



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI

FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI

ȘCOALA DOCTORALĂ ”PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII PSIHOLOGICE

VALIDATE ȘTIINȚIFIC”

TEZĂ DE DOCTORAT

EXPERIENȚELE ADVERSE DIN COPILĂRIE, TULBURĂRILE

DE PERSONALITATE DIN CLUSTERUL C ȘI REGLAREA

EMOȚIONALĂ

AUTOR: DOCTORAND CRIȘAN MARIA-ȘTEFANIA

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

Cluj-Napoca

2023

MULȚUMIRI

Aș dori să îmi exprim recunoștința față de coordonatorul meu științific, doamna Profesor Universitar Doctor Aurora Szentagotai-Tătar. Sunt foarte recunoscătoare pentru viziunea, structura, îndrumarea și suportul pe care mi le-a oferit pe întreaga perioadă a studiilor doctorale. Contribuția dumneaei valoroasă în domeniul științific m-a inspirat în repetate rânduri, atât în procesul de elaborare al acestei teze, cât și în ceea ce privește dezvoltarea mea ca și cercetător. Aș dori, de asemenea, să îi mulțumesc domnului Profesor Universitar Doctor Andrei C. Miu, pentru mentoratul, suportul și îndrumarea oferite în procesul de elaborare și implementare a studiilor din această teză. În același timp, aș dori să mulțumesc echipei Școlii Doctorale “Psihodiagnostic și Intervenții Psihologice Validate Științific” și membrilor Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie a Universității Babeș-Bolyai, care m-au primit în mijlocul lor cu brațele deschise și mi-au oferit suport și informații științifice pe tot parcursul acestui proces. De asemenea, aș dori să extind o serie de mulțumiri către colegii mei din Școala Doctorală, pentru prietenia oferită, pe care am considerat-o o resursă importantă în tot acest proces. Pe această cale aș dori să le mulțumesc tuturor participanților implicați în studiile din această teză, pentru angajamentul și disponibilitatea de a participa. Într-o notă mai personală, aș dori să mulțumesc familiei, prietenilor și partenerului meu, pentru încurajările constante și suportul necondiționat pe care mi l-au oferit.

Notițe.

(1) „Această lucrare a beneficiat de sprijin financiar prin proiectul „Dezvoltarea competențelor de cercetare avansată și aplicativă în logica STEAM + Health”/POCU/993/6/13/153310, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020”.

(2) Prin aceasta se certifică de către Crișan Maria-Ștefania următoarele:

(a) Această teză include contribuția originală a drd. Crișan Maria-Ștefania (autor) de pe parcursul programului doctoral;

(b) Părți ale tezei au fost deja publicate sau sunt în curs de publicare, ori trimitere către publicare; citările adecvate pentru aceste publicații au fost incluse în teză. Alți autori au fost incluși în publicații dacă au avut contribuții semnificative (contribuția lor a fost detaliată clar în notele de subsol ale tezei);

(c) Teza a fost redactată conform standardelor de scriere academică (de exemplu, autorul a folosit adnotări și citări științifice adecvate în textul tezei). Întregul text al tezei și rezumatul acesteia a fost scris de către Crișan Maria-Ștefania, care își asumă întreaga responsabilitate pentru redactarea academică; de asemenea:

- S-a folosit un soft pentru a verifica scrierea academică (vezi <http://www.plagiarismdetector.com/>); teza a trecut testul critic;
- O copie a setului/bazei de date a acestei cercetări a fost livrată la Department/Graduate School.
- *Semnătură (electronică) pentru certificarea Notelor: Drd. Crișan Maria-Ștefania*

CUPRINS

CAPITOLUL I. FUNDAMENTE TEORETICE.....	5
1.1. Relevanța și impactul cercetării	6
CAPITOLUL II. OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ	7
CAPITOLUL III. CERCETARE ORIGINALĂ.....	8
3.1. Studiul 1. Asocierea Dintre Evenimentele Adverse din Copilărie Și Tulburările de Personalitate din Clusterul C: O Meta-analiză.....	8
3.1.1. Introducere.....	8
3.1.2. Metode.....	9
3.1.3 Rezultate	11
3.1.4 Discuții.....	16
3.2. Studiul 2a. Impactul Reglării Emoționale Habituale Și Al Adversităților Din Copilărie Asupra Simptomatologiei Clusterului C	18
3.2.1. Introducere.....	18
3.2.2. Metode.....	19
3.2.3. Rezultate	20
3.2.4. Discuții.....	22
3.3. Studiul 2b: Dificultățile De Reglare Emoțională, Maltratarea Din Copilărie Și Simptomatologia Clusterului C: Studiu Cu Jurnal Zilnic	24
3.3.1. Introducere.....	24
3.3.2. Metode.....	25
3.3.3. Rezultate	26
3.3.4. Discuții.....	30
3.4. Studiul 3. Markerii Neurofiziologici Ai Reglării Emoționale În Asocierea Dintre Maltratarea În Copilărie Și Tulburările De Personalitate Din Clusterul C	32
3.4.1. Introducere.....	32
3.4.2. Metode.....	34
3.4.3. Rezultate	38
3.4.4. Discuții.....	39
3.5. Studiul 4. Eficiența Unui Antrenament Concentrat Pe Reevaluare În Cazul Simptomatologiei Clusterului C.....	41
3.5.1. Introducere.....	41
3.5.2. Metode.....	42
3.5.3. Rezultate	45

3.5.4. Discuții.....	49
CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII	50
4.1. Obiective Teoretice, Conceptuale Și Clinice	51
4.2. Obiective Metodologice și Practice.....	54
4.3. Limite Și Direcții Viitoare.....	55
BIBLIOGRAFIE.....	57

Cuvinte cheie: adversități din copilărie; maltratare în copilărie; tulburări de personalitate din clusterul C; psihopatologie; reglare emoțională.

CAPITOLUL I. FUNDAMENTE TEORETICE

Tulburările de personalitate (TP) din clusterul C includ tulburarea de personalitate evitantă (AVPD), dependentă (DPD) și obsesiv-compulsivă (OCPD) (American Psychiatric Association [APA], 2013). Aceste tulburări se prezintă drept tipare rigide, pervazive și persistente de cogniție, afectivitate, comportamente și impulsuri, caracterizate de frică și anxietate, ce deviază de la normele socio-culturale și cauzează disfuncționalitate semnificativă în viața de zi cu zi (APA, 2013). Clusterul C iese în evidență ca fiind cel mai prevalent dintre TP, afectând un procent de aproximativ 5% din populația globală (APA, 2013; Winsper et al., 2020). Costurile asociate acestor tulburări variază de la disfuncționalitate interpersonală (evitare socială, dependență interpersonală sau evitarea intimității), la disfuncționalitate ocupațională (care are legătură cu performanța și productivitatea), la comorbiditate crescută cu alte afecțiuni fizice sau mentale (tulburări de dispoziție și anxietate, abuz de substanțe, tulburări alimentare, obezitate, tulburări ale somnului sau dureri cronice de cap) (Bornstein, 2012; Diedrich & Voderholzer, 2015; Dixon-Gordon et al., 2018; Skodol et al., 2005; Soeteman et al., 2008; Weinbrecht et al., 2016).

Unele teorii (cum ar fi teoriile cognitiv-comportamentale - REBT/CBT - sau Terapia centrată pe Scheme; Beck et al., 2015; Young et al., 2003) sugerează că adversitățile din copilărie (AC) joacă un rol important în dezvoltarea și cursul simptomatologiei acestui cluster, prin modelarea dezadaptativă a modului în care indivizii percep sinele, lumea și pe cei din jur (i.e., scheme cognitive). Mai specific, prin experiențe negative repetate în copilărie, aceste scheme contribuie la intensitatea distresului emoțional și predispun la comportamente dezadaptative de coping, care pot contribui, la rândul lor, la vulnerabilitate sporită pentru simptomatologie specifică AVPD, DPD și OCPD, în absența experiențelor care contrazic schemele dezadaptative (ex., Beck et al., 2015; Birgenheir & Pepper, 2011; Young et al., 2006).

AC sunt definite drept expunerea la o varietate de evenimente stresante și dificile care au loc în copilărie sau adolescență (până la vârsta de 18 ani) (Felitti et al., 1998; Reuben et al., 2016). Studiile arată că aproximativ 40-50% din populația generală raportează expunere la cel puțin un tip de adversitate în perioada copilăriei (Fanslow et al., 2021; Merrick et al., 2018). AC pot fi un factor de risc pentru o varietate de probleme de sănătate publică, incluzând tulburări ale sănătății mintale (Infurna et al., 2016; Liu, 2017; McLaughlin et al., 2014; Smith & Pollak, 2021; Tottenham et al., 2010). În cazul clusterului C, totuși, datele sunt eterogene (ex., Dejong et al., 1995; Hageman et al., 2015; Hock et al., 2018; Zhao et al., 2021), indicând necesitatea studiilor meta-analitice pentru a clarifica magnitudinea și direcția asocierilor dintre AC și clusterul C.

Chiar dacă există teorii importante care lămuresc conceptualizarea și strategiile de intervenție pentru clusterul C, cercetările empirice prezintă lipsuri în ceea ce privește factorii de risc, și mecanismele cognitive sau transdiagnostice asociate acestor tulburări. O mulțime de dovezi indică spre dificultățile de reglare emoțională drept un posibil mecanism transdiagnostic în relația dintre AC și psihopatologie (ex., Kim & Cicchetti, 2010; McLafferty et al., 2020; Miu et al., 2022). Reglarea emoțională se referă la încercările de a influența emoțiile, experiența și expresia lor (Gross, 1998; 2015). Unul dintre cele mai folosite modele în literatura de specialitate ce încearcă să explice reglarea emoțională este modelul procesual al reglării (Gross, 1998; 2015; McRae & Gross, 2020; Sheppes & Gross, 2012). Acest model subliniază pașii

implicați în procesul de generare și evaluare emoțională și posibilele stadii implicate în gestionarea răspunsurilor emoționale.

Cercetarea în domeniul reglării emoționale referitor la clusterul C este încă în stadiul incipient. Investigarea reglării emoționale drept un mecanism subiacent în cazul asocierii dintre AC și clusterul C poate duce la o mai bună înțelegere a acestor probleme de sănătate mintale și la adaptarea eforturilor de prevenție, evaluare și intervenție psihologică pentru a fi mai eficiente.

1.1. Relevanța și impactul cercetării

Această teză intenționează să investigheze asocierile dintre AC și TP din clusterul C, ținând reglarea emoțională ca variabilă ce joacă un rol important în această relație. Investigarea asocierilor dintre aceste variabile poate duce la implicații de natură teoretică, metodologică și clinică importante.

În primul rând, această teză va viza explorarea magnitudinii asocierilor dintre AC și clusterul C. Dacă aceste asocieri sunt semnificative, rezultatele pot sublinia rolul AC drept posibil factor de risc transdiagnostic pentru clusterul C. Mai mult, dacă rezultatele sunt semnificative, acestea pot oferi suport empiric pentru teoriile existente ce conceptualizează aceste TP. Rezultatele obținute în acest sens pot, de asemenea, ghida studiile viitoare, oferind dovezi pentru necesitatea investigării posibilelor mecanisme implicate în aceste asocieri. Dacă rezultatele obținute nu sunt semnificative, acestea pot discredita teoriile anterioare, subminând rolul AC în cazul clusterului C.

În al doilea rând, un pas în clarificarea rolului reglării emoționale în asocierea dintre AC și clusterul C ar fi investigarea factorilor și proceselor implicate în reglarea emoțiilor (cum ar fi scopurile și strategiile de reglarea emoțională, selecția, implementarea și monitorizarea reglării emoționale, și markeri neurofiziologici ai reglării emoționale). Mai mult, această teză va investiga și dacă aceste procese sunt un factor în relația dintre AC și clusterul C. Dacă ipotezele noastre sunt susținute de date, rezultatele pot oferi dovezi suplimentare pentru importanța proceselor de reglare emoțională în cazul psihopatologiei. În plus, acestea ar putea sublinia rolul reglării emoționale ca un posibil mecanism implicat în relația dintre AC și clusterul C.

În ultimul rând, impactul unei strategii de reglare emoțională (i.e., reevaluare cognitivă) asupra simptomatologiei din clusterul C va fi explorat. Impactul AC și al TP comorbide asupra efectelor antrenamentului de reevaluare cognitivă în cazul clusterului C va fi de asemenea investigat. Examinarea impactului strategiilor specifice de reglare emoțională în cazul clusterului C poate oferi mai multe dovezi ce susțin eficiența reevaluării ca modalitate de a promova comportamente sănătoase și ar putea oferi o mai bună înțelegere a mecanismelor de la baza intervențiilor psihologice bazate pe teorii cognitive ce se pretează clusterului C. Deși intervențiile psihologice existente prezintă eficiență crescută în reducerea simptomatologiei clusterului C, mecanismele subiacente acestor intervenții nu sunt complet clare. Investigarea factorilor ce sunt asociați cu și impactează simptomatologia clusterului C poate duce la strategii de intervenție mai specifice și mai rentabile.

CAPITOLUL II. OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ

Această cercetare propune să abordeze atât obiective teoretice, cât și metodologice, pentru a investiga TP din clusterul C. Pe baza literaturii prezentate mai sus, unde studiile sugerează o posibilă relație între AC, reglarea emoțională și clusterul C, ținim să adresăm trei obiective care corespund unei singure întrebări de cercetare. Întrebarea care derivă pe baza datelor disponibile în literatură este legată de asocierea dintre aceste variabile: sunt AC, procesele de reglare emoțională și TP din clusterul C semnificativ asociate, și dacă da, cum contribuie aceste variabile la explicarea simptomatologiei clusterului C?

Pentru a răspunde la această întrebare, primul nostru obiectiv a fost să investigăm asocierea dintre AC și TP din clusterul C. Necesitatea unei asemenea analize vine din rezultatele mixte obținute în studiile anterioare cu privire la semnificația și magnitudinea asocierilor specificate. Dat fiind că teoriile disponibile legate de clusterul C (i.e., teoriile cognitive) subliniază importanța AC în debutul și cursul clusterului C, dovezile existente în studiile de până acum nu permit inferențe clare sau cauzale despre această relație. Astfel, relevanța AC în tabloul clinic al clusterului C este neclară. Pentru a atinge acest obiectiv, am derulat o meta-analiză ce investighează magnitudinea asocierilor între AC, clusterul C global și TP individuale din acest cluster, împreună cu posibiii factori metodologici ce influențează această relație (Studiul 1, vezi Figura 1). Această asociere și impactul AC asupra TP din cluster C vor fi explorate ulterior pe parcursul întregii lucrări.

Al doilea obiectiv al acestei teze este de a investiga rolul reglării emoționale în asocierea dintre AC și clusterul C. Până acum, studiile în cazul clusterului C s-au concentrat pe strategii de reglare emoțională și consecințele acestora. Propunem investigarea acestui obiectiv prin a cerceta, în primul rând, asocierile dintre AC, scopurile și strategiile de reglare emoțională habituale și clusterul C, împreună cu rolul maltratării din copilărie în asocierea dintre reglarea emoțională și clusterul C (în Studiul 2a, vezi Figura 1). În al doilea rând, în studiul 2b (vezi Figura 1), explorăm dacă scopurile și strategiile de reglare emoțională sunt predictorii pentru clusterul C și dacă aceste aspecte ale reglării emoționale mediază relația dintre distresul emoțional și clusterul C. În acest studiu, rolul maltratării din copilărie în asocierea dintre distresul emoțional și simptomatologia clusterului C, va fi de asemenea explorat. Studiul 2a va include un design corelațional transversal, în timp ce Studiul 2b va include un design ce utilizează metoda jurnalului zilnic. Al doilea obiectiv va fi de asemenea investigat în Studiul 3 (vezi Figura 1), utilizând un design experimental și prospectiv. În Studiul 3, ne vom concentra inițial pe a investiga mai multe stadii ale reglării emoționale în cazul unor indivizi cu istoric de maltratare, folosind o măsurătoare experimentală nouă a reglării emoționale și măsurători EEG/ERP de rezonanță înaltă. Apoi, acest studiu va investiga rolul alegerilor comportamentale și a indicatorilor neurofiziologici (i.e., potențiale pozitive târzii; vezi Luck, 2012 pentru o recenzie a literaturii) ai reglării emoționale în asocierea dintre maltratarea în copilărie și trăsături de personalitate din clusterul C.

În final, al treilea obiectiv al acestei teze este examinarea eficacității unui antrenament de reevaluare asupra simptomatologiei clusterului C. Acest obiectiv va fi explorat în Studiul 4 (vezi Figura 1), unde participanții vor urma un antrenament de reevaluare, cu și fără activarea explicită a scopurilor de reglare emoțională care motivează în direcția reducerii distresului emoțional. În Studiul 4, vom investiga și dacă maltratarea în copilărie influențează efectele

antrenamentului de reevaluare asupra clusterului C. Această teză contribuie la literatura de specialitate existentă, oferind dovezi pentru posibili factori și mecanisme ce pot influența debutul, cursul și evoluția simptomatologiei clusterului C. Structura studiilor derulate în cadrul acestei teze este prezentată în Figura 1.

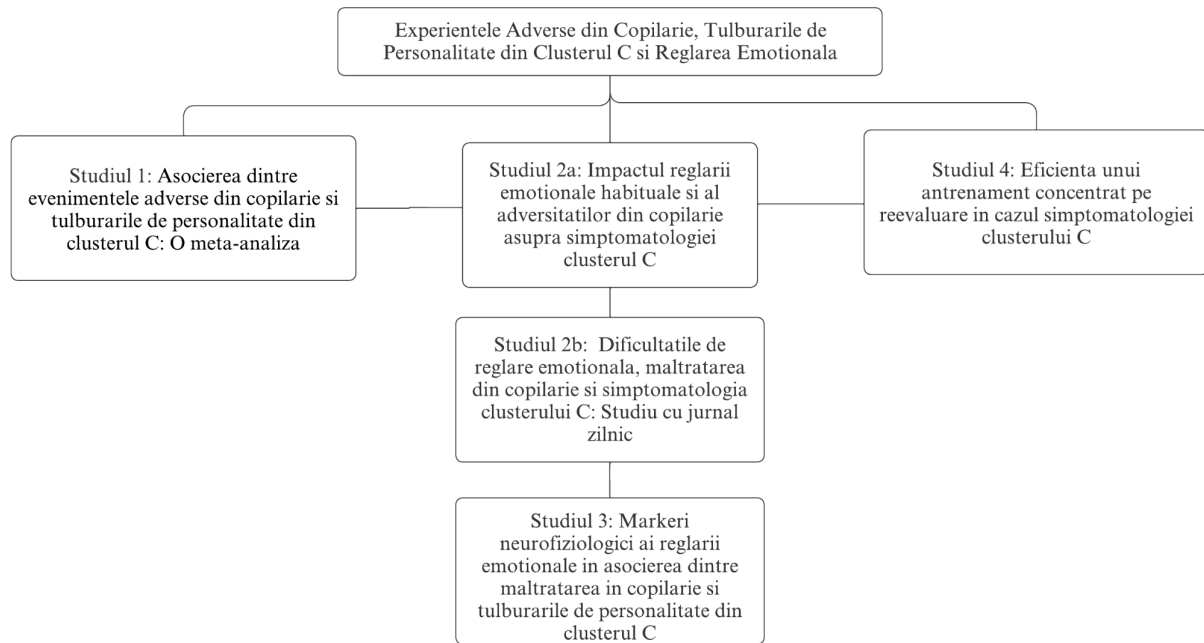


Figura 1. Structura acestei tezei.

CAPITOLUL III. CERCETARE ORIGINALĂ

3.1. Studiul 1. Asocierea Dintre Evenimentele Adverse din Copilărie Și Tulburările de Personalitate din Clusterul C: O Meta-analiză¹

3.1.1. Introducere

Această meta-analiză țintește să investigheze asocierile dintre AC și clusterul C global, dar și cu TP individuale din acest cluster. Mai multe studii au investigat asocierile dintre AC și TP din clusterul C, dar rezultatele sunt eterogene (ex., Dejong et al., 1995; Haller & Miles, 2004; Morgan et al., 2010; Scheffers et al., 2019; Tan et al., 2016; Zhao et al., 2021). Aceste rezultate divergente ridică două întrebări importante: există o relație consistentă între AC și TP

¹ Acest studiu a fost acceptat spre publicare:

Crișan, Ș., Stoia, M., Predescu, E., Miu, A. C., & Szentágotai-Tătar, A. (2023). The association between adverse childhood events and cluster C personality disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.

Autorii Stefania Crisan, Andrei Miu, și Aurora Szentágotai-Tatar au scris protocolul și au construit design-ul acestui studiu. Autorii Stefania Crisan and Maria Stoia au derulat căutările în literatură și au extras datele din studii anterioare. Analiza statistică a fost demarată de Stefania Crisan. Stefania Crisan a scris primul draft al manuscrisului și toți autorii au contribuit la și au aprobat manuscrisul final.

din clusterul C, și ce factori ar putea explica eterogenitatea în direcția și mărimile efectului dintre studii? Autorii unei revizii sistematice a literaturii au sugerat că există suport limitat pentru relația dintre AC și cluster C (Birgenheir & Pepper, 2011), dar această asociere nu a fost examinată cantitativ într-o meta-analiză, până acum.

Studiile arată că, pe parcursul vârstei adulte, pe măsură ce persoanele îmbătrânesc, disfuncțiile cauzate de aceste tulburări rămân stabile, deși simptomele asociate clusterului C se remit (Chanen & Thompson, 2019; Paris, 2003; Skodol et al., 2005; Skodol et al., 2007). Acest studiu se va concentra pe datele colectate de la adulți cu vârste mai mari de 18 ani și va examina rolul potențial moderator al vârstei. Unele studii au descoperit că TP din cluster C sunt mai prevalente la femei (ex.: Gawda & Czubak, 2017; Schulte Holthausen & Habel, 2018; Trull et al., 2010), în timp ce altele argumentează că aceste tulburări sunt la fel de prevalente la ambele sexe (ex.: Lenzenweger et al., 2007; Oltmanns & Powers, 2012). Datele sunt eterogene și în acest sens (Coid et al., 2006; Grant et al., 2004; Paris, 2004). Diferențele date de sex rămân o problemă importantă pentru literatura din acest domeniu și ar putea explica o parte din eterogenitatea dintre studii derulate pe TP din cluster C.

O altă posibilă sursă de eterogenitate se poate referi la instrumentele folosite în studii pentru a măsura AC și clusterul C. AC sunt evaluate folosind o varietate de chestionare, interviuri clinice și rapoarte oficiale (obținute de la școli, spitale, curți de justiție sau de la serviciile de protecție a copilului) (Hardt & Rutter, 2004; Reuben et al., 2016), ceea ce poate duce la variabilitatea datelor, din cauza inconsistențelor de măsurare (Finkelhor, 2018; Mersky et al., 2017; Reuben et al., 2016). Pe de altă parte, atât chestionarele, cât și interviurile clinice sunt de obicei recomandate pentru evaluarea TP (Widiger & Samuel, 2005). Totuși, unele studii arată că acordul între cele două metode este mai degrabă modest (Clark et al., 1997; Klonsky et al., 2002; Perry, 1992). Având în vedere diferențele identificate în studiile precedente (Clark, 2007; Finkelhor, 2018; Lenzenweger, 1999; Samuel et al., 2013), rolul potențial moderator al acestor tipuri de instrumente va fi examinat.

Studiile sugerează că normele și așteptările culturale pot influența simțul identității și ajustarea indivizilor (Gawda, 2018; Paris, 2008). Așadar, în timp ce este dificil să înaintăm o ipoteză, am examinat potențialele diferențe dintre continente în ceea ce privește relația dintre AC și clusterul C. Având în vedere că TP din clusterul C sunt frecvent comorbide cu alte tulburări de sănătate mintală (Skodol et al., 2007; Zheng et al., 2019), și că prezența comorbidităților clinice este asociată cu severitate crescută a simptomelor (ex.: Farabaugh et al., 2005; Friberg et al., 2013) și dizabilitate crescută (ex.: Lenzenweger et al., 2007; Skodol et al., 2002), am investigat și potențiala contribuție a comorbidităților clinice la eterogenitatea asocierilor dintre AC și TP cluster C raportate în cercetările precedente.

3.1.2. Metode

Căutări sistematice au fost derulate în Pubmed, Web of Science, Scopus și PsychInfo. Termenii de căutare au inclus termeni asociați atât cu AC (ex., abuz în copilărie, neglijare, evenimente traumatice), cât și cu TP din clusterul C (ex., diagnostic și simptome de AVPD, OCPD, DPD). Meta-analiza a fost pre-înregistrată în Prospero (ID: CRD42021226401).

Selectia studiilor

Așa cum sugerează diagrama PRISMA (Figura 1), am identificat 4252 studii în timpul căutărilor sistematice. După eliminarea duplicatelor (1292) și a studiilor care erau fie neeligibile (2660), fie nu au putut fi accesate (3), 297 de studii publicate din 1964 până în 2022 au fost păstrate pentru analiza full text. Studiile au fost incluse în meta-analiză dacă: (1) raportau cel puțin o asociere între AC (evaluate prin rapoarte oficiale, interviuri sau chestionare) și TP din clusterul C (evaluate prin interviuri clinice și chestionare); (2) raportau suficiente date pentru estimarea mărimii efectului; și (3) ofereau date relevante din evaluări de la baseline, în cazul studiilor experimentale și de intervenție. Studiile ce nu au îndeplinit criteriile de mai sus sau au îndeplinit unul dintre criteriile de mai jos au fost excluse: (1) examinează doar unul dintre cele două constructe (i.e., AC sau TP din cluster C); și (2) măsoară comportamente parentale pozitive (i.e., căldură parentală, parenting indulgent, favorizare parentală, grijă parentală). Patruzeci și opt de articole eligibile și 300 de mărimi ale efectului au fost incluse în analiză. Numărul total al mărimilor efectului prezentat mai sus a rezultat din studiile care au raportat date pe AC global și subtipuri AC. Respectând asumptia independenței mărimilor efectului, s-a făcut o medie a multiplelor mărimi ale efectului extrase din fiecare studiu.

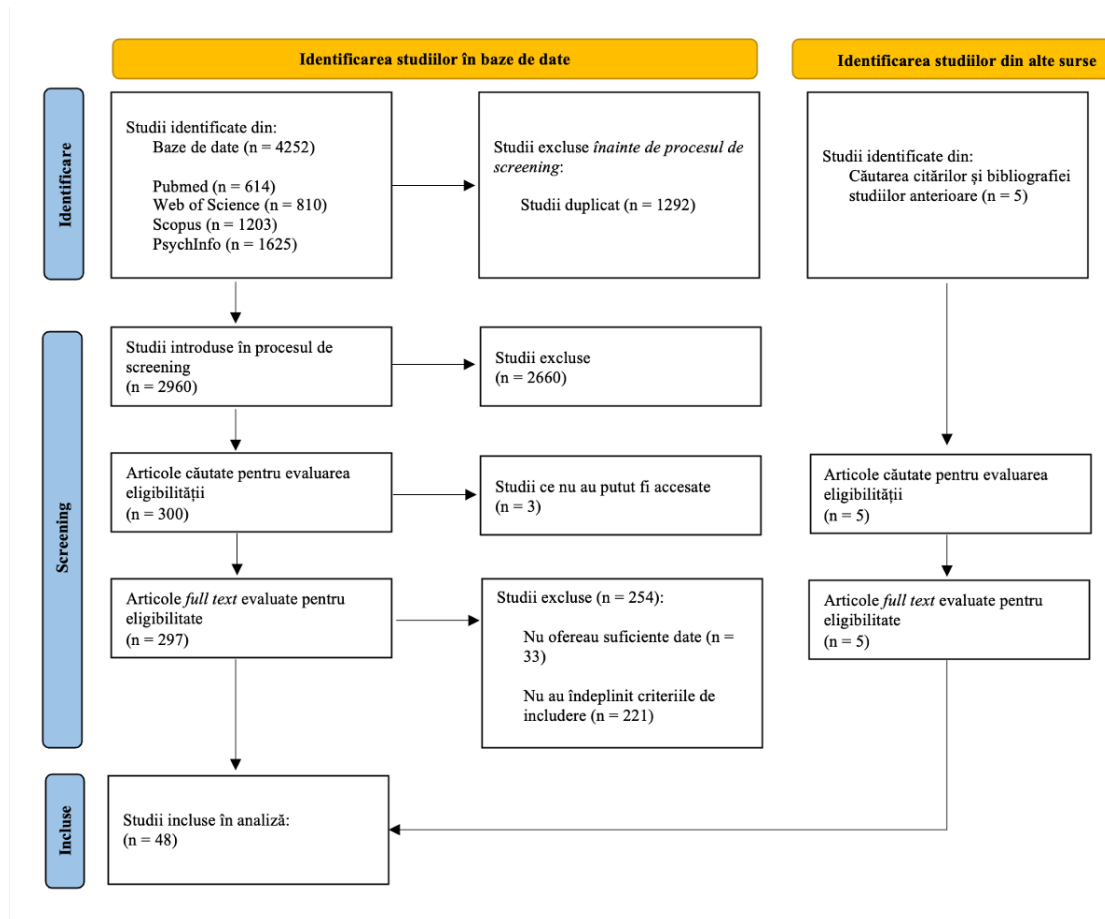


Figura 1. Diagrama PRISMA ce descrie rezultatele căutărilor și procesul de selecție.

Procedură

Datele au fost codate independent de către primul și al doilea autor al meta-analizei. Luând în considerare că am fost interesați de asocierile între AC și TP din cluster C (atât la

nivel global, cât și la nivel de tulburări specifice), am ales coeficientul de corelație r ca și indicator al mărimii efectului. Cumularea datelor a fost derulată utilizând modele random effects. Q lui Cochran și I^2 calculate pentru o estimare a eterogenității mărimii efectului. Mărimile efectului au fost interpretate conform Gignac & Szodorai (2016).

Analiza de subgrupuri a fost utilizată pentru moderatorii categoriali, folosind un model mixed effects. Urmând practicile standard, cel puțin trei mărimi independente ale efectului au fost considerate necesare pentru a întocmi analiza de subgrup pentru fiecare moderator categorial. Următorii potențiali moderatorii au fost investigați: (1) tipul de măsurătoare utilizat pentru a evalua AC (i.e., rapoarte oficiale vs. interviuri clinice vs. chestionare vs. o combinație ale acestora) (2) tipul de instrument folosit pentru a evalua TP din clusterul C (i.e., interviuri clinice vs. chestionare vs. o combinație a acestora) (3) continentul (ca un potențial proxy al diferențelor culturale) și (4) comorbiditățile clinice (i.e., raportate vs. neraportate). Meta-regresia a fost utilizată pentru a examina relația dintre moderatorii considerați continui (i.e., vârsta medie și procentajul de femei din eșantion) și mărimea efectului pentru asocierea dintre AC și TP din clusterului C.

Calitatea studiilor și riscul de bias au fost evaluate folosind o formă modificată a Scalei Newcastle-Ottawa pentru studii transversale și longitudinale (Wells et al., 2014). Biasul de publicare a fost analizat întâi prin inspectarea vizuală a funnel plot-urilor, iar mai apoi prin utilizarea metodei trim-and-fill într-un model mixed effects și prin derularea testului lui Egger (Egger et al., 1997; Duval & Tweedie, 2000).

3.1.3 Rezultate

Efecte globale

Relația dintre AC și TP din clusterul C a fost semnificativă, cu o mărimea efectului medie, $r = .21$, 95% CI [0.136; 0.291], $k = 16$. Analiza eterogenității a indicat o variabilitate mare, $Q(15) = 381.6$, $p < .001$, $I^2 = 96.07\%$. Rezultatele pentru asocierea dintre AC și AVPD a indicat o mărime a efectului mică, $r = .16$, 95% CI [0.118; 0.200], $k = 40$. Analiza eterogenității reflectă o variabilitate mare în studii, $Q(39) = 427.1$, $p < .001$, $I^2 = 90.87\%$. Rezultatele pentru asocierea dintre AC și DPD a indicat o mărime a efectului mică, $r = .12$, 95% CI [0.075; 0.171], $k = 28$. Analiza eterogenității a indicat o variabilitate crescută în studii, $Q(27) = 193.4$, $p < .001$, $I^2 = 86.04\%$. Asocierea dintre AC și OCPD a fost semnificativă și a avut o mărime a efectului mică, $r = .12$, 95% CI [0.076; 0.180], $k = 30$. Analiza eterogenității a indicat o variabilitate mare, $Q(29) = 379.2$, $p < .001$, $I^2 = 92.35\%$.

Analize de moderare

Moderarea în funcție de tipul instrument folosit pentru a evalua TP din clusterul C a fost semnificativă și a existat o diferență între cele trei subgrupuri în cazul clusterului C și AVPD (Tabelul 1), cu mărimi ale efectului mai mari în cazul interviurilor clinice. Moderarea în funcție de tipul de instrument folosit pentru a evalua AC a fost semnificativă pentru DPD și OCPD (vezi Tabelul 1), cu mărimi ale efectului mai mari identificate în cazul chestionarelor. Niciun alt moderator semnificativ nu a fost identificat.

Tabel 1. Rezultatele analizelor de moderare pentru cluster C, tulburarea de personalitate evitantă (AVPD), tulburarea de personalitate dependentă (DPD), și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (OCPD), folosind adversitățile din copilărie (AC) ca și predictor.

Rezultate	Moderator	Subcategoria moderatorului	k	r	95% CI	95% CI	p	Q-statistics (df)	Q-statistics p	
Clusterul C	Tipul de instrument AC	Interviu clinic	3	.10*	0.006	0.191	.036	2.719 (1)	.437	
		Chestionar	10	.26*	0.089	0.420	.003			
	Tipul de instrument cluster C	Interviu clinic	8	.26**	0.128	0.397	<.001	7.182 (2)	.028	
		Chestionar	3	.20**	0.153	0.253	<.001			
		Interviu clinic și chestionar	5	.13**	0.098	0.170	<.001			
	Continent		Europa	4	.47	-0.161	0.834	.136	8.723 (1)	.068
			America de Nord	8	.11**	0.069	0.150	<.001		
	Prezența comorbidităților clinice		Reportate	13	.23**	0.135	0.325	<.001	1.797 (1)	.180
			Neraportate	3	.16**	0.121	0.200	<.001		
AVPD	Tipul de instrument AC	Interviu clinic	9	.08**	0.038	0.124	<.001	10.005 (1)	.124	
		Chestionar	24	.19**	0.120	0.275	<.001			
	Tipul de instrument cluster C	Interviu clinic	17	.21**	0.141	0.292	<.001	6.824 (2)	.033	
		Chestionar	17	.12**	0.084	0.169	<.001			
		Interviu clinic și chestionar	6	.10**	0.071	0.140	<.001			
	Continent		Asia	5	.08	-0.005	0.169	.065	5.467 (3)	.141

		Australia și Noua Zeelandă	3	.18**	0.105	0.258	<.001		
		Europa	12	.25*	0.066	0.424	.008		
		America de Nord	20	.11**	0.076	0.146	<.001		
	Prezența comorbidităților clinice							0.119 (1)	.730
		Raportate	24	.15**	0.095	0.206	<.001		
		Neraportate	16	.16**	0.124	0.201	<.001		
DPD	Tipul de instrument AC							12.472 (1)	.014
		Interviu clinic	9	.09*	0.029	0.165	.006		
		Chestionar	14	.14**	0.070	0.224	<.001		
	Tipul de instrument cluster C							0.125 (2)	.939
		Interviu clinic	12	.13*	0.026	0.248	.016		
		Chestionar	12	.12**	0.080	0.164	<.001		
		Interviu clinic și chestionar	4	.11**	0.077	0.158	<.001		
	Continent							0.910 (2)	.634
		Asia	5	.11**	0.047	0.178	.001		
		Europa	8	.18*	0.003	0.347	.046		
		America de Nord	15	.09**	0.043	0.146	<.001		
	Prezența comorbidităților clinice							0.002 (1)	.963
		Raportate	15	.12**	0.049	0.201	.001		
		Neraportate	13	.12**	0.086	0.170	<.001		
OCPD	Tipul de instrument AC							9.669 (1)	.046
		Interviu clinic	6	.06**	0.025	0.098	.001		
		Chestionar	18	.18**	0.078	0.289	.001		
	Tipul de instrument cluster C							3.008 (2)	.222
		Interviu clinic	15	.16**	0.068	0.254	.001		

	Chestionar	11	.09**	0.042	0.146	<.001		
	Interviu și chestionar	4	.07**	0.031	0.113	.001		
Continent							5.962 (2)	.113
	Asia	7	.04*	0.012	0.082	.008		
	Europa	9	.19	-0.139	0.488	.253		
	America de Nord	13	.06**	0.037	0.085	<.001		
Prezența comorbidităților clinice							0.834 (1)	.361
	Raportate	18	.13**	0.056	0.210	.001		
	Neraportate	12	.09**	0.059	0.129	<.001		

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Analizele de meta-regresie

Vârsta medie (vezi Figura 2) a prezentat asocieri cu mărimea efectului în cazul clusterului C ($B = -.008$, 95% CI $[-0.016; -0.0004]$, $Q_{model} = 4.23$, $p = .039$), AVPD ($B = -.006$, 95% CI $[-0.011; -0.001]$, $Q_{model} = 7.21$, $p = .007$), DPD, ($B = -.006$, 95% CI $[-0.011; -0.0007]$, $Q_{model} = 4.95$, $p = .026$) și OCPD ($B = -.006$, 95% CI $[-0.012; -0.0005]$, $Q_{model} = 4.52$, $p = .033$). Procentajul feminin nu a moderat niciuna din asocieri.

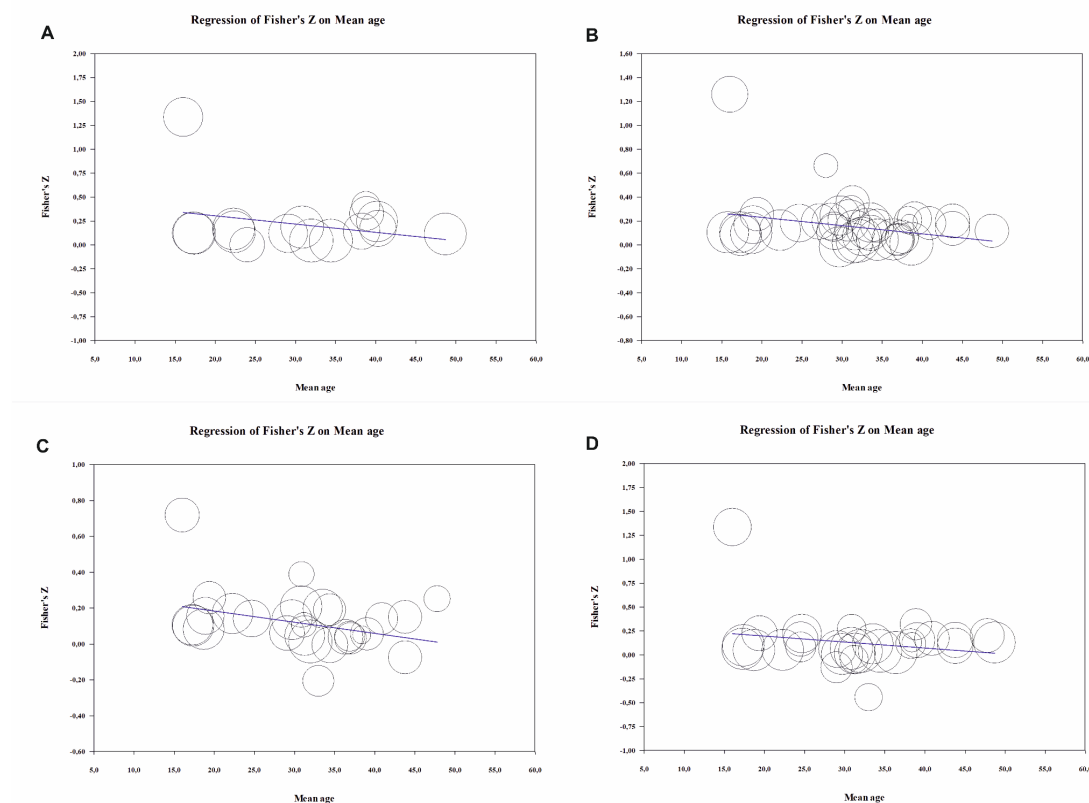


Figura 2. Asocierea dintre vârsta medie a eșantioanelor și mărimea efectului pentru asocierea dintre adversități și clusterul C (A), tulburarea de personalitate evitantă (B), tulburarea de personalitate dependentă (C), și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (D).

Biasul de publicare

Funnel plot-urile au sugerat asimetrie în cazul tuturor relațiilor investigate (vezi Figura 3). Analiza trim-and-fill a sugerat că studiile lipsesc la dreapta mediei pentru toate relațiile investigate (6 pentru clusterul C, 15 pentru AVPD, 7 pentru DPD și 13 pentru OCPD). Testul lui Egger a confirmat prezența biasului de publicare pentru clusterul C (intercept $B = 3.38$, 95% CI $[0.573; 6.203]$, $p = .021$), AVPD (intercept $B = 2.24$, 95% CI $[1.131; 3.351]$, $p < .001$), DPD (intercept $B = 1.81$, 95% CI $[0.809; 2.829]$, $p = .001$), dar nu și pentru OCPD (intercept $B = 1.41$, 95% CI $[-0.146; 2.985]$, $p = .073$).

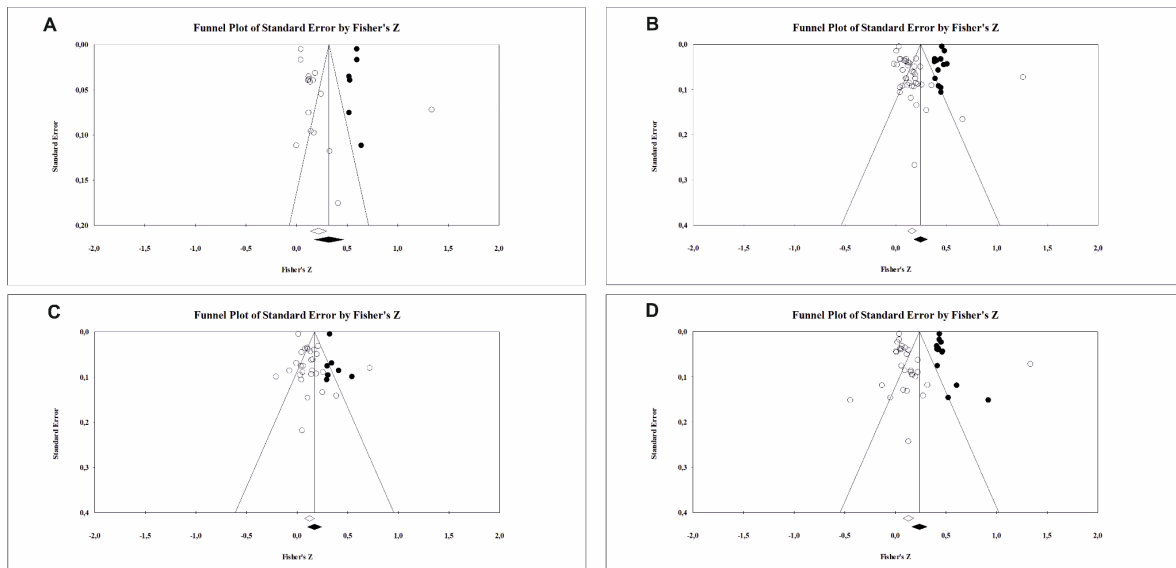


Figura 3. Funnel ploturi ce indică distribuția mărimilor efectului și numărul de studii introduse în analiza trim-and-fill: cluster C (A), tulburarea de personalitate evitantă (B), tulburarea de personalitate dependentă (C) și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (D).

Calitatea studiilor

Riscul de bias pentru studiile transversale (40 din 48) a fost detectat în cazul reprezentativității eșantioanelor (i.e., doar 13 din 40 de studii au utilizat eșantioane reprezentative) și în cazul justificării mărimii eșantionului (i.e., niciun studiu nu a oferit o estimare a priori a mărimii eșantionului). Evaluarea expunerii s-a bazat doar pe amintirile personale ale expunerii la AC (i.e., pentru 45 din 48 de studii). În cazul studiilor longitudinale, sursele potențiale de bias au inclus demonstrarea că variabila criteriu nu este prezentă la începutul studiului (i.e., patru din opt studii nu au îndeplinit criteriul), în timp ce pentru trei din opt studii, follow up-ul nu a durat îndeajuns încât să se instaleze variabila criteriu (i.e., studiile au evaluat atât AC, cât și TP din clusterul C la începutul studiului).

3.1.4 Discuții

Rezultatele prezente sunt în concordanță cu teoriile derivate din terapia cognitiv-comportamentală și din terapia centrată pe scheme, care susțin că AC contribuie la tiparele de gândire dezadaptative și la instalarea TP (Beck et al., 2015; Young et al., 2006). Totuși, aceste teorii sugerează o asociere cauzală între AC și TP, iar această relație implică de asemenea mecanisme cognitive (i.e., scheme timpurii dezadaptative, credințe disfuncționale). Rezultatele noastre indică de asemenea că asocierea cu AC se extinde la toate TP din clusterul C, ceea ce contribuie la literatura ce susține că AC sunt un factor de risc transdiagnostic pentru majoritatea formelor de psihopatologie (ex: Hogg et al., 2022; McLaughlin et al., 2020; Miu et al., 2022).

Am oferit dovezi conform cărora mai multe caracteristici ale studiilor precedente au influențat magnitudinea asocierii dintre AC și TP din clusterul C. Un asemenea moderator, specific în clusterului C și AVPD, a fost tipul de instrument folosit pentru a evalua TP din clusterul C. Aceste rezultate susțin acordul modest dintre interviurile clinice și chestionare (ex., Groth-Marnat, 2009; Karn & Rosli, 2019; Widiger & Samuel, 2005). În analizele prezente, doar o minoritate a studiilor au folosit un amestec de interviuri și chestionare, iar aceste

instrumente au fost utilizate în analize paralele. Așadar, mărimea efectului mică a asocierii dintre AC și TP din clusterul C găsite în acest subgrup poate fi explicată prin datele limitate și prin estimarea mediei efectului.

Un alt moderator a fost tipul de instrument folosit pentru a evalua AC, cu mărimi ale efectului mai mari pentru chestionare, comparativ cu interviuri. Nu există un consens general asupra cărui tip de instrument este superior. Un mod de a interpreta diferențele găsite în meta-analiza de față este că e posibil ca studiile ce utilizează chestionare să fi subestimat asocierea dintre AC și TP din clusterul C (ca urmare, diferența dintre chestionare și interviuri ar putea să fie cu atât mai mare, în favoarea celor dintâi). O altă posibilitate este că aceste rezultate s-ar putea datora numărului relativ mic de studii care folosesc interviuri și rapoarte oficiale.

Deși continentul nu a fost un moderator semnificativ al mărimilor efectului, unele diferențe între subgrupuri merită luate în considerare. Cu toate acestea, aceste rezultate ar trebui interpretate cu atenție, luând în considerare numărul mic de studii în cel puțin câteva dintre subgrupurile din fiecare comparație. Puterea scăzută poate explica, de asemenea, rezultatele care sunt mai dificil de interpretat printr-o lentilă ce contrastează țările vestice față de cele asiatice. O altă explicație pentru aceste rezultate neașteptate poate fi legată de limitele utilizării continentului unde au fost derulate studiile drept reprezentativ pentru diferențele culturale. Astfel, chestiunea rămâne deschisă. Mărimea efectului nu a fost semnificativ diferită între studii care au raportat sau nu comorbidități clinice. Totuși, aceste comorbidități clinice nu au fost controlate în toate studiile, ceea ce ar putea explica rezultatele.

Meta-regresiile au indicat de asemenea că asocierile dintre AC și TP din clusterul C au scăzut odată cu media de vârstă. Aceste rezultate sunt în concordanță cu observațiile precedente, conform cărora simptomele TP din acest cluster tind să scadă pe parcursul vârstei adulte (Skodol et al., 2007; Wright et al., 2011; but see Bangash, 2020; Cruitt & Oltmanns, 2018; Wu & Francois, 2021). În contrast, procentajul de femei din eșantion nu a influențat niciuna dintre asocierile investigate în acest studiu. Totuși, o comparație directă între mărimile efectului în eșantioanele alcătuite doar din femei sau doar din bărbați nu a fost posibilă, iar distribuția sexelor eșantioanelor poate fi un reprezentant problematic pentru posibilele diferențe de sex. Astfel, problema sexului ca moderator al asocierilor dintre AC și TP din clusterul C rămâne deschisă, după părerea noastră. În ceea ce privește calitatea studiilor, ar fi important ca studiile viitoare să includă eșantioane reprezentative, ceea ce ar permite generalizarea rezultatelor (Robinson et al., 2005).

Deși acest studiu are implicații clinice și teoretice importante, acesta prezintă niște limite. Datele pentru trăsăturile dezadaptative de personalitate asociate clusterului C nu au fost incluse. Aceasta ar putea fi o limitare din perspectiva datelor ce susțin modelul alternativ al TP din DSM-5, care conceptualizează unele tulburări (cum ar fi DPD) drept trăsături dezadaptative și nu drept tulburări de sine stătătoare (APA, 2013; Skodol et al., 2011). Studiile care au raportat β sau valori R^2 nu au putut fi incluse în analiza de față, ceea ce se poate să fi influențat rezultatele. Biasul de publicare a fost detectat pentru relațiile dintre AC și clusterul C, AVPD și DPD, ceea ce sugerează prezența efectului file drawer.

Studiul 2. Dificultățile De Reglare Emoțională În Relația Dintre Adversități Din Copilărie Și Tulburările De Personalitate Din Clusterul C

Un factor transdiagnostic care a fost investigat anterior ca și posibil mecanism în relația dintre AC și psihopatologie se referă la dificultățile de reglare a emoțiilor (ex., Dvir et al., 2014; Miu et al., 2022). Se presupune în literatură că expunerea la AC poate influența dezvoltarea sistemelor de reglare a comportamentelor și emoțiilor, în felul acesta contribuind la simptome de internalizare sau externalizare, și, pe termen lung, la vulnerabilitatea pentru psihopatologie (ex., Dvir et al., 2014; Gross & Jazaieri, 2014; Hogg et al., 2022; Werner & Gross, 2010). Gross (2015) a propus că reglarea emoțională implică mai mulți pași: identificarea (în acest pas se determină dacă reglarea e necesară); selecția (activarea scopurilor de reglare emoțională și selectarea strategiilor de reglare); implementarea (implementarea strategiilor selectate în pasul anterior); și monitorizarea reglării (menținerea, schimbarea sau oprirea reglării emoționale, în funcție de rezultatele eforturilor de reglare). Acest model nu este în totalitate validat în cazul clusterului C. Studiile de până acum au sugerat că TP din acest cluster sunt asociate cu strategii de reglare care au urmări nefaste în cazul psihopatologiei (vezi, de ex., Aldao et al., 2010; Prefit et al., 2019), astfel că cercetarea s-a axat până acum pe stadiul implementării. Mai mult, studiile care au investigat acest construct în cazul clusterului C au găsit dovezi de dereglare emoțională (ex., Garofalo et al., 2018; Snir et al., 2017; Steenkamp et al., 2015). Cum se manifestă aceste dificultăți în cazul acestor tulburări mintale, cum impactează cursul, simptomatologia și disfuncționalitatea în cazul clusterului C, și ce rol joacă acest construct în asocierea dintre adversități și clusterul C rămâne încă neclar. Scopul acestei lucrări este să investigheze legăturile dintre AC, reglare emoțională și clusterul C, cu ajutorul a două studii. Această cercetare a fost pre-înregistrată în OSF (<https://osf.io/e3b6r>).

3.2. Studiul 2a. Impactul Reglării Emoționale Habituale Și Al Adversităților Din Copilărie Asupra Simptomatologiei Clusterului C

3.2.1. Introducere

Un aspect care a fost investigat în cazul altor TP (Lopez-Perez & McCagh, 2020; Millgram et al., 2020), dar a primit puțină atenție în cazul clusterului C se referă la scopurile de reglare emoțională (Mauss & Tamir, 2014). În timp ce strategiile de reglare emoțională se referă la modul în care oamenii reglează emoțiile, scopurile de reglare emoțională se referă la motivele pentru care aceste strategii sunt utilizate (Gross, 2015; Mauss & Tamir, 2014). Mai specific, scopurile de reglare emoțională sunt definite ca reprezentări ale unei stări emoționale dorite, care motivează direcția eforturilor de reglare (Mauss & Tamir, 2014; Millgram et al., 2015).

În acest studiu vom investiga asocierea dintre AC, scopurile și strategiile habituale de reglare emoțională, clusterul C și funcționalitatea personalității asociată acestor tulburări. O revizie a literaturii realizată de Millgram și colaboratorii săi (2020) sugerează ce scopuri de reglare emoțională motivează eforturile de reglare în cazul psihopatologiei și propune modalități prin care aceste scopuri de reglare emoțională ar putea să se manifeste în cazul TP din clusterul B. Studiile indică, de asemenea, că aceste scopuri de reglare emoțională sunt asociate cu strategiile de reglare și prezic utilizarea acestora (Eldesouky & English, 2019b), și că scopurile și strategiile de reglare emoțională variază în funcție de personalitate (Aldao, 2013; Eldesouky & English, 2019a). Cu toate acestea, este neclară asocierea dintre scopurile și

strategiile de reglare emoțională, măsurate într-un singur moment de timp, atunci când simptomatologia clusterului C este prezentă. Ne așteptăm, pe baza literaturii existente, să identificăm asocieri semnificative între scopurile și strategiile de reglare emoțională.

În ceea ce privește asocierea dintre strategiile de reglare și clusterul C, studiile arată că aceste tulburări au fost asociate anterior cu supresia (Borges & Naugle, 2017) și că indivizii cu simptome AVPD prezintă anxietate anticipativă atunci când vine vorba de implementarea reevaluării (Denny et al., 2015). Având în vedere că, în cazul altor tulburări de sănătate mintală, utilizarea reevaluării a fost asociată negativ cu psihopatologia, în timp ce supresia a fost asociată pozitiv cu tulburările clinice (Aldao et al., 2010; Miu et al., 2022; Prefit et al., 2019), ne așteptăm ca simptomatologia AVPD, DPD și OCPD să fie asociată semnificativ cu supresia și cu reevaluarea.

Făcând referire la AC, studiile indică o asociere semnificativă cu clusterul C (ex., Battle et al., 2004; Birgenheir & Pepper, 2011; Johnson et al., 2006) și raportează că AC pot contribui la afectarea funcționalității în cazul acestui cluster (Aleknaviciute et al., 2016; Massaal-van der Ree et al., 2022). Cu toate acestea, literatura este limitată în ceea ce privește asocierea dintre clusterul C cu o gamă mai largă de AC (cum ar fi sărăcia sau suportul social; Finkelhor et al., 2015). Ne propunem să investigăm dacă formele extinse de AC (cum ar fi severitatea și frecvența maltratării, impredictibilitatea, suportul social perceput și statutul socio-economic) sunt asociate cu aceste probleme de personalitate. În ceea ce privește legătura dintre AC și scopurile habituale de reglare emoțională, literatura sugerează că scopurile hedonice, dar nu și cele instrumentale, sunt asociate semnificativ cu maltratarea din copilărie (Ion et al., 2023). Rapoarte importante sugerează că AC au fost, de asemenea, asociate pozitiv cu reevaluarea și negativ cu ruminanța și supresia (Ion et al., 2023; Miu et al., 2022). Ne așteptăm ca rezultatele studiilor anterioare să fie replicate în cadrul studiului nostru.

Informațiile sunt limitate în legătură cu modul în care adversitățile din copilărie și reglarea habituală a emoțiilor contribuie la simptomatologia clusterului C. Ne propunem să investigăm contribuția împărtășită a acestora asupra clusterului C, investigând dacă maltratarea din copilărie moderează asocierile dintre scopuri (hedonice și instrumentale) și strategii (reevaluare, supresie, distragere, atenție selectivă, și selectarea situației) habituale de reglare emoțională și clusterul C.

3.2.2. Metode

Participanți

Eșantionul acestui studiu ($N = 141$) a fost compus din 125 de femei (88.7%) și 16 bărbați (11.3%), cu vârste cuprinse între 18 și 55 de ani ($M = 27.31$, $SD = 9.13$). Participanții au fost incluși dacă aveau o vârstă minimă de 18 ani și dacă au prezentat simptome ale TP din clusterul C. Participanții care s-au înscris de două ori au fost excluși ($N = 1$). Au fost excluși și participanții care au prezentat simptome de sine stătătoare ale TP din clusterul A ($N = 20$), clusterul B ($N = 9$), sau o combinație dintre clusterul A și B ($N = 5$). Au fost, de asemenea, excluși participanții care nu au prezentat simptome ale TP ($N = 149$) sau care aveau vârste mai mici de 18 ani ($N = 1$).

Instrumente

Adversități din copilărie. Am măsurat mai multe fațete ale AC, inclusiv severitatea maltratării (folosind Childhood Trauma Questionnaire - CTQ; Bernstein et al., 2003), frecvența maltratării (folosind Conflict-Tactics Scale. Parent-Child version - CTSPC; Straus et al., 1998), impredictibilitatea (folosind Questionnaire of Unpredictability in Childhood - QUIC; Glynn et al., 2019), suportul social perceput (folosind o versiune adaptată a Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS; Zimet et al., 1988), riscul familial (Risky Families Questionnaire - RFQ; Taylor et al., 2004), și statutul socio-economic (MacArthur Scale of Socio-Economic Status; Adler & Stewart, 2007).

Tulburările de personalitate ale clusterului C. Simptomatologia clusterului C a fost măsurată folosind Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality - 2nd Edition (SNAP-2; Clark et al., 2014). Am măsurat mai multe fațete ale disfuncționalității de la nivelul personalității folosind Level of Personality Functioning Scale - Brief Form (LPFS-BF; Bach & Hutsebaut, 2018).

Reglarea emoțională. Scopurile de reglare emoțională au fost măsurate folosind Emotion Regulation Goals Scale (ERGS; Eldesouky & English, 2019a). Strategiile de reglare emoțională au fost măsurate folosind Extended Emotion Regulation Questionnaire (E-ERQ; Guassi Moreira et al., 2021).

Procedură

Participanții s-au înscris voluntar. Consimțământul informat a fost furnizat la înscriere în studiu. Persoanele înscrise au fost recrutate prin intermediul anunțurilor postate pe rețele de socializare. La înscriere, participanții au furnizat date demografice, și au completat SNAP-2, LPFS, instrumentele de măsurare a AC (CTQ, QUIC, MSPSS, CTSPC, RFQ, statutul socio-economic), și instrumentele de măsurare a strategiilor și scopurilor habituale de reglare emoțională (ERGS and E-ERQ). Simptomele TP din clusterul C au fost identificate pe baza scorurilor obținute pe SNAP-2.

3.2.3. Rezultate

Rezultatele analizei de corelație sunt prezentate în Tabelul 1.

Rezultatele moderării

Nu au fost identificate modele semnificative pentru impactul maltratării din copilărie (măsurat folosind CTQ) asupra asocierilor cu AVPD și DPD. În cazul OCPD, s-a identificat un model semnificativ pentru impactul maltratării din copilărie asupra asocierii cu scopurile hedonice, $R^2 = .063$, $F(3, 137) = 3.11$, $p = .028$, iar rezultatele au indicat că maltratarea din copilărie este un moderator pentru această asociere. Figura 1 prezintă graficul de regresie pentru această analiză.

Tabel 1. Corelații între variabile (N = 141).

	AVPD	DPD	OCPD	LPFS Individ	LPFS Interpers	LPFS Total	SES copil	CTQ Total	QUIC Total	MSPSS Total	CTSPC DNV	CTSPC Agres psiho	CTSPC Asalt fizic	CTSPC Neglijare	CTSPC Abuz sexual	RFQ Total	ERGS HG	ERGS IG	E-ERQ R	E-ERQ S	E-ERQ D	E-ERQ SA	E-ERQ SS
AVPD	1																						
DPD	.511**	1																					
OCPD	-.293**	-.281**	1																				
LPFS - Individ	.515**	.552**	-.053	1																			
LPFS - Interpers	.408**	.311**	.065	.479**	1																		
LPFS Total	.542**	.516**	.000	.891**	.826**	1																	
SES copil	.109	-.020	.110	.085	-.017	.046	1																
CTQ - Total	.099	.074	-.052	.153	.310**	.259*	.010	1															
QUIC - Total	.206*	.151	.004	.238*	.231*	.272**	.064	.716**	1														
MSPSS - Total	-.206*	-.120	.086	-.241*	-.371**	-.347**	-.015	-.706**	-.578**	1													
CTSPC - DNV	-.087	-.061	.144	-.124	.083	-.037	.080	.143	.009	-.049	1												
CTSPC - Agres psiho	.103	-.031	.067	.142	.211*	.201*	-.026	.772**	.597**	-.613**	.266**	1											
CTSPC - Asalt fizic	-.006	-.037	.083	.053	.268**	.173*	.001	.688**	.413**	-.481**	.457**	.728**	1										
CTSPC - Neglijare	.105	.142	-.076	.141	.178*	.183*	.023	.684**	.641**	-.597**	.054	.560**	.450**	1									
CTSPC - Abuz sexual	.111	.038	-.031	.105	.129	.135	.144	.404**	.303**	-.191*	.065	.271**	.258*	.253*	1								
RFQ - Total	.135	.149	-.067	.188*	.202*	.225*	.077	.808**	.761**	-.660**	.045	.771**	.559**	.700**	.250*	1							
ERGS - HG	.024	.063	.035	.198*	.191*	.226*	-.051	.015	.006	.022	.207*	-.044	.101	.032	.094	-.099	1						
ERGS - IG	.337**	.339**	-.087	.262*	.081	.210*	.030	.071	.063	.013	.109	.072	.081	.084	.119	.075	.197*	1					
E-ERQ - R	-.224*	-.219*	.110	-.275**	-.080	-.218*	-.098	-.194*	-.134	.206*	.052	-.237*	-.123	-.126	.068	-.221*	.131	.114	1				
E-ERQ - S	.336**	.142	.010	.247*	.336**	.333**	-.047	.133	.173*	-.220*	.097	.129	.127	.096	.063	.099	.169*	.271**	.147	1			
E-ERQ - D	.143	.111	-.008	.106	.175*	.159	-.072	.014	.077	-.011	.060	.032	-.020	-.048	.106	-.011	.130	.323**	.522**	.378**	1		
E-ERQ - SA	.203*	.161	.058	.200*	.313**	.290**	.001	-.051	-.002	.011	.188*	-.040	-.008	-.046	.098	-.095	.210*	.266**	.275**	.387**	.475**	1	
E-ERQ - SS	-.139	-.094	.200*	-.020	.054	.015	-.024	-.097	-.019	.084	.121	-.052	-.062	-.074	-.015	-.123	.287**	.233*	.538**	.111	.461**	.314**	1

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$; AVPD = TP evitantă; DPD = TP dependentă; OCPD = TP obsesiv-compulsivă; LPFS Individ = Disfuncț la nivel individual; LPFS Interpers = Disfuncț la nivel interpersonal; LPFS Total = Disfuncț generală; SES copil = Statut socio-economic în copilărie; CTQ Total = Maltratate; QUIC Total = Impredictibilitate; MSPSS Total = Suport social perceput; CTSPC DNV = Disciplină non-violentă; CTSPC agres psiho = Agresiune psihologică; RFQ Total = Risc familial în copilărie; ERGS HG = Scopuri hedonice; ERGS IG = Scopuri instrumentale; E-ERQ R = Reevaluare; E-ERQ S = Supresie; E-ERQ D = Distragere; E-ERQ SA = Atenție selectivă; E-ERQ SS = Selectarea situației.

OCPD

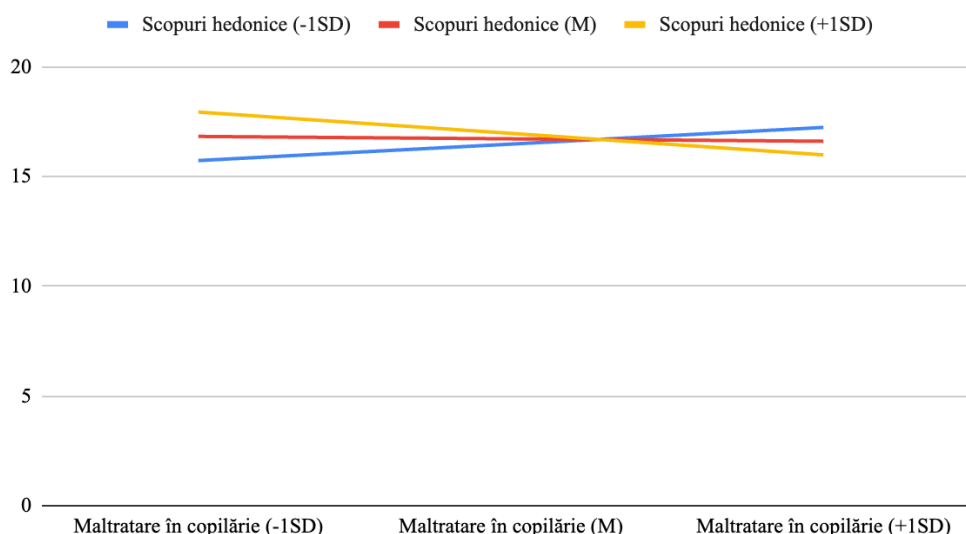


Figura 1. Grafic de regresie pentru asocierea dintre scopurile hedonice și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, folosind maltratarea din copilărie ca moderator.

3.2.4. Discuții

Studiul prezent contribuie la literatura de specialitate, luând în considerare aspecte extinse ale AC, dintr-o perspectivă continuă și dimensională, așa cum a fost evidențiat și sugerat în cercetări anterioare (Finkelhor et al., 2015; Glynn et al., 2019; McLaughlin & Sheridan, 2016; Smith & Pollak, 2021). Totodată, acest studiu contribuie la literatură prin investigarea unor procese de reglare emoțională noi (i.e., scopuri de reglare) în cazul clusterului C, aspecte care au fost teoretizate sau cercetate anterior doar în cazul altor TP (Millgram et al., 2020).

Pe măsură ce imprevizibilitatea din copilărie a crescut, iar suportul social perceput a scăzut, simptomatologia AVPD a crescut. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile anterioare care sugerează că AC contribuie la vulnerabilitatea pentru simptomatologia AVPD (Beck et al., 2015; Gunay-Oge et al., 2020; Johnson et al., 2006). Nu au fost identificate alte asocieri semnificative între clusterul C și AC. Există studii anterioare ce nu au identificat asocieri semnificative între aceste constructe (ex., Dejong et al., 1995; Mertens et al., 2020; Zhang & Zheng, 2018). Aceste rezultate ar putea reflecta caracterul retrospectiv și auto-raportat al datelor referitoare la AC. Cu toate acestea, am găsit relații semnificative între AC și disfuncționalitatea personalității, susținând literatura care raportează că expunerea la AC ar putea duce la o funcționare deficitară a personalității în cazul clusterului C (Chiesa et al., 2016; Massa-al-van der Ree et al., 2022).

Asocierile dintre simptomatologia AVPD și DPD și scopurile habituale instrumentale ar putea sugera că persoanele cu aceste tipuri de simptomatologie tind să se concentreze pe scopuri dincolo de motivele hedonice și nu pe reducerea distresului emoțional perceput. Atunci când se concentrează pe scopuri direcționate spre a gestiona distresul emoțional, aceste scopuri ar putea contribui la disfuncționalitate și comportamente dezadaptative, luând în considerare asocierile dintre scopurile hedonice și instrumentale și disfuncționalitatea personalității. Pe

măsură ce simptomatologia AVPD a crescut, s-a observat o creștere a utilizării supresiei habituale și a atenției selective, în timp ce simptomatologia OCPD a fost asociată cu utilizarea selectării situației. Aspectele disfuncționalității de la nivelul personalității au crescut odată cu creșterea utilizării distragerii, supresiei și a atenției selective. Utilizarea reevaluării a scăzut pe măsură ce simptomatologia AVPD și DPD a crescut, dar a crescut odată cu scăderea disfuncționalității la nivel de personalitate.

Aceste rezultate ar putea să reflecte dificultățile de reglare emoțională identificate anterior în cazul clusterului C (ex., Borges & Naugle, 2017; Snir et al., 2017). Utilizarea redusă a reevaluării și utilizarea crescută a supresiei au fost anterior asociate cu efecte negative, inclusiv cu intensificări ale severității simptomatologiei și cu comportamente dezadaptative (Aldao et al., 2010; Miu et al., 2022; Seligowski et al., 2015), ceea ce ar putea explica rezultatele obținute. Utilizarea selectării situației în cazul OCPD, respectiv a atenției selective în cazul AVPD, poate reflecta evitarea experiențială care a fost identificată anterior în cazul acestor tulburări (Lampe, 2016; McMahon & Naragon-Gainey, 2020; Wheaton & Pinto, 2017).

Pe măsură ce maltratarea din copilărie și scopurile hedonice cresc, simptomatologia OCPD se reduce, sugerând că, atunci când sunt motivați de scopuri hedonice, indivizii cu simptomatologie OCPD prezintă scăderi ale severității simptomatologiei, dacă au fost expuși anterior la maltratare în copilărie. Scopurile de reglare emoțională nu au mai fost investigate niciodată până acum în asocieri cu clusterul C, mai ales în asocieri cu simptomatologia OCPD sau luând în considerare impactul maltratării în această relație. E posibil ca aceste rezultate să sugereze că, dacă indivizii cu OCPD tind să se axeze mai mult pe experiențe emoționale în urma expunerii la maltratare, acest lucru ar putea fi adaptativ, luând în considerare scăderile severității simptomatologiei OCPD. Mai multe investigații sunt necesare pentru a trage concluzii.

Am identificat mai multe asocieri între AC și o utilizare habituală redusă a reevaluării, dar crescută a supresiei, deși aceste asocieri nu au fost generalizate în cazul tuturor fațetelor AC investigate. Doar o fațetă a adversităților a corelat semnificativ cu scopurile de reglare hedonice. Aceste rezultate oferă suport liniei de cercetare care sugerează că AC sunt asociate cu și contribuie la dificultăți în reglarea emoțiilor (ex., Lavi et al., 2019; McCrory et al., 2012; Miu et al., 2022), dar este nevoie de mai multe investigații ale manifestării acestei asocieri în cazul persoanelor care prezintă simptomatologie din clusterul C.

Scopurile hedonice și instrumentale au fost asociate cu toate strategiile de reglare investigate, mai puțin reevaluarea. Aceste rezultate susțin studiile anterioare care sugerează că scopurile de reglare emoțională motivează eforturile de reglare (ex., Eldsouky & English, 2019b; Tamir, 2016). Cu toate acestea, nu este clar de ce scopurile investigate în acest studiu nu au fost asociate cu reevaluarea sau de ce scopurile hedonice nu au corelat cu distragerea. E posibil ca rezultatele acestui studiu să se datoreze modului în care aceste variabile au fost măsurate.

Reglarea emoțională a primit o atenție redusă în cercetările anterioare concentrate pe TP din clusterul C. Investigații ulterioare ale proceselor implicate în reglarea emoțională (ex., stadiile de selecție și implementare ale reglării) și a rolului acestora în cursul și dezvoltarea clusterului C este necesară. Explorarea acestor procese ar putea duce la o înțelegere mai clară a acestui tip de simptomatologie și la dezvoltarea unor strategii de intervenție mai eficiente. Deocamdată, acest studiu oferă dovezi suplimentare ce susțin prezența dificultăților de reglare

emoțională în cazul clusterului C, investigând posibile scopuri de reglare ce motivează, în majoritatea timpului, eforturile de reglare în cazul indivizilor ce prezintă acest tip de simptomatologie.

Dincolo de implicațiile clinice și teoretice, acest studiu prezintă o serie de limite. În studiu sunt utilizate date transversale, auto-raportate. Unele din rezultatele acestui studiu ar trebui interpretate cu precauție, pentru că unele subscale prezintă validitate internă redusă. Participanții incluși în acest studiu au fost extrași din comunitate, iar eșantionul e alcătuit majoritar din femei. Deși disfuncționalitățile de la nivelul personalității au fost măsurate, acestea nu au fost luate în considerare la măsurarea simptomatologiei TP din clusterul C, iar participanții nu au fost diagnosticați folosind interviuri clinice.

3.3. Studiul 2b: Dificultățile De Reglare Emoțională, Maltratarea Din Copilărie Și Simptomatologia Clusterului C: Studiu Cu Jurnal Zilnic

3.3.1. Introducere

Studiile anterioare sugerează că reglarea emoțională habituală diferă de reglarea emoțională spontană (Ion et al., 2023; Koval et al., 2023), deoarece măsurătorile de reglare emoțională habituală ar putea fi supuse unor distorsiuni de reamintire sau să prezinte o validitate ecologică redusă (McMahon & Naragon-Gainey, 2020). Această direcție de cercetare evidențiază rolul contextului și al personalității în reglarea emoțională (Aldao, 2013; Eldesouky & English, 2019a) și importanța luării în considerare a variabilității la nivel intrapersonal (Bonanno & Burton, 2013; Ion et al., 2023) în procesul de măsurare a reglării emoționale. În ceea ce privește clusterul C, lipsesc studii în literatură care să folosească aceste tipuri de metode pentru a măsura reglarea emoțională.

Ne propunem să investigăm relațiile dintre stres emoțional, maltratarea din copilărie, reglarea emoțională spontană și simptomatologia clusterului C, folosind un tip de design ecologic momentan: metoda jurnalului zilnic (Gunthert & Wenzel, 2012; Lischetzke & Konen, 2020). Metoda jurnalului zilnic implică colectarea datelor auto-raportate ce are loc o dată pe zi și permite investigarea constructelor în contexte naturale, crescând validitatea ecologică a măsurătorilor și reducând distorsiunile care însoțesc raportările retrospective și globale (Lischetzke & Konen, 2020; Reis, 2012; Robinson & Clore, 2002). Acest tip de metodologie ar putea fi util în investigarea modului în care procesele legate de simptomatologia clusterului C și reglarea emoțională se desfășoară în timp, ținând cont atât de variabilitatea la nivel de persoană, cât și de cea dintre persoane.

Literatura anterioară a identificat că prezența TP din clusterul C e asociată cu stres emoțional crescut (ex., Preti et al., 2020; Schoenleber & Berenbaum, 2010) și cu utilizarea supresiei și alte procese dezadaptative de reglare emoțională (e.g., Borges & Naugle, 2017; Garofalo et al., 2018). În acest studiu, ne-am propus să investigăm emoțiile negative, scopurile (hedonice și instrumentale) și strategiile (reevaluare, supresie, distragere, atenție selectivă și selectarea situației) de reglare emoțională, o dată pe zi, timp de zece zile consecutive, într-un eșantion extras din comunitate, ce prezintă simptome din clusterul C (AVPD, DPD, OCPD). Ne-am concentrat pe examinarea asocierilor dintre aceste variabile, luând în considerare atât variabilitatea intraindividuală (i.e., variabilitatea în reglarea emoțională și emoții negative de

la o situație la alta), cât și variabilitatea interindividuală (i.e., variabilitatea în reglarea emoțională și emoții negative în diferite situații, între participanți). Au fost investigate asocierile dintre emoții negative, reglare emoțională și simptome din cluster C, respectiv asocierile dintre emoții negative și reglare emoțională. Încercând să extindem rezultatele din Studiul 2a, în Studiul 2b ne propunem să investigăm rolul mediator al scopurilor (hedonice și instrumentale) și al strategiilor (reevaluare, supresie, distragere, atenție selectivă și selectarea situației) spontane de reglare emoțională în relația dintre emoțiile negative zilnice și simptomatologia clusterului C (AVPD, DPD, OCPD).

Deși există studii care arată că patologia personalității poate fi asociată considerabil cu experiențele zilnice (Wright et al., 2015; Wright & Simms, 2016), și că reglarea emoțională pare să varieze în funcție de personalitate și context social (Aldao, 2013; Eldesouky & English, 2019a; Ion et al., 2023), este încă neclar cum reușesc persoanele care prezintă probleme din clusterul C să își adapteze eforturile de reglare la distresul emoțional perceput. Într-un studiu anterior ce s-a concentrat pe reglarea emoțională spontană, Ion și colaboratorii (2023) au găsit asocieri între emoțiile negative și supresie, distragere (ambele la nivel inter- și intraindividual) și reevaluare (la nivel interindividual). În concordanță cu cercetările disponibile, ne așteptăm ca, atunci când persoanele cu simptomatologie din clusterul C sunt expuse la situații de distres emoțional, utilizarea reglării emoționale dezadaptative să ducă la creșteri în simptomatologia AVPD, DPD și OCPD.

Ne-am propus și să investigăm rolul maltratării din copilărie în asocierea dintre distresul emoțional (operaționalizat ca emoții negative) și simptomatologia AVPD, DPD și OCPD. În același studiu prezentat mai sus (Ion et al., 2023), autorii au evidențiat că maltratarea din copilărie a fost asociată cu emoții negative crescute la nivel interindividual. Studiul a mai raportat că maltratarea din copilărie a fost asociată cu o reducere a utilizării reevaluării la nivel interindividual și cu o variabilitate crescută în ceea ce privește distragerea la nivel intraindividual. S-au mai identificat asocieri cu o utilizare redusă a scopurilor hedonice și cu un succes perceput redus al eforturilor de reglare (Ion et al., 2023). În studiul nostru, ne așteptăm ca expunerea anterioară la maltratare în copilărie să modereze asocierea dintre distresul emoțional și simptomatologia clusterului C.

3.3.2. Metode

Design

Acest studiu utilizează metoda jurnalului zilnic, utilizând evaluare prin auto-raportare, la sfârșitul fiecărei zile, adresând variabilitatea intra- (de la o situație la alta) și interindividuală (de la un participant la altul).

Participanți

Participanții înscriși în Studiul 2a au fost incluși în Studiul 2b dacă aveau o vârstă minimă de 18 ani, dacă au prezentat simptome pentru cel puțin o TP din clusterul C (conform scorurilor SNAP-2) și dacă au completat jurnalul zilnic. Eșantionul final (N = 109) a prezentat o vârstă medie de 27.71 ani (vârste cuprinse între 18 - 55 ani, SD = 9.39), alcătuit din 96 de femei (88.1%) și 13 bărbați (11.9%).

Instrumente

Adversități din copilărie. Am măsurat maltratarea din copilărie ca fațetă a AC, folosind Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003).

Tulburări de personalitate din Clusterul C. Simptomatologia Clusterului C a fost măsurată folosind Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality - 2nd Edition (SNAP-2; Clark et al., 2014).

Jurnal zilnic. Jurnalul zilnic a fost compus din 9 întrebări adaptate după structura folosită de Eldesouky & English (2019b). În această analiză, ne-am concentrat pe raportările referitoare la simptomele TP din clusterul C (subscaie extrase din Personality Diagnostic Questionnaire-4 - PDQ-4; Bagby & Farvolden, 2004), la emoții negative (măsurate folosind Positive And Negative Affect Scale - PANAS-subscaia emoții negative; Watson et al., 1988), la scopurile de reglare emoțională (măsurate folosind Emotion Regulation Goals Scale - ERGS; Eldesouky & English, 2019a), și la strategiile de reglare emoțională (măsurate folosind Extended Emotion Regulation Questionnaire - E-ERQ; Guassi Moreira et al., 2021). Toate aceste instrumente au fost completate sub formă de checklist.

Procedură

După înscriere și completarea instrumentelor incluse în Studiul 2a, participanții care au prezentat simptomatologie din clusterul C (pe baza scorurilor SNAP-2) au fost invitați să completeze jurnalul zilnic timp de 10 zile consecutive. Jurnalul zilnic a fost completat folosind o aplicație mobilă numită PIEL Survey. Consimțământul informat a fost furnizat de către participanți la începutul raportărilor zilnice din jurnal. Numărul de zile în care participanții au completat jurnalul a variat între 1 și 20 de zile. Raportările în care participanții au menționat că nu au trecut printr-o situație dificilă în timpul zilei au fost excluse din analiză. După finalizarea primei etape a studiului, participanții selectați cu ajutorul unei tombole au fost recompensați cu vouchere valorice.

3.3.3. Rezultate

Corelațiile intraclass (ICC) sunt prezentate în Tabelul 1. ICC arată procentajul varianței care este luat în considerare de fiecare nivel de analiză (variabilitate inter- și intraindividuală de-a lungul timpului). Aceste rezultate sugerează necesitatea utilizării analizei multinivelare.

Tabel 1. Corelații intraclass (N = 109).

Variabilă	ICC value
TP evitantă	0.341
TP dependentă	0.193
TP obsesiv-compulsivă	0.279
Emoții negative	0.432
Scopuri hedonice	0.410
Scopuri instrumentale	0.331

Reevaluare	0.401
Supresie	0.260
Distragere	0.183
Atenție selectivă	0.158
Selectarea situației	0.083

Rezultatele analizei multinivelare sunt prezentate în următoarea secțiune. Rezultatele pentru analiza ce folosește simptomele AVPD ca variabilă criteriu sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabel 2. Rezultatele analizei multinivelare pentru simptomele tulburării de personalitate evitantă (N = 109).

Predictor	Nivel	beta	S.E.	t	df	p	R ²	95% CI	
								LL	UL
Emoții negative	Intra-individ	.202**	0.028	6.98	764	<.001	.047	0.025	0.075
	Inter-individ	.326**	0.051	6.30	107	<.001	.113	0.080	0.150
Scopuri hedonice	Intra-individ	.125	0.068	1.83	764	.067	.004	0.000	0.014
	Inter-individ	.529**	0.128	4.12	107	<.001	.054	0.030	0.082
Scopuri instrumentale	Intra-individ	.078*	0.031	2.49	764	.012	.008	0.001	0.021
	Inter-individ	.232**	0.065	3.53	107	<.001	.045	0.024	0.072
Reevaluare	Intra-individ	.084	0.044	1.88	764	.060	.004	0.000	0.016
	Inter-individ	.219*	0.081	2.69	107	.008	.025	0.009	0.046
Supresie	Intra-individ	.203**	0.052	3.84	764	<.001	.017	0.005	0.036
	Inter-individ	.409**	0.124	3.29	107	.001	.037	0.018	0.063
Distragere	Intra-individ	.157**	0.045	3.43	764	<.001	.013	0.003	0.030
	Inter-individ	.375*	0.127	2.94	107	.003	.029	0.012	0.051
Atenție selectivă	Intra-individ	.038	0.095	0.39	764	.689	.000	0.000	0.006
	Inter-individ	.738*	0.275	2.68	107	.008	.028	0.012	0.050
Selectarea situației	Intra-individ	.017	0.074	0.23	764	.814	.000	0.000	0.005
	Inter-individ	.923**	0.288	3.20	107	.001	.036	0.017	0.060

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Tabelul 3 prezintă rezultatele analizei folosind simptomele DPD ca variabilă dependentă.

Tabel 3. Rezultatele analizei multinivelare pentru simptomele tulburării de personalitate dependentă (N = 109).

	95% CI
--	--------

Predictor	Level	beta	S.E.	t	df	p	R ²	LL	UL
Emoții negative	Intra-individ	.075*	0.029	2.60	764	.009	.011	0.002	0.027
	Inter-individ	.184**	0.031	5.78	107	<.001	.061	0.036	0.092
Scopuri hedonice	Intra-individ	.139*	0.056	2.48	764	.013	.007	0.001	0.021
	Inter-individ	.159	0.082	1.92	107	.056	.008	0.001	0.023
Scopuri instrumentale	Intra-individ	.099**	0.028	3.47	764	<.001	.021	0.007	0.041
	Inter-individ	.150**	0.037	3.97	107	<.001	.034	0.016	0.058
Reevaluare	Intra-individ	.030	0.040	0.75	764	.452	.001	0.000	0.008
	Inter-individ	.089	0.052	1.71	107	.088	.007	0.001	0.020
Supresie	Intra-individ	.056	0.045	1.23	764	.216	.002	0.000	0.012
	Inter-individ	.250**	0.077	3.21	107	.001	.023	0.009	0.044
Distragere	Intra-individ	.060	0.041	1.46	764	.142	.003	0.000	0.014
	Inter-individ	.240*	0.078	3.05	107	.002	.020	0.007	0.040
Atenție selectivă	Intra-individ	.172*	0.068	2.53	764	.011	.007	0.001	0.021
	Inter-individ	.706**	0.160	4.39	107	<.001	.042	0.022	0.069
Selectarea situației	Intra-individ	.106	0.058	1.80	764	.071	.003	0.000	0.014
	Inter-individ	.478*	0.180	2.65	107	.009	.016	0.005	0.035

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Tabelul 4 prezintă rezultatele pentru simptomele OCPD.

Tabel 4. Rezultatele analizei multinivelare pentru simptomele tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă (N = 109).

Predictor	Level	beta	S.E.	t	df	p	R ²	95% CI	
								LL	UL
Emoții negative	Intra-individ	.077*	0.032	2.40	764	.016	.010	0.001	0.025
	Inter-individ	.046	0.044	1.04	107	.297	.003	0.000	0.014
Scopuri hedonice	Intra-individ	.027	0.055	0.49	764	.619	.000	0	0.006
	Inter-individ	.080	0.105	0.76	107	.447	.002	0	0.011
Scopuri instrumentale	Intra-individ	.042	0.022	1.92	764	.055	.003	0.000	0.014
	Inter-individ	.203**	0.049	4.13	107	<.001	.049	0.027	0.078
Reevaluare	Intra-individ	.016	0.039	0.42	764	.672	.000	0.000	0.006
	Inter-individ	.146*	0.063	2.28	107	.024	.016	0.004	0.034
Supresie	Intra-individ	-.061	0.044	-1.37	764	.168	.002	0.000	0.012

Distragere	Inter-individ	.270*	0.097	2.77	107	.006	.023	0.008	0.044
	Intra-individ	.112*	0.037	2.96	764	.003	.009	0.001	0.025
Atenție selectivă	Inter-individ	.149	0.100	1.49	107	.137	.007	0.000	0.020
	Intra-individ	.161*	0.082	1.95	764	.050	.006	0.000	0.018
Selectarea situației	Inter-individ	.740**	0.199	3.71	107	<.001	.040	0.020	0.066
	Intra-individ	.214*	0.069	3.08	764	.002	.012	0.003	0.029
	Inter-individ	.791**	0.217	3.64	107	<.001	.039	0.019	0.064

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Tabelul 5 prezintă rezultatele asocierii dintre emoții negative și scopurile (hedonice și instrumentale), respectiv strategiile (reevaluare, supresie, distragere, atenție selectivă, și selectarea situației) de reglare emoțională.

Tabel 5. Rezultatele analizei multinivelare pentru reglare emoțională, utilizând emoțiile negative ca predictor (N = 109).

Criteriu	Nivel	beta	S.E.	t	df	p	R ²	95% CI	
								LL	UL
Scopuri hedonice	Intra-individ	.025	0.021	1.17	764	.241	.002	0.000	0.011
	Inter-individ	.160**	0.039	4.10	107	<.001	.069	0.043	0.100
Scopuri instrumentale	Intra-individ	.127*	0.043	2.95	764	.003	.009	0.001	0.024
	Inter-individ	.279**	0.080	3.48	107	<.001	.041	0.021	0.067
Reevaluare	Intra-individ	-.017	0.034	-0.50	764	.612	.000	0.000	0.006
	Inter-individ	.259**	0.062	4.13	107	<.001	.067	0.041	0.098
Supresie	Intra-individ	.055*	0.024	2.27	764	.023	.005	0.000	0.017
	Inter-individ	.136**	0.041	3.25	107	.001	.029	0.013	0.052
Distragere	Intra-individ	.160**	0.031	5.11	764	<.001	.035	0.017	0.060
	Inter-individ	.175**	0.038	4.57	107	<.001	.041	0.021	0.068
Atenție selectivă	Intra-individ	.026	0.013	1.86	764	.063	.003	0.000	0.014
	Inter-individ	.057*	0.020	2.78	107	.006	.015	0.004	0.034
Selectarea situației	Intra-individ	.066**	0.017	3.77	764	<.001	.019	0.006	0.038
	Inter-individ	.057*	0.018	3.16	107	.002	.014	0.004	0.032

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Rezultatele medierii

Scopurile instrumentale au mediat relația dintre emoții negative și DPD, rezultatele sugerând efecte directe ($b = .063$, 95% CI [0.008; 0.120]) și indirecte ($b = .019$, 95% CI

[0.0002; 0.042]) semnificative. Rezultatele analizei de cale sunt prezentate în Figura 1. Niciun alt mediator nu a fost identificat pentru asocierile dintre distres emoțional și simptomele AVPD, DPD, sau OCPD.

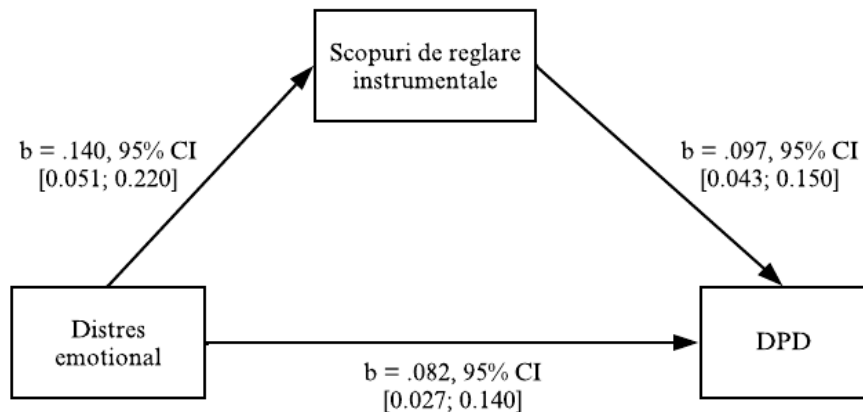


Figura 1. Analiza de cale pentru relația dintre distres emoțional și simptomele tulburării de personalitate dependentă, folosind scopurile instrumentale ca mediator.

Rezultatele moderării

Nu am identificat suport pentru rolul moderator al maltratării din copilărie în asocierile dintre distres emoțional și simptomatologia AVPD, DPD sau OCPD.

3.3.4. Discuții

Acesta e primul studiu din literatură care investighează cum se desfășoară procesele asociate reglării emoționale în cazul clusterului C, folosind măsurători ecologice momentane. Metodologia utilizată permite o imagine de ansamblu mai clară asupra proceselor de reglare emoțională, asocierea lor cu clusterul C și emoțiile negative, și impactul pe care îl au acestea asupra clusterului C în condiții de distres emoțional. Luate împreună cu rezultatele studiului 2a, rezultatele studiului 2b reflectă diferențele identificate anterior între reglarea emoțională habituală și spontană, susținând cercetarea care susține că procesele de reglare emoțională ar trebui investigate și cu ajutorul măsurătorilor momentane ale reglării, dincolo de evaluarea globală a acestui construct (Ion et al., 2023; Koval & Kalokerinos, 2022; Koval et al., 2023; McMahon & Naragon-Gainey, 2020).

Rezultatele au indicat că nivelurile ridicate de distres emoțional au fost asociate cu severitatea raportată a simptomelor TP din clusterul C, cu excepția OCPD. Mai mult, acest studiu subliniază că niveluri mai crescute ale simptomatologiei din clusterul C au fost raportate în situații care au presupus distres emoțional crescut. Aceste rezultate ar sugera nu numai că persoanele cu simptomatologie din clusterul C prezintă niveluri mai crescute de emoții negative, dar și că scorurile pe simptome cresc ca răspuns la prezența acestor emoții. Rezultatele sugerează, cu toate acestea, că aceste intensificări ale simptomatologiei ca răspuns la distres emoțional se datorează dificultăților de reglare emoțională (i.e., a fi motivat de scopuri ce ținesc alte aspecte, dincolo de reducerea distresului) doar în cazul DPD. Rezultatele au mai sugerat și că persoanele cu probleme din clusterul C tind să se concentreze atât pe scopuri

hedonice, cât și pe scopuri instrumentale. OCPD constituie o excepție, dat fiind că participanții cu aceste simptome au prezentat o axare crescută pe scopuri instrumentale. Aceste rezultate susțin cercetările anterioare care sugerează că, atunci când sunt întâmpinate dificultăți în încercările de reglare emoțională, severitatea simptomelor psihopatologice se intensifică, oferind suport pentru ideea că reglarea emoțională ar putea fi un mecanism transdiagnostic implicat în psihopatologie (Aldao et al., 2016; Lincoln et al., 2022), chiar și în cazul clusterul C.

Unul din rezultatele studiului sugerează că participanții cu simptomatologie din clusterul C tind să raporteze niveluri mai crescute de utilizare a reevaluării pe măsură ce simptomatologia se intensifică. Aceste rezultate sunt contrare rapoartelor anterioare ce raportează că o utilizare mai scăzută a reevaluării e asociată cu intensificări ale psihopatologiei (Aldao et al., 2010; Miu et al., 2022; Prefit et al., 2019). Având în vedere noutatea acestor rezultate, mai multă cercetare este necesară. Reevaluarea ar putea duce la intensificări ale simptomatologiei dacă nu este utilizată flexibil, conform cerințelor contextului (Aldao, 2013; Bonanno & Burton, 2013). Există o linie de cercetare care sugerează că indivizii preferă să utilizeze reevaluarea în situații cu intensitate emoțională redusă și distragerea în situații cu intensitate emoțională ridicată, cu efecte benefice pe termen lung (ex., Shafir & Sheppes, 2018; Sheppes, 2020). E posibil ca persoanele cu cluster C să prezintă preferințe dereglate și să utilizeze reevaluarea în situații cu intensitate emoțională ridicată, ceea ce ar putea duce la intensificarea severității simptomatologiei. Această linie de cercetare și aspectele legate de flexibilitatea reglării emoționale (Chen & Bonanno, 2021) merită investigate în cazul clusterului C, pentru a înțelege mai bine cum se manifestă dificultățile în reglarea emoțională în cazul acestor TP.

În rapoartele ecologice momentane anterioare ce investighează scopurile și strategiile de reglare emoțională, rezultatele au sugerat că scopurile instrumentale ar putea motiva spre toate tipurile de strategii cuprinse în modelul procesual al reglării emoționale (Eldesouky & English, 2019b, Gross, 1998, 2015). Dat fiind că persoanele cu cluster C par a fi motivate atât de scopuri hedonice, cât și de scopurile instrumentale de reglare, e posibil ca rezultatele referitoare la strategii obținute în acest studiu să reflecte tendințele observate în studiile anterioare (Eldesouky & English, 2019b). O altă posibilă explicație pentru asocierile dintre strategii și cluster C ar putea face referire la nivelul de angajament pe care îl presupun aceste strategii. Cercetările anterioare sugerează că strategiile cum sunt supresia, distragerea, atenția selectivă și selectarea situației ar putea presupune evitarea emoțiilor (Andriopoulos, & Kafetsios, 2015; Gross et al., 2019; Ion et al., 2023; McMahon & Naragon-Gainey, 2019). Aceste rezultate ar fi în concordanță cu caracteristicile observate anterior în cazul TP din clusterul C. Este neclar, totuși, de ce nu am identificat alte efecte de mediere ale reglării în relația dintre distress emoțional și cluster C. Având în vedere că această linie de cercetare e recentă în cazul acestui tip de simptomatologie, nu putem extrage concluzii clare, și cercetări ulterioare ale desfășurării acestor procese e necesară pentru a înțelege mai bine dinamica emoțiilor și a reglării emoționale în cazul clusterului C.

Maltratarea în copilărie nu a influențat asocierea dintre distress emoțional și cluster C, contrar dovezilor anterioare ce sugerează că distressul emoțional ar putea fi un potențial factor în asocierea dintre maltratare și psihopatologie (ex., Ion et al., 2023; Miu et al., 2022). Nu este în totalitate clar de ce maltratarea nu a avut un rol în asocierea dintre distress emoțional și

clusterul C, dar o posibilă explicație ar putea fi legată de rezultatele studiului 2a, unde nu am putut identifica asocieri semnificative între maltratare și TP investigate. E posibil ca aceste rezultate să fie explicate de tipul instrumentelor utilizate pentru măsurarea maltratării. Este de asemenea posibil ca alte aspecte mai extinse ale adversității (cum ar fi impredictibilitatea sau suportul social) (Glynn et al., 2019; Finkelhor et al., 2015) să fie implicate în această asociere. Mai multă cercetare a acestor asocieri și a mecanismelor implicate este necesară.

Acest studiu contribuie la literatura existentă în cazul clusterului C prin axarea pe procesele de reglare emoțională spontană (în cazul stadiului de selecție și implementare), maltratare în copilărie și distres emoțional în același model teoretic. Acest studiu subliniază, de asemenea, rolul scopurilor de reglare emoțională ca potențial mecanism în asocierea dintre distres emoțional și simptomatologia DPD. O înțelegere mai clară a naturii acestor relații, a proceselor implicate și a interacțiunilor dintre ele, așa cum se desfășoară în cazul clusterului C, ar putea duce la o înțelegere mai clară a debutului și dezvoltării acestor TP, și ar putea îmbunătăți eforturile de prevenție, diagnostic și intervenție în cazul acestei simptomatologii.

Cu toate acestea, studiul prezintă o serie de limite. În studiu au fost utilizate măsurători ce constau în auto-raportare. E posibil și ca duratele mai lungi de timp dintre completările din jurnal să fi influențat raportările participanților. Aceste raportări ar putea fi influențate de evenimente ce au loc între experiențele emoționale negative și completarea jurnalului. Mărimea eșantionului e mică, și e posibil ca aplicația mobilă utilizată să fi contribuit la mărimea eșantionului (datele au fost accesibile cercetătorilor doar pe baza trimerii lor de către participanți). Numărul de zile completate în jurnal nu a fost luat în considerare în analiză.

Eșantionul a fost compus în principal din femei. Simptomele din clusterul C au fost măsurate pe baza scorurilor obținute pe SNAP-2. Disfuncționalitatea de la nivelul personalității nu a fost luată în considerare la includere și evaluare, iar participanții nu au fost diagnosticați cu interviuri clinice. Impactul simptomatologiei altor TP nu a fost luat în considerare. Ne-am concentrat doar pe maltratarea din copilărie ca fațetă a AC. Ne-am concentrat doar pe strategiile propuse de modelul procesual al reglării emoționale (Gross, 1998, 2015), și pe scopuri generale de reglare (hedonice și instrumentale). Cu toate acestea, aceste aspecte nu surprind întreaga imagine de ansamblu a proceselor de reglare emoțională.

3.4. Studiul 3. Markeri Neurofiziologici Ai Reglării Emoționale În Asocierea Dintre Maltratarea În Copilărie Și Tulburările De Personalitate Din Clusterul C

3.4.1. Introducere

Unele studii sugerează că strategiile de reglare din repertoriul individului sunt evaluate în funcție de costuri, beneficii, context, personalitate și experiențe anterioare, atunci când vine vorba de selectarea strategiilor potrivite de reglare emoțională (Bonanno & Burton, 2013; Eldesouky & Gross, 2019; Hughes et al., 2020; Sheppes et al., 2015; Tamir et al., 2020). S-a constatat că, în etapa de implementare, indivizii preferă să folosească distragerea atunci când sunt expuși la situații de intensitate emoțională ridicată, și reevaluarea atunci când sunt expuși la situații de intensitate emoțională scăzută (Shafir et al., 2016; Sheppes, 2020). Etapa de monitorizare a reglării emoționale poate fi, de asemenea, influențată de intensitatea stărilor interne, de context și de preferințele de reglare (Birk & Bonanno, 2016; Dorman Ilan et al., 2019). În acest sens, studiile arată că implementarea strategiilor care sunt incongruente cu preferințele menționate mai sus duce la o creștere a frecvenței de schimbare a strategiilor (de

la distragere la reevaluare în situații cu intensitate emoțională scăzută, și de la reevaluare la distragere în situații cu intensitate emoțională ridicată) (Dorman Ilan et al., 2019). În domeniul cercetării reglării emoționale, s-au înregistrat progrese și în ceea ce privește markerii neurofiziologici ai reglării. Potențialele pozitive târzii (LPP), un tip de potențial relaționat de eveniment (ERP), sunt considerate a fi un posibil marker al reglării emoționale (Dorman Ilan et al., 2019; Hajcak et al., 2014; Shafir & Sheppes, 2018). ERP sunt potențiale electrice ce apar în creier ca rezultat al evenimentelor/stimulilor interni sau externi, și se presupune că sunt implicate în procesarea emoțiilor (vezi Luck, 2012 pentru o revizie a literaturii). LPP sunt deviații pozitive ale unde ERP, care încep în mod normal după 300 ms de la expunerea la stimuli și pot fi localizate și măsurate cu ajutorul electroencefalografiei de densitate înaltă (EEG) (Hajcak & Foti, 2020; Luck, 2014). Literatura anterioară sugerează că deviația LPP ar putea fi un indicator al reactivității emoționale, în timp ce modularea LPP ar putea fi considerată un indicator al succesului în reglarea emoțională (e.g., Dorman Ilan et al., 2019; Hajcak et al., 2014; Liu et al., 2012; Shafir & Sheppes, 2018).

Majoritatea datelor privind stadiile reglării emoționale în cazul maltratării din copilărie sunt auto-raportate. Studiile se concentrează în mare parte pe stadiul de implementare, cu cercetări anterioare ce subliniază potențiale strategii de reglare și consecințele lor (Gross, 1998; Aldao et al., 2010; McRae et al., 2012; Shafir & Sheppes, 2018; Sheppes et al., 2014). Cercetările anterioare raportează că indivizii maltratați raportează un nivel mai scăzut de utilizare a reevaluării și a savurării, și o utilizare crescută a supresiei, cu succes redus în reglarea emoțiilor (Gruhn & Compas, 2022; Ion et al., 2023; Miu et al., 2022). De asemenea, se pare că experiențele anterioare, cum ar fi expunerea la AC, ar putea influența decizia de a regla emoțiile (Eldesouky & Gross, 2019). Literatura a raportat că AC au fost asociate cu labilitatea emoțională, dificultăți în identificarea emoțiilor și în claritatea emoțională, niveluri crescute de emoții negative, niveluri scăzute de emoții pozitive și cu bias de procesare automată negativ în amigdală (Dannowski et al., 2013; Ion et al., 2023; Miu et al., 2022; Warmingham et al., 2023). În stadiul de selecție, maltratarea din copilărie a fost asociată negativ cu scopurile hedonice (Ion et al., 2023). Până în prezent, nu au fost derulate investigații ale posibilelor preferințe în ceea ce privește opțiunile de reglare în cazul indivizilor cu istoric de maltratare. Nu au fost efectuate studii privind impactul maltratării din copilărie asupra etapei de monitorizare a reglării emoționale. Având în vedere dovezile disponibile, ne-am așteptat ca, atunci când am compara indivizi cu istoric diferit de expunere la maltratare, să se observe efecte asupra acestor diverse etape.

Prin urmare, acest studiu propune să analizeze deficitul comportamental și neurofiziologic în reglarea emoțiilor în cazul indivizilor care prezintă un istoric de maltratare în copilărie, concentrându-ne pe două strategii de reglare: reevaluare și distragere. Vom investiga mai multe etape ale procesului de reglare emoțională, utilizând o măsurătoare experimentală nouă a reglării emoționale. Pe baza literaturii prezentate mai sus, formulăm ipoteza că maltratarea în copilărie este asociată cu o eficacitate mai scăzută în alegerea strategiilor, reflectată printr-o preferință nediscriminatorie pentru distragere, indiferent de intensitatea stimulilor, în cazul unui grup care prezintă scoruri ridicate de maltratare, comparativ cu un grup care prezintă scoruri scăzute de maltratare. Un marker al succesului reglării emoționale ar fi modularea LPP (Dorman Ilan et al., 2019; Hajcak & Foti, 2020; Sheppes, 2020). Nu există studii care să investigheze impactul maltratării din copilărie asupra acestor markeri neurofiziologici și nici studii care să investigheze efectul reevaluării asupra modulării LPP în cazul indivizilor ce prezintă un istoric de maltratare. Vom explora dacă maltratarea din copilărie este asociată cu o eficacitate mai scăzută în implementarea reevaluării, reflectată de alegerile comportamentale și de măsurătorile neurofiziologice (modularea LPP), în cazul unui grup care prezintă scoruri ridicate de maltratare, comparativ cu un grup cu scoruri scăzute de maltratare.

Având în vedere că s-a sugerat anterior că preferințele în reglarea emoțională influențează stadiul de monitorizare a reglării (în special în ceea ce privește frecvența schimbării strategiilor atunci când alegerile sunt incongruente preferințele) (Dorman Ilan et al., 2019), formulăm ipoteza că maltratarea în copilărie este asociată cu o eficacitate mai scăzută a monitorizării reglării, reflectată printr-o schimbare nediscriminatorie spre distragere, indiferent de intensitatea stimulilor, în cazul unui grup cu scoruri ridicate de maltratare, comparativ cu un grup cu scoruri reduse de maltratare. Un obiectiv secundar al acestui studiu va fi să investigheze asocierea prospectivă dintre maltratarea din copilărie și patologia personalității din clusterul C, precum și posibilul rol al deficitelor de reglare emoțională în această asociere. Ne propunem să investigăm dacă deficitul implicat în stadiile de selecție, implementare și monitorizare a reglării emoționale (reflectate prin alegeri comportamentale și măsurători neurofiziologice ale reglării emoționale) mediază asocierea dintre maltratarea în copilărie și trăsăturile de personalitate din clusterul C.

3.4.2. Metode

Design

Design-ul acestui studiu este de tip factorial 2x3x2, utilizând măsurători independente, repetate (IM). Prima variabilă independentă (grupul) va avea două niveluri (grupul cu scoruri ridicate de maltratare vs. grupul cu scoruri scăzute de maltratare), a doua variabilă independentă (instrucțiunile pentru strategiile de reglare) va avea trei niveluri (reevaluare vs. distragere vs. privește), iar a treia variabilă independentă (intensitatea imaginilor negative) va avea două niveluri (imagini cu intensitate emoțională ridicată vs. imagini cu intensitate emoțională scăzută). Studiul a fost pre-înregistrat în OSF (<https://osf.io/yzagx>).

Participanți

Mărimea eșantionului a fost calculată folosind MorePower 6.0.4 (Campbell & Thompson, 2012). Rezultatele au indicat că mărimea eșantionului ar trebui să fie de minim 72 de participanți (36 de participanți/grup). Diagrama flowchart este prezentată în Figura 1. Eșantionul final a fost alcătuit din 79 de participanți cu vârste cuprinse între 18 și 57 de ani ($M = 29.55$, $SD = 9.28$), și a fost compus din 57 de femei (72.2%) și 22 de bărbați (27.8%).

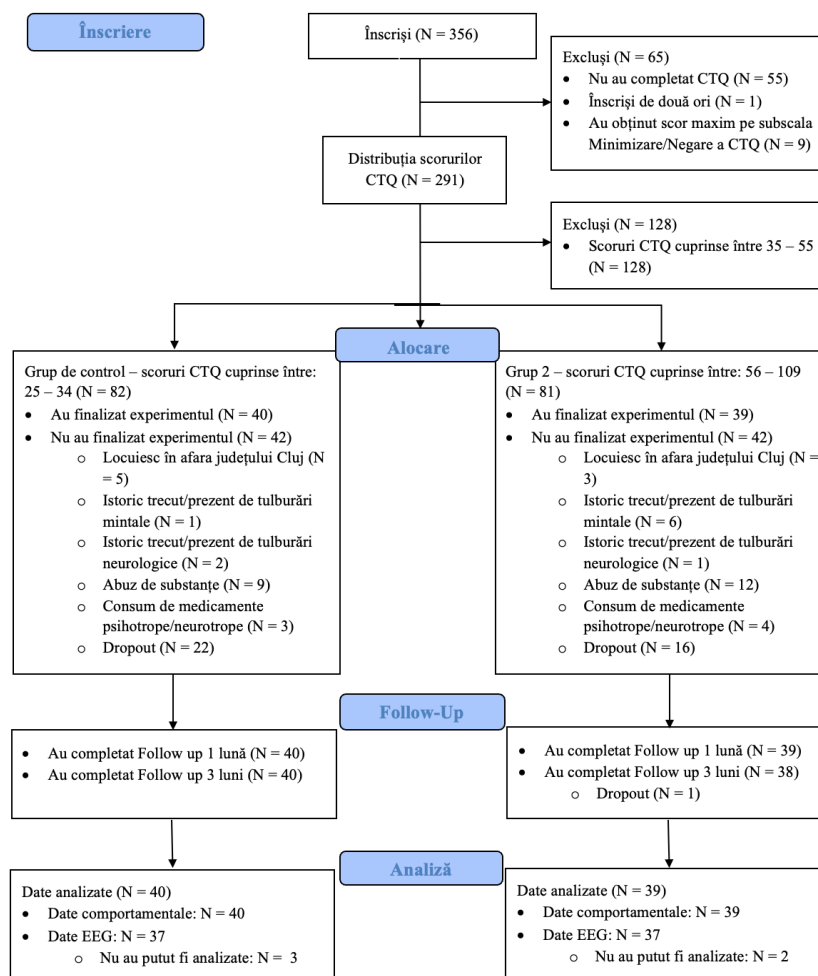


Figura 1. Diagrama flowchart ce descrie participanții incluși.

Criterii de includere. Participanții au fost considerați eligibili pentru includere dacă au completat evaluarea inițială (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ; Bernstein et al., 2003), dacă aveau vârsta de minim 18 ani și dacă aveau scoruri care se încadrau în intervalul 25% superior și 25% inferior a distribuției scorurilor totale obținute pe CTQ. Am inclus, de asemenea, participanții care locuiau în Cluj-Napoca, care nu prezentau un istoric de tulburări mintale sau neurologice diagnosticate și nu foloseau medicamente neuro- sau psihotrope sau droguri (de ex., marijuana, LSD, amfetamine, mefedronă, metadonă, psilocibine, ayahuasca, steroizi).

Instrumente

Adversități din copilărie. Am măsurat maltratarea din copilărie ca fațetă a AC, folosind CTQ (Bernstein et al., 2003).

Cluster C. Trăsăturile de personalitate din clusterul C au fost măsurate folosind Personality Inventory for DSM-5 - Short Form (PID-5-SF; Maples et al., 2015). Scorurile AVPD și OCPD au fost calculate prin însumarea scorurile obținute pe trăsături de personalitate patologice, așa cum este specificat în modelul alternativ al TP (APA, 2013).

Sarcina experimentală de reglare a emoțiilor. Această sarcină experimentală măsoară selecția, implementarea și monitorizarea reglării emoționale, și a fost adaptată după o sarcină experimentală creată anterior de Dorman și colaboratorii (2019). Structura unui trial este prezentată în Figura 2.

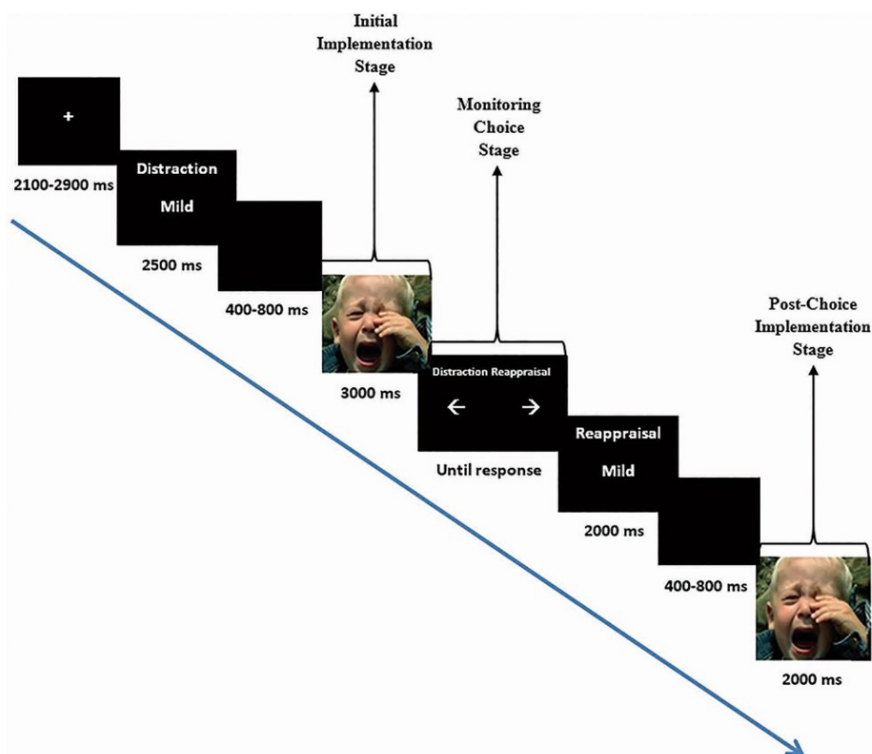


Figura 2. Structura unui trial din sarcina experimentală, preluată de la Dorman Ilan și colaboratorii (2019).

Sarcina include 120 de imagini negative cu intensitate emoțională ridicată și scăzută. În prima fază a unui trial, după crucea de fixare, participanților le-a fost prezentată o strategie de reglare (reevaluare, distragere sau privește) care trebuia să implementată cu intenția de a reduce intensitatea ambelor tipuri de imagini negative (stadiul de implementare). În această fază, imaginea a fost prezentată pe ecran timp de 3 secunde. În a doua fază a unui trial, participanții au fost invitați să aleagă o strategie de reglare (reevaluare vs. distragere) care a fost eficientă pentru ei în reducerea intensității imaginilor negative. După alegere, imaginile negative prezentate în prima fază a trial-ului au reapărut pe ecran (faza de monitorizare) timp de 2 secunde. După implementarea alegerii, participanții au cotat intensitatea emoțiilor negative percepute pe o scală Likert de la 1 (Intensitate foarte scăzută) la 9 (Intensitate foarte ridicată). Inițial, participanții au fost instruiți în privința sarcinii experimentale și a strategiilor de reglare implicate în studiu. Participanții au fost rugați să dea exemple pentru toate cele trei strategii de reglare, pentru a testa aderența la instrucțiuni. Aceștia au fost apoi instruiți că vor trece prin trei tipuri de trial-uri: un trial care începe cu distragere, unde alegerea constă în menținerea distragerii sau schimbarea către reevaluare; un trial care începe cu reevaluarea și alegerea constă în menținerea reevaluării sau schimbarea către distragere; și un trial care începe cu privește, iar alegerea constă în selectarea uneia din cele două strategii (distragere sau reevaluare). Apoi, participanții au trecut prin trei trial-uri de probă, în care aderența lor la instrucțiuni a fost testată din nou prin exemple pentru fiecare strategie de reglare din sarcină. Ulterior, participanții au parcurs 6 trial-uri de antrenament, pentru a se familiariza cu sarcina experimentală. Tabelul 1 prezintă diversele stadii ale reglării măsurate cu această sarcină experimentală și efectele ce pot fi observate în fiecare stadiu.

Tabel 1. Descrierea stadiilor reglării emoționale și a efectelor ce pot fi observate cu ajutorul sarcinii experimentale.

Stadiul reglării emoționale	Sarcina experimentală	Efect
Stadiul de implementare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trial-ul începe inițial cu instrucțiunea privește, distragere sau reevaluare. 2. Participanții implementează instrucțiunea așa cum e specificat, pe imagini cu intensitate emoțională ridicată sau scăzută. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LPP pre-alegere (modularea LPP după trial-urile care încep inițial cu instrucțiunile privește, distragere sau reevaluare).
Stadiul de selecție	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trial-urile încep inițial cu instrucțiunea privește. 2. Participanții implementează instrucțiunea privește pe imagini cu intensitate ridicată sau scăzută. 3. Apare instrucțiunea de a selecta o strategie (distragere vs. reevaluare) ce ajută la reducerea intensității imaginii negative. 4. Participanții implementează strategia aleasă pe imagini cu intensitate ridicată sau scăzută. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LPP post-alegere (modularea LPP după implementarea alegerii participanților). 2. Frecvența alegerii distragerii (cât de des aleg participanții distragerea). 3. Flexibilitatea selecției (numărul de trial-uri în care distragerea a fost selectată la intensitate ridicată minus numărul de trial-uri în care distragerea a fost aleasă la intensitate scăzută).
Stadiul de monitorizare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trial-urile încep inițial cu distragere sau reevaluare. 2. Participanții implementează una din cele două strategii, la întâmplare, pe imagini negative cu intensitate ridicată sau scăzută. 3. Apare instrucțiunea de a selecta una din cele două strategii (distragere vs. reevaluare) ce ajută în reducerea intensității imaginii negative. 4. Participanții implementează strategia aleasă pe imagini cu intensitate ridicată sau scăzută. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecvența schimbării (cât de des schimbă participanții de la o strategie la alta). 2. Flexibilitatea selecției (numărul de trial-uri în care distragerea a fost selectată la intensitate ridicată minus numărul de trial-uri în care distragerea a fost aleasă la intensitate scăzută). 3. Consecința neurofiziologică (impactul preferințelor din stadiul de monitorizare și a implementării inițiale asupra intensității emoționale).

LPP = Potențiale pozitive târzii.

Măsurători neurofiziologice și datele EEG. Datele neurofiziologice au fost colectate folosind EEG/ERP de densitate înaltă. După antrenament și trial-uri de probă, participanților li s-a montat o cască cu 128 de electrozi EEG (HydroCel Geodesic Sensor Net) și au fost invitați într-o cutie Faraday, unde casca EEG a fost conectată la un amplificator Net Amp 400. Electrofulul Cz a fost utilizat ca referință. Impedanțele electrozilor au fost verificate pentru activitate mai joasă de 50 k Ω înainte de înregistrarea datelor (Ferree et al., 2001). Dacă pe parcursul analizei înregistrării au fost identificați electrozi problematici, media semnalelor provenite de la electrozii învecinați a fost interpolată. Artefactele oculare au fost filtrate. Media electrozilor plasați pe mastoidul stâng și drept a fost considerată drept referință pentru analiza LPP (Moser et al., 2006; Shafir et al., 2015). Datele au fost segmentate pentru fiecare trial în parte. Ca referințe de timp pentru LPP, la fiecare trial s-au folosit perioade de 200 ms înainte de prezentarea imaginii, 4000 ms după expunerea la imagine (unde trial-urile au presupus implementarea inițială a strategiilor de reglare emoțională) și 3000 de ms după prezentarea imaginii (în cazul trial-urilor ce implică alegerea). Amplitudinea LPP a fost calculată pentru trial-urile fără artefacte, ca o medie a semnalului extras de la electrozii centro-parietali (Cz, CP1, CP2) (Dorman Ilan et al., 2019; Thiruchselvam et al., 2011).

Procedură

Toți participanții și-au oferit consimțământul informat la înscriere. Pentru a se înscrie, participanții au completat datele demografice și au furnizat istoricul medical. După înscriere, participanții au completat scala CTQ (evaluare inițială). Distribuția scorurilor CTQ a fost apoi calculată. Participanții au fost împărțiți în intervalul 25% inferior (scoruri cuprinse între 25 și 34) și intervalul 25% superior (scoruri cuprinse între 56 și 109) al distribuției scorurilor totale CTQ. După ce au fost împărțiți în unul din cele două grupuri (scor de maltratare scăzut, respectiv scor de maltratare ridicat) și au fost aplicate criteriile de includere, participanții au fost invitați în cadrul Laboratorului de Neuroștiințe Cognitive (Babeș-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania). În laborator, participanții și-au oferit consimțământul informat pentru proceduri și au fost instruiți în privința sarcinii experimentale și procedurilor de colectare a datelor EEG. În timpul analizei datelor EEG, 5 participanți au fost excluși pe baza unor probleme tehnice cu înregistrarea datelor. După parcurgerea sarcinii experimentale participanții au completat PID-5. După completarea acestui instrument, participanții au fost recompensați cu vouchere valorice. PID-5 a fost completat din nou la o lună și la trei luni de la parcurgerea sarcinii experimentale. Un participant a renunțat în timpul follow up-ului de trei luni. La finalul studiului participanții care au completat toate etapele de follow up au fost recompensați din nou cu vouchere valorice.

3.4.3. Rezultate

Comparațiile post hoc au sugerat că, atunci când nivelul intensității emoționale este scăzut, LPP pre-alegere a fost mai scăzut când distragerea a fost implementată inițial, comparativ cu reevaluarea, $t(6240) = -2.41, p = .016$. O diferență semnificativă a fost identificată atunci când trial-urile care au început cu distragere au fost comparate cu trial-urile care au început cu reevaluare în cazul grupului cu scor de maltratare ridicat când intensitatea emoțională a fost scăzută, $t(6240) = -2.09, p = .036$, sugerând că distragerea a rezultat într-o modulare mai ridicată a LPP pre-alegere comparativ cu reevaluarea, când intensitatea emoțională era scăzută. Nivelul intensității emoționale a avut un impact semnificativ asupra frecvenței alegerii distragerii, $F(1, 77) = 19.71, p < .001, \eta_p^2 = .204$. Comparațiile post hoc au sugerat că participanții au ales distragerea mai frecvent atunci când intensitatea emoțională a fost ridicată, comparativ cu intensitatea emoțională scăzută, $t(77) = -4.44, p < .001$. Nicio altă diferență semnificativă nu a fost identificată în etapele de implementare și selecție. A fost observat un efect semnificativ al interacțiunii implementarea inițială a strategiei*nivelul de intensitate emoțională, $F(1,77) = 29.04, p < .001, \eta_p^2 = .274$. Când au fost expuși la imagini cu intensitate emoțională scăzută, participanții au schimbat strategia mai frecvent atunci când trial-urile începeau cu distragere, comparativ cu cele ce începeau cu reevaluare, $t(77) = 6.57, p < .001$. Participanții din grupul cu scoruri de maltratare ridicate au schimbat strategia de reglare mai frecvent atunci când intensitatea emoțiilor era scăzută și trial-urile începeau cu distragere, comparativ cu cele ce începeau cu reevaluare, $t(77) = 5.10, p < .001$. Și participanții din grupul cu scoruri de maltratare scăzute au schimbat strategia de reglare mai frecvent atunci când intensitatea emoțiilor era scăzută. În acest caz am comparat trial-urile care au început cu distragerea cu trial-urile care au început cu reevaluare, $t(77) = 4.18, p = .002$.

Asocieri dintre AVPD și OCPD

Tabelul 2 prezintă rezultatele detaliate pentru aceste analize. Analizele post hoc au sugerat că scoruri mai crescute de trăsături AVPD au fost identificate în grupul cu scoruri de maltratare ridicate comparativ cu grupul cu scoruri de maltratare scăzute, $t(76) = -3.04, p = .003$. Am identificat scoruri mai mici pe trăsăturile OCPD la follow up-ul de la o lună, $t(76) =$

2.77, $p = .019$, respectiv trei luni, $t(76) = 3.50$, $p = .002$, comparativ cu evaluarea de la baseline. Nu a fost identificate diferențe atunci când cele două follow up-uri au fost comparate, $t(76) = 1.35$, $p = .373$. Comparațiile post hoc au mai sugerat și că participanții din grupul cu scoruri ridicate de maltratare prezintă scoruri mai ridicate de trăsături OCPD, comparativ cu grupul cu scoruri scăzute de maltratare, $t(76) = -2.29$, $p = .025$. Nu am găsit suport pentru analiza de mediere.

Tabel 2. Asocieri cu clusterul C (N = 78).

Variabilă dependentă	Factor	Sum of squares	df	df	Mean square	F	p	η_p^2
Trăsături AVPD	Timp	1.131	2	152	0.565	0.61	.543	.008
	Grup	114	1	76	113.8	9.23*	.003	.108
	Timp*Grup	0.121	2	152	0.060	0.06	.937	.001
Trăsături OCPD	Timp	13.17	2	152	6.587	7.24**	<.001	.087
	Grup	49.1	1	76	49.09	5.23*	.025	.064
	Timp*Grup	1.38	2	152	0.688	0.75	.471	.010

* $p < .05$; ** $p < .001$; AVPD = Tulburarea de personalitate evitantă; OCPD = Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

3.4.4. Discuții

Etapa inițială de implementare

Rezultatele studiilor anterioare sugerează că modularea crescută a LPP este așteptată atunci când reevaluarea este implementată în situații cu intensitate emoțională scăzută și când distragerea este implementată în situații cu intensitate emoțională crescută (Shafir & Sheppes, 2018; Shafir et al., 2015; Sheppes, 2020). Aceste rezultate nu au fost replicate în studiul nostru. Literatura pare să sugereze că maltratarea din copilărie este asociată cu o utilizare redusă a reevaluării și cu un succes scăzut al reglării (Ion et al., 2023; Miu et al., 2022). Am categorizat maltratarea din copilărie ca fiind scăzută sau crescută pe baza distribuției scorurilor totale CTQ, ceea ce ar putea să explice aceste rezultate. Fiind primul studiu care utilizează această măsurătoare experimentală de reglare emoțională pentru a investiga impactul maltratării din copilărie (categorizată prin scoruri scăzute versus scoruri ridicate de maltratare) asupra implementării strategiilor de reglare, nu putem extrage inferențe clare cu privire la rezultate. Având în vedere caracterul inovativ al acestui studiu, este necesară o explorare mai aprofundată a impactului maltratării din copilărie asupra etapei de implementare.

Etapa de selecție

Rezultatele noastre sunt în concordanță cu studiile ce sugerează că indivizii preferă să folosească distragerea în situații cu intensitate crescută (Shafir & Sheppes, 2018; Shafir et al., 2015; Sheppes, 2020). Această linie de cercetare sugerează că reevaluarea implică efort cognitiv crescut (Suri et al., 2015) și că intensitatea emoțiilor influențează implementarea distragerii și a reevaluării (Shafir et al., 2015; Sheppes & Gross, 2011). Mai concret, distragerea implică un efort cognitiv mai scăzut decât reevaluarea, și nu împiedică alocarea resurselor, deoarece presupune dezangajarea de emoții dificile (Shafir et al., 2015; Sheppes, 2020). Cele două grupuri nu prezintă diferențe semnificative în ceea ce privește frecvența cu care au ales distragerea și în ceea ce privește flexibilitatea selecției. Prin urmare, ipoteza noastră nu a fost

confirmată. Luând în considerare faptul că acesta este primul studiu care folosește acest tip de măsurătoare a reglării emoționale pentru a investiga dacă maltratarea din copilărie (categorizată ca scoruri scăzute sau ridicate de maltratare) influențează preferințele legate de utilizarea strategiilor de reglare, nu putem să extragem concluzii clare.

Etapa de monitorizare

În stadiul de monitorizare, participanții din ambele grupuri au avut tendința de a schimba mai frecvent strategia de reglare în trial-uri care începeau cu distragere la intensitate emoțională scăzută. Aceste rezultate replică descoperirile anterioare ce sugerează că atunci când participanților li se prezintă opțiuni de reglare care ar putea să contravină preferințelor de a folosi anumite strategii, frecvența schimbării crește (Dorman Ilan et al., 2019). Este de asemenea posibil ca menținerea reevaluării să fie cauzată de predilecția participanților de a rămâne cu opțiunea propusă inițial, efect observat și în studii anterioare (Suri et al., 2015; Dorman Ilan et al., 2019). Nu au existat diferențe între cele două grupuri în termeni de flexibilitatea selecției sau consecințe neurofiziologice. Etapa de monitorizare nu a mai fost investigată niciodată în cazul maltratării din copilărie. Având în vedere noutatea acestor rezultate, investigații suplimentare sunt necesare.

Asocierile cu trăsăturile de personalitate AVPD și OCPD

Teoriile existente ce explică clusterul C fac referire la AC ca fiind un posibil factor de risc. Deși rezultatele din cercetările anterioare sunt mixte, unele studii fac referire la asocierea dintre maltratarea din copilărie și AVPD, respectiv OCPD (Klein et al., 2015; Waxman et al., 2014; Zhang & Zheng, 2018; Zhao et al., 2021). Dat fiind faptul că nivelurile scorurilor de maltratare din copilărie și momentul evaluării nu au interacționat, nu am identificat suport pentru modelul de mediere. Studiile anterioare sugerează că AC ar putea fi un factor de risc transdiagnostic pentru psihopatologie (Hogg et al., 2022; Hostinar et al., 2023; McLaughlin et al., 2020), și că reglarea emoțională ar putea juca un rol în această asociere (Miu et al., 2022; Weissman et al., 2019). Acesta este primul studiu care investighează asocierile dintre maltratarea în copilărie și trăsăturile patologice de personalitate ale clusterului C, așa cum este specificat în modelul dimensional al tulburărilor de personalitate (APA, 2013; Krueger & Markon, 2014). Concluzii clare cu privire la rezultatele noastre nu pot fi extrase. Însă rezultatele studiului subliniază necesitatea de a investiga în continuare maltratarea din copilărie în cazul patologiei personalității din clusterul C, în special atunci când reglarea emoțională este luată în considerare.

În general, rezultatele studiului ar putea fi explicate și de categorizarea maltratării din copilărie în nivele crescute sau scăzute de maltratare. Am folosit distribuția superioară și inferioară a scorurilor de maltratare pentru a diferenția între cele două grupuri. Cu toate acestea, scorurile scăzute de maltratare nu indică absența expunerii la acest tip de experiențe. Prin urmare, sunt necesare studii suplimentare care să investigheze asocierile propuse, folosind grupuri de control care nu au un istoric de expunere la maltratare în copilărie sau la alte adversități.

Deocamdată, acest studiu contribuie la literatura de specialitate investigând impactul maltratării din copilărie asupra mai multor stadii ale procesului de reglare emoțională. Cercetările anterioare asupra reglării emoționale și asocierea acesteia cu maltratarea din copilărie provin în mare parte din date auto-raportate, și sunt în general concentrate pe stadiul de implementare (e.g., Burns et al., 2010; Ion et al., 2023; Warmingham et al., 2023). Am folosit o măsurătoare experimentală nouă a reglării emoționale (adaptată după Dorman Ilan și colaboratorii, 2019) în încercarea noastră de a investiga această asociere. În plus, ne-am uitat

și la markerii neurofiziologici ai reglării emoționale, în acest fel măsurând aspecte ale reglării care nu sunt accesibile prin auto-raportare. Studiile arată că reglarea emoțională este un proces foarte important implicat în psihopatologie (McLaughlin et al., 2020; Weissman et al., 2019; but see Miu et al., 2022 pentru o revizie a literaturii), și că maltratarea în copilărie poate nu doar să deregleze sistemele afective de reglare (e.g., Schweizer et al., 2016; Tottenham et al., 2010), dar și să contribuie la riscul pentru psihopatologie (McLaughlin et al., 2020; Miu et al., 2022; Smith & Pollak, 2021). Sunt necesare investigații suplimentare asupra acestor constructe și a modului în care acestea interacționează. Investigarea stadiilor implicate în procesul de reglare emoțională ar duce la o mai bună înțelegere a factorilor care predispun la și mențin psihopatologia.

Acest studiu prezintă, de asemenea, o serie de limite. Eșantionul este mic, și acest lucru ar putea influența rezultatele și puterea statistică. Participanții au fost distribuiți în grupuri pe baza scorurilor ridicate, respectiv scăzute de maltratare în copilărie, fapt ce ar fi putut să influențeze rezultatele. Direcționalitatea și temporalitatea asocierilor cu maltratarea din copilărie nu pot fi stabilite. Maltratarea din copilărie a fost măsurată folosind chestionare retrospective de auto-raportare. Ne-am concentrat exclusiv pe maltratare ca fațetă a AC. Trăsăturile de personalitate din clusterul C au fost măsurate, de asemenea, folosind un chestionar de auto-raportare. Nu am folosit interviuri clinice pentru diagnostic și nu am luat alte tulburări comorbide în considerare la includere. Disfuncționalitatea personalității nu a fost măsurată. Clusterul C a fost măsurat conform abordării dimensionale (APA, 2013; Krueger & Markon, 2014). Acest aspect ar putea fi considerat o limită a acestui studiu deoarece această abordare recategorizează DPD ca fiind o TP cu trăsătură specificată (Krueger & Markon, 2014; Skodol et al., 2014).

3.5. Studiul 4. Eficiența Unui Antrenament Concentrat Pe Reevaluare În Cazul Simptomatologiei Clusterului C

3.5.1. Introducere

Reevaluarea este considerată o strategie de reglare emoțională avantajoasă, studiile sugerând că promovează comportamentele legate de sănătate și reduce simptomatologia tulburărilor mintale, mai ales atunci când e utilizată flexibil și e adaptată la cerințele contextului (Aldao, 2013; Bonanno & Burton, 2013; Clark, 2022). Un studiu anterior a investigat efectele unui antrenament de reevaluarea asupra simptomatologiei AVPD și a constatat că succesul implementării reevaluării a crescut, în timp ce cotările intensității imaginilor negative s-au redus după 2 sesiuni de antrenament (Koenigsberg et al., 2019). Un alt studiu a sugerat că persoanele cu AVPD prezintă anxietate atunci când se pregătesc de implementarea reevaluării într-o sarcină ce conține imagini sociale, deși prezintă succes marginal în utilizarea reevaluării (Denny et al., 2015). Nu se cunosc multe dintre efectele reevaluării asupra acestui cluster. Ca atare, acest studiu propune investigarea eficienței unui antrenament de reevaluare asupra simptomatologiei din clusterul C.

Studiile sugerează că indivizii diferă în ceea ce privește activarea scopurilor specifice de reglare emoțională, în funcție de context și trăsături de personalitate (Eldesouky & English, 2019a; Hughes et al., 2020). Ele indică și că experiențele de viață timpurii, mai ales adversitățile, cum ar fi maltratarea din copilărie, pot influența decizia de a regla emoțiile și direcția reglării emoționale (Eldesouky & Gross, 2019; Ion et al., 2023). Există de asemenea dovezi că scopurile de reglare ar putea fi dereglate în cazul psihopatologiei și că indivizii cu

tulburări mintale ar putea alege să mențină sau să crească intensitatea emoțiilor negative, în loc să le regleze într-o direcție care ar putea reduce distresul (Millgram et al., 2015; Millgram et al., 2020).

Cercetările anterioare arată că e posibil ca succesul reevaluării să depindă de scopurile de reglare emoțională activate în stadiul de selecție (Tamir et al., 2019; Tamir & Millgram, 2017). Această linie de cercetare sugerează că scopurile de reglare pot fi activate explicit pentru a influența atât strategiile utilizate pentru reglare, cât și efectele reevaluării cognitive (Eldesouky & Gross, 2019; Tamir et al., 2019). În acest studiu, avansăm ipoteza că antrenamentul de reevaluare cognitivă însoțit de activarea explicită a scopurilor de reglare emoțională direcționate spre reducerea emoțiilor negative, va fi mai eficient în reducerea emoțiilor negative și a simptomatologiei din clusterul C decât antrenamentul de reevaluare cognitivă fără activarea explicită a scopurilor de reglare și decât un jurnal zilnic de monitorizare.

Literatura anterioară a arătat că expunerea la AC și prezența comorbidităților clinice pot influența negativ cursul și complianța la tratament, și că acestea pot contribui la persistența simptomelor de psihopatologie (ex., Liu, 2017; Ross et al., 2003; Trotta et al., 2015; Tyrka et al., 2013). Este neclar, însă, dacă prezența unui istoric de adversități și al altor TP comorbide influențează efectul reevaluării asupra simptomatologia clusterului C (Birgenheir & Pepper, 2011). Propunem să investigăm dacă maltratarea în copilărie și prezența simptomatologiei TP comorbide prezic efectele antrenamentului de reevaluare. Mai mult, rolul moderator al maltratării din copilărie asupra efectelor antrenamentului va fi de asemenea investigat.

3.5.2. Metode

Studiul a fost pre-înregistrat în OSF (<https://osf.io/z2kan>) și a primit viză etică de la Consiliul Științific al Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca, România (număr înregistrare: 370TT / 10.04.2023).

Design

Acest studiu include măsurători repetate independente, folosind un design within-between (3X3). Momentul evaluării (baseline, post-test și follow up) este utilizat ca factor within, iar grupul este utilizat ca factor between. Acest studiu a inclus trei grupuri: participanții din primul grup au fost instruiți să folosească reevaluarea cu scopul de a reduce intensitatea emoțiilor negative, participanții din al doilea grup au fost instruiți să folosească reevaluarea cu scopul de a crește, menține sau reduce intensitatea emoțiilor negative, în timp ce grupul de control a fost invitat să completeze un jurnal de monitorizare.

Participanți

Inițial, mărimea eșantionului a fost calculată. G*Power, v 3.1.9.4, a indicat că mărimea eșantionului ar trebui să fie de cel puțin 93 de participanți (31 participanți/grup). Figura 1 prezintă diagrama flowchart a participanților. Eșantionul final a constat din 113 participanți, cu vârste cuprinse între 20 și 58 de ani ($M = 35.43$, $SD = 8.70$). Eșantionul a fost format predominant din femei ($N = 108$, 95.6%). Participanții au fost incluși în studiu dacă vârsta lor

a fost de minim 18 ani, dacă au prezentat simptome pentru cel puțin o TP din clusterul C, și dacă au completat măsurătorile de la baseline, post-test și follow up. Am considerat participanții ca dropout (N = 62; 35.4%) dacă nu au instalat aplicația pe care urma să se desfășoare antrenamentul (N = 34), dacă nu au completat măsurătorile de la post-test (N = 23), și dacă nu au completat măsurătorile de la follow up (N = 5).

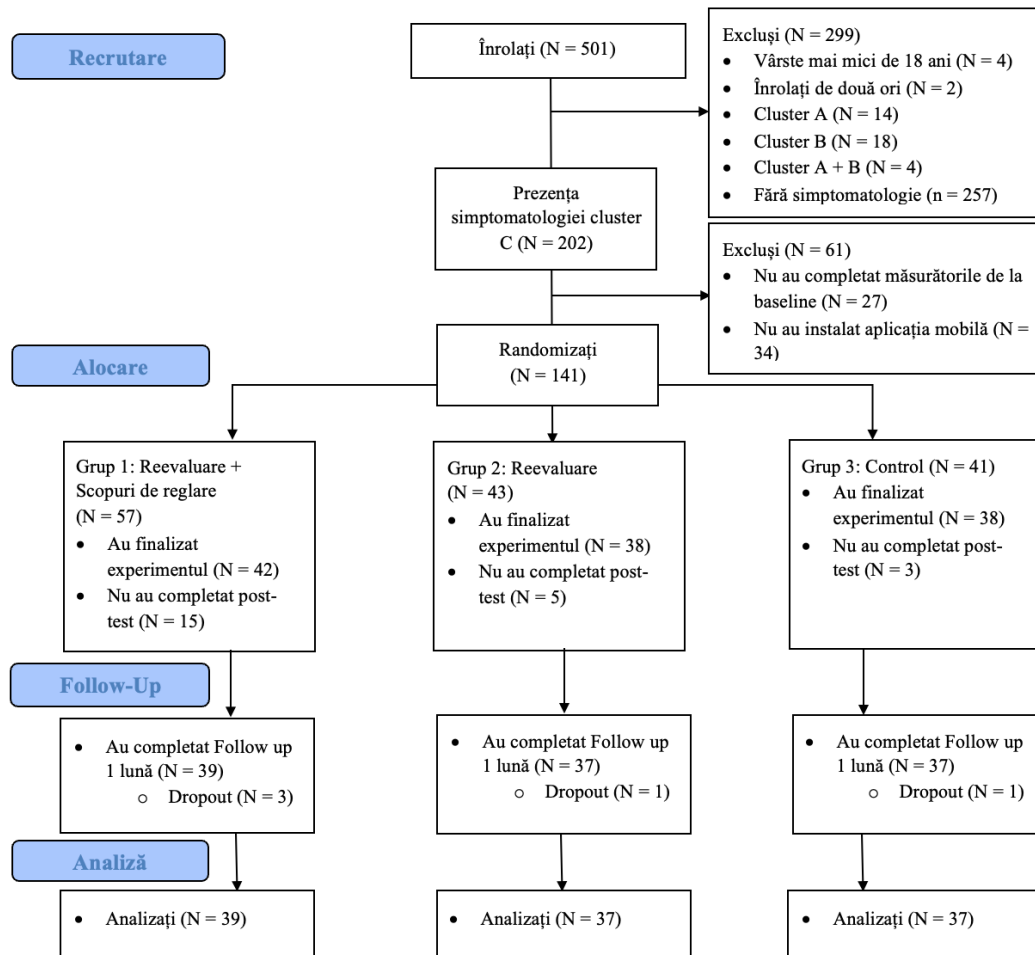


Figura 1. Diagrama flowchart ce descrie participanții incluși.

Instrumente

Adversități din copilărie. Am măsurat maltratarea din copilărie ca fațetă a AC, folosind Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003).

Tulburări de personalitate din clusterul C. Simptomatologia clusterului C a fost măsurată folosind Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality - 2nd Edition (SNAP-2; Clark et al., 2014).

Reglarea emoțională. Scopurile de reglare emoțională au fost măsurate folosind Emotion Regulation Goals Scale (ERGS; Eldesouky & English, 2019a). Strategiile de reglare emoțională au fost măsurate folosind Extended Emotion Regulation Questionnaire (E-ERQ; Guassi Moreira et al., 2021).

Emoții negative. Am măsurat emoțiile negative folosind Positive And Negative Affect Scale - subscala Negative affect (PANAS-NA; Watson et al., 1988).

Jurnal de monitorizare. Trainingul a fost implementat cu ajutorul unui jurnal de auto-monitorizare. Jurnalul conținea cinci itemi. Prima întrebare ruga participanții să descrie un eveniment activator ce s-a petrecut în ultimele două zile. Participanții din grupurile experimentale au fost invitați să se refere strict la evenimente negative, în timp ce participanții din grupul de control au fost invitați să se refere fie la evenimente pozitive, fie la cele negative. A doua întrebare a implicat descrieri ale gândurilor automate pe care participanții le-au avut în timpul evenimentelor activatoare. Al treilea item a invitat participanții să își evalueze emoțiile negative, folosind subscala PANAS-NA. Ultimii doi itemi le cereau participanților să selecteze itemii care fac referire la motivele și strategiile folosite în reglarea emoțiilor, folosind scalele ERGS și E-ERQ sub formă de checklist. Grupurile experimentale au completat ultimii trei itemi înainte și după antrenamentul de reevaluare, în timp ce grupul de control a completat acești itemi o singură dată.

Procedură

Recrutarea s-a desfășurat cu ajutorul reclamelor postate pe rețelele de socializare. La înscriere, participanții au furnizat consimțământ informat și au completat SNAP-2. Prezența simptomatologiei TP a fost evaluată folosind SNAP-2. După recrutare, participanții au fost invitați să completeze măsurătorile de la baseline (CTQ, ERGS, E-ERQ, PANAS-NA). După completarea acestora, participanții au fost invitați să instaleze o aplicație pe telefonul mobil, unde a fost implementat antrenamentul. Dacă au instalat aplicația, participanții au fost randomizați în unul din trei grupuri, folosind randomizare simplă. După ce au instalat aplicația, participanților li s-a cerut să completeze 6 exerciții în decursul a 2 săptămâni. Participanții din toate cele trei grupuri au primit notificări pe telefonul mobil odată la două zile. Exercițiile au fost însoțite de instrucțiuni video. Implementarea exercițiilor a fost monitorizată și s-a oferit feedback personalizat pentru a reduce erorile de implementare a reevaluării. După finalizarea antrenamentului, participanții au completat măsurătorile de la post-test și follow up (o lună) (SNAP-2 - subscalele cluster C, ERGS, E-ERQ, PANAS- NA). La finalul studiului, participanții au fost recompensați cu vouchere valorice, pe baza unei tombole.

Antrenamentul

Participanții din grupul de control au completat doar jurnalul de monitorizare. Pentru primele două grupuri, am utilizat trei exerciții ce s-au repetat de două ori, însoțite de instrucțiuni video, cu scopul de a dezvolta abilitățile de reevaluare. Participanților din primul grup li s-a comunicat că scopul acestor exerciții este să reducă intensitatea emoțiilor negative, pe când participanții din cel de al doilea grup au fost instruiți să aplice exercițiile cu scopul de creștere, menținere sau reducere a intensității emoțiilor negative (participanții au fost lăsați să aleagă scopul de reglare emoțională). Următoarele exerciții de au fost extrase din umbrela CBT/REBT. Atunci când sunt aplicate în terapie, sub ghidajul unui terapeut, aceste exerciții sunt însoțite de tehnici cognitive, comportamentale și experiențiale extensive (Beck, 2020; Clark, 2014; Leahy & Rego, 2012). Exercițiile aplicate în cadrul acestui studiu nu substituie programele de intervenție CBT/REBT furnizate și aplicate de terapeuți.

Colectarea de dovezi și analiza consecințelor (Beck, 2012; Clark, 2014). Primul exercițiu conține 11 întrebări. Acest exercițiu încurajează o evaluare mai echilibrată a

conținutului credințelor participanților și ajută la generarea unor explicații raționale pentru un eveniment activator (Beck, 2012; Clark, 2014).

Reframing sau perspective-taking (Hayes, 2020). Acest exercițiu a fost extras din abordarea Terapiei bazată pe Acceptare și Angajament (ACT; Hayes et al., 2012). Am inclus acest exercițiu în antrenament deoarece exercițiile extrase din ACT încurajează flexibilitatea psihologică, promovând acceptarea emoțiilor negative (Hayes et al., 2006). În consecință, în cazul celui de al doilea grup, acest exercițiu ar putea promova menținerea emoțiilor negative, implicit. Scopul acestui exercițiu ghidat este ca participanții să se concentreze pe credințele, emoțiile și experiențele actuale ca reprezentând un moment în timp, și să le plaseze într-un cadru ce ia în considerare tot parcursul vieții sau totalitatea experiențelor lor (Clark, 2014; Hayes, 2020).

Reevaluare pozitivă (Clen et al., 2014). Ultimul exercițiu conține două întrebări. Acest exercițiu promovează reorientarea pe aspectele pozitive ale unei situații pentru a putea identifica informații incongruente cu schemele și pentru a promova coping-ul adaptativ (Clark, 2014).

3.5.3. Rezultate

Testul Little a indicat că datele lipsesc complet la întâmplare, $\chi^2(36) = 0$, $p = 1$, sugerând că nu au existat diferențe semnificative între dropout și participanții care au finalizat antrenamentul în cazul măsurătorilor de la baseline. Rezultatele one-way ANOVA au indicat că nu există diferențe semnificative între cele trei grupuri în ceea ce privește simptome ale altor TP și maltratarea din copilărie. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabel 1. Rezultate one-way ANOVA (N = 113).

Variabilă	F	df	df	p
TP Paranoidă	0.34	2	110	.707
TP Schizoidă	0.41	2	110	.661
TP Schizotipală	1.33	2	110	.267
TP Antisocială	2.26	2	110	.108
TP Borderline	1.78	2	110	.172
TP Histrionică	1.12	2	110	.327
TP Narcisistă	0.53	2	110	.585
Maltratare în copilărie	0.41	2	110	.658

Rezultatele MANOVA au indicat că nu există diferențe semnificative între grupuri pentru setul de rezultate măsurate la baseline, $F(36, 186) = 1.05$, $p = .399$, Wilks' $\lambda = .690$, $\eta_p^2 = .169$.

Diferențe între grupuri (Efecte principale)

Mediile descriptive pentru diferențele dintre grupuri sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabel 2. Descriptive pentru efectele principale în fiecare moment de timp, în funcție de grup (N = 113).

Variabilă	Moment de timp	Grup					
		Reevaluare + scopuri de reglare emoțională (N = 39)		Reevaluare (N = 37)		Control (N = 37)	
		M	SD	M	SD	M	SD
AVPD	Pre-test	13.71	0.61	14.81	0.63	13.59	0.63
	Post-test	11.17	0.69	12.89	0.71	11.29	0.71
	Follow up 1	10.87	0.75	12.32	0.77	11.21	0.77
DPD	Pre-test	7.66	0.72	8.62	0.74	7.97	0.74
	Post-test	6.89	0.76	7.73	0.78	7.24	0.78
	Follow up 1	6.07	0.75	7.56	0.77	6.81	0.77
OCPD	Pre-test	16.59	0.62	17.32	0.64	16.32	0.64
	Post-test	16.43	0.60	16.08	0.62	16.97	0.62
	Follow up 1	15.61	0.63	15.37	0.64	16.64	0.64
Emoții negative	Pre-test	33.38	1.29	35.75	1.32	32.27	1.32
	Post-test	29.84	1.43	29.94	1.47	30.37	1.47
	Follow up 1	25.48	1.60	27.13	1.64	27.00	1.64

AVPD = Tulburarea de personalitate evitantă; DPD = Tulburarea de personalitate dependentă; OCPD = Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

AVPD. Pentru simptomele AVPD, rezultatele au indicat un efect semnificativ de timp, $F(2, 220) = 43.29, p < .001, \eta_p^2 = .282$, și niciun efect semnificativ de grup, $F(2, 110) = 1.51, p = .224, \eta_p^2 = .027$, sau de interacțiune timp*grup, $F(4, 220) = 0.26, p = .900, \eta_p^2 = .005$.

DPD. Simptomatologia DPD nu a îndeplinit asumția de sfericitate, așa că am aplicat corecția Huynh-Feldt. Pentru această variabilă am detectat un efect de timp, $F(1.949, 214.430) = 8.23, p < .001, \eta_p^2 = .070$, dar niciun efect de grup, $F(2, 110) = 0.63, p = .534, \eta_p^2 = .011$, sau de interacțiune timp*grup, $F(3.899, 214.430) = 0.22, p = .922, \eta_p^2 = .004$.

OCPD. În ceea ce privește simptomatologia OCPD, rezultatele au indicat un efect de timp, $F(2, 220) = 4.73, p = .010, \eta_p^2 = .041$, și de interacțiune timp*grup, $F(4, 220) = 2.95, p = .021, \eta_p^2 = .051$, dar niciun efect de grup, $F(2, 110) = 0.17, p = .836, \eta_p^2 = .003$.

Emoții negative. Testul lui Mauchly a indicat semnificație statistică, așa că am aplicat corecția Huynh-Feldt. Rezultatele au arătat un efect de timp, $F(1.962, 215.872) = 32.37, p < .001, \eta_p^2 = .227$, și niciun efect de grup, $F(2, 110) = 0.38, p = .684, \eta_p^2 = .007$, sau de interacțiune timp*grup, $F(3.925, 215.872) = 1.02, p = .396, \eta_p^2 = .018$.

Impactul simptomelor comorbide TP (Efecte principale)

AVPD. Odată ce s-a controlat pentru simptomele TP comorbide, rezultatele au arătat efecte ne semnificative (vezi Tabelul 3) și au indicat că prezența TP paranoidă, $F(1, 103) = 5.32$,

$p = .023$, $\eta_p^2 = .049$, și schizoidă, $F(1, 103) = 7.46$, $p = .007$, $\eta_p^2 = .068$, a fost asociată cu simptomatologia AVPD.

DPD. Rezultatele au indicat efecte ne semnificative după ce s-a controlat pentru simptome TP comorbide (vezi Tabelul 3), și au sugerat că prezența TP paranoidă, $F(1, 103) = 4.12$, $p = .045$, $\eta_p^2 = .038$, histrionică, $F(1, 103) = 15.51$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .131$, și narcisistă, $F(1, 103) = 18.03$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .149$, a fost asociată în mod semnificativ cu simptomatologia DPD.

OCPD. Efectul semnificativ al interacțiunii timp*grup s-a menținut chiar și după ce s-a controlat pentru simptomele TP comorbide (vezi Tabelul 3). În acest caz, rezultatele au indicat că prezența TP antisocială, $F(1, 103) = 7.44$, $p = .007$, $\eta_p^2 = .067$, și narcisistă, $F(1, 103) = 8.81$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .079$, a fost asociată în mod semnificativ cu simptomatologia OCPD.

Emoții negative. Odată ce s-a controlat pentru simptomele TP comorbide, rezultatele nu au arătat efecte semnificative, și nicio asociere sau interacțiune semnificativă nu a fost identificată cu emoțiile negative (vezi Tabelul 3).

Tabel 3. Rezultatele ANCOVA pentru efectele principale, utilizând TP comorbide ca și covariată (N = 113).

Variabilă	Factor	F	df	df	p	R ²	Cohen's d	Corecție
AVPD	Timp	2.58	2	206	.078	.024	.512	
	Grup	1.02	2	103	.362	.020	.225	
	Timp*Grup	0.28	4	206	.890	.005	.112	
DPD	Timp	0.56	2	206	.567	.005	.144	
	Grup	0.29	2	103	.749	.006	.095	
	Timp*Grup	0.34	4	206	.849	.007	.127	
OCPD	Timp	1.20	2	206	.301	.012	.262	
	Grup	0.29	2	103	.745	.006	.096	
	Timp*Grup	2.82*	4	206	.026	.052	.765	
Emoții negative	Timp	0.21	2	206	.806	.002	.083	Huynh-Feldt
	Grup	0.31	2	103	.733	.006	.098	
	Timp*Grup	1.07	4	206	.368	.021	.337	Huynh-Feldt

* $p \leq .05$; AVPD = Tulburarea de personalitate evitantă; DPD = Tulburarea de personalitate dependentă; OCPD = Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

Impactul maltratării din copilărie (Efecte principale)

Simptomatologia clusterului C. Odată ce s-a controlat pentru maltratarea din copilărie, rezultatele au arătat efecte și asocieri ne semnificative pentru simptomatologia AVPD și DPD. În cazul simptomatologiei OCPD, efectul semnificativ al interacțiunii timp*grup s-a menținut, însă maltratarea nu a fost asociată cu rezultatele OCPD (vezi Tabelul 4).

Emoții negative. Niciun efect semnificativ al maltratării din copilărie nu a fost identificat odată ce s-a controlat pentru această variabilă (vezi Tabelul 4). Maltratarea a fost asociată cu emoțiile negative, $F(1, 109) = 10.89$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .091$.

Tabel 4. Rezultatele ANCOVA pentru efectele principale, utilizând maltratarea ca și covariată (N = 113).

Variabilă	Factor	F	df	df	p	R ²	Cohen's d	Corecție
AVPD	Timp	1.37	2	218	.255	.012	.294	
	Grup	1.55	2	109	.216	.028	.324	
	Timp*Grup	0.23	4	218	.919	.004	.100	
DPD	Timp	0.17	1.973	215.021	.836	.002	.077	Huynh-Feldt
	Grup	0.67	2	109	.509	.012	.162	
	Timp*Grup	0.18	3.945	215.021	.946	.003	.088	Huynh-Feldt
OCPD	Timp	2.19	2	218	.114	.020	.445	
	Grup	0.18	2	109	.835	.003	.077	
	Timp*Grup	3.03*	4	218	.018	.053	.798	
Emoții negative	Timp	1.39	2	218	.250	.013	.297	
	Grup	0.54	2	109	.582	.010	.138	
	Timp*Grup	0.97	4	218	.422	.018	.306	

* $p \leq .05$; AVPD = Tulburarea de personalitate evitantă; DPD = Tulburarea de personalitate dependentă; OCPD = Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

Rezultatele moderării

Nu s-au identificat suport pentru rolul moderator al maltratării din copilărie asupra impactului antrenamentului de reevaluare pe clusterul C la evaluarea post-test sau follow up. Maltratarea din copilărie a moderat efectul antrenamentului asupra emoțiilor negative la o lună după antrenamentul de reevaluare. Figura 2 prezintă graficul de regresie pentru acest efect.

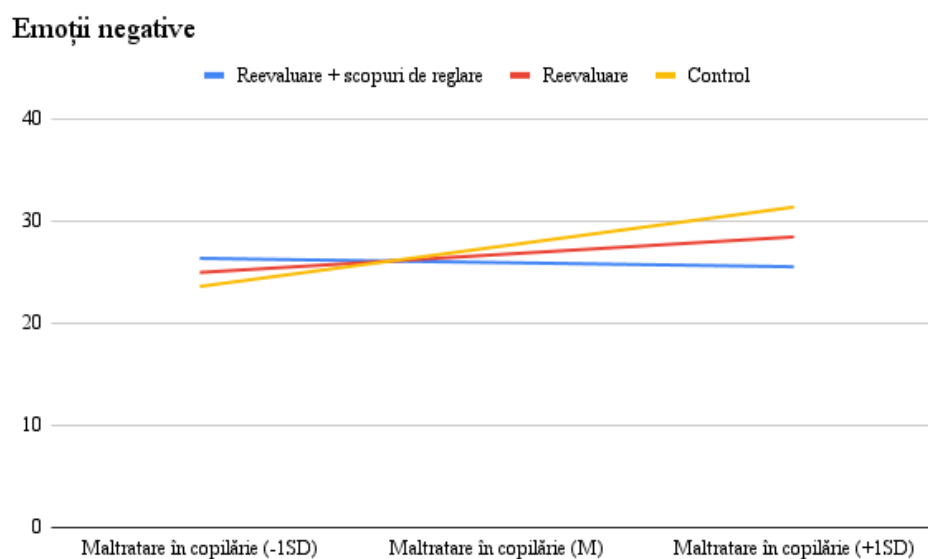


Figura 2. Grafic de regresie pentru rezultatele moderării la o lună după antrenament; Variabilă criteriu: Emoțiile negative.

3.5.4. Discuții

Diferențele dintre cele trei grupuri

Prima ipoteză a studiului nu a fost confirmată. Este posibil ca aceste rezultate să fie explicate de utilizarea unui jurnal zilnic de monitorizare ca și control. Literatura anterioară sugerează că auto-monitorizarea poate crește insightul și conștientizarea posibililor activatori, credințe dezadaptative, reacții emoționale și comportamente problematice, ceea ce poate duce la schimbări ulterioare în comportament (ex., Avina, 2008; Chen et al., 2017; King & Boswell, 2019; Proudfoot & Nicholas, 2010). Acest studiu contribuie la literatura de specialitate sugerând că un efect similar poate fi așteptat când se utilizează un jurnal de monitorizare în cazul simptomatologiei clusterului C și al problemelor asociate. În ceea ce privește diferențele dintre grupuri identificate în cazul OCPD, unde reevaluarea simplă a fost mai eficientă pe termen lung, este posibil ca persoanele cu simptomatologie OCPD să fie mai motivate de scopuri ce ținesc de reducerea distresului atunci când folosesc strategii adaptative, chiar dacă acestea implică doar conștientizarea activatorilor, credințelor și emoțiilor, așa cum a fost cazul pentru grupul de control. Exercițiile utilizate ar putea de asemenea explica aceste rezultate. Literatura anterioară sugerează că activarea explicită a scopurilor de reglare emoțională ar putea influența succesul implementării reevaluării (Tamir et al., 2019). Nu am identificat un efect similar în cazul studiului nostru, și e nevoie de mai multe investigații pentru a extrage concluzii ferme. Totuși, acest studiu contribuie la literatura existentă prin investigarea impactului reevaluării asupra tuturor TP din clusterul C și informează referitor la contribuțiile pe care le aduce activarea explicită a scopurilor de reglare pro-hedonice la succesul reevaluării în cazul simptomatologiei clusterului C.

Se pare că utilizarea reevaluării a scăzut ușor de la post-test la măsurătorile de la o lună de la antrenament, atunci când scopurile de reglare au fost activate explicit. Efectele antrenamentului s-au menținut, totuși, în cazul grupului cu reevaluare simplă și în cazul grupului de control. Exercițiile pe care le-am utilizat ar putea explica aceste rezultate. Mai concret, e posibil ca participanții să fi activat implicit scopuri de reglare emoțională în grupul de reevaluare simplă și în grupul de control, având în vedere că scopurile de reglare par a prezice utilizarea strategiilor de reglare (Eldesouky & English, 2019b; Tamir et al., 2019).

E posibil ca rezultatele legate de atenție selectivă și selectarea situației să fie un indicator al creșterii evitării experiențiale după aplicarea exercițiilor utilizate în studiu. A fost sugerat în studiile anterioare că strategiile ca distragerea, atenția selectivă și selectarea situației ar putea implica evitare (ex., Ion et al., 2023; McMahan & Naragon-Gainey, 2019), aspect care ar putea împiedica eficiența reevaluării. Din această perspectivă, creșterile utilizării acestor strategii ar indica faptul că dificultățile de reglare întâlnite în cazul clusterului C sunt persistente. Este nevoie de mai multă cercetare pentru a clarifica.

Impactul maltratării din copilărie și a simptomatologiei TP comorbide

Simptomatologia TP comorbidă și maltratarea în copilărie au fost asociate semnificativ cu unele din efectele antrenamentului, dar aceste variabile nu au influențat rezultatele antrenamentului. Ca atare, ipoteza a doua și a treia nu sunt susținute. Cu toate acestea, aceste rezultate susțin literatura anterioară ce arată că prezența simptomelor TP comorbide și prezența

unui istoric de maltratare în copilărie ar putea fi asociate cu rezultatele intervențiilor în cazul simptomatologiei clusterului C (Birgenheir & Pepper, 2011; Diedrich & Voderholzer, 2015; Disney, 2013; Lampe & Malhi, 2018; Weinbrecht et al., 2016).

Rezultatele au arătat că maltratarea a moderat efectul antrenamentului asupra emoțiilor negative măsurate la o lună după antrenament, ceea ce susține parțial a patra ipoteză. Unele studii susțin că maltratarea e asociată cu afect negativ crescut (Ion et al., 2023), mai ales în cazul altor tipuri de psihopatologie (ex., Wonderlich et al., 2007; Yaroslavsky et al., 2022). Constatările studiului prezent contribuie la literatura ce sugerează că această asociere ar putea fi prezentă și în cazul clusterului C, și că maltratarea ar putea influența efectul pe termen lung al reevaluării asupra emoțiilor negative. Cum nu se știe multe despre impactul maltratării din copilărie asupra emoțiilor negative în cazul clusterului C, aprofundarea cercetării este necesară.

În general, rezultatele acestui studiu aduc suport empiric pentru intervențiile psihologice existente în cazul simptomatologiei clusterului C, având în vedere că toate exercițiile completate de participanți în timpul derulării studiului au fost extrase din umbrela REBT/CBT (ex., Beck et al., 2015; Beck, 2020; Hayes et al., 2012). Am explorat și ce efecte are un antrenament de reevaluarea cognitivă asupra simptomatologiei din clusterul C, extinzând cercetarea dincolo de simptomatologia AVPD. În cadrul lucrării, luăm în considerare posibili factori ce ar putea influența efectul antrenamentului de reevaluare. Această lucrare ar putea avea implicații importante pentru intervențiile psihologice în cazul clusterului C, având în vedere că subliniază rolul reglării emoționale în cazul acestei simptomatologii, și importanța evaluării posibilelor comorbidități și a istoricului de maltratare atunci când se lucrează cu simptomatologia clusterului C.

Cu toate acestea, studiul vine și cu o serie de limite. Mărimea eșantionului implicat în studiu e mică, aspect care ar putea influența rezultatele prezentate mai sus. Participanții au fost extrași din comunitate, eșantionul a fost compus majoritar din femei, și TP nu au fost diagnosticate clinic. Simptomatologia TP a fost măsurată utilizând SNAP-2, iar disfuncționalitățile de la nivelul personalității nu au fost luate în considerare la includerea în studiu. Prezența altor comorbidități clinice nu a fost luată în considerare la înrolare în studiu. S-au utilizat doar instrumente ce implică auto-raportarea. Unele instrumente utilizate în acest studiu au prezentat validitate internă redusă. Rezultatele ar trebui interpretate cu precauție. S-au utilizat doar măsurători retrospective ale maltratării din copilărie, ceea ce ar putea submina impactul maltratării asupra efectelor (Smith & Pollak, 2021). Numărul de zile completat în jurnal de participanți nu a fost luat în considerare în analiză. Acest aspect ar putea influența rezultatele, având în vedere că mai mult exercițiu în aplicarea reevaluării ar putea duce la efecte mai clare.

CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII

Teza prezentă este axată pe investigarea asocierilor dintre AC, reglare emoțională și cluster C, și a țintit reglarea emoțională ca posibil factor în relația dintre AC și clusterul C.

Studiile anterioare sugerează că expunerea la AC poate fi un factor de risc transdiagnostic ce contribuie la vulnerabilitatea pentru tulburări mintale (Hogg et al., 2022; Miu et al., 2022). Literatura este, cu toate acestea, inconsistentă și eterogenă atunci când vine

vorba de puterea și magnitudinea acestor asocieri cu clusterul C. Deși există teorii care subliniază rolul AC în cazul acestor TP, dovezile empirice sunt încă necesare pentru a susține asumțiile înaintate în aceste conceptualizări teoretice. Pentru a adresa lipsurile din literatură, acest proiect de cercetare a intenționat întâi să clarifice magnitudinea legăturilor dintre adversități și cluster C cu ajutorul unei meta-analize. Pentru că rezultatele acestei meta-analize au fost semnificative pentru toate relațiile investigate, am explorat posibile mecanisme care ar putea explica această asociere.

Literatura concentrată pe reglare emoțională ca mecanism transdiagnostic ce contribuie la psihopatologie este într-o expansiune continuă, și unele studii arată că dificultățile de reglare emoțională sunt o componentă centrală a altor TP (i.e., TP borderline) (Chapman, 2019; Krause-Utz et al., 2019). Cu toate acestea, când vine vorba de clusterul C, literatura ce investighează reglarea emoțională e limitată. Scopul acestei teze a fost să investigheze prezența dificultăților de reglare în asocierea dintre AC și clusterul C, folosind o multitudine de design-uri, precum: designul transversal, evaluarea ecologică momentană, designul experimental și cel prospectiv. Aceste tipuri de design ne permit să capturăm stadii multiple ale procesului de reglare emoțională. Secțiunea care urmează subliniază avansurile teoretice, clinice și metodologice pe care le aduce această teză.

4.1. Obiective Teoretice, Conceptuale Și Clinice

Acest proiect de cercetare prezintă câteva implicații teoretice și clinice. Majoritatea studiilor investighează asocierea dintre AC și clusterul C concentrându-se pe a desluși asocierile dintre tipurile diferite de adversități și tipurile diferite de TP (ex., Carver et al., 2014; Johnson et al., 2006). Mare parte din dovezile anterioare apărute în urma investigațiilor reglării emoționale, vine din studii ce compară indivizi ce prezintă simptomatologie din clusterul B și indivizi cu simptomatologie din clusterul C (Baczkowski et al., 2017; Denny et al., 2015; van Zutphen et al., 2018). Alte studii s-au concentrat pe a investiga aceste asocieri doar în ceea ce privește AVPD (Gratz et al., 2013; Klein et al., 2015; Meyer & Carver, 2000; Snir et al., 2017). Această teză contribuie la literatura existentă concentrându-se pe TP din clusterul C ca tulburări de sine stătătoare.

Meta-analiza investighează magnitudinea relațiilor dintre evenimente adverse din copilărie și cluster C. Rezultatele acestui studiu indică asocieri semnificative, atât cu clusterul C, în ansamblu, cât și cu fiecare tulburare specifică din acest cluster. Mai mult, se pare că aceste asocieri scad pe măsură ce vârsta crește. O problemă ce apare în literatură este că abordările teoretice existente presupun asocieri cauzale cu TP din clusterul C. Aceste căi ar implica mecanisme care nu au fost încă investigate. Teza prezintă contribuie la literatura existentă prin investigarea posibilelor mecanisme ce ar putea juca un rol în asocierile investigate. Rolul reglării emoționale a fost investigat anterior în cazul altor tipuri de tulburări (Miu et al., 2022; Weissman et al., 2019), dar nu atât de mult în cazul clusterul C.

În acest proiect de cercetare, contribuim la literatura în ceea ce privește clusterul C prin investigarea mai multor pași în procesul de reglare emoțională și a posibilelor dificultăți ce ar putea apărea în aceste stadii. Studiul 2 a fost compus din două studii ce se concentrează pe stadiile de selecție și implementare ale reglării. În Studiul 2a, am investigat dacă AC, scopurile și strategiile de reglare emoțională habituale și clusterul C sunt asociate. Rezultatele au arătat

că persoanele cu simptomatologie din clusterul C sunt mai concentrate pe scopuri habituale instrumentale decât pe scopuri care să gestioneze experiențele lor emoționale, folosind strategii de reglare habituale ce ar putea implica evitarea experiențelor emoționale. Studiul a sugerat și că AC sunt asociate cu AVPD și cu fațete ale disfuncționalității de la nivelul personalității. O ipoteză a acestui studiu a fost investigarea rolului moderator al maltratării în asocierea dintre reglare emoțională (i.e., scopuri și strategii) și simptomatologia clusterului C. Rezultatele au sugerat că, atunci când sunt motivați de scopuri hedonice, se reduce simptomatologia OCPD dacă indivizii au fost expuși anterior la maltratare în copilărie.

Literatura subliniază diferențele dintre măsurătorile habituale și momentane ale reglării emoționale (ex., Ion et al., 2023; Koval et al., 2023), și importanța luării în considerare a contextului și variabilității individuale (Aldao, 2013; Bonanno & Burton, 2013) atunci când se investighează procesele de reglare emoțională. În Studiul 2b, ne-am concentrat pe scopurile și strategiile spontane de reglare și pe rolul lor în asocierea dintre distresul emoțional și simptomele din clusterul C. Acest studiu clarifică asocierile dintre diferite scopuri și strategii și simptomatologia clusterul C. În acest caz, rezultatele au sugerat că distresul emoțional duce la intensificarea simptomatologiei DPD atunci când indivizii sunt motivați de scopuri instrumentale. Mai mult, se pare că această simptomatologie este asociată cu utilizarea crescută a strategiilor ce implică evitarea emoțiilor. Rezultatele au indicat, de asemenea, că atunci când utilizează reevaluarea, persoanele cu simptomatologie din clusterul C prezintă intensificări ale severității simptomatologiei. Maltratarea din copilărie nu a moderat asocierile dintre distresul emoțional și problemele din clusterul C. Luate împreună, rezultatele studiului 2 contribuie la cercetarea existentă prin explorarea posibilelor scopuri de reglare ce motivează persoanele cu cluster C și subliniază că indivizii cu această simptomatologie au tendința de a utiliza strategii de reglare care presupun evitarea experiențelor emoționale. Rezultatele legate de strategiile de reglare contribuie la cercetarea anterioară subliniind impactul acestor strategii asupra simptomatologiei clusterului C în diferite situații. Acest studiu contribuie la literatură prin luarea în considerare a impactului maltratării și reglării emoționale asupra clusterului C în același model teoretic.

În Studiul 3, ne-am concentrat pe etapele de selecție, implementare și monitorizare a reglării emoționale. Am formulat ipoteza că maltratarea în copilărie va fi asociată cu dificultăți identificate în aceste etape ale reglării, atât la nivel comportamental, cât și la nivel neurofiziologic. În etapa de implementare, am identificat o diferență între reevaluare și distragere în modularea LPP când participanții au fost expuși la intensitate emoțională scăzută. Distragerea a dus la modularea LPP mai crescută decât reevaluarea atunci când participanții cu scoruri ridicate de maltratare au fost expuși la imagini cu intensitate emoțională scăzută. Rezultatele reflectă că, în etapa de selecție, participanții au preferat folosirea distragerii în situațiile cu intensitate crescută. Acest aspect este în concordanță cu perspectiva conform căreia distragerea presupune un efort cognitiv mai redus decât reevaluarea, și nu împiedică alocarea resurselor deoarece implică dezangajarea de emoții dificile (Shafir & Sheppes, 2018; Shafir et al., 2015; Sheppes, 2020). În ceea ce privește etapa de monitorizare, participanții din ambele grupuri au recurs la schimbarea strategiei în mod mai frecvent în trial-urile în care distragerea a fost implementată inițial pe imagini cu intensitate emoțională scăzută. Aceste rezultate reflectă cercetările anterioare, unde frecvența schimbării strategiei crește atunci când

participanții implementează strategii care contravin preferinței de a folosi distragerea când intensitatea emoțiilor e crescută (Dorman Ilan et al., 2019).

Deși nu toate ipotezele noastre au fost susținute, acesta este primul studiu care explorează impactul maltratării din copilărie asupra mai multor etape ale procesului de reglare emoțională. Deoarece majoritatea dovezilor privind reglarea emoțională și asocierile acesteia cu maltratarea din copilărie provin din date auto-raportate și sunt în general concentrate pe stadiul de implementare (e.g., Burns et al., 2010; Ion et al., 2023; Warmingham et al., 2023), acest studiu contribuie la literatura de specialitate prin folosirea unei măsurători experimentale noi a mai multor etape ale reglării emoționale. Ne-am așteptat, de asemenea, ca dificultățile identificate de reglare emoțională să medieze asocierea prospectivă dintre maltratarea în copilărie și trăsăturile de personalitate din clusterul C. În Studiul 3 au fost identificate asocieri între scoruri ridicate ale maltratării în copilărie și trăsături de personalitate AVPD și OCPD. Cu toate acestea, nu am identificat suport pentru modelul de mediere propus. Sunt necesare explorări suplimentare ale asocierii dintre AC și trăsăturile de personalitate din clusterul C (conform abordării dimensionale; Krueger & Markon, 2014) pentru a putea clarifica aceste rezultate.

Studiul 4 testează eficiența unui antrenament de reevaluare cognitivă asupra simptomatologiei din clusterul C. Cercetarea anterioară sugerează că scopurile de reglare motivează direcția strategiilor de reglare (Eldesouky & English, 2019b) și că acestea ar putea fi un factor cu rol în succesul reevaluării (Tamir et al., 2019). Contribuim la literatura de specialitate investigând dacă activarea explicită a scopurilor pro-hedonice, combinată cu utilizarea restructurării cognitive, ar putea fi mai eficientă în reducerea simptomatologiei din clusterul C și emoțiile negative, comparativ cu utilizarea reevaluării simple (i.e., fără activarea scopurilor de reglare emoțională) și utilizarea unui jurnal de monitorizare. Am găsit diferențe semnificative doar în cazul OCPD, cu reduceri mai mari în simptomatologie în cazul reevaluării simple. Acest studiu contribuie la cercetarea curentă luând în considerare dacă prezența simptomelor TP comorbide sau a maltratării în copilărie ar putea influența efectele investigate. Rezultatele sugerează că simptomele TP comorbide au fost asociate cu, dar nu au prezis, efectele relaționate cu severitatea simptomatologiei clusterului C. Maltratarea în copilărie a fost asociată cu emoțiile negative și a influențat efectul reevaluării asupra distresului emoțional măsurat la o lună de la intervenție.

În ansamblu, rezultatele acestui proiect de cercetare susțin literatura anterioară ce subliniază rolul AC ca posibil factor de risc pentru psihopatologie, extinzând această abordare și în cazul TP din clusterul C. Rezultatele acestei teze contribuie la modelele teoretice existente (i.e., REBT/CBT și Terapia centrată pe Scheme) (Beck et al., 2015; Young et al., 2003), oferind suport empiric pentru asocierea AC și clusterului C. Mai mult, această teză avansează literatura existentă prin sublinierea rolului reglării emoționale în această asociere. Contribuțiile aduse de această cercetare în cazul literaturii concentrate pe reglare emoțională sunt legate de oferirea suportului empiric pașilor (i.e., stadiile de selecție, implementare și monitorizare) descriși în modelului procesual extins al reglării în cazul clusterului C. Această teză aduce contribuții importante și pentru practica clinică. Practicienii ar trebui să ia în considerare posibilul istoric de expunere la AC și reglarea emoțională atunci când lucrează cu persoane ce prezintă simptomatologie din clusterul C. Identificarea factorilor ce influențează emergența,

dezvoltarea și evoluția clusterul C ar duce la dezvoltarea unor modalități de prevenție, evaluare și intervenție mai eficiente și mai rentabile în cazul acestui tip de simptomatologie.

4.2. Obiective Metodologice și Practice

Această teză aduce de asemenea câteva implicații metodologice. Toate studiile incluse în această teză au fost pre-înregistrate. Primul studiu, care utilizează un design meta-analitic, permite extragerea unor concluzii mai ferme legate de asocierea investigată. Rezultatele meta-analizei sugerează că majoritatea studiilor ce investighează asocierea dintre AC și cluster C sunt transversale. Acest proiect de cercetare contribuie la literatura curentă prin investigarea acestei asocieri, și a posibilelor mecanisme implicate, prin utilizarea unei varietăți de design-uri. De exemplu, utilizarea evaluării ecologice momentane (i.e., design-ul cu jurnalul zilnic) permite o mai bună înțelegere a modalității în care aspectele spontane ale reglării emoționale se desfășoară în timp, în diferite situații, în cazul persoanelor ce prezintă simptomatologie din clusterul C. Tipul de analiză utilizat pentru analiza datelor extrase din jurnal, nu a mai fost folosită în trecut pentru a investiga reglarea emoțională în cazul clusterului C. Având în vedere că majoritatea datelor ce investighează asocierile dintre variabilele de interes sunt transversale sau comparative, utilizarea design-urilor experimentale ne-a permis să testăm dacă aceste asocieri se aplică în diferite contexte (ex., în situații cu intensitate ridicată vs. în situații cu intensitate redusă). Utilizarea acestui tip de design contribuie la cercetarea curentă pentru că permite, de asemenea, testarea eficienței unor strategii de reglare (i.e., reevaluare și distragere) asupra simptomatologiei din clusterul C, în cazul persoanelor care au fost anterior expuse maltratării în copilărie. Studiile noastre experimentale implică grupuri de control, iar unul din studii a implicat și o procedură de randomizare, ceea ce crește validitatea rezultatelor noastre. Rezultatele primului studiu au sugerat, de asemenea, că puține studii au utilizat design-uri longitudinale sau prospective pentru a investiga asocierea dintre AC și cluster C. Utilizarea design-urilor prospective (cum e cazul pentru Studiile 3 și 4) permite o înțelegere mai clară a naturii asocierilor dintre constructele de interes.

Design-ul meta-analitic permite și investigarea posibilităților factori moderatori implicați în asociere, și pot direcționa eforturile viitoare de cercetare a impactului AC asupra clusterului C. Rezultatele meta-analizei contribuie la cercetarea curentă, sugerând că tipul de instrumente utilizate de obicei în măsurarea adversităților și a clusterului C, pot influența magnitudinea asocierii dintre cele două. Aceste rezultate reflectă limitările identificate în literatura anterioară pentru chestionare și interviurile clinice (în cazul evaluării AC), respectiv semnaleză nivelul de acord dintre cele două tipuri de instrumente disponibile (în cazul evaluării clusterului C). Deși ne-am concentrat inițial pe clusterul C așa cum e măsurat din perspectiva modelului categorial, această teză utilizează instrumente de evaluare ce se concentrează atât pe trăsăturile patologice de personalitate specifice AVPD și OCPD (corespunzând abordării dimensionale), cât și pe simptome specifice AVPD, DPD și OCPD (corespunzând abordării categoriale). În ceea ce privește AC, am utilizat instrumente ce se concentrează pe o arie largă de AC (i.e., severitatea și frecvența maltratării în copilărie, impredictibilitatea, suportul social perceput și statutul socio-economic). Adversitățile au fost măsurate dintr-o perspectivă continuă, dimensională, așa cum este sugerat în rapoarte anterioare (McLaughlin & Sheridan, 2016; Smith & Pollak, 2021).

Această teză contribuie, de asemenea, la cercetarea concentrată pe reglare emoțională. Am utilizat o măsurătoare experimentală nouă a reglării (adaptată după Dorman Ilan și colaboratorii, 2019) ce permite măsurarea mai multor stadii din procesul de reglare emoțională (i.e., stadiile de selecție, implementare, și monitorizare). Această cercetare utilizează și măsurători EEG/ERP ale reglării, ce permit evaluarea unor variabile care nu sunt accesibile cu ajutorul chestionarelor sau interviurilor (i.e., markeri neurofiziologici ai reglării). Aceste aspecte nu au mai fost investigate anterior în cazul persoanelor expuse la matrată în copilărie și, ca atare, ajută la înțelegerea proceselor de reglare care se desfășoară în cazul acestor persoane. În acest studiu experimental, participanții au fost instruiți legat de utilizarea strategiilor de reglare propuse, și li s-a oferit ocazia de a exersa aceste strategii înainte de sarcina experimentală, pentru a asigura familiarizarea cu aceste strategii și pentru a asigura că participanții știu cum să le folosească în mod eficient.

În studiul care investighează impactul antrenamentului de reevaluare cognitivă, le-am oferit participanților feedback personalizat pentru a reduce posibilele erori apărute în timpul implementării reevaluării. Instrucțiunile au fost extrase și adaptate din abordările REBT/CBT și ACT (Beck, 2012; Hayes, 2020; Hofmann et al., 2014), pentru a crește validitatea ecologică (Cristea et al., 2012).

4.3. Limite Și Direcții Viitoare

Deși această teză aduce cu sine contribuții importante în literatură, aceasta prezintă și o serie de limite. Secțiunea de discuții a fiecărei lucrări prezintă limitele corespunzătoare fiecărui studiu. Secțiunea următoare adresează o serie de limite generale ale tezei, și propune direcții viitoare pe baza acestor limite.

Eșantioanele incluse în această teză sunt alcătuite din participanți extrași din comunitate, ce prezintă simptomatologie din clusterul C, fără ca funcționalitatea personalității să fie luată în considerare la evaluare. Nu am utilizat interviuri clinice pentru evaluarea clusterului C. Ca atare, eşantioanele incluse în teză sunt analoge. Nu am luat în considerare diferențele legate de vârsta și sexul participanților, iar eşantioanele au fost alcătuite în principal din femei. Mărimile eşantioanelor incluse sunt mici, deși am estimat mărimea eşantioanelor pentru două din studiile incluse în teză. Aceste limite ridică problema reprezentativității eşantionului, limitând generalizarea rezultatelor la mediile non-clinice. Cercetările viitoare ar putea derula studii similare în cazul participanților diagnosticați clinic cu TP din clusterul C, în cazul cărora tiparele identificate în aceste studii ar putea fi diferite. Comorbiditățile clinice ar trebui de asemenea să fie luate în considerare atunci când cercetarea se axează pe clusterul C. Pentru a depăși aceste limite, studiile viitoare ar putea, de asemenea, investiga ce diferențe de vârstă și de sex există în manifestările clusterului C.

Instrumentele utilizate în aceste studii sunt instrumente de auto-raportare, și unele instrumente prezintă validitate internă scăzută. Instrumentele de măsurare ale adversităților sunt retrospective. Studiile viitoare ar putea utiliza instrumente prospective ce includ evaluare complementară (cum ar fi instrumente cotate de părinți sau de clinicieni). Deși această teză conține studii experimentale și metode de evaluare ecologică momentană, nu pot fi extrase concluzii ferme legate de temporalitatea rezultatelor (în special atunci când impactul AC este

luat în considerare). Studiile viitoare ar putea derula cercetări longitudinale pentru a adresa direcționalitatea și temporalitatea acestor asocieri.

În ciuda acestor limite, teza prezentă acoperă lipsuri importante în literatura referitoare la clusterul C, și la impactul AC și al reglării emoționale asupra acestui tip de simptomatologie. Luarea în considerare a AC și a reglării emoționale atunci când se lucrează cu aceste tulburări, ar putea duce la îmbunătățiri în ceea ce privește diagnosticul, prevenția și tratamentul acestei simptomatologii și a disfuncționalităților asociate.

BIBLIOGRAFIE

- Adler, N., & Stewart, J. (2007). *The MacArthur scale of subjective social status*. San Francisco: MacArthur Research Network on SES & Health.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172. doi: 10.1177/1745691612459518.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927-946. doi:10.1017/S0954579416000638.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andriopoulos, P., & Kafetsios, K. (2015). Avoidant attachment and the processing of emotion information: selective attention or cognitive avoidance?. *Journal of Relationships Research*, 6, E6. doi:10.1017/jrr.2015.2.
- Avina, C. (2008). The use of self-monitoring as a treatment intervention. In: *Evidence-based adjunctive treatments* (pp. 207-219). Academic Press. doi: 10.1016/B978-012088520-6.50011-1.
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0: Utility in capturing personality problems in psychiatric outpatients and incarcerated addicts. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 660-670. doi: 10.1080/00223891.2018.1428984.
- Baczkowski, B. M., van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Domes, G., Maier, S., Sprenger, A., Senft, A., Willenborg, B., Tuscher, O., Arntz, A., & van de Ven, V. (2017). Deficient amygdala–prefrontal intrinsic connectivity after effortful emotion regulation in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267, 551-565. doi: 10.1007/s00406-016-0760-z.
- Bagby, R. M., & Farvolden, P. (2004). The personality diagnostic questionnaire-4 (PDQ-4). In: *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, 2, 122-133. John Wiley & Sons, Inc.
- Bangash, A. (2020). Personality disorders in later life: epidemiology, presentation and management. *BJPsych Advances*, 26(4), 208-218. doi: 10.1192/bja.2020.16.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211. doi: 10.1521/pedi.18.2.193.32777.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Publications.
- Beck, J. S. (2012). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Publications.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Publications.

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169-190. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0.
- Birgenheir, D. G., & Pepper, C. M. (2011). Negative life experiences and the development of cluster C personality disorders: A cognitive perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(3), 190-205. doi: 10.1080/16506073.2011.566627.
- Birk, J. L., & Bonanno, G. A. (2016). When to throw the switch: The adaptiveness of modifying emotion regulation strategies based on affective and physiological feedback. *Emotion*, *16*(5), 657. doi: 10.1037/emo0000157.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(6), 591-612. doi: 10.1177/1745691613504116.
- Bonanno, G. A., Maccallum, F., Malgaroli, M., & Hou, W. K. (2020). The Context Sensitivity Index (CSI): Measuring the ability to identify the presence and absence of stressor context cues. *Assessment*, *27*(2), 261-273. doi: 10.1177/1073191118820131.
- Borges, L. M., & Naugle, A. E. (2017). The role of emotion regulation in predicting personality dimensions. *Personality and Mental Health*, *11*(4), 314-334. doi: 10.1002/pmh.1390.
- Bornstein, R. F. (2012). Illuminating a neglected clinical issue: Societal costs of interpersonal dependency and dependent personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(7), 766-781. doi: 10.1002/jclp.21870.
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(8), 801-819. doi: 10.1080/10926771.2010.522947.
- Campbell, J. I., & Thompson, V. A. (2012). MorePower 6.0 for ANOVA with relational confidence intervals and Bayesian analysis. *Behavior Research Methods*, *44*, 1255-1265. doi: 10.3758/s13428-012-0186-0.
- Carver, C. S., Johnson, S. L., McCullough, M. E., Forster, D. E., & Joormann, J. (2014). Adulthood personality correlates of childhood adversity. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1357. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01357.
- Chanen, A. M., & Thompson, K. N. (2019). The age of onset of personality disorders. In *Age of onset of mental disorders* (pp. 183-201). Springer, Cham.
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, *31*(3), 1143-1156. doi: 10.1017/S0954579419000658.
- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2021). Components of emotion regulation flexibility: Linking latent profiles to depressive and anxious symptoms. *Clinical Psychological Science*, *9*(2), 236-251. doi: 10.1177/2167702620956972.
- Chen, J. A., Fearey, E., & Smith, R. E. (2017). "That Which is Measured Improves": A Theoretical and Empirical Review of Self-Monitoring in Self-Management and Adaptive Behavior Change. *Journal of Behavior Therapy and Mental Health*, *1*(4), 19-38. doi: 10.14302/issn.2474-9273.jbtlm-16-1180.

- Chiesa, M., Larsen-Paya, M., Martino, M., & Trinchieri, M. (2016). The relationship between childhood adversity, psychiatric disorder and clinical severity: results from a multi-centre study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *30*(1), 79-95. doi: 10.1080/02668734.2016.1145131.
- Clark, D. A. (2014). Cognitive restructuring. In: Hofmann, S. G., Dozois, D. J., Rief, W. E., & Smits, J. A. (2014). *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*, Vol. 1. Wiley Blackwell.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, *58*, 227-257. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190200.
- Clark, D. A. (2022). Cognitive reappraisal. In: *Cognitive and Behavioral Practice. Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT)*. *29*(3), 564-566. doi: 10.1016/j.cbpra.2022.02.018.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, *11*(3), 205-231. doi: 10.1521/pedi.1997.11.3.205.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., & Casillas, A. (2014). *Manual for the schedule for nonadaptive and adaptive personality (SNAP-2)*. Springer, Cham
- Clen, S. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation strategies. In: Hofmann, S. G., Dozois, D. J., Rief, W. E., & Smits, J. A. (2014). *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*, Vol. 1. Wiley Blackwell.
- Coid, J., Yang, M. I. N., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder among adults in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(5), 423-431. doi: 10.1192/bjp.188.5.423.
- Cristea, I. A., Tatar, A. S., Nagy, D., & David, D. (2012). The bottle is half empty and that's bad, but not tragic: Differential effects of negative functional reappraisal. *Motivation and Emotion*, *36*(4), 550-563. doi: 10.1007/s11031-012-9277-6.
- Cruitt, P. J., & Oltmanns, T. F. (2018). Age-related outcomes associated with personality pathology in later life. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 89-93. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.09.013.
- Dannlowski, U., Kugel, H., Huber, F., Stuhrmann, A., Redlich, R., Grotegerd, D., ... & Suslow, T. (2013). Childhood maltreatment is associated with an automatic negative emotion processing bias in the amygdala. *Human Brain Mapping*, *34*(11), 2899-2909. doi: 10.1002/hbm.22112.
- DeJong, C. A., van der Staak, C. P., & van den Brink, W. (1995). Memories of parental rearing and personality pathology in male alcoholics. *European Addiction Research*, *1*(4), 199-205. doi: 10.1159/000259086.
- Denny, B. T., Fan, J., Liu, X., Ochsner, K. N., Guerrerri, S., Mayson, S. J., Rimsky, L., McMaster, A., New, A.S., Goodman, M., Siever, L.J., & Koenigsberg, H. W. (2015). Elevated amygdala activity during reappraisal anticipation predicts anxiety in avoidant personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, *172*, 1-7. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.017.
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 1-10. doi: 10.1007/s11920-014-0547-8.
- Disney, K. L. (2013). Dependent personality disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1184-1196. doi: 10.1016/j.cpr.2013.10.001.

- Dixon-Gordon, K. L., Conkey, L. C., & Whalen, D. J. (2018). Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current Opinion In Psychology, 21*, 1-5. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.08.036
- Dorman Ilan, S., Shafir, R., Birk, J. L., Bonanno, G. A., & Sheppes, G. (2019). Monitoring in emotion regulation: behavioral decisions and neural consequences. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 14*(12), 1273-1283. doi: 10.1093/scan/nsaa001.
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics, 56*(2), 455-463. doi: 10.1111/j.0006-341x.2000.00455.x.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry, 22*(3), 149-161. doi: 10.1097/HRP.0000000000000014.
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ, 315*(7109), 629-634. doi: 10.1136/bmj.315.7109.629.
- Eldesouky, L., & English, T. (2019a). Individual differences in emotion regulation goals: Does personality predict the reasons why people regulate their emotions?. *Journal of Personality, 87*(4), 750-766. doi: 10.1111/jopy.12430.
- Eldesouky, L., & English, T. (2019b). Regulating for a reason: Emotion regulation goals are linked to spontaneous strategy use. *Journal of Personality, 87*(5), 948-961. doi: 10.1111/jopy.12447.
- Eldesouky, L., & Gross, J. J. (2019). Emotion regulation goals: An individual difference perspective. *Social and Personality Psychology Compass, 13*(9), e12493. doi: 10.1111/spc3.12493.
- Fanslow, J., Hashemi, L., Gulliver, P., & McIntosh, T. (2021). Adverse childhood experiences in New Zealand and subsequent victimization in adulthood: findings from a population-based study. *Child Abuse & Neglect, 117*, 105067. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105067.
- Farabaugh, A., Fava, M., Mischoulon, D., Sklarsky, K., Petersen, T., & Alpert, J. (2005). Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 46*(4), 266-271. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.10.005.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
- Ferree, T. C., Luu, P., Russell, G. S., & Tucker, D. M. (2001). Scalp electrode impedance, infection risk, and EEG data quality. *Clinical Neurophysiology, 112*(3), 536-544. doi: 10.1016/S1388-2457(00)00533-2.
- Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse & Neglect, 85*, 174-179. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.07.016.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect, 48*, 13–21. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.011.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., Rosenvinge, J. H., (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders 145*(2), 143-155. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.004.

- Garofalo, C., Velotti, P., Callea, A., Popolo, R., Salvatore, G., Cavallo, F., & Dimaggio, G. (2018). Emotion dysregulation, impulsivity and personality disorder traits: A community sample study. *Psychiatry Research, 266*, 186-192. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.067.
- Gawda, B. (2018). Cross-cultural studies on the prevalence of personality disorders. *Current Issues in Personality Psychology, 6*(4), 318-329. doi: 10.5114/cipp.2018.80200.
- Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of personality disorders in a general population among men and women. *Psychological Reports, 120*(3), 503-519. doi: 10.1177/0033294117692807.
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences, 102*, 74-78. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.069.
- Glynn, L. M., Stern, H. S., Howland, M. A., Risbrough, V. B., Baker, D. G., Nievergelt, C. M., Baram, T. Z., & Davis, E. P. (2019). Measuring novel antecedents of mental illness: the Questionnaire of Unpredictability in Childhood. *Neuropsychopharmacology, 44*(5), 876-882. doi: 10.1038/s41386-018-0280-9.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(7), 948-958. doi: 10.4088/jcp.v65n0711.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., Breetz, A. A., & Lejuez, C. W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 304-314. doi: 10.1037/per0000020.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237. doi: 10.1037//0022-3514.74.1.224.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 387-401. doi: 10.1177/2167702614536164.
- Gross, J. J., Uusberg, H., & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World Psychiatry, 18*(2), 130-139. doi: 10.1002/wps.20618.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment (5th ed.)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect, 103*, 104446. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104446.
- Guassi Moreira, J. F., Sahi, R., Leon, M. D. C., Saragosa-Harris, N., Waizman, Y. H., Sedykin, A. E., Ninova, E., Peris, T.S., Gross, J.J., & Silvers, J. (2021). A data-driven typology of emotion regulation profiles. doi: 10.31234/osf.io/9stvx.
- Gunay-Oge, R., Pehlivan, F. Z., & Isikli, S. (2020). The effect of positive childhood experiences on adult personality psychopathology. *Personality and Individual Differences, 158*, 109862. doi: 10.1016/j.paid.2020.109862.

- Gunthert, K. C., & Wenze, S. J. (2012). Daily diary methods. In: M. R. Mehl & T. S. Conner (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life* (pp. 144–159). The Guilford Press.
- Hageman, T. K., Francis, A. J., Field, A. M., & Carr, S. N. (2015). Links between childhood experiences and avoidant personality disorder symptomatology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *15*(1), 101-116.
- Hajcak, G., Dunning, J. P., Foti, D., & Weinberg, A. (2014). Temporal dynamics of emotion regulation. In: J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 43–57). New York, NY: Guilford.
- Hajcak, G., & Foti, D. (2020). Significance?... Significance! Empirical, methodological, and theoretical connections between the late positive potential and P300 as neural responses to stimulus significance: An integrative review. *Psychophysiology*, *57*(7), e13570. doi: 10.1111/psyp.13570.
- Haller, D. L., & Miles, D. R. (2004). Personality disturbances in drug-dependent women: Relationship to childhood abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *30*(2), 269-286. doi: 10.1081/ada-120037378.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(2), 260-273. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x.
- Hayes, S. C. (2020). *A liberated mind: How to pivot toward what matters*. Penguin.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836.
- Hock, R. S., Bryce, C. P., Fischer, L., First, M. B., Fitzmaurice, G. M., Costa, P. T., & Galler, J. R. (2018). Childhood malnutrition and maltreatment are linked with personality disorder symptoms in adulthood: results from a Barbados lifespan cohort. *Psychiatry Research*, *269*, 301-308. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.085.
- Hofmann, S. G., Dozois, D. J., Rief, W. E., & Smits, J. A. (2014). *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy, Vol. 1*. Wiley Blackwell.
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Rosa, A. R., Fortea, L., Radua, J., Amann, B. L., & Moreno-Alcázar, A. (2022). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *273*(2), 397–410. doi: 10.1007/s00406-022-01495-5.
- Hughes, D. J., Kratsiotis, I. K., Niven, K., & Holman, D. (2020). Personality traits and emotion regulation: A targeted review and recommendations. *Emotion*, *20*(1), 63-67. doi: 10.1037/emo0000644.
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 47-55. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.006.

- Ion, A., Bîlc, M. I., Pițur, S., Pop, C. F., Szentágotai-Tătar, A., & Miu, A. C. (2023). Childhood maltreatment and emotion regulation in everyday life: an experience sampling study. *Scientific Reports*, *13*(1), 7214. doi: 10.1038/s41598-023-34302-9.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *63*(5), 579-587. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.579.
- Karn, S. M., & Rosli, N. A. (2019). Assessment of personality disorder: a review of existing literature on psychological assessment. *Jurnal Psikologi Malaysia*, *33*(1).
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(6), 706-716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x.
- King, B. R., & Boswell, J. F. (2019). Therapeutic strategies and techniques in early cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy*, *56*(1), 35-40. doi: 10.1037/pst0000202.
- Klein, J. P., Roniger, A., Schweiger, U., Späth, C., & Brodbeck, J. (2015). The association of childhood trauma and personality disorders with chronic depression: a cross-sectional study in depressed outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*(6), 1523. doi: 10.4088/JCP.14m09158.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(3), 300. doi: 10.1093/clipsy.9.3.300.
- Koenigsberg, H., Denny, B., Lopez, R., Fan, J., Schulz, K., Trumbull, J., ... & McClure, M. (2019). F149. The Effects of Cognitive Reappraisal Training to Enhance Emotion Regulation in Borderline and Avoidant Personality Disorder Patients: Evidence From Self-Reported Affect Ratings and Neuroimaging. *Biological Psychiatry*, *85*(10), S270-S271. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.03.686.
- Koval, P., & Kalokerinos, E. (2022). Studying Emotion Regulation with Daily Diaries and Ecological Momentary Assessment. doi: 10.31234/osf.io/whqga.
- Koval, P., Kalokerinos, E. K., Greenaway, K. H., Medland, H., Kuppens, P., Nezlek, J. B., Hinton, J. D. X., & Gross, J. J. (2023). Emotion regulation in everyday life: Mapping global self-reports to daily processes. *Emotion*, *23*(2), 357-374. doi: 10.1037/emo0001097.
- Krause-Utz, A., Erol, E., Broussianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Elzinga, B. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotion dysregulation*, *6*, 1-14. doi: 10.1186/s40479-019-0101-8.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 477-501. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.
- Lampe, L. (2016). Avoidant personality disorder as a social anxiety phenotype: risk factors, associations and treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(1), 64-69. doi: 10.1097/YCO.0000000000000211.
- Lampe, L., & Malhi, G. S. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 55-66. doi: 10.2147/PRBM.S121073.

- Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J., & Gross, J. J. (2019). Emotion reactivity and regulation in maltreated children: A meta-analysis. *Child Development, 90*(5), 1503-1524. doi: 10.1111/cdev.13272.
- Leahy, R. L., & Rego, S. A. (2012). Cognitive restructuring. In: W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Core principles for practice* (pp. 133–158). John Wiley & Sons, Inc. doi: 10.1002/9781118470886.ch6.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry, 56*(11), 1009-1015. doi: 10.1001/archpsyc.56.11.1009.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 62*(6), 553-564. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
- Lincoln, T. M., Schulze, L., & Renneberg, B. (2022). The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology, 1*(5), 272-286. doi: 10.1038/s44159-022-00040-4.
- Lischetzke, T., & Könen, T. (2020). Daily diary methodology. In: *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 1-8). Cham: Springer International Publishing.
- Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: Current findings and future directions. *Clinical psychology: Science and Practice, 24*(2), 140. doi: 10.1111/cpsp.12190.
- Liu, Y., Huang, H., McGinnis-Deweese, M., Keil, A., & Ding, M. (2012). Neural substrate of the late positive potential in emotional processing. *Journal of Neuroscience, 32*(42), 14563-14572. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3109-12.2012.
- López-Pérez, B., & McCagh, J. (2020). How do I want to feel? The link between emotion goals and difficulties in emotion regulation in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 96-114. doi: 10.1111/bjc.12235.
- Luck, S. J. (2012). Event-related potentials. In: H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 1. Foundations, planning, measures, and psychometrics* (pp. 523–546). American Psychological Association. doi: 10.1037/13619-028.
- Luck, S. J. (2014). *An introduction to the event-related potential technique*. MIT press.
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Williamson, R. L., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Markon, K. E., Krueger, R. F., & Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment, 27*(4), 1195–1210. doi: 10.1037/pas0000120.
- Massaal-van der Ree, L. Y., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Thomaes, K., & van Marle, H. J. (2022). Cluster B versus cluster C personality disorders: a comparison of comorbidity, suicidality, traumatization and global functioning. *Behavioral Sciences, 12*(4), 105. doi: 10.3390/bs12040105.
- Mauss, I. B., & Tamir, M. (2014). Emotion goals: How their content, structure, and operation shape emotion regulation. In: J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 361–375). The Guilford Press.

- McCrorry, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2012). The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *105*(4), 151-156. doi: 10.1258/jrsm.2011.110222.
- McLafferty, M., Bunting, B. P., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., & O'Neill, S. M. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105212. doi: 10.1016/j.chidyouth.2020.105212.
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M., & Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, *18*(1), 1-11. doi: 10.1186/s12916-020-01561-6.
- McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2016). Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity. *Current Directions in Psychological Science*, *25*(4), 239-245. doi: 10.1177/0963721416655883.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *47*, 578-591. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.10.012.
- McMahon, T. P., & Naragon-Gainey, K. (2019). The multilevel structure of daily emotion-regulation-strategy use: An examination of within-and between-person associations in naturalistic settings. *Clinical Psychological Science*, *7*(2), 321-339. doi: 10.1177/2167702618807408.
- McMahon, T. P., & Naragon-Gainey, K. (2020). Ecological validity of trait emotion regulation strategy measures. *Psychological Assessment*, *32*(8), 796. doi: 10.1037/pas0000827.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. In: *Emotion*, Oxford University Press.
- McRae, K., Gross, J. J., Weber, J., Robertson, E. R., Sokol-Hessner, P., Ray, R. D., Gabrieli, J. D. I., & Ochsner, K. N. (2012). The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *7*(1), 11-22. doi: 10.1093/scan/nsr093.
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, *172*(11), 1038-1044.
- Mersky, J. P., Janczewski, C. E., & Topitzes, J. (2017). Rethinking the measurement of adversity: Moving toward second-generation research on adverse childhood experiences. *Child Maltreatment*, *22*(1), 58-68. doi: 10.1177/1077559516679513.
- Mertens, Y., Yilmaz, M., & Lobbestael, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, *104*, 104445. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104445.
- Meyer, B., & Carver, C. S. (2000). Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: A study of avoidant personality disorder features in college students. *Journal of Personality Disorders*, *14*(3), 233-248. doi: 10.1521/pedi.2000.14.3.233.
- Millgram, Y., Huppert, J. D., & Tamir, M. (2020). Emotion goals in psychopathology: A new perspective on dysfunctional emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, *29*(3), 242-247. doi: 10.1177/0963721420917713.

- Millgram, Y., Joormann, J., Huppert, J. D., & Tamir, M. (2015). Sad as a matter of choice? Emotion regulation goals in depression. *Psychological Science, 26*(8), 1216-1228. doi: 10.1177/0956797615583295.
- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balazsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 93*, 102141. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102141.
- Morgan, P. T., Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2010). Gender-related influences of parental alcoholism on the prevalence of psychiatric illnesses: analysis of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(10), 1759-1767. doi: 10.1111/j.1530-0277.2010.01263.x.
- Moser, J. S., Hajcak, G., Bukay, E., & Simons, R. F. (2006). Intentional modulation of emotional responding to unpleasant pictures: an ERP study. *Psychophysiology, 43*(3), 292-296. doi: 10.1111/j.1469-8986.2006.00402.x.
- Oltmanns, T. F., & Powers, A. D. (2012). Gender and personality disorders. In: *The Oxford handbook of personality disorders*, 206. Oxford University Press.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders, 17*(6), 479-488. doi: 10.1521/pedi.17.6.479.25360.
- Paris, J. (2004). Gender differences in personality traits and disorders. *Current Psychiatry Reports, 6*(1), 71-74. doi: 10.1007/s11920-004-0042-8.
- Paris, J. (2008). Recent advances in research on personality disorders. *Current Psychiatry Reviews, 4*, 10–13. doi: 10.2174/157340008783743848.
- Perry, J. C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 149*.12.1645. doi: 10.1176/ajp.149.12.1645.
- Prefit, A. B., Candea, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite, 143*, 104438. doi: 10.1016/j.appet.2019.104438.
- Preti, E., Di Pierro, R., Fanti, E., Madeddu, F., & Calati, R. (2020). Personality disorders in time of pandemic. *Current Psychiatry Reports, 22*, 1-9. doi: 10.1007/s11920-020-01204-w.
- Proudfoot, J., & Nicholas, J. (2010). Monitoring and evaluation in low intensity CBT interventions. In: *Oxford guide to low intensity CBT interventions*, 97-104. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Reis, H. T. (2012). Why researchers should think “real-world”: A conceptual rationale. In Mehl MR & Conner TS (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life* (pp. 321). New York, NY: Guilford Press.
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., & Danese, A. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(10), 1103-1112. doi: 10.1111/jcpp.12621.
- Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2002). Belief and feeling: evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological Bulletin, 128*(6), 934. doi: 10.1037/0033-2909.128.6.934.

- Robinson, K., Schmidt, T., & Teti, D. M. (2005). Issues in the use of longitudinal and cross-sectional designs. In: *Handbook of research methods in developmental science*, 1-20. Blackwell Publishing Ltd.
- Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 263-279. doi: 10.1081/ADA-120020511.
- Samuel, D. B., Sanislow, C. A., Hopwood, C. J., Shea, M. T., Skodol, A. E., Morey, L. C., Ansell, E. B., Markowitz, J. C., Zanarini, M. C., & Grilo, C. M. (2013). Convergent and incremental predictive validity of clinician, self-report, and structured interview diagnoses for personality disorders over 5 years. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 650. doi: 10.1037/a0032813.
- Scheffers, F., Van Vugt, E., Lanctôt, N., & Lemieux, A. (2019). Experiences of (young) women after out of home placement: an examination of personality disorder symptoms through the lens of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 92, 116-125. doi: /10.1016/j.chiabu.2019.03.022.
- Schulte Holthausen, B., & Habel, U. (2018). Sex differences in personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1-7. doi: 10.1007/s11920-018-0975-y.
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87-102. doi: 10.1080/16506073.2014.980753.
- Shafir, R., Schwartz, N., Blechert, J., & Sheppes, G. (2015). Emotional intensity influences pre-implementation and implementation of distraction and reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(10), 1329-1337. doi: 10.1093/scan/nsv022.
- Shafir, R., & Sheppes, G. (2018). When knowledge is (not) power-the influence of anticipatory information on subsequent emotion regulation: Neural and behavioral evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(8), 1225. doi: 10.1037/xge0000452.
- Shafir, R., Thiruchselvam, R., Suri, G., Gross, J. J., & Sheppes, G. (2016). Neural processing of emotional-intensity predicts emotion regulation choice. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(12), 1863-1871. doi: 10.1093/scan/nsw114.
- Sheppes, G. (2020). Transcending the “good & bad” and “here & now” in emotion regulation: Costs and benefits of strategies across regulatory stages. *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 61, pp. 185-236). Academic Press. doi: 10.1016/bs.aesp.2019.09.003.
- Sheppes, G., & Gross, J. J. (2011). Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 319-331. doi: 10.1177/1088868310395778.
- Sheppes, G., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation effectiveness: What works when. In H. Tennen, J. Suls, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology* (pp. 391–405). John Wiley & Sons, Inc.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 163. doi: 10.1037/a0030831.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739.

- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2010). Shame aversion and shame-proneness in Cluster C personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(1), 197. doi: 10.1037/a0017982.
- Schweizer, S., Walsh, N. D., Stretton, J., Dunn, V. J., Goodyer, I. M., & Dalgleish, T. (2016). Enhanced emotion regulation capacity and its neural substrates in those exposed to moderate childhood adversity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 11*(2), 272-281. doi: 10.1093/scan/nsv109.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2014). An alternative model for personality disorders: DSM-5 Section III and beyond. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, 2nd ed.* Edited by Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 511–544.
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(1), 4-22. doi: 10.1037/a0021891.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C.M., Shea, M.T., Zanarini, M.C, Morey, L.C., Sanislow, C.A., & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(2), 276-283. doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.276.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., & McGlashan, T. H. (2005). THE COLLABORATIVE LONGITUDINAL PERSONALITY DISORDERS STUDY (CLPS): OVERVIEW AND IMPLICATIONS. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 487. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.487.
- Skodol, A. E., Johnson, J. G., Cohen, P., Sneed, J. R., & Crawford, T. N. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *The British Journal of Psychiatry, 190*(5), 415-420. doi: 10.1192/bjp.bp.105.019364.
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2021). Rethinking concepts and categories for understanding the neurodevelopmental effects of childhood adversity. *Perspectives on Psychological Science, 16*(1), 67-93. doi: 10.1177/1745691620920725.
- Snir, A., Bar-Kalifa, E., Berenson, K. R., Downey, G., & Rafaeli, E. (2017). Affective instability as a clinical feature of avoidant personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(4), 389–395. doi: 10.1037/per0000202.
- Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(2), 259. doi: 10.4088/jcp.v69n0212.
- Steenkamp, M. M., Suvak, M. K., Dickstein, B. D., Shea, M. T., & Litz, B. T. (2015). Emotional functioning in obsessive-compulsive personality disorder: Comparison to borderline personality disorder and healthy controls. *Journal of Personality Disorders, 29*(6), 794-808. doi: 10.1521/pedi_2014_28_174.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect, 22*(4), 249-270. doi: [10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9).

- Suri, G., Whittaker, K., & Gross, J. J. (2015). Launching reappraisal: It's less common than you might think. *Emotion, 15*(1), 73. doi: 10.1037/emo0000011.
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review, 20*(3), 199-222. doi: 10.1177/1088868315586325.
- Tamir, M., Halperin, E., Porat, R., Bigman, Y. E., & Hasson, Y. (2019). When there's a will, there's a way: Disentangling the effects of goals and means in emotion regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 116*(5), 795. doi: 10.1037/pspp0000232.
- Tamir, M., & Millgram, Y. (2017). Motivated emotion regulation: Principles, lessons, and implications of a motivational analysis of emotion regulation. In: *Advances in motivation science* (Vol. 4, pp. 207-247). Elsevier. doi: 10.1016/bs.adms.2016.12.001
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion, 20*(1), 115-119. doi: 10.1037/emo0000635.
- Tan, Y., Liu, Y., & Wu, L. (2016). Screening results correlating to personality disorder traits in a new employee population of People's Republic of China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 2553. doi: 10.2147/NDT.S118668.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sage, R. M., Lehman, B. J., & Seeman, T. E. (2004). Early environment, emotions, responses to stress, and health. *Journal of Personality, 72*(6), 1365-1394. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00300.x.
- Thiruchselvam, R., Blechert, J., Sheppes, G., Rydstrom, A., & Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of emotion regulation: An EEG study of distraction and reappraisal. *Biological Psychology, 87*(1), 84-92. doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.02.009.
- Tottenham, N., Hare, T. A., Quinn, B. T., McCarry, T. W., Nurse, M., Gilhooly, T., ... & Casey, B. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental Science, 13*(1), 46-61. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00852.x.
- Trotta, A., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 45*(12), 2481-2498. doi: 10.1017/S0033291715000574.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders, 24*(4), 412-426. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412.
- Tyrka, A. R., Burgers, D. E., Philip, N. S., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2013). The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(6), 434-447. doi: 10.1111/acps.12143.
- van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Domes, G., Sprenger, A., Willenborg, B., Goebel, R., & Arntz, A. (2018). Always on guard: emotion regulation in women with borderline personality disorder compared to nonpatient controls and patients with cluster-C personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 43*(1), 37-47. doi: 10.1503/jpn.170008.
- Warmingham, J. M., Duprey, E. B., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2023). Patterns of childhood maltreatment predict emotion processing and regulation in emerging adulthood. *Development and Psychopathology, 35*(2), 766-781. doi: 10.1017/S0954579422000025.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 8(1), 30-41. doi: 10.1002/pmh.1239.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-8. doi: 10.1007/s11920-016-0665-6.
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915. doi: 10.1017/S0954579419000348.
- Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2014). Newcastle-Ottawa quality assessment scale cohort studies. University of Ottawa.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.
- Wheaton, M. G., & Pinto, A. (2017). The role of experiential avoidance in obsessive–compulsive personality disorder traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 383. doi: 10.1037/per0000200.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*, 17(3), 278. doi: 10.1037/1040-3590.17.3.278.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78. doi: 10.1192/bjp.2019.166.
- Wonderlich, S. A., Rosenfeldt, S., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2007). The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 77-87. doi: 10.1002/jts.20184.
- Wright, A. G., Hopwood, C. J., & Simms, L. J. (2015). Daily interpersonal and affective dynamics in personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 503-525. doi: 10.1521/pedi.2015.29.4.503.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2011). Development of personality and the remission and onset of personality pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1351. doi: 10.1037/a0025557.
- Wright, A. G., & Simms, L. J. (2016). Stability and fluctuation of personality disorder features in daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 641. doi: 10.1037/abn0000169.
- Wu, A., & Francois, D. (2021). Personality disorders in late life: An update. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1024/1662-9647/a000261.

- Yaroslavsky, I., Bush, A. H., & France, C. M. (2022). Emotion regulation deficits mediate childhood sexual abuse effects on stress sensitization and depression outcomes. *Development and Psychopathology*, *34*(1), 157-170. doi: 10.1017/S095457942000098X.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254, 653-658.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Zhang, J., & Zheng, Y. (2018). Childhood maltreatment profiles among incarcerated Chinese males and their associations with personality disorder symptoms and criminal behaviors. *Psychiatry Research*, *268*, 272-278. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.063.
- Zhao, N., Shi, D., Huang, J., Chen, Q., & Wang, Q. (2021). Comparing the self-reported personality disorder traits and childhood traumatic experiences between patients with schizophrenia vs. major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 1684. doi: 10.3389/fpsy.2021.754174.
- Zheng, Y., Severino, F., Hui, L., Wu, H., Wang, J., & Zhang, T. (2019). Co-Morbidity of DSM-IV personality disorder in major depressive disorder among psychiatric outpatients in China: a further analysis of an epidemiologic survey in a clinical population. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 833. doi: 10.3389/fpsy.2019.00833.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.