



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI

FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI

ȘCOALA DOCTORALĂ

“PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC”

TEZĂ DE DOCTORAT

TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE: FACTORI DE RISC, MĂSURARE,
REGLAREA EMOȚIILOR ȘI FUNCȚIONAREA ZILNICĂ

AUTOR: DOCTORAND SAMUEL BUD

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

Cluj-Napoca

2024

MULȚUMIRI

A începe o călătorie de doctorat ca un absolvent de master pare o mare naivitate dacă mă uit în spate. În momentul de față, cel mai mare avantaj pe care îl văd este că, ori de câte ori vine un pachet sau când vreau o înghețată, pot spune: "Ah, exact ce a recomandat doctorul!". Deși sunt încrezător că voi culege în cele din urmă roadele muncii mele, deocamdată sunt pur și simplu recunoscător că am terminat. Această călătorie a fost mult mai dificilă decât era necesar să fie.

Aș dori să-mi exprim recunoștința coordonatorului științific, doamna profesor Aurora Szentágotai-Tătar, pentru toate contribuțiile științifice. De asemenea, aș dori să le mulțumesc colegilor mei din cadrul Școlii Doctorale "Psihodiagnostic și intervenții psihologice bazate validate științific" și de la toți membrii Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie al Universității Babeș-Bolyai. Îi mulțumesc Dianei Nechita pentru cuvintele încurajatoare și pentru că m-a încurajat să îmi asum mai mult munca mea. Lui Stelian Florean și Liviu Fodor le datorez recunoștință pentru ajutorul în analiza statistică atunci când a fost nevoie. Într-o notă mai personală, știu că tot acest efort nu ar fi fost posibil fără sacrificiile pe care le-au făcut părinții mei pentru a-mi oferi dragostea de a învăța și pentru a mă încuraja să fiu mai bun în tot ceea ce fac.

Mai presus de toate, recunoștința mea cea mai profundă și mai sinceră merge către soția mea, Ela. Ea m-a văzut în cele mai rele momente ale mele, plin de disperare și tristețe, și a continuat să mă iubească, să mă țină de mână și să-mi structureze gândurile și acțiunile. Răbdarea, bunătatea și disciplina ei au fost ancora mea în cele mai dificile momente. Ea a crezut pentru amândoi atunci când eu nu am crezut. Te iubesc!

Abia aștept să continui să-mi trăiesc viața din plin, poate să încep cu o vacanță lungă, să coc cea mai bună focaccia, să cânt la pian sau să învăț, în sfârșit, cum să stăpânesc aluatul cu maia. La urma urmei, toate acestea sunt recomandate de doctor (de mine!).

Notițe _____

(1) Prin prezenta se certifică de către Samuel BUD că:

(a) Teza include munca de cercetare originală a lui Samuel Bud (autor) în vederea obținerii titlului de doctor;

(b) Părți din teză au fost acceptate pentru publicare sau prezentate ca lucrări la conferințe; în teză au fost incluse citatele corespunzătoare pentru aceste publicații. Alți coautori au fost incluși în publicații, dacă au contribuit la expunerea textului publicat, interpretarea datelor etc. (contribuția lor a fost clar explicată în notele de subsol ale tezei);

(c) Teza a fost redactată în conformitate cu standardele de redactare academică. Întregul text al tezei și rezumatul acesteia au fost redactate de Samuel Bud, care își asumă întreaga responsabilitate pentru redactarea academică; de asemenea:

- A fost utilizat un software pentru verificarea scrierii academice și a plagiatului

(<https://www.turnitin.com/>); teza a trecut testul critic;

- O copie a tezei a fost livrată la departament/școala doctorală.

- Toate tabelele și figurile sunt numerotate în cadrul capitolului sau subcapitolului corespunzător din teză.

CUPRINS

CAPITOLUL I. INTRODUCERE.....	5
1.1.Principalele provocări științifice în cercetarea Tulburării de Personalitate Borderline (BPD)	5
1.2.Limite teoretice și recenzia literaturii de specialitate.....	6
1.2.1. Tulburarea de Personalitate Borderline	6
1.2.2. Reglarea Emoțională.....	7
CAPITOLUL II. SCOPURILE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ.....	8
CAPITOLUL III.CERCETARE ORIGINALĂ.....	11
3.1. Studiul 1. Strategiile de reglare emoțională în Tulburarea de Personalitate Borderline: o meta-analiză	11
3.2. Studiul 2. Evaluarea consistenței în măsurare: Un studiu al invarianței de măsurare al scalei BPFSC în funcție de vârstă și sex la adolescenți din România.....	17
3.3. Studiul 3. Examinarea asocierii dintre maltratarea în copilărie și trăsăturile Tulburării de Personalitate Borderline: rolul strategiilor de reglare emoțională.....	26
3.4. Studiul 4. Tulburarea de Personalitate Borderline: un studiu ecologic al emoțiilor și al strategiilor de reglare emoțională în viața de zi cu zi într-un eșantion clinic de adulți.....	33
CAPITOLUL IV.CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII	41
BIBLIOGRAFIE	44

CAPITOLUL I. INTRODUCERE

1.1. Principalele provocări științifice în cercetarea Tulburării de Personalitate Borderline (BPD)

Tulburarea de Personalitate Borderline (BPD) se caracterizează adesea ca o rețea complexă de provocări emoționale, cognitive, comportamentale, personale și interpersonale (APA, 2013). Deși în ultimii ani s-au făcut progrese semnificative în studiul BPD, există încă unele dificultăți majore cu care se confruntă cercetătorii și practicienii în abordarea BPD. Printre provocările teoretice se numără și nevoia continuă de conceptualizare mai precisă a tulburării. Cercetătorii pun adesea la îndoială etiologia tulburării, dezbătând caracterul distinctiv al BPD în comparație cu alte tulburări de personalitate sau afecțiuni precum tulburarea bipolară. Astfel, se complică eforturile de a stabili limite clare ale simptomelor (Chanen & Kaess, 2012; Frías et al., 2016). Din punct de vedere metodologic, cercetătorii și clinicienii se confruntă cu provocări în selectarea instrumentelor de măsurare adecvate care să capteze cât mai aproape de realitate simptomatologia diversă a BPD. Natura dinamică a simptomelor, care pot fluctua în timp, necesită metodologii de cercetare inovatoare, cum ar fi metodele de evaluare longitudinale sau ecologice-momentare, pentru a surprinde variațiile în timp real (Santangelo și colab., 2014).

Scopul acestei teze este de a evalua și de a construi pe baza unora dintre provocările teoretice și metodologice. Prin urmare, această teză își propune să contribuie la avansarea cercetării reglării emoționale în domeniul BPD. Acest lucru va fi realizat prin oferirea unei perspective critice asupra stadiului actual al cercetării în acest domeniu, prin sintetizarea cantitativă a cercetării existente și prin investigarea strategiilor de reglare emoțională în eșantioane de adolescenți și adulți. De asemenea, vom aborda și nevoia de instrumente valide prin investigarea invarianței de măsurare și a structurii factoriale a unei scale promițătoare pentru evaluarea BPD la tineri. Un alt

studiu al tezei investighează, de asemenea, strategiile de reglare a emoțiilor ca un mediator potențial între mediul din copilărie și trăsăturile BPD. Abordând și provocările metodologice, această teză va investiga, de asemenea, emoțiile și reglarea într-un eșantion clinic de adulți, prin intermediul metodologiei de evaluare ecologică momentană (i.e., *ecological momentary assessment*).

1.2. Limite teoretice și recenzia literaturii de specialitate

1.2.1. Tulburarea de Personalitate Borderline

BPD a evoluat semnificativ de-a lungul unei istorii complexe care reflectă schimbarea perspectivelor privind sănătatea mintală în general. Deși inițial BPD a fost caracterizată în principal de procesele cognitive disfuncționale, persoanele etichetate ca fiind borderline au fost ulterior reîncadrate în tulburarea de personalitate schizotipală. Recunoașterea oficială în DSM-III (APA, 1980) a consolidat BPD ca o tulburare distinctă, determinând mai multe cercetări privind etiologia și tratamentul acesteia. În prezent, BPD se caracterizează prin instabilitate în reglarea emoțiilor, relații personale fluctuante, imagine de sine distorsionată și dificultăți în controlul impulsurilor, ceea ce duce atât la costuri semnificative personale, cât și pentru societate (APA, 2013; Lieb et al., 2014). Intervențiile psihologice, cum ar fi terapia comportamentală dialectică (DBT), au revoluționat tratamentul BPD prin integrarea strategiilor cognitiv-comportamentale și mindfulness (valul al treilea). În multe forme validate de intervenție, cum ar fi DBT (Linehan, 1987), tratamentul bazat pe mentalizare (MBT; Bateman & Fonagy, 2004) sau terapia centrată pe scheme (SFT; Kellog & Young, 2006), reglarea emoțiilor reiese ca un mecanism critic în gestionarea simptomelor tulburării și îmbunătățirea funcționării generale, evidențiind rolul fundamental pe care îl poartă în BPD.

1.2.2. Reglarea Emoțională

De-a lungul istoriei, rolul emoțiilor în experiența umană și bunăstarea psihologică a fost un subiect central și recurent. Teoriile timpurii ale lui James-Lange (James, 1884), Cannon (1927) și Schachter & Singer (1962) au pus bazele înțelegerii interacțiunii dintre activare, evaluare și experiența emoțională. Teoriile contemporane subliniază, de asemenea, rolul crucial al reglării emoțiilor pentru bunăstarea generală. Modelul procesual al lui Gross (Gross, 1998) evidențiază relațiile dinamice dintre emoții și strategiile de reglare emoțională. Reglarea adaptativă a emoțiilor este esențială în gestionarea simptomelor BPD, mai ales având în vedere impactul puternic pe care dereglarea emoțională îl are asupra vieții de zi cu zi (de exemplu, schimbări de dispoziție, comportamente impulsive, autovătămare). Dereglarea emoțională este centrală în mai multe modele explicative BPD. Probabil cel mai influent, modelul biosocial al lui Linehan (Linehan, 1993) leagă dereglarea emoțională de toate simptomele BPD. Modelul biosocial extins (Crowell et al., 2009) subliniază în continuare influența experiențelor adverse (cum ar fi mediul invalidant sau maltratarea în copilărie) de-a lungul vieții asupra dezvoltării BPD, evidențiind astfel nevoia de cercetare continuă asupra înțelegerii modului în care mediul timpuriu influențează atât reglarea emoțiilor, cât și caracteristicile BPD.

Cercetările recente evidențiază asocierile semnificative dintre strategiile de reglare a emoțiilor și BPD. Două meta-analize recente efectuate de Daros & Williams (2019) și Bud et al., (2023) arată că persoanele cu BPD utilizează mai puțin strategii eficiente de reglementare a emoțiilor, cum ar fi reevaluarea cognitivă și acceptarea, și mai frecvent strategii ineficiente precum suprimarea emoțională, ruminarea și evitarea emoțiilor. Reevaluarea, o strategie eficientă, este utilizată mai puțin frecvent de persoanele cu BPD, care raportează, de asemenea, o abilitate percepută mai scăzută în a folosi această strategie comparativ cu eșantioanele de control (Beblo și

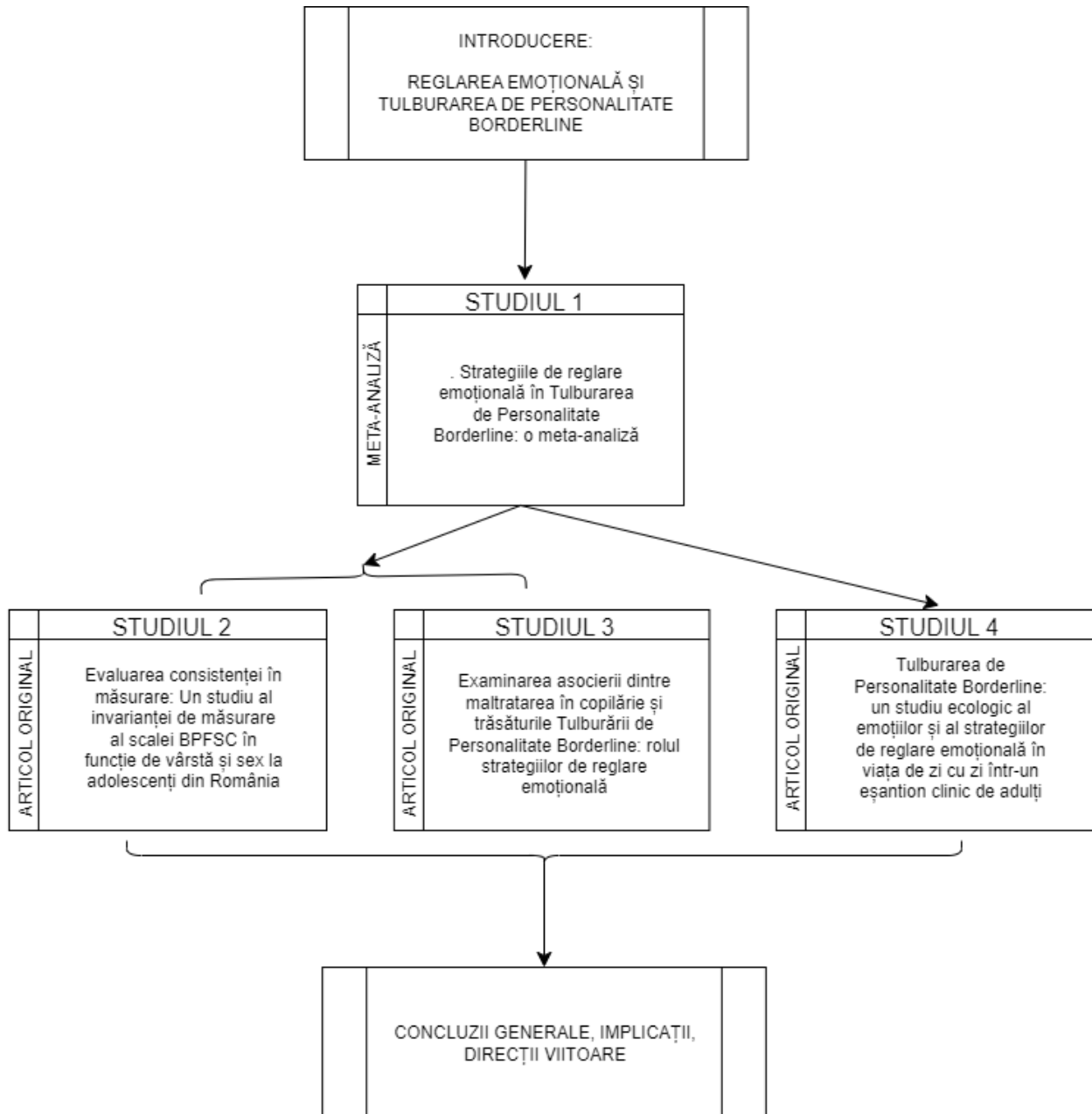
colab., 2013). Rumiñația este strâns legată de trăsăturile BPD, intensificând dereglarea emoțională și comportamentală (Selby & Joiner, 2009). Suprimarea, frecvent utilizată de persoanele cu BPD, corelează, de asemenea, cu severitatea simptomelor și mediază relația dintre emoțiile negative și simptomele BPD (Gratz și colab., 2006). Evitarea are rezultate mixte; deși oferă o ameliorare temporară, în cele din urmă se corelează cu severitatea simptomelor BPD în timp (Chapman et al., 2017). Distragerea este adesea utilizată pentru a gestiona stimuli emoționali de intensitate ridicată și este, de asemenea, asociată cu severitatea simptomelor BPD (Sauer și colab., 2016). Acceptarea este deosebit de dificil de utilizat pentru persoanele cu BPD, care necesită mai multă îndrumare pentru a o pune în practică în mod eficient comparativ cu eșantioane de control (Chapman et al., 2017). În mod similar, mindfulness ca strategie de reglare emoțională, adesea legată de acceptare, prezintă o corelație negativă cu simptomatologia BPD (Wupperman și colab., 2013).

CAPITOLUL II. SCOPURILE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Acest proiect de cercetare conține patru studii originale menite să abordeze mai multe dintre provocările conceptuale și metodologice menționate anterior. Unele dintre acestea au fost abordate în studii individuale (de exemplu, cuantificarea cantitativă a relației dintre strategiile de reglare a emoțiilor și caracteristicile BPD), în timp ce altele au fost abordate în mai multe studii (de exemplu, rolul specific al strategiilor de reglare a emoțiilor în atenuarea sau accentuarea trăsăturilor BPD). Structura tezei, în urma obiectivelor de cercetare, este prezentată în Figura 1. Am urmărit să acoperim lacunele din literatura de specialitate în ceea ce privește înțelegerea modului în care strategiile specifice de reglare a emoțiilor relaționează cu simptomele BPD prin efectuarea unei meta-analize cantitative cuprinzătoare și investigarea acestor strategii ca mediatori între factorii de mediu (de exemplu, maltratarea în copilărie) și BPD. În plus, am vizat validarea

Borderline Personality Feature Scale for Children (BPFSC) într-un eșantion de adolescenți români și am folosit evaluarea ecologică momentană pentru a studia dinamica în timp real efectul reglării emoțiilor și a strategiilor de reglare emoțională asupra emoțiilor la persoanele cu BPD clinic. Pentru a explora aceste obiective de cercetare, am folosit abordări metodologice diferite. Am folosit o abordare meta-analitică pentru scopul nostru de a oferi un sintetiza mai concludent relația dintre strategiile de reglare a emoțiilor și BPD prin combinarea datelor din mai multe studii. Am conceput un model de ecuații structurale (SEM) pentru a investiga relațiile dintre factorii de mediu din copilărie, strategiile de reglare a emoțiilor și BPD. Am folosit analiza factorială confirmatorie multi-grup (MG-CFA) pentru a testa structura factorială și invarianța de măsurare a scalei BPFSC. Nu în ultimul rând, am folosit modele mixte (i.e., *mixed effects models*) pentru a explora relațiile concomitente și întârziate dintre strategiile de reglare a emoțiilor și afectivitatea negativă și pozitivă, precum și eficiența și dificultatea percepută a acestor strategii.

Figura 1. Reprezentarea grafică a structurii generale a tezei. Fiecare studiu va fi descris mai pe larg în Capitolul III.



CAPITOLUL III: CERCETARE ORIGINALĂ

Studiul 1. 3.1. Strategiile de reglare emoțională în Tulburarea de Personalitate

Borderline: o meta-analiză¹

Introducere

Tulburarea de Personalitate Borderline (BPD) se caracterizează prin dificultăți semnificative în reglarea emoțiilor (ER), care joacă un rol central atât în dezvoltarea, cât și în menținerea tulburării (Lieb et al., 2004). Dereglarea emoțională în BPD, care cuprinde instabilitatea afectivă și alegerea unor strategii disfuncționale de reglare emoțională, este esențială în tabloul clinic al BPD (APA, 2013).

Persoanele cu BPD se confruntă adesea cu dificultăți în utilizarea eficientă a strategiilor adaptive de ER, alegând frecvent strategii care oferă o ameliorare pe termen scurt, dar care exacerbează simptomele pe termen lung (Kuo et al., 2018). Studiile leagă în mod constant niveluri ridicate de suprimare, ruminare și evitare cu o creștere a simptomelor BPD, în timp ce utilizarea eficientă a acceptării și reevaluării corelată cu reducerea simptomelor (Daros & Williams, 2019). Fiecare strategie de ER are implicații unice. Acceptarea implică abordarea cu deschidere a emoțiilor dureroase, pe care persoanele cu BPD le consideră dificile în viața de zi cu zi, în ciuda

¹ Acest studiu a fost publicat.

Bud, S., Nechita, D., & Szentagotai Tatar, A. (2023). Emotion regulation strategies in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychologist*, 27(2), 142-159.

Autorii au contribuit la redactarea articolului după cum urmează: Bud, S: conceperea studiului, realizarea studiului, analiza și interpretarea datelor, redactarea manuscrisului; Nechita, D: conceperea studiului, analiza și interpretarea datelor, redactarea manuscrisului. Szentagotai, A: conceperea studiului, interpretarea datelor și redactarea manuscrisului.

beneficiilor potențiale (Chapman și colab., 2017). Evitarea, care constă în reticența de a se confrunta cu durerea emoțională, este prevalentă în BPD și împiedică recuperarea eficientă (Chapman et al., 2017). Distragerea, schimbarea atenției de la stimulii emoționali, reflectă un mecanism de coping utilizat de persoanele cu simptome BPD mai ales în acele situații în care intensitatea emoțională este foarte ridicată (Sauer și colab., 2016). Reevaluarea, adică modificarea răspunsurilor emoționale prin reevaluarea situațiilor, este subutilizată de persoanele cu BPD, în ciuda cercetărilor care arată potențialul de ameliorare a simptomelor (Beblo et al., 2013). Ruminația, care presupune retrăirea cognitivă a emoțiilor negative, prezice semnificativ severitatea BPD, influențând intensitatea emoțională și dereglarea comportamentală (Selby & Joiner, 2009). Suprimarea, o încercare de a inhiba emoțiile nedorite, corelează cu simptomele BPD accentuate și contribuie la stresul emoțional (Rosenthal și colab., 2008). În ciuda progreselor în înțelegerea ER în BPD, lacune în cercetare continuă să existe în ceea ce privește agregarea și sinteza cuprinzătoare a rezultatelor între studii (Daros & Williams, 2019).

Astfel, acest studiu își propune să actualizeze cercetările anterioare privind asociațiile dintre BPD și strategiile ER folosind tehnici meta-analitice. Spre deosebire de studiile anterioare, acest studiu face diferența între acceptare și mindfulness, examinând în același timp modul în care diverși factori teoretici (de exemplu, statutul clinic), metodologici (de exemplu, calitatea studiului) și demografici (de exemplu, sexul) influențează aceste relații.

Metodologie

Căutări sistematice au fost efectuate în cinci baze de date (PsychINFO, PubMed, Web of Science, SCOPUS, Cochrane) până în septembrie 2020 pentru a identifica studii privind asocierea

dintre strategiile ER și BPD. Studiile incluse au fost publicate în limba engleză sau germană, revizuite de către colegi (i.e., *peer reviewed*) și au raportat date privind strategiile ER și simptomele BPD. Datele extrase au inclus detaliile studiilor, rezultatele, datele demografice și dimensiunile efectului.

Corelația Pearson a fost utilizată în primul rând ca și coeficient de măsurare, dimensiunea efectului fiind calculată utilizând modelul efectelor aleatorii din cauza eterogenității ridicate preconizate (Higgins et al., 2003). Biasul de publicare (i.e., *publication bias*) a fost evaluat utilizând diagrame funnel-plots, procedura trim-and-fill (Duval & Tweedie, 2000). Software-ul Comprehensive Meta-Analysis (CMA) a fost utilizat pentru a organiza, analiza și raporta datele (CMA; Borenstein et al., 2005).

Rezultate

Căutarea sistematică a identificat 9.848 de studii potențial relevante. După eliminarea duplicatelor, au rămas 6.921 de studii. Verificarea criteriilor de eligibilitate a dus la excluderea a 6.740 de studii. Au fost evaluate textele complete ale celor 181 de studii rămase, ceea ce a dus la excluderea a 107 studii. Mărimile efectelor au indicat o asociere negativă ridicată între BPD și strategiile adaptive ER: acceptare ($r = -0.558$), mindfulness ($r = -0.581$) și reevaluare ($r = -0.303$). Combinate, aceste strategii adaptative produc o dimensiune generală a efectului de $r = -0.539$, sugerând că persoanele cu BPD tind să experimenteze o mai bună reglare a emoțiilor atunci când utilizează aceste strategii. În schimb, strategiile ER dezadaptative au arătat o asociere pozitivă ridicată cu BPD: evitarea ($r = 0.528$), suprimarea ($r = 0.449$), ruminația ($r = 0.551$) și distragerea ($r = 0.336$). Aceste strategii, atunci când sunt combinate, produc un efect global de $r = 0.510$,

indicând că aceste strategii disfuncționa, atunci când sunt utilizate de persoanele cu BPD, pot duce la exacerbarea simptomelor BPD. Tabelul 1 rezumă efectele principale.

Tabelul 1.

Corelațiile între strategiile de reglare emoțională și BPD

Strategie	n	Mărimea efectului (r)	C.I. (95%) limita inf.	CI (95%) limita sup.	Z	p	k	Q- statistics p	I²
Acceptare	30	-.558	-.634	-.472	-10.738	<.001	32	<.001	95.088
Mindfulness	13	-.581	-.725	-.387	-5.095	<.001	13	<.001	98.448
Reevaluare	17	-.303	-.372	-.231	-7.900	<.001	17	<.001	86.325
Evitare	12	.528	.442	.604	10.205	<.001	12	<.001	86.816
Distragere	3	-.336	-.471	-.186	-4.252	<.001	3	<.001	52.716
Ruminație	23	.551	.488	.608	14.083	<.001	23	<.001	92.959
Supresie	20	.449	.364	.527	9.264	<.001	20	<.001	93.035

Analiza diferențelor de subgrup a arătat că statutul clinic a moderat semnificativ relația dintre strategiile de acceptare și reevaluare cu simptomele BPD, prezentând efecte mai puternice în eșantioanele clinice comparativ cu eșantioanele non-clinice. În mod similar, pentru reevaluare, dimensiunile efectului au fost mai mari atunci când rezultatele au fost raportate de clinician, mai degrabă decât auto-raportate. Populațiile care nu sunt studenți au prezentat, de asemenea, asociații mai puternice între reevaluare și simptomele BPD în comparație cu populațiile de studenți. În ceea

ce privește compoziția pe sexe, un procent mai mare de femei a prezis asocieri mai puternice între strategiile de acceptare și reevaluare cu BPD.

Pentru suprimare, statutul clinic a jucat un rol moderator semnificativ, arătând dimensiuni mai mari ale efectului în eșantioanele clinice. În mod similar, rezultatele raportate de clinicieni pentru suprimare au produs asociații mai puternice în comparație cu rezultatele auto-raportate. Populațiile care nu sunt studenți au arătat, de asemenea, asocieri mai puternice între suprimare și simptomele BPD în comparație cu populațiile de studenți. Cu toate acestea, nici vârsta, nici sexul nu au prezis în mod semnificativ puterea asociațiilor pentru strategiile de evitare și ruminare cu BPD. Analiza a fost, de asemenea, sensibilă la o posibilă tendință de publicare (publication bias), deși distribuția simetrică a punctelor de date în diagramele funnel și testele statistice suplimentare au sugerat un impact minim asupra robusteții constatărilor.

Discuții

Această meta-analiză a investigat relațiile dintre strategiile de ER și BPD. Aceasta integrează rezultatele diferitelor studii care investighează acceptarea, mindfulness, reevaluarea, distragerea, evitarea, suprimarea și ruminarea, precum și asocierile acestora cu simptomele BPD. Strategiile ER adaptative (acceptare, atenție, reevaluare) prezintă corelații negative semnificative cu BPD, indicând rolul lor potențial în gestionarea dereglării emoționale (Daros & Williams, 2019). Cu toate acestea, reevaluarea prezintă o mărime mai mică a efectului în comparație cu celelalte strategii ER adaptive. Acest lucru poate fi explicat posibil datorită cerințelor cognitive crescute necesare pentru utilizarea reevaluării, ceea ce poate duce la epuizarea acestor resurse (Carpenter & Trull, 2013). În schimb, strategiile dezadaptative (evitarea, suprimarea, ruminarea, distragerea) prezintă corelații pozitive semnificative cu simptomele BPD, sugerând contribuția lor

la exacerbarea dereglării emoționale (Daros & Williams, 2019). De asemenea, variațiile în efectele strategiilor ER sunt influențate de alți factori, cum ar fi metoda de raportare, tipul de populație sau starea clinică. Acest lucru subliniază importanța contextului în înțelegerea relațiilor ER-BPD (Haas & Miller, 2015). Limitările acestei meta-analize includ natura predominant transversală a studiilor, care limitează formularea concluziilor cauzale. Eterogenitatea ridicată între studii evidențiază complexitatea prezentă în măsurarea strategiilor ER și a simptomelor BPD. Studiile viitoare ar trebui să adopte modele longitudinale pentru a înțelege mai bine relațiile temporale și a elucida în continuare modul în care diferitele strategii ER influențează dezvoltarea și evoluția simptomatologiei BPD.

Clinic, rezultatele subliniază importanța promovării unor intervenții care abordează ER individuale (Linehan & Wilks, 2015). Înțelegerea motivelor din spatele alegerii și punerii în aplicare a strategiilor ER specifice de către persoanele cu BPD este esențială pentru dezvoltarea unor abordări terapeutice eficiente. Continuarea cercetărilor privind mecanismele ER și influențele contextuale este necesară pentru rafinarea strategiilor terapeutice și aprofundarea înțelegerii psihopatologiei BPD (Daros & Williams, 2019).

3.2. Studiul 2. Evaluarea consistenței în măsurare: Un studiu al invarianței de măsurare a scalei BPFSC în funcție de vârstă și sex la adolescenți din România²

Introducere

Tulburarea de Personalitate Borderline (BPD) se caracterizează prin dificultăți cronice de reglare a emoțiilor, disfuncții cognitive, impulsivitate și relații interumane instabile (Lieb et al., 2004). Măsurarea și diagnosticarea BPD, în special la adolescenți, reprezintă o provocare datorită conotației pe care o poartă - de severitate permanentă și non-maleabilitate, etichete care pot avea un impact negativ asupra dezvoltării adolescenților (Laurensen et al., 2013). Cu toate acestea, evitarea măsurării și diagnosticării poate duce la costuri financiare și la nivel de societate semnificative, deoarece diagnosticarea întârziată ar putea duce la simptome mai severe și deficiențe de funcționare care sunt mai costisitoare pentru a fi tratate și gestionate ulterior (Van Asselt et al., 2007). Studiile arată că prevalența BPD la adolescenți este similară cu cea la adulți, cu simptome care apar în jurul vârstei de 13-14 ani. Detectarea precoce a simptomelor BPD poate duce la rezultate funcționale mai bune și la reducerea costurilor pe termen lung (Chanen et al., 2020).

² Acest studiu a fost publicat.

Bud, S., & Szentágotai-Tătar, A. (2024). Assessing Measurement Consistency: A Study of the BPFSC Invariance Across Age and Sex in Romanian Adolescents. *Psychological Reports*, 0(0) 1–23

Autorii au contribuit la redactarea articolului după cum urmează: Bud, S: proiectarea studiului, realizarea studiului, analiza și interpretarea datelor, redactarea manuscrisului; Nechita, D: proiectarea studiului, analiza și interpretarea datelor, redactarea manuscrisului. Szentagotai, A.: conceperea studiului, interpretarea datelor și redactarea manuscrisului.

Evaluarea adecvată a BPD la adolescenți este fundamentală și au fost dezvoltate instrumente de diagnosticare fiabile, cum ar fi Interviu Copilului pentru Tulburarea de Personalitate Borderline (*The Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder; CI-BPD*) și Scala de trăsături ale Personalității Borderline pentru copii (*Borderline Personality Features Scale for Children; BPFSC*). CI-BPD, deși cuprinzător, este consumator de timp și necesită administrarea de către un specialist (Sharp et al., 2011). BPFSC, un instrument de auto-raportare, evaluează eficient caracteristicile BPD și urmărește variabilitatea simptomelor în timp (Sharp et al., 2014). BPFSC se bazează pe scara Borderline cu patru factori din Inventarul de evaluare a personalității (*Personality Assessment Inventory-Borderline Scale; PAI-BOR*), care include instabilitate afectivă, probleme de identitate, relații negative și auto-vătămare (Morey, 1991). BPFSC a fost tradus în diferite limbi și validat în mai multe studii, demonstrând fiabilitatea sa în diferite culturi (de exemplu, Calvo et al., 2023; Carreiras et al., 2020). Analizele factoriale au arătat rezultate mixte, unele susținând structura originală a scalei, cu patru factori, în timp ce altele favorizează un model cu un singur factor sau cu doi factori (de exemplu, Ensink et al., 2020; Haltigan & Vaillancourt, 2016). Această diferență reflectă dezbaterile actuale cu privire la conceptualizarea BPD, sugerând o nevoie de modele multidimensionale pentru a surprinde complexitatea acestei afecțiuni (Hallquist & Pilkonis, 2012). În România, s-au făcut puține progrese în traducerea și validarea instrumentelor de evaluare a BPD, ceea ce este esențial având în vedere stigmatizarea istorică în jurul sănătății mintale, în special în Europa de Est (de exemplu, Dlouhy, 2014). Asigurarea invarianței de măsurare în funcție de sex și vârstă este esențială pentru a evita rezultatele eronate datorate artefactelor de măsurare (Guenole & Brown, 2014).

Scopul principal al acestui studiu a fost traducerea și validarea versiunii românești a BPFSC cu 24 de itemi și investigarea invarianței de măsurare în funcție de sex și vârstă. Studiul a

explorat structura factorilor, invarianța de sex și vârstă și relația dintre factorii BPFSC și alte psihopatologii. Versiunea cu 24 de itemi se aliniază pe modelul biosocial al BPD și susține natura sa multidimensională, oferind perspective atât pentru cercetare, cât și pentru practica clinică (Crowell et al., 2019).

Metodologie

Participanții la acest studiu au fost 634 de adolescenți (68% femei) din șase licee din patru județe ale României, cu o rată de răspuns de 96%. 53% locuiau în zone rurale și 47% în zone urbane. Compoziția etnică a fost în principal română (92%), cu un procent mic de maghiari (5%), germani (2%) și alte naționalități (<1%). Pe lângă un chestionar demografic general, participanții au completat, de asemenea, în limba română și Borderline Personality Feature Scale for Children (BPFSC-24) și Youth Self Report (YSR), subscala de depresie și anxietate. Ambele instrumente au demonstrat o bună fidelitate și validitate (Crick et al., 2005; Achenbach et al., 2001). BPFSC-24 a fost tradus în limba română de către psihologi clinicieni și cercetători, cu o traducere inversă (i.e., back-translation) din română în engleză care a asigurat acuratețea scalei.

Studiul a testat modelul cu patru factori al BPFSC-24. Premisele de normalitate au fost verificate folosind Skewness și Kurtosis pentru datele univariate și Mardia Skewness și Kurtosis pentru datele multivariate. Fidelitatea a fost evaluată utilizând alfa Cronbach (Revelle, 2020). Invarianța de măsurare a fost evaluată utilizând analiza factorială confirmatorie multigrup (MG-CFA) cu Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) ca estimator. Au fost urmați patru pași: echivalența configurală, metrică, scalară și reziduală (Putnick & Bornstein, 2016). Potrivirea modelului a fost evaluată utilizând RMSEA, SRMR, CFI și TLI, cu praguri specifice bazate pe

literatură care indică o potrivire acceptabilă (Petscher et al., 2013). Modificările indicilor de ajustare a modelului (Δ RMSEA, Δ SRMR, Δ CFI, Δ TLI) au fost utilizate pentru a compara modelele de invarianță (Chen, 2007) și au fost analizate diferențele din mediile latente între sexe și grupe de vârstă.

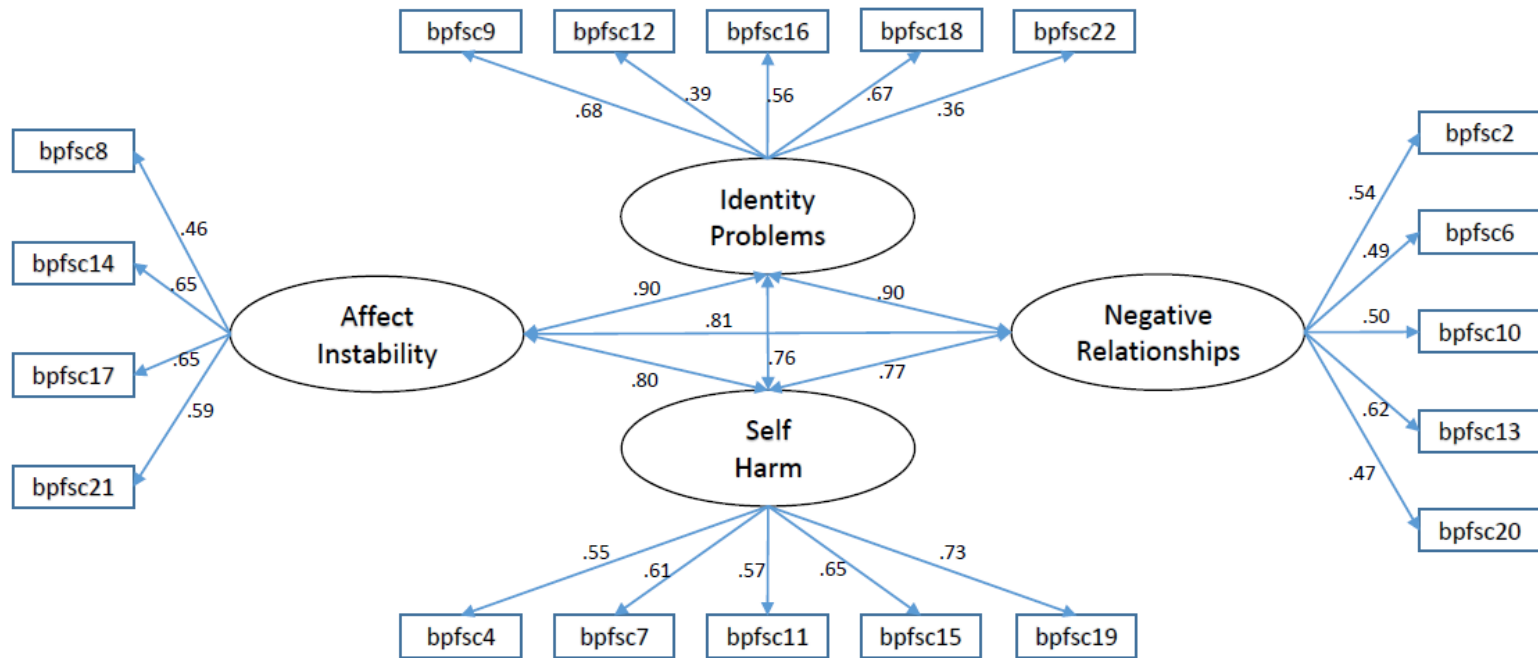
Rezultate

Toți itemii BPFSC au prezentat valori Skewness și Kurtosis acceptabile (-2 până la 2), deși Mardia Skewness și Kurtosis au indicat o lipsă de normalitate multivariată ($p < .01$). Datele lipsă au fost minime, cu mai puțin de 1% lipsă pentru toți itemii. Modelul inițial (24 itemi) a avut indici de potrivire $X^2 = 795.98$, $df = 246$, $RMSEA = 0.06$, $SRMR = 0.070$, $CFI = 0.836$, $TLI = 0.929$. După eliminarea a cinci itemi cu încărcări factoriale scăzute, modelul revizuit a prezentat indici de potrivire mai buni: $X^2 = 316.81$, $df = 146$, $RMSEA = 0.043$, $SRMR = 0.057$, $CFI = 0.979$, $TLI = 0.974$. Încărcările standardizate au variat de la 0.46 la 0.73 între factori, cu corelații inter-factor între 0.77 și 0.90. Detalii privind încărcările factorilor, covarianțele latente și corelațiile observate pot fi găsite în Figura 1 și Tabelul 1. Valorile Cronbach's alpha au fost: instabilitatea afectivă (0.69), probleme de identitate (0.66), relații negative (0.66) și auto-vătămare (0.76), cu o fiabilitate generală a scalei de 0.88.

Invarianța de măsurare a fost testată pe grupuri utilizând o abordare în 4 etape (Putnick & Bornstein, 2016), care a arătat indici de potrivire excelenți ($RMSEA = 0.032 - 0.044$, $SRMR = 0.059 - 0.068$, $CFI \geq 0.974$, $TLI \geq 0.973$). Indicii de potrivire detaliați sunt furnizați în Tabelul 2. Testul t al lui Welch a evidențiat diferențe semnificative între sexe în instabilitatea afectivă ($t(389.04) = 3.97$, $p < .01$), probleme de identitate ($t(405.60) = 5.59$, $p < .01$) și relații negative ($t(409.9) = 3.58$, $p < .01$), cu un scor mai mare pentru femei. Nu s-au constatat diferențe semnificative între sexe în

autovătămare. Corelația Pearson a arătat corelații moderate între factorii BPD și problemele afective ($r = 0.45 - 0.58$) și problemele de anxietate ($r = 0.32 - 0.50$). Mai multe detalii pot fi văzute în Figura 2.

Figura 1. Încărcarea factorilor și corelațiile latente între factori



Tabelul 1

Medii, deviații standard și corelații Pearson cu intervale de încredere.

Variabile	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. INSTABILITATEA AFECTIVĂ	10.52	3.45	1	-	-	-
2. PROBLEME DE IDENTITATE	13.97	4.10	.61** [.56, .66]	1	-	-
3. RELAȚII DEFICITARE	12.06	3.71	.55** [.49, .60]	.61** [.56, .66]	1	-
4. AUTO-VĂTĂMARE	11.36	3.92	.58** [.53, .63]	.56** [.50, .61]	.56** [.51, .61]	1

Notă. *M* și *SD* sunt utilizate pentru a reprezenta media și deviația standard.

Valorile din parantezele pătrate indică intervalul de încredere la 95%.

* indică $p < .05$. ** indică $p < .01$.

Tabelul 2

Indicii de potrivire BPFSC pentru modelul configurational, metric, scalar și rezidual.

Invarianța de măsurare		X ²	df	RMSEA	SRMR	CFI	TLI	ΔX ²	ΔRMSEA	ΔSRMR	ΔCFI	ΔTLI
Modelul Configurational	Sex	396.92	292	0.034	0.059	0.986	0.984	-	-	-	-	-
	Vârsta	387.74	292	0.032	0.059	0.988	0.986	-	-	-	-	-
Modelul Metric	Sex	465.31	307	0.041	0.064	0.979	0.977	68.39*	0.007	0.005	-0.007	-0.007
	Vârsta	492.44	307	0.036	0.062	0.984	0.982	41.69*	0.004	0.003	-0.004	-0.004
Modelul Scalar	Sex	518.19	322	0.044	0.067	0.974	0.973	52.87*	0.004	0.003	-0.005	-0.003
	Vârsta	441.31	322	0.034	0.063	0.985	0.987	11.87	-0.002	0.001	0.001	0.002
Modelul Rezidual	Sex	536.07	341	0.043	0.068	0.974	0.974	17.88	-0.001	0.001	0	0.002
	Vârsta	453.38	341	0.032	0.064	0.986	0.986	12.07	-0.002	0.001	0.001	-0.001

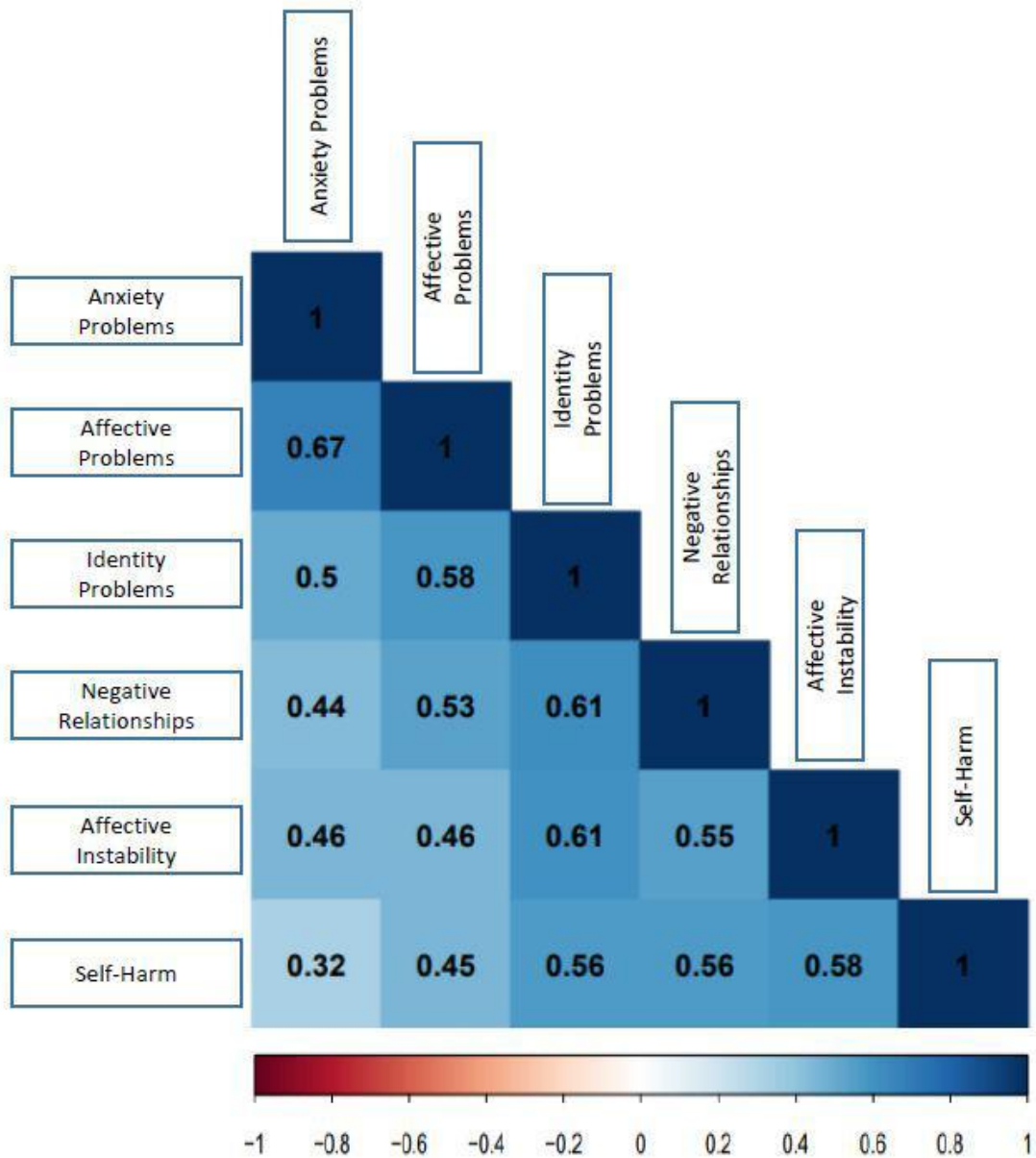
Note. df = degrees of freedom; RMSEA = root mean square error of approximation; SRMR = standardized root-mean-square residual; CFI = comparative fit index; TLI = Tucker–Lewis index; ΔX² = change in χ^2 from previous model; ΔRMSEA = change in root mean square error of approximation from previous model; ΔSRMR = change in standardized root-mean-square residual from previous model; ΔCFI = change in comparative fit index from previous model; ΔTLI = change in Tucker–Lewis index from previous model.

Eșantionul cuprinde 431 de persoane de sex feminin și 203 de persoane de sex masculin. În ceea ce privește vârsta, 246 aveau ≤16 și 385 aveau ≥17

. *p < 0.05

Figura 2.

Matricea de corelație și nivelurile de semnificație estimate între factorii BPD, problemele de anxietate și problemele afective



Discuții

BPD are costuri semnificative în diferite domenii ale vieții și apare de obicei în adolescență (Chanen et al., 2020). Identificarea și intervenția timpurie sunt fundamentale pentru atenuarea impactului tulburării. BPFSC a arătat o fidelitate adecvată, cu alfa Cronbach pentru subscale și pentru scala totală similară studiilor anterioare (de exemplu, Carreiras et al., 2020). Modelul final, după eliminarea a cinci itemi, a demonstrat indici de potrivire îmbunătățiți. Femeile au obținut scoruri mai mari în instabilitatea afectivă, problemele de identitate și relațiile negative decât bărbații, în concordanță cu cercetările anterioare (de exemplu, Haltigan & Vaillancourt, 2016). Nu au fost găsite diferențe semnificative de vârstă, susținând validitatea BPD atât în adolescența mijlocie, cât și în adolescența târzie (Carreiras et al., 2020). Trăsăturile BPD au corelat pozitiv cu problemele afective și anxioase, susținând validitatea convergentă a instrumentului. Studiile ulterioare ar trebui să ia în considerare testarea pilot a scalei și rafinarea acesteia, deoarece în acest studiu s-a renunțat la o parte a itemilor pentru a avea o potrivire optimă a modelului pe date. Limitările includ lipsa generalizării eșantionului la populațiile clinice și inegalitatea în ceea ce privește sexul eșantionului. Studiile viitoare ar trebui să includă eșantioane clinice și să investigheze invarianța de măsurare transculturală, deoarece acest lucru ar putea oferi mai multe informații despre factorii specifici care contribuie la dezvoltarea BPD. Studiile longitudinale ar putea, de asemenea, să exploreze stabilitatea și evoluția trăsăturilor BPD în timp și să aducă informații semnificative care pot fi utilizate pentru a adapta mai bine programele de prevenție și intervenție. În concluzie, BPFSC-24 este un instrument eficient pentru evaluarea trăsăturilor BPD la adolescenți, indiferent de vârstă și sex. Recunoașterea și intervenția timpurie sunt esențiale pentru rezultate mai bune, iar studiile viitoare ar trebui să exploreze invarianța transculturală și longitudinală.

3.3. Studiul 3. Examinarea asocierii dintre maltratarea în copilărie și trăsăturile Tulburării de Personalitate Borderline: rolul strategiilor de reglare emoțională

Introducere

Adolescența este o perioadă caracterizată prin susceptibilitate la apariția tulburărilor emoționale, inclusiv a tulburărilor de personalitate precum Tulburarea de Personalitate Borderline (BPD) (Shiner, 2009). Interacțiunile sănătoase între persoana de referință (care are grijă de copil) și copil sunt esențiale în această perioadă pentru o dezvoltare emoțională și socială optimă (Newham & Janca, 2014). Experiențele adverse precum abuzul și maltratarea timpurie pot perturba dezvoltarea normală, crescând riscul de tulburări precum BPD, depresie și anxietate (Bick & Nelson, 2016; Infurna et al., 2016; Porter et al., 2020). Teoria lui Linehan privind mediul invalidant sugerează că copiii din medii în care experiențele lor emoționale sunt neglijate sau invalidate prezintă un risc mai mare de a dezvolta BPD (Linehan, 1993). Invalidarea repetată poate să ducă la dereglare emoțională și confuzie de identitate, în special atunci când este combinată cu sensibilitatea emoțională explicată din punct de vedere biologic/genetic (Crowell et al., 2009). Conceptul de invalidare este evaluat în mod inconsecvent în cadrul studiilor, concentrându-se în principal pe diverse forme de maltratare în copilărie, care sunt caracteristici esențiale ale mediilor invalidante. În adolescență apare sau se intensifică, de asemenea, depresia și anxietatea, pe lângă BPD. Acest lucru ar putea fi influențat de schimbările neurobiologice, cum ar fi dezvoltarea cortexului prefrontal și fluctuațiile hormonale (Sheth et al., 2017). Factorii psihologici, inclusiv distorsiunile cognitive și strategiile dezadaptative de reglare a emoțiilor, cum ar fi ruminația sau suprimarea, accentuează și mai mult aceste condiții (de exemplu, Yapan et al., 2022). Cercetările

recente leagă în mod constant trauma din copilărie de simptomele BPD, arătând o prevalență ridicată a abuzului și neglijării în rândul celor cu BPD (Martin-Blanco et al., 2014). Abuzul emoțional și neglijarea au cel mai semnificativ impact asupra dezvoltării BPD (Porter et al., 2020), cu legături similare atât pentru depresie, cât și pentru anxietate. Reglarea emoțiilor este esențială în înțelegerea psihopatologiei și este strâns legată de maltratarea în copilărie (Dvir și colab., 2014). Copiii învață, de asemenea, reglarea emoțiilor de la părinții lor, iar reglarea deficitară a emoțiilor de către părinți corelează cu dificultățile copiilor lor de reglare emoțională (Osborne et al., 2021). Modelul procesual al reglării emoțiilor descrie modul în care indivizii își pot modifica emoțiile prin modificarea antecedentelor sau a rezultatelor (Gross, 1998b). Identificarea strategiilor specifice de reglare a emoțiilor utilizate de adolescenții cu BPD poate ajuta la dezvoltarea unor intervenții mai bune și mai eficiente (Schuppert et al., 2012). De exemplu, folosirea constantă a suprimării sau a evitării poate duce la tulburare internalizată și comportament impulsiv, în timp ce utilizarea excesivă a reevaluării cognitive poate respinge o emoție validă (Ford & Troy, 2019).

Înțelegerea rolului reglării emoționale în medierea relației dintre factorii de mediu și tulburări precum BPD, depresie și anxietate este de o importanță esențială. Acest studiu își propune să investigheze relația dintre neglijarea și abuzul în copilărie, strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor și BPD la adolescenți. În plus, studiul explorează aceste relații și cu alte forme de psihopatologie, cum ar fi depresia și simptomele de anxietate la adolescenți.

Metodologie

Șase sute patruzeci de adolescenți au participat la acest studiu. Majoritatea s-au încadrat în clasa de mijloc, iar eșantionul a fost format din 68,23% participanți de sex feminin și 31,77%

participanți de sex masculin, cu vârste cuprinse între 13 și 19 ani ($M = 16.72$, $SD = 1.48$). Participanții au fost selectați din diferite licee din România, pe baza colaborării anterioare existente și a interesului exprimat de școli. Membrii echipei de cercetare au prezentat studiul în timpul orelor de curs obișnuite, răspunzând la orice preocupări sau întrebări ale elevilor. Elevii interesați au primit chestionarele și au fost instruiți să le returneze împreună cu acordul de participare la studiu, semnat de părinți. Participarea a fost voluntară, cu o rată de răspuns de aproximativ 97%. Ca recompensă, profesorii au avut acces la rezultatele studiului, iar elevii au putut participa la o tombolă pentru a câștiga dispozitive electronice sau alte obiecte. Participanții au completat un chestionar demografic. Alături de chestionarul demografic, participanții au completat variantele în limba română ale The Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF; Bernstein et al., 1994) pentru a evalua maltratarea din copilărie, cum ar fi abuzul emoțional, abuzul fizic, neglijarea emoțională, neglijarea fizică și abuzul sexual, de asemenea, The Regulation of Emotion System Survey (RESS; De France & Hollenstein, 2017) pentru a evalua strategiile de reglare a emoțiilor, cum ar fi ruminarea, suprimarea și distragerea, The Borderline Personality Feature Scale for Children (BPFSC-24; Crick et al, 2005) pentru a evalua caracteristicile BPD, și The Youth Self-Report (YSR; Achenbach et al., 2011) pentru a evalua depresia și anxietatea.

Analiza datelor a fost efectuată utilizând jamovi și am efectuat o modelare a ecuațiilor structurale (SEM) utilizând modulul SEMLj. Maximum Likelihood (ML) a fost utilizat ca estimator. Modelul presupus a inclus trei variabile exogene: abuz sexual în copilărie, abuz fizic și neglijare și abuz emoțional și neglijare. Strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor (suprimare, ruminare, distragere) au format un singur construct latent. Trei variabile endogene - caracteristici Borderline, depresie și anxietate au fost utilizate ca outcome-uri. Indicii de potrivire, cum ar fi testele chi-pătrat, RMSEA, SRMR, CFI și TLI, au fost utilizați pentru a evalua potrivirea modelului, urmând

criteriile lui Hu & Bentler (1999) și recomandările recente din literatură (de exemplu, Petscher et al., 2013).

Rezultate

Analizele SEM au fost evaluate pentru potrivirea lor pe date. SRMR a fost 0,047 și RMSEA a fost 0,072. În plus, CFI a fost de 0,951 și TLI a fost de 0,925, indicând că modelul SEM reprezintă în mod adecvat relațiile dintre variabilele investigate. Coeficienții beta între variabilele de studiu pot fi văzuți în Figura 1.

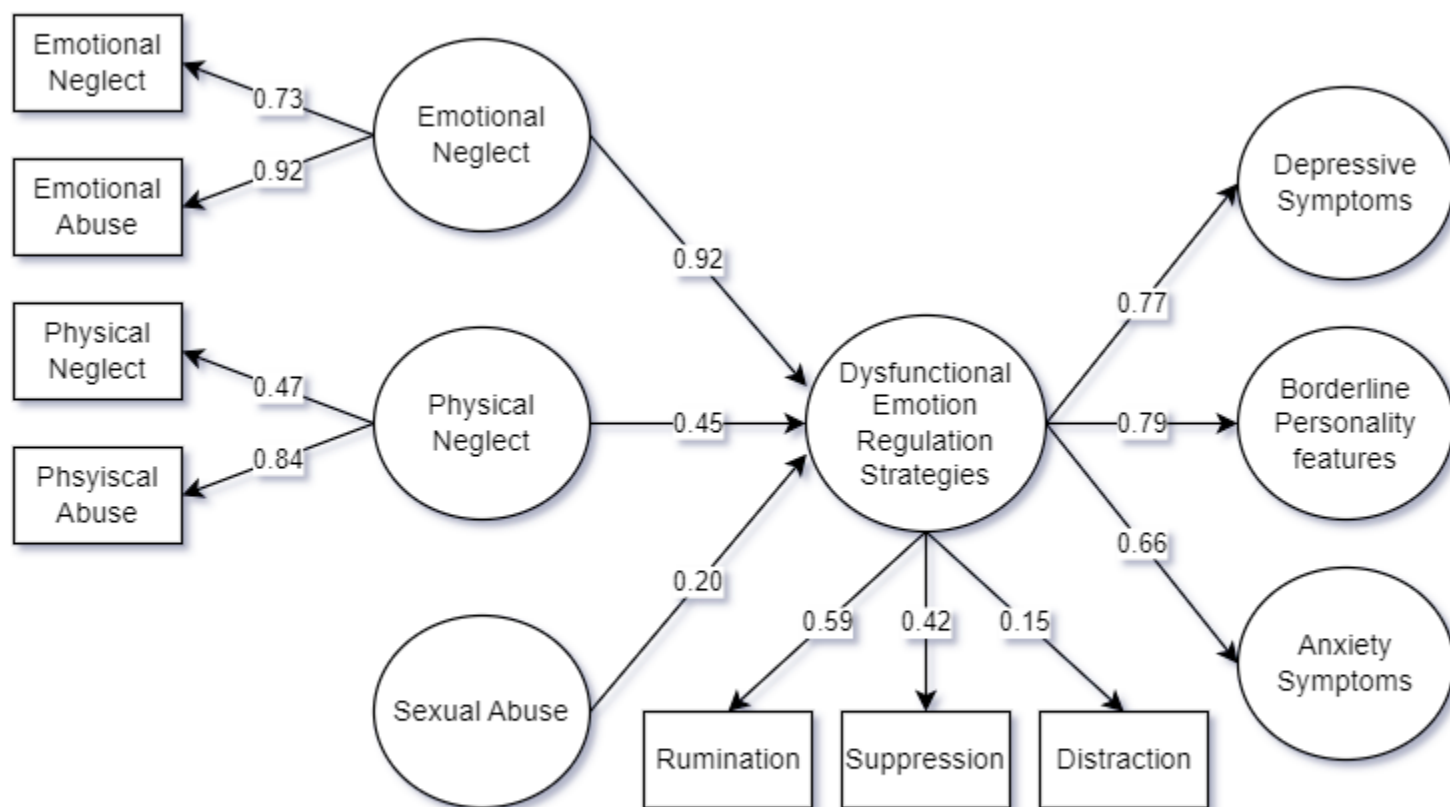
SEM a evidențiat căi semnificative între maltratarea în copilărie și strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor, precum și între strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor și rezultatele privind sănătatea mintală. Neglijarea și abuzul emoțional au prezis în mod semnificativ strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor ($\beta = 0.923$, $p < .001$), care, la rândul lor, au prezis în mod semnificativ toate cele trei variabile endogene (pentru BPD, $\beta = 0.798$, $p < .001$, pentru Depresie, $\beta = 0.774$, $p < .001$, și pentru Anxietate, $\beta = 0.664$, $p < .001$). Maltratarea emoțională a fost conceptualizată ca un construct latent care cuprinde neglijarea emoțională și abuzul emoțional. Variabilele observate au avut valori β robuste de 0.920 și, respectiv, 0.734 ($p < .001$). În mod similar, maltratarea fizică a fost operaționalizată ca un construct latent care cuprinde abuzul fizic și neglijarea fizică. Variabilele observate au o valoare β de 0.83 și 0.473, respectiv ($p < .001$). În plus, reglarea disfuncțională a emoțiilor a fost evaluată din analiza ruminației, suprimării și distragerii. Ruminația a avut ca rezultat $\beta = 0.589$ ($p < .001$), suprimarea a avut ca rezultat $\beta = 0.417$ ($p < .001$) și distragerea a avut ca rezultat $\beta = 0.151$ ($p < .001$).

A fost calculată o matrice de corelație (Tabelul 1) care a demonstrat asocieri semnificative între măsurile de maltratare în copilărie și psihopatologie. Toate formele de maltratare în copilărie

au fost corelate semnificativ cu BPD, în conformitate cu ipoteza noastră. În plus, s-au observat corelații semnificative între strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor cât și cu maltratarea în copilărie și psihopatologia.

Figura 1.

Coeficienții beta între variabilele studiului.



Tabelul 1*Matricea de corelații*

	Trăsături Borderline	Depresie	Anxietate	Abuz emoțional	Neglijare emoțională	Abuz fizic	Neglijare fizică	Abuz Sexual	Ruminație	Supresie	Distragere
Trăsături Borderline	-										
Depresie	0.599***	-									
Anxietate	0.514***	0.667***	-								
Abuz emoțional	0.483***	0.504***	.385***	-							
Neglijare emoțională	-0.358***	-0.388***	-.246***	-.660***	-						
Abuz fizic	0.279***	0.289***	0.194***	.554***	-.482***	-					
Neglijare fizică	0.198***	0.104*	0.013	.257***	-.340***	.358***	-				
Abuz sexual	0.220***	0.136***	0.093*	.305***	-.293***	.566***	.345***	-			
Ruminație	0.491***	0.439***	.462***	.296***	-.145***	.123**	-.004	.095*	-		
Supresie	0.313***	0.312***	.226***	.261***	-.186***	.070	.015	.080*	.319***	-	
Distragere	0.127**	0.054	.078	.055	.003	.029	-.026	.028	.187***	.280***	-

Notă. *** p < .001, ** p < .005, * p < .05

Discuții

Acest studiu a investigat relațiile dintre maltratarea în copilărie, strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor și rezultatele psihopatologice, concentrându-se în special pe BPD. Rezultatele au subliniat rolul mediator al strategiilor disfuncționale de reglare a emoțiilor, cum ar fi ruminația, suprimarea și distragerea, în legătura dintre maltratarea în copilărie și BPD, depresie și anxietate în adolescență. Modelul ecuației structurale propuse a demonstrat indici de potrivire robustă. În mod specific, neglijarea emoțională și abuzul au prezis în mod semnificativ strategiile disfuncționale de reglare a emoțiilor, care, la rândul lor, au prezis caracteristicile BPD, depresia și anxietatea accentuate. Aceste constatări evidențiază necesitatea critică de a aborda reglarea emoțională dezadaptativă devreme la persoanele cu antecedente de maltratare emoțională în copilărie pentru a reduce riscul unor consecințe mai grave. Au rezultat modele distincte în ceea ce privește strategiile specifice de reglare a emoțiilor: în timp ce neglijarea și abuzul s-au corelat semnificativ cu ruminația și suprimarea, nu a fost găsită o astfel de asociere cu distragerea. Această înțelegere nuanțată sugerează că distragerea, spre deosebire de ruminație sau suprimare, poate fi un mecanism temporar de coping funcțional. Acest studiu a integrat, de asemenea, ruminația, suprimarea și distragerea într-o singură variabilă în modelul analizat. Această abordare a urmărit să reducă complexitatea statistică și să îmbunătățească interpretabilitatea, recunoscând în același timp co-ocurența și interacțiunea diferitelor strategii de reglementare a emoțiilor. Limitările au inclus utilizarea unui eșantion de conveniență format din studenți, iar datele au fost auto-raportate, ceea ce poate limita generalizarea la populații mai largi. Studiile viitoare ar trebui să ia în considerare modele longitudinale și eșantioane diverse, inclusiv populații clinice, pentru a valida aceste rezultate în diferite contexte și etape de dezvoltare.

3.4. Studiul 4. Tulburarea de Personalitate Borderline: un studiu ecologic al emoțiilor și al strategiilor de reglare emoțională în viața de zi cu zi într-un eșantion clinic de adulți

Introducere

Tulburarea de Personalitate Borderline (BPD) este o afecțiune complexă caracterizată printr-o instabilitate semnificativă a emoțiilor, a imaginii de sine, a relațiilor interpersonale și prin dereglare comportamentală, ducând adesea la o afectare semnificativă (Lieb et al., 2004). Persoanele cu BPD se confruntă frecvent cu tulburări emoționale intense și găsesc cu dificultate strategii eficiente de reglare a emoțiilor, exacerbându-și simptomele și reducându-le astfel calitatea generală a vieții (Bohus et al., 2021). Ca o componentă centrală a BPD, dereglarea emoțională se caracterizează printr-o reactivitate emoțională crescută și o dificultate de a reveni la nivelul de bază emoțional după activare. Cercetările au subliniat faptul că persoanele cu BPD prezintă o instabilitate emoțională mai mare în comparație cu subiecții de control, care se manifestă printr-o variabilitate intensă a dispoziției și o intensitate emoțională crescută (Henry și colab., 2001). Dereglarea emoțională este strâns legată de comportamentele dezadaptative, cum ar fi automutilarea non-suicidară, abuzul de substanțe și comportamentele sexuale riscante, pe care indivizii le folosesc ca strategii de gestionare a suferinței emoționale copleșitoare (de exemplu, Chapman et al., 2017). Aceste comportamente ameliorează temporar afectarea negativă, dar perpetuează un ciclu de disfuncționalitate și suferință (de exemplu, McKenzie & Gross, 2014). Studiile evidențiază importanța înțelegerii modului în care strategiile de reglare a emoțiilor contribuie la simptomatologia BPD. Persoanele cu BPD tind să utilizeze strategii mai puțin eficiente, cum ar fi suprimarea, ruminația și evitarea, în timp ce strategii precum acceptarea și reevaluarea, care sunt considerate a fi mai adaptative, sunt puțin utilizate (Bud et al., 2023; Daros & Williams, 2019). În timp ce majoritatea cercetărilor s-au concentrat pe reglarea emoțiilor în

medii de laborator controlate, natura dinamică a instabilității afective în BPD necesită o schimbare către o evaluare mai apropiată de lumea reală. Evaluarea momentană ecologică (EMA) oferă o abordare promițătoare prin măsurarea fluctuațiilor în timp real ale afecțiunii, strategiilor de reglare a emoțiilor și comportamentelor dezadaptative în medii naturale (Davanzo și colab., 2023). Spre deosebire de metodele retrospective, adesea predispuse la biasuri de memorie/ amintire, EMA oferă o înțelegere mai detaliată a modului în care persoanele cu BPD își reglează emoțiile în viața de zi cu zi, oferind insight-uri în intervențiile personalizate adaptate nevoilor individuale.

În acest studiu, ne propunem să explorăm relațiile complexe dintre strategiile de reglare a emoțiilor și emoții folosind EMA. Prin examinarea datelor din timp real, planificăm să investigăm relațiile simultane și decalate dintre afecțiune și strategiile de reglementare a emoțiilor, precum și să înțelegem modul în care aceste strategii influențează percepția participanților legată de eficiența și dificultatea de a folosi strategii de reglare emoțională în timp real.

Meodologie

Eșantionul final de participanți a fost format din 19 persoane diagnosticate clinic cu BPD, cu o vârstă medie de 22.94 ani și predominant femei (79%). Toți participanții locuiau în zone urbane și s-au identificat ca fiind caucazieni. Studiul a respectat recomandările etice, asigurând anonimatul și participarea voluntară în conformitate cu Declarația de la Helsinki. Studiul a avut trei faze. Inițial, 208 participanți au completat chestionare de screening care acopereau datele demografice, Inventarul de evaluare a personalității - Scala Borderline (PAI-BOR) și Lista simptomelor Borderline-23 (BSL-23). Faza a doua a implicat evaluarea clinică utilizând Interviul Clinic Structurat pentru DSM-5 (SCID-5), care a identificat 21 de participanți care îndeplinesc

criteriile clinice BPD. În faza finală, participanții au instalat aplicația PIEL Survey pentru evaluarea momentară ecologică (EMA), primind solicitări zilnice pe parcursul a 14 zile pentru a raporta experiențele emoționale, strategiile de reglare emoțională utilizate și pentru a evalua eficacitatea și dificultatea percepută în a folosi strategiile de reglare emoțională. Protocolul EMA a inclus șapte notificări zilnice trimise la intervale cvasi-aleatorii, solicitând participanților să evalueze intensitatea a 10 emoții și să descrie evenimentul precedent și strategiile de reglare emoțională utilizate. Strategiile de reglare a emoțiilor evaluate au inclus suprimarea, distragerea, acceptarea, reevaluarea, ruminația, strategiile interpersonale și evitarea. Participanții au evaluat, de asemenea, dificultatea și eficiența percepută a acestor strategii pe o scară de la 0 la 10.

În analiza datelor au fost utilizate modele cu efecte mixte pentru a explora relațiile simultane și decalate dintre strategiile de reglare a emoțiilor și afectivitatea pozitivă și negativă. Aceste modele au luat în considerare fluctuațiile zilnice și diferențele individuale, pentru a explica modul în care strategiile specifice au influențat atât afectarea în timp real în acel moment, cât și în timp decalat. Alegerea modelelor cu efecte mixte a fost adecvată având în vedere structura datelor îmbinate (*nested*), cu măsurători repetate.

Rezultate

Studiul a examinat relațiile în timp real dintre strategiile de reglare a emoțiilor, emoții și dificultatea percepută și eficacitatea percepută a acestor strategii la persoanele cu BPD. Participanții au completat 1128 din 1862 de înregistrări EMA posibile, o rată de răspuns de 60.58%. Examinând relațiile concomitente dintre strategiile de reglare a emoțiilor și emoții, studiul a constatat că ruminația a avut cea mai puternică asociere pozitivă cu afectivitatea negativă

crescută, urmată de strategiile de reglare a emoțiilor interpersonale și de distragere. În schimb, acceptarea a fost asociată negativ cu afectarea negativă, în timp ce suprimarea nu a prezentat nicio asociere semnificativă. Pentru afectarea pozitivă, acceptarea a crescut-o, în timp ce distragerea și strategiile interpersonale au scăzut-o. Cea mai mare parte a variației în ceea ce privește emoțiile și percepția strategiilor a fost legată de subiectul în cauză. Tabelul 1 rezumă relațiile simultane dintre strategiile de reglare a emoțiilor și afectare, în timp ce Tabelul 2 rezumă dificultatea și eficacitatea lor percepută.

Table 1

Relațiile simultane între strategiile de reglare emoțională și valența afectivității

Strategie	Estimator	Afectivitate Negativă		Strategie	Estimator	Afectivitatea Pozitivă	
		C.I.	p			C.I.	p
Ruminație	0.82	0.58 - 1.05	<.001*	Ruminație	-0.10	-0.23 – 0.03	.133
Interpersonală	0.81	0.60 - 1.02	<.001*	Interpersonală	-0.19	-0.30 - -0.07	.001**
Distragere	0.51	0.31 - 0.71	<.001*	Distragere	-0.19	-0.29 - -0.08	.001**
Evitare	0.46	0.20 - 0.73	.001**	Evitarea	-0.05	-0.20 – 0.09	.461
Reevaluare	0.33	0.11 - 0.56	.003**	Reevaluare	0.01	-.011 – 0.13	.872
Acceptare	-0.26	-0.44 - -0.07	.007**	Acceptare	0.25	0.16 – 0.35	<.001*
Supresie	0.18	-0.05 – 0.42	.127	Supresie	-0.11	-0.23 – 0.02	.093

Notă. * semnificativ la $t p <.001$, ** semnificativ la $p <.01$

Table 2

Relații simultane între strategiile de reglare a emoțiilor și dificultatea și eficacitatea lor percepute

Strategie	Dificultate Percepută			Strategie	Eficacitate Percepută		
	Estimator	C.I.	p		Estimator	C.I.	p
Ruminație	0.25	0.19 – 0.31	<.001*	Ruminație	-0.09	-0.15 – 0.03	.004**
Interpersonală	0.20	0.15 – 0.26	<.001*	Interpersonală	0.01	-0.04 – 0.07	.615
Distragere	0.18	0.13 – 0.24	<.001*	Distragere	0.02	-0.03 – 0.07	.437
Evitare	0.13	0.06 – 0.20	<.001*	Evitare	-0.02	-0.09 – 0.04	0.519
Reevaluare	0.02	-0.04 – 0.08	.477	Reevaluare	0.13	0.08 – 0.19	<.001*
Acceptare	0.03	-0.02 – 0.08	.207	Acceptare	0.33	0.29 – 0.38	<.001*
Supresie	0.06	0.00 – 0.13	.053	Supresie	-0.01	-0.07 – 0.05	0.766

Noteă * semnificativ la $p < .001$, ** semnificativ la $p < .01$.

Efectele decalate ale strategiilor de reglare a emoțiilor asupra emoțiilor au arătat că distragerea și ruminația au fost legate de creșterea afectivității negative la punctele de timp ulterioare, în timp ce alte strategii, inclusiv suprimarea, acceptarea, reevaluarea, strategiile interpersonale și evitarea nu au prezentat efecte decalate semnificative. Pentru afectivitatea pozitivă, evitarea a fost semnificativ asociată cu scăderi la punctele de timp ulterioare, în timp ce alte strategii nu au indicat asocieri decalate semnificative. Tabelul 3 prezintă relațiile decalate dintre strategiile de reglare a emoțiilor și emoții, în timp ce Tabelul 4 prezintă dificultatea și eficacitatea lor percepute.

Tabelul 3*Relația decalată între strategiile de reglare emoțională și valența afectivității*

Strategie	Estimator	Afectivitate Negativă		Strategie	Estimator	Afectivitate Pozitivă	
		C.I.	p			C.I.	p
Ruminație	0.82	0.46 – 1.17	<.001*	Ruminație	0.07	-0.10 – 0.24	.418
Interpersonală	-0.02	-0.33 – 0.29	.914	Interpersonală	0.00	-0.15 – 0.15	.973
Distragere	0.39	0.11 – 0.68	.007**	Distragere	-0.04	-0.18 – 0.09	.524
Evitare	0.06	-0.33 – 0.46	.751	Evitare	-0.25	-0.44 – 0.06	.010
Reevaluare	-0.04	-0.35 – 0.27	.807	Reevaluare	-0.03	-0.18 – 0.12	.702
Acceptare	-0.19	-0.45 – 0.07	.153	Acceptare	0.06	-0.07 – 0.19	.362
Supresie	-0.01	-0.35 – 0.34	0.973	Supresie	0.06	-.011 – 0.22	.505

Notă. Relații decalate între strategiile de reglare a emoțiilor la t0 și afectivitatea negativă și pozitivă la t1.

* semnificativ la $p < .001$, ** semnificativ la $p < .01$.

Tabelul 4*Relații decalate între strategiile de reglare a emoțiilor și dificultatea și eficacitatea lor percepute*

Strategie	Estimator	Dificultate Percepută		Strategie	Estimator	Eficacitate Percepută	
		C.I.	p			C.I.	p
Ruminație	0.08	-0.01 – 0.18	.086	Ruminație	0.01	-0.08 – 0.10	.849
Interpersonală	-0.01	-0.09 – 0.07	.798	Interpersonală	-0.06	-0.14 – 0.02	.121
Distragere	0.12	0.04 – 0.20	.003*	Distragere	0.00	-0.07 – 0.07	.928

Dificultate Percepută				Eficacitate Percepută			
Strategie	Estimator	C.I.	p	Strategie	Estimator	C.I.	p
Evitare	0.03	-0.08 – 0.13	.623	Evitare	-0.04	-0.14 – 0.06	.392
Reevaluare	-0.05	-.013 – 0.04	.284	Reevaluare	-0.02	-0.10 – 0.05	.541
Acceptare	-0.01	-0.08 – 0.06	.086	Acceptare	0.09	0.03 – 0.16	.007*
Supresie	0.02	-0.07 – 0.11	.664	Supresie	0.00	-0.09 – 0.08	.928

Notă Relații decalate între strategiile de reglare a emoțiilor la t0 și dificultatea și eficacitatea percepute la t1

* semnificativ la $p < .001$, ** semnificativ la $p < .01$

Variația dintre analizele de nivel mixt a arătat că cea mai mare variație pentru afectivitatea negativă și pozitivă, eficiența percepută și dificultatea percepută a fost la nivelul subiectului, similar cu analiza relațiilor concurente. Pentru afectivitatea negativă, 42.39% din variație a fost în cadrul subiectului, 41.85% a fost între subiecți și 15.76% a fost între zile. Pentru afectivitatea pozitivă, 42,86% din variație a fost în cadrul subiectului, 42,86% a fost între subiecți, iar 14,29% a fost între zile. Pentru eficacitatea percepută, 71,43% din variație a fost în cadrul subiecților, 14,29% a fost între subiecți, iar 14,29% a fost între zile. Pentru dificultatea percepută, 60% din variație a fost în cadrul subiectului, 25% a fost între subiecți, iar 15% a fost între zile.

Discuții

Studiul evidențiază mai multe puncte principale privind relațiile dintre strategiile de reglare a emoțiilor și afectivitate la persoanele cu BPD. Ruminația a fost puternic asociată cu afectivitatea negativă crescută, confirmând literatura care sugerează că ruminația exacerbează emoțiile negative prin prelungirea gândurilor dureroase (Selby & Joiner, 2009). Reglarea emoțiilor prin strategii interpersonale și distragerea atenției au fost, de asemenea, legate de afectivitatea negativă crescută, posibil din cauza așteptărilor nesatisfăcute în interacțiunile sociale și a reducerii tensiunii pe termen scurt oferite de distragere, fără a aborda suferința emoțională de fond. Dimpotrivă, am constatat că acceptarea reduce afectivitatea negativă, în conformitate cu studiile anterioare care subliniază rolul său în gestionarea emoțiilor negative. Reevaluarea, considerată de obicei adaptivă, a fost asociată cu creșterea afectivității negative, sugerând că eficacitatea sa poate varia în funcție de contextul și intensitatea emoțiilor.

În ceea ce privește afectivitatea pozitivă, acceptarea a fost din nou benefică, sporind emoțiile pozitive. În schimb, distragerea atenției și reglarea interpersonală a emoțiilor au fost legate de scăderea afectivității pozitive, diminuând potențialele experiențe pozitive. Suprimarea, ruminația, evitarea și reevaluarea nu au prezentat asociații semnificative cu afectivitatea pozitivă, indicând factori mai complecși în joc. Studiul a explorat, de asemenea, eficacitatea percepută și dificultatea percepută a diferitelor strategii de reglare a emoțiilor. Acceptarea și reevaluarea au fost considerate eficiente, în timp ce ruminația a fost cel mai puțin eficientă și cel mai dificil de gestionat. Acest lucru evidențiază sarcina cognitivă implicată în strategii precum ruminația și distragerea atenției, care necesită un efort mental susținut. Examinând relațiile decalate, distragerea atenției și ruminația au fost legate de creșterea afectivității negative în timp, confirmând efectele lor dăunătoare pe termen lung. Evitarea a fost singura strategie asociată în

mod semnificativ cu modificări ale afectivității pozitive, sugerând un domeniu potențial pentru cercetări suplimentare. În ciuda rezultatelor semnificative, studiul are și unele limitări, inclusiv o dimensiune mică a eșantionului și lipsa măsurării factorilor contextuali. Studiile viitoare ar trebui să includă eșantioane mai mari, să ia în considerare variabilele factorilor contextuali și să exploreze impactul condițiilor comorbide. În concluzie, acest studiu contribuie la înțelegerea noastră de până acum a relațiilor simultane și decalate dintre strategiile de reglare a emoțiilor și emoții la persoanele cu BPD. Principalele constatări indică faptul că ruminația și distragerea sunt legate de creșterea emoțiilor negative, în timp ce acceptarea reduce emoțiile negative și sporește emoțiile pozitive. Eficacitatea și dificultatea percepută a acestor strategii sugerează o interacțiune complexă care merită explorată în continuare.

CAPITOLUL IV: CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII

BPD se caracterizează în principal prin dificultăți de reglare emoțională, un factor cheie în etiologia și menținerea tulburării. Această teză a investigat relațiile dintre reglarea emoțiilor și BPD prin intermediul a patru studii. Primul studiu, o meta-analiză, confirmă faptul că BPD este asociat cu strategii de reglare a emoțiilor mai puțin adaptative. Al doilea studiu evaluează o scală recentă de măsurare a caracteristicilor BPD la adolescenți (BPFSC), demonstrând prin invarianța de măsurare în funcție de vârstă și sex fiabilitatea și validitatea sa. Al treilea studiu explorează relațiile dintre maltratarea în copilărie, reglarea emoțiilor și BPD, evidențiind modul în care strategiile dezadaptative amplifică simptomele BPD. Al patrulea studiu utilizează evaluarea momentară ecologică pentru a examina dinamica simultană și decalată în timp dintre emoții și

strategii de reglare emoțională în viața de zi cu zi. Teza a avut implicații teoretice, conceptuale și clinice semnificative. Din punct de vedere teoretic, aceasta a confirmat și avansat înțelegerea noastră că strategiile de reglare a emoțiilor sunt un factor esențial în tabloul clinic al BPD. Studiile 1 și 3 au arătat că strategiile de reglare a emoțiilor pot influența trăsăturile BPD, sugerând că dificultățile în gestionarea emoțiilor pot contribui semnificativ la în tulburare. Din punct de vedere metodologic, am utilizat analize robuste și bine fundamentate, cum ar fi meta-analiza și modelarea ecuațiilor structurale, și am furnizat instrumente de evaluare fiabile, cum ar fi validarea BPFSC pentru adolescenții din România. Din punct de vedere clinic, rezultatele tezei evidențiază importanța formării abilităților de reglare a emoțiilor în tratamentul BPD, concentrându-se pe intervenția timpurie și utilizând date în timp real pentru a adapta intervenția pe nevoile fiecărui om în parte. În ciuda acestor progrese, mai multe limitări ale tezei rămân în continuare relevante, cum ar fi reprezentativitatea eșantionului și dezechilibrul de participanți de sex feminin. Cercetările viitoare ar trebui să includă populații mai diverse, să echilibreze reprezentarea sexelor și să utilizeze și instrumente de evaluare longitudinale. Cu toate acestea, acest proiect de cercetare subliniază importanța vizării reglementării emoțiilor în intervențiile BPD.

Principalele concluzii care pot fi trase din teză sunt acestea:

(1) Strategiile de reglare a emoțiilor sunt semnificativ relaționate de trăsăturile BPD. Ceea ce numim de obicei strategii adaptative (de exemplu, reevaluarea, acceptarea, mindfulness) au o corelație negativă cu simptomele BPD, în timp ce strategiile numite de obicei dezadaptative (de exemplu, ruminarea, suprimarea, distragerea, evitarea) au o corelație pozitivă cu simptomele BPD. Aceasta înseamnă că persoanele cu simptome de BPD care se bazează mai mult pe strategii adaptative de reglare a emoțiilor tind să experimenteze fie mai puține simptome, fie simptome mai

puțin intense, în timp ce persoanele care se bazează pe strategii dezadaptative de reglare a emoțiilor tind să experimenteze simptome de BPD mai multe sau mai intense.

(2) BPD este un diagnostic valid la adolescenți, iar a avea instrumente de încredere este esențială pentru detectarea și intervenția trăsăturilor BPD. Ca atare, Borderline Personality Feature Scale for Children (BPFSC) este un instrument fiabil care prezintă invarianță de măsurare la cele mai stricte niveluri în funcție de vârstă și sex la adolescenții români. BPFSC poate fi utilizat pentru a evalua trăsăturile BPD în adolescență, pentru a urmări modificările simptomelor BPD în timp sau pentru a compara simptomele BPD la diferite populații de adolescenți, ceea ce îl face un instrument valoros pentru clinicienii și cercetătorii care lucrează cu adolescenți suspecți de a avea trăsături BPD în România.

(3) Experiențele adverse timpurii din copilărie, cum ar fi abuzul sexual, fizic și emoțional sau neglijarea fizică și emoțională, pot contribui semnificativ la BPD și la alte probleme de sănătate mintală în adolescență, cum ar fi depresia sau anxietatea, prin prisma strategiilor dezadaptative de reglare a emoțiilor, cum ar fi ruminația, suprimarea sau distragerea. Această concluzie subliniază necesitatea de a ajuta persoanele cu BPD să dezvolte abilități de reglare a emoțiilor adaptative și adecvate contextului.

(4) BPD este o tulburare complexă cu interacțiuni specifice între variabilele contextuale, personale și sociale. Persoanele cu caracteristici clinice BPD prezintă efecte imediate și întârziate între emoțiile pozitive și negative și strategiile de reglare a emoțiilor. Strategiile adaptative de reglare a emoțiilor scad experiența emoțională intensă, în timp ce strategiile de reglare a emoțiilor dezadaptative par să accentueze experiența emoțională negativă.

BIBLIOGRAFIE

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Burlington, VT: University of Vermont*, 1-9.

American Psychiatric Association. (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/peri.18.1.36.32772>

Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Griepentroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszak, A., Schlosser, N., & Driessen, M. (2013). Increased attempts to suppress negative and positive emotions in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 210(2), 505-509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.036>

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2005). Comprehensive meta analysis (Version 2) [Computer software]. Biostat. <https://www.meta-analysis.com>

Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, 39(1/4), 106. <https://doi.org/10.2307/1415404>

Bud, S., Nechita, D., & Szentagotai Tatar, A. (2023). Emotion regulation strategies in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychologist*, 27(2), 142-159. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2152668>

Calvo, N., Marin, J. L., Vidal, R., Sharp, C., Duque, J. D., Ramos-Quiroga, J.-A., & Ferrer, M. (2023). Discrimination of Borderline Personality Disorder (BPD) and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adolescents: Spanish version of the Borderline Personality Features Scale for Children-11 Self-Report (BPFSC-11) Preliminary results. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00223-2>

Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>

Carreiras, D., Loureiro, M., Cunha, M., Sharp, C., & Castilho, P. (2020). Validation of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) and for Parents (BPFS-P) for the Portuguese Population. *Journal of Child and Family Studies*, 29(11), 3265-3275. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01800-7>

Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental Pathways to Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45-53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>

Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 22(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>

Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., & Kuppens, P. (2017). Borderline Personality Disorder and the Effects of Instructed Emotional Avoidance or Acceptance in Daily Life. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 483-502. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_264

Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>

Crick, N. R., Murray-Close, D., Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(04), 1051–1070. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050492>

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 217-232. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000212>

Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-42>

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. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341x.2000.00455.x>

Ensink, K., Bégin, M., Kotiuga, J., Sharp, C., & Normandin, L. (2020). Psychometric Properties of the French Version of the Borderline Personality Features Scale for Children and Adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 10(1), 48-58. <https://doi.org/10.2174/2210676609666190820145256>

Frías, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of Affective Disorders*, 202, 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.4.850>

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Guenole, N., & Brown, A. (2014). The consequences of ignoring measurement invariance for path coefficients in structural equation models. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00980>

Haas, B. W., & Miller, J. D. (2015). Borderline personality traits and brain activity during emotional perspective taking. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 315-320. <https://doi.org/10.1037/per0000130>

Haltigan, J. D., & Vaillancourt, T. (2016). Identifying Trajectories of Borderline Personality Features in Adolescence: *Antecedent and Interactive Risk Factors*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 166-175. <https://doi.org/10.1177/0706743715625953>

Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7414), 557–560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>

James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9(34), 188–205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-ix.34.188>

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>

Kuo, J. R., Fitzpatrick, S., Krantz, L. H., & Zeifman, R. J. (2018). How do you choose and how well does it work?: the selection and effectiveness of emotion regulation strategies and their relationship with borderline personality disorder feature severity. *Cognition and Emotion*, 32(3), 632-640. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330254>

Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-3>

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16770-6)

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and Method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05820.x>

Linehan, M. M. (1993). Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications for the Treatment of Substance Abuse. PsycEXTRA Dataset. <https://doi.org/10.1037/e495912006-012>

Morey L. C. (1991). The personality assessment inventory professional manual. Psychological Assessment Resources.

NIH. (2018). Quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies. Retrieved from: <https://www.nhlbi.nih.gov/healthtopics/study-quality-assessment-tools>

Petscher Y., Schatschneider C., Compton D. L. (2013). Applied quantitative analysis in education and the social sciences. Routledge.

Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review, 41*, 71-90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>

Revelle, W. (2007). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. CRAN: Contributed Packages. <https://doi.org/10.32614/cran.package.psych>

Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 75-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>

Santangelo, P., Bohus, M., & Ebner-Priemer, U. W. (2014). Ecological Momentary Assessment in Borderline Personality Disorder: A Review of Recent Findings and Methodological Challenges. *Journal of Personality Disorders, 28*(4), 555-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.067>

Sauer, C., Sheppes, G., Lackner, H. K., Arens, E. A., Tarrasch, R., & Barnow, S. (2016). Emotion regulation choice in female patients with borderline personality disorder: Findings from self-reports and experimental measures. *Psychiatry Research, 242*, 375-384. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.113>

Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review, 69*(5), 379-399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>

Sharp, C., Mosko, O., Chang, B., & Ha, C. (2011). The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in a community

sample of boys. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 335-349.
<https://doi.org/10.1177/1359104510366279>

Sharp, C., Steinberg, L., Temple, J., & Newlin, E. (2014). An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: Refinement of the BPFSC using IRT. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 70-78. <https://doi.org/10.1037/per0000057>

Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>

Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219-229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>

van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>

Witt, S. H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S., Reinbold, C. S., Treutlein, J., Degenhardt, F., Forstner, A. J., Heilmann-Heimbach, S., Dietl, L., Schwarze, C. E., Schendel, D., Strohmaier, J., Abdellaoui, A., Adolfsson, R., Air, T. M., Akil, H., Alda, M., ... Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2017). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 7(6), e1155-e1155.
<https://doi.org/10.1038/tp.2017.115>

Wupperman, P., Fickling, M., Klemanski, D. H., Berking, M., & Whitman, J. B. (2013). Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediation Effect of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 903-911. <https://doi.org/10.1002/jclp.21969>