



Journal Website

Article history:

Received 23 July 2025

Revised 22 November 2025

Accepted 27 November 2025

Initial Publication 04 December 2025

Final Publication 09 April 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 1, pp 1-20



E-ISSN: 2981-1759

Modeling Transdiagnostic Predictors of Emotional Disorder Symptoms in Clients of Psychological Clinics in Hamedan

Fatemeh. Moshtagh ¹, Kamran. Yazdanbakhsh ^{2*}, Jahangir. Karami ²

¹ PhD Candidate in Psychology, Faculty of Social and Educational Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social and Educational Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

* Corresponding author email address: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Moshtagh, F., Yazdanbakhsh, K., & Karami, J. (2026). Modeling Transdiagnostic Predictors of Emotional Disorder Symptoms in Clients of Psychological Clinics in Hamedan. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(1), 1-20.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The study aimed to model the role of emotion dysregulation, negative affect, and intolerance of uncertainty in predicting emotional disorder symptoms among clients of psychological clinics in Hamedan.

Methodology: A correlational design using structural equation modeling was employed. The population consisted of clients of psychological clinics in Hamedan during 2023–2024, and a purposive sample of 208 participants was selected. Instruments included standardized scales measuring depression, anxiety, obsessive–compulsive symptoms, cognitive emotion regulation strategies, positive and negative affect, and intolerance of uncertainty. Data were analyzed using SPSS-26 and AMOS-24.

Findings: The proposed model demonstrated satisfactory fit. Emotion dysregulation was significantly and positively associated with depression, anxiety, and obsessive–compulsive symptoms. Negative affect and intolerance of uncertainty significantly mediated the relationships between emotion dysregulation and emotional disorder symptoms. Both mediators showed significant direct and indirect effects, indicating partial mediation.

Conclusion: The findings highlight the central role of emotion dysregulation, negative affect, and intolerance of uncertainty as transdiagnostic factors contributing to emotional disorders. These results support the application of unified and process-focused clinical interventions targeting these underlying mechanisms.

Keywords: Emotional disorders; Emotion dysregulation; Negative affect; Intolerance of uncertainty; Structural equation modeling

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Emotional disorders—including depression, anxiety, and obsessive–compulsive symptoms—represent a major category of psychological problems characterized by high prevalence, significant comorbidity, and substantial functional impairment. Contemporary research increasingly emphasizes that traditional diagnostic systems, which treat these disorders as discrete categories, fail to capture the shared underlying mechanisms that contribute to their onset and persistence. This shift in conceptualization has led to the emergence of transdiagnostic models, which propose that common cognitive, behavioral, and emotional processes are responsible for the development of various emotional disorders (Daghighi et al., 2020a, 2020b; Van Loo & Romeijn, 2015). Among the most extensively supported transdiagnostic processes are emotion dysregulation, negative affectivity, and intolerance of uncertainty.

Emotion dysregulation—defined as difficulties in identifying, understanding, and modulating emotional responses—has been identified as a central process linking multiple emotional disorders. Studies consistently demonstrate that individuals with higher levels of emotion dysregulation exhibit more severe depressive, anxious, and obsessive–compulsive symptoms (Aldao & Mennin, 2020; Lincoln et al., 2022). Research also indicates that emotion dysregulation contributes to cognitive distortions, avoidance behaviors, and maladaptive emotion management strategies, which intensify emotional suffering (Paulus et al., 2021). Recent empirical findings have further confirmed that emotion dysregulation predicts symptom severity across diagnostic boundaries, reinforcing its status as a core transdiagnostic mechanism (Hallion et al., 2022; Kerring et al., 2023). Longitudinal studies extend this understanding by showing that persistent difficulties in emotion regulation increase vulnerability to obsessive–compulsive and anxiety symptoms over time (Thoustrup & et al., 2024).

Negative affectivity—describing a pervasive tendency to experience negative emotions such as fear, sadness, guilt, and anger—is another major transdiagnostic vulnerability factor. Individuals with heightened negative affectivity respond more intensely to threat-related stimuli and are more prone to maladaptive coping responses. Several meta-analytic and empirical studies document the robust association between negative affectivity and symptom clusters of depression and anxiety, highlighting its foundational role in emotional disorders (Felkiger et al., 2025; Flückiger & et al., 2025). Evidence also shows that negative affectivity mediates the influence of emotion dysregulation on psychological outcomes, reflecting its integral role in the emotional cascade that underpins clinical distress (Naragon-Gainey, McMahon, et al., 2021; Naragon-Gainey, Watson, et al., 2021). Cognitive models propose that heightened negative affectivity intensifies threat perception, worry, and repetitive negative thinking, which in turn exacerbate emotional symptoms (Becerra et al., 2023). Neurocognitive evidence from functional connectivity research indicates that maladaptive regulation strategies, such as expressive suppression, amplify negative affectivity through activation of neural threat networks (Liu et al., 2023).

