Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., & David, D. (2016). Irrational Beliefs and Psychological Distress: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(1), 8–15. doi:10.1159/000441231
- Watson, D., & Clark, L. A. (1999). The PANAS-X. doi:10.17077/48vt-m4t2
- Weibel, D. T., McClintock, A. S., & Anderson, T. (2016). Does Loving-Kindness Meditation Reduce Anxiety? Results from a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness, 8*(3), 565–571. doi:10.1007/s12671-016-0630-9
- Weiss, N. H., Gratz, K. L., & Lavender, J. M. (2015). Factor Structure and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Difficulties in the Regulation of Positive Emotions. *Behavior Modification, 39*(3), 431–453. doi:10.1177/0145445514566504
- Werner-Seidler, A., Banks, R., Dunn, B. D., & Moulds, M. L. (2013). An investigation of the relationship between positive affect regulation and depression. *Behaviour Research and Therapy, 51*(1), 46–56. doi:10.1016/j.brat.2012.11.001
- Wood, J. V., Heimpel, S. A., & Michela, J. L. (2003). Savoring Versus Dampening: Self-Esteem Differences in Regulating Positive Affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(3), 566–580. doi:10.1037/0022-3514.85.3.566