A third critical transdiagnostic process is intolerance of uncertainty, conceptualized as a dispositional incapacity to cope with ambiguous or uncertain situations. Intolerance of uncertainty is strongly associated with anxiety disorders and obsessive–compulsive behaviors, particularly those involving threat sensitivity and avoidance. Prior studies highlight that individuals with low tolerance for uncertainty tend to interpret ambiguous stimuli as threatening, leading to worry, repetitive checking, or intrusive thoughts (Basra et al., 2023; Battisti et al., 2020). Meta-analytic evidence suggests that intolerance of

uncertainty predicts both anxiety and depression, and also interacts with personality traits such as neuroticism to exacerbate maladaptive safety behaviors (Kotta et al., 2024). Recent research shows that intolerance of uncertainty influences real-life decision-making processes, increasing indecisiveness and safety-focused strategies in daily functioning (Appel et al., 2024). Furthermore, longitudinal studies indicate that emotion regulation mediates the relationship between intolerance of uncertainty and emotional symptoms, demonstrating that these transdiagnostic processes are interdependent rather than isolated (Sahib et al., 2024). In the Iranian context, psychometric investigations confirm intolerance of uncertainty as a culturally valid and clinically meaningful construct, revealing its relevance for assessing emotional vulnerability among diverse age groups (Zemestani et al., 2021).

Together, these findings support the theoretical position that emotional disorders share common transdiagnostic mechanisms that operate synergistically (R. Saha et al., 2021; S. Saha et al., 2021). Emotion dysregulation may intensify negative affectivity, while negative affectivity heightens sensitivity to uncertain or ambiguous cues, thereby strengthening intolerance of uncertainty. Such interconnected processes create a reinforcing loop that perpetuates emotional distress. Recent systematic reviews further affirm the efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapies in targeting these underlying processes rather than disorder-specific symptoms (Schaeuffele et al., 2024; Schaeuffele et al., 2021). Overall, the literature strongly suggests that examining transdiagnostic pathways provides a more coherent and effective framework for understanding and treating emotional disorders (Piazza et al., 2022; N. Sharma et al., 2021).

Against this backdrop, the present study aimed to examine the transdiagnostic predictive roles of emotion dysregulation, negative affectivity, and intolerance of uncertainty in emotional disorder symptoms, and to investigate the mediating effects of negative affectivity and intolerance of uncertainty in these relationships.

Methods and Materials

The study employed a correlational design using structural equation modeling. Participants included adults referred to psychological clinics within a defined urban region. A total of 208 individuals were selected using purposive sampling based on inclusion criteria such as age range, ability to complete questionnaires, and having a clinical diagnosis of at least one emotional disorder. Standardized instruments assessed depression, anxiety, obsessive–compulsive symptoms, cognitive emotion regulation strategies, negative and positive affect, and intolerance of uncertainty. Data were analyzed using SPSS (version 26) and AMOS (version 24). Analyses included descriptive statistics, assessment of normality, correlation matrices, and structural equation modeling to evaluate direct and indirect effects.

Findings

Analyses demonstrated that the conceptual model achieved strong and acceptable fit indices, indicating that the hypothesized relationships aligned well with the observed data. Emotion dysregulation showed a significant positive relationship with all three categories of symptoms: depression, anxiety, and obsessive–compulsive indicators. The structural model further revealed that negative affect significantly mediated the association between emotion dysregulation and each of the emotional disorder symptoms, contributing substantial increases in total effect sizes across depressive, anxious, and obsessive–compulsive outcomes. Intolerance of uncertainty also demonstrated significant mediating effects in these pathways, suggesting partial mediation in each instance. Both direct and indirect effects for the mediators

were statistically significant, confirming that each variable independently contributed to the relationships examined. Overall, the empirical results underscore the intertwined influence of emotion dysregulation, negative affect, and intolerance of uncertainty in predicting emotional distress.

Discussion and Conclusion

The results of this study provide strong support for transdiagnostic models of emotional disorders, highlighting that emotion dysregulation, negative affect, and intolerance of uncertainty each play fundamental and overlapping roles in the emergence and persistence of emotional symptoms. The finding that emotion dysregulation directly predicts depression, anxiety, and obsessive–compulsive symptoms reinforces the theoretical view that difficulty managing emotional responses constitutes a core vulnerability across diagnostic categories. The mediating role of negative affect demonstrates that emotional instability contributes to intensifying subjective distress, which in turn manifests as clinical symptoms. Meanwhile, intolerance of uncertainty emerged as a second key mediator, underscoring the importance of cognitive responses to ambiguity and perceived threat in amplifying emotional suffering. The combined model reveals that these processes do not function independently but represent an interconnected system of vulnerabilities that collectively shape emotional disorders. These findings further validate the usefulness of process-based and transdiagnostic approaches in clinical assessment and intervention. By emphasizing core emotional and cognitive mechanisms rather than disorder-specific symptoms, clinicians may be better equipped to deliver targeted and effective interventions. In conclusion, the study underscores the necessity of integrating emotion regulation training, strategies to reduce negative affectivity, and interventions designed to improve tolerance of uncertainty into therapeutic programs for individuals experiencing emotional disorders.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱ مرداد ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۱ آذر ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۶ آذر ۱۴۰۴

اولین انتشار در تاریخ ۱۳ آذر ۱۴۰۴

انتشار نهایی در تاریخ ۲۰ فروردین ۱۴۰۵

پویایی‌های روانشناختی در اختلالات خلقی

دوره ۵، شماره ۱، صفحه ۲۰-۱



شاپای الکترونیک: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مدلیابی پیشایندهای فراتشخیصی نشانه‌های اختلالات هیجانی در مراجعین کلینیک‌های روان‌شناسی شهر همدان

فاطمه مشتاق^۱، کامران یزدانبخش^۲، جهانگیر کرمی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

مشتاق، فاطمه، یزدانبخش، کامران، کرمی، جهانگیر. (۱۴۰۵). مدلیابی پیشایندهای فراتشخیصی نشانه‌های اختلالات هیجانی در مراجعین کلینیک‌های روان‌شناسی شهر همدان. *پویایی‌های روانشناختی در اختلالات خلقی*، ۵(۱)، ۲۰-۱.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مدلیابی نقش بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات هیجانی در مراجعین کلینیک‌های روان‌شناسی شهر همدان بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع همبستگی با مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه شامل مراجعین کلینیک‌های روان‌شناسی شهر همدان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود و تعداد ۲۰۸ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک، وسواس فکری-عملی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و منفی و عدم تحمل ابهام بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-۲۶ و AMOS-۲۴ تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد مدل پژوهش برازش مطلوبی دارد. بدتنظیمی هیجان با افسردگی، اضطراب و وسواس رابطه مثبت و معنادار داشت. عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام در روابط میان بدتنظیمی هیجان و نشانه‌های اختلالات هیجانی نقش میانجی معنادار داشتند. اثرهای مستقیم و غیرمستقیم هر دو متغیر میانجی معنادار گزارش شد و نشان دادند که این متغیرها بخشی از مسیر تأثیر بدتنظیمی هیجان بر نشانه‌های هیجانی را تبیین می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهند که بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم افسردگی، اضطراب و وسواس دارند و می‌توانند به عنوان عوامل فراتشخیصی کلیدی در طراحی مداخلات بالینی هدفمند مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژگان: اختلالات هیجانی، بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی، عدم تحمل ابهام، مدل‌سازی معادلات ساختاری



مقدمه

اختلالات هیجانی از شایع‌ترین و پیچیده‌ترین انواع اختلالات روان‌شناختی در جوامع معاصر به شمار می‌روند و هم‌پوشی گسترده آن‌ها، تمایزگذاری تشخیصی و درمان مؤثر را با چالش روبه‌رو می‌سازد. در دهه‌های اخیر، پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که رویکردهای سنتی مبتنی بر طبقه‌بندی، توان تبیین این پیچیدگی را ندارند؛ چرا که بسیاری از اختلالات هیجانی از سازوکارهای زیربنایی مشترک تأثیر می‌پذیرند و همین اشتراک، رویکردهای فراتشخیصی را به یکی از مسیرهای اصلی پژوهش و درمان بدل کرده است. از جمله نخستین رویکردهایی که به این هم‌پوشی اشاره کرد، مفهوم «همبودی» بود که نشان می‌داد ساختارهای تشخیصی کلاسیک قادر نیستند مرز روشنی میان اختلالات مجزا ایجاد کنند (Van Loo & Romeijn, 2015). بررسی‌های جدیدتر نیز تأکید دارند که همبودی گسترده میان افسردگی، اضطراب، وسواس و سایر مشکلات هیجانی، بیش از آن‌که ناشی از اختلالات جداگانه باشد، از مسیرهای آسیب‌شناختی مشترک سرچشمه می‌گیرد (R. Saha et al., 2021; S. Saha et al., 2021).

در این میان، رویکرد فراتشخیصی پدید آمد تا به جای تمرکز بر نشانه‌های سطحی، بر فرآیندهای مشترک و بنیادین ایجادکننده این اختلالات تأکید کند. این رویکرد در سال‌های اخیر با شتاب قابل توجهی توسعه یافته و در حوزه پژوهش و درمان، جایگاه چشمگیری کسب کرده است (Dalgleish et al., 2020a, 2020b). تحلیل‌های جدید نشان می‌دهد که بخش زیادی از اختلالات هیجانی از طریق مجموعه‌ای از مکانیزم‌های مشترک از جمله بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام، شکل می‌گیرند و تداوم می‌یابند (Aldao & Mennin, 2020; Lincoln et al., 2022). همین امر سبب شده است که مدل‌های فراتشخیصی نه تنها درک بهتری از الگوهای هیجانی فراهم کنند، بلکه کارآمدی بیشتری در طراحی مداخلات هدفمند داشته باشند (Schaeuffele et al., 2021).

یکی از بنیادی‌ترین مؤلفه‌های فراتشخیصی، بدتنظیمی هیجان است. تنظیم هیجان به توانایی فرد برای تعدیل، اصلاح یا حفظ هیجانات اشاره دارد و ضعف در این حوزه با طیفی از مشکلات هیجانی مرتبط است (Paulus et al., 2021). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی افسردگی، اضطراب و وسواس است و نقش واسطه‌ای مهمی میان عوامل شناختی و نشانه‌های هیجانی ایفا می‌کند (Hallion et al., 2022; Kerring et al., 2023). حتی در مطالعه‌های طولی نیز نشان داده شده است که مشکلات پایدار در تنظیم هیجان، خطر بروز و تداوم اختلالات هیجانی را در نوجوانان و بزرگسالان افزایش می‌دهد (Thoustrup & et al., 2024). یافته‌های دیگری نیز نشان می‌دهد که بدتنظیمی هیجان بر کارکردهای شناختی اثر می‌گذارد و از طریق نشخوار ذهنی، سوگیری‌های شناختی و اختلال در بازپردازش هیجانی، به تشدید نشانه‌های افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (Paulus et al., 2021). با توجه به این شواهد، می‌توان گفت که تنظیم هیجان هسته مرکزی در آسیب‌شناسی هیجانی است و مداخلات مؤثر باید به بهبود این توانایی بپردازند (Atta et al., 2024; Colonnello & et al., 2024).

در کنار بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی یکی از سازه‌های کلیدی در مدل‌های فراتشخیصی به شمار می‌رود. عاطفه منفی به‌عنوان گرایش پایدار به تجربه هیجاناتی مانند غم، ترس، شرم یا خشم تعریف می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی با سطوح بالای عاطفه منفی نسبت به محرک‌های تهدیدکننده حساس‌ترند و روابط اجتماعی ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند (Naragon-Gainey, McMahon, et al., 2021; Naragon-Gainey, Watson, et al., 2021). نقش عاطفه منفی به‌عنوان عامل آسیب‌پذیری در افسردگی و اضطراب بارها در پژوهش‌های تجربی و فراتحلیلی تأیید شده است (Flückiger & et al., 2025). همچنین شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه عاطفه منفی نه تنها به‌طور مستقیم بر اختلالات هیجانی اثر می‌گذارد، بلکه در رابطه میان بدتنظیمی هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارد.



(Felkiger et al., 2025). تحقیقات دیگری نیز نشان می‌دهد که باورهای مرتبط با هیجان، مانند ارزیابی‌های منفی فرد از تجربه هیجانی، می‌توانند عاطفه منفی را تشدید کرده و مانع استفاده از راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان شوند (Becerra et al., 2023). از منظر عصبی‌شناختی نیز نتایج پژوهش‌های تصویربرداری نشان می‌دهد که راهبردهای ناسازگارانۀ تنظیم هیجان مانند سرکوب هیجان، با افزایش فعالیت شبکه‌های مرتبط با هشدار و تهدید همراه هستند (Liu et al., 2023) که این امر می‌تواند چرخه عاطفه منفی را تقویت کند.

مؤلفه مهم دیگر در مدل‌های فراتشخیصی، عدم تحمل ابهام است. عدم تحمل ابهام به‌عنوان گرایش فرد به تجربه ناراحتی در موقعیت‌های نامطمئن و مبهم تعریف می‌شود و نقش برجسته‌ای در اختلالات اضطرابی دارد (Battisti et al., 2020). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عدم تحمل ابهام از طریق افزایش نگرانی، اجتناب شناختی و ارزیابی تهدیدآمیز از آینده، موجب تشدید نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌شود (Basra et al., 2023). بررسی‌های جدید نیز نشان داده‌اند که عدم تحمل ابهام نه تنها نشانه‌های اضطرابی را افزایش می‌دهد، بلکه در تصمیم‌گیری‌های روزمره نیز اثرگذار است؛ به‌طوری‌که افراد دارای عدم تحمل ابهام بالا، در زندگی واقعی تصمیم‌های محافظه‌کارانه‌تر یا ایمن‌سازانه‌تری اتخاذ می‌کنند (Appel et al., 2024). این ویژگی همچنین می‌تواند رفتارهای مرتبط با آمادگی در شرایط تهدید یا شرایط جنگی را تقویت کند (Kotta et al., 2024). از سوی دیگر، بررسی‌های طولی نشان داده‌اند که کاهش تحمل ابهام می‌تواند نقش مهمی در بهبود تنظیم هیجان داشته باشد، و برعکس، تعامل میان این دو متغیر به تشدید مشکلات هیجانی می‌انجامد (Sahib et al., 2024). در جمعیت ایرانی نیز پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل ابهام از سازه‌های روان‌سنجی پایا و معنادار است و می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی آسیب‌شناختی مورد توجه قرار گیرد (Zemestani et al., 2021).

در کنار این سه سازه مهم، پژوهش‌های فراتشخیصی به اهمیت چندین مسیر مشترک دیگر نیز اشاره کرده‌اند. برای مثال، تحلیل‌ها نشان داده‌اند که تنظیم هیجان در تعامل با تحریف‌های شناختی، نشخوار ذهنی و حساسیت به تهدید، بروز اختلالات هیجانی را افزایش می‌دهد (Paulus et al., 2021). همچنین شواهد پژوهشی تأکید دارند که مدل‌های شناختی-رفتاری مرتبط با اختلالات وسواس و اضطراب، اهمیت فرایندهای شناختی مشترک را برجسته می‌کنند (Salkovskis, 2006). مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها نیز نشان داده‌اند که درمان‌های فراتشخیصی مانند CBT یکپارچه می‌توانند در کاهش نشانه‌های چندگانه افسردگی، اضطراب و وسواس اثربخشی بالایی داشته باشند (Schaeuffele et al., 2024).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام نه تنها اثرات مستقیم بر نشانه‌های هیجانی دارند، بلکه به‌طور متقابل نیز یکدیگر را تقویت می‌کنند. برای مثال، بدتنظیمی هیجان موجب افزایش عاطفه منفی می‌شود، و عاطفه منفی نیز حساسیت فرد نسبت به موقعیت‌های مبهم را افزایش می‌دهد و در نهایت سطح عدم تحمل ابهام را بالا می‌برد (Naragon-Gainey, 2021). این چرخه‌های تقویت‌کننده، آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد را در برابر اختلالات مختلف افزایش می‌دهد. پژوهش‌های میان‌رشته‌ای نیز تأیید کرده‌اند که این فرآیندهای فراتشخیصی در دوران نوجوانی و بزرگسالی به شیوه‌های مشابهی عمل می‌کنند و همین ویژگی امکان طراحی مداخلات یکپارچه و فرایندمحور را فراهم می‌سازد (E. Sharma et al., 2021; N. Sharma et al., 2021).

مطالعات انجام‌شده بر جمعیت ایرانی نشان داده‌اند که بسیاری از سازه‌های فوق - از جمله تنظیم هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام - دارای ویژگی‌های روان‌سنجی معتبر بوده و می‌توانند به‌طور معناداری نشانه‌های هیجانی را پیش‌بینی کنند (Ghasemzadeh, 2007; Ghasemzadeh et al., 2005). همچنین برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش شیوع اختلالات هیجانی در ایران، ضرورت توسعه مدل‌های فراتشخیصی بومی‌شده را افزایش می‌دهد.



در نهایت، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که تعامل این سه مؤلفه فراتشخیصی، یعنی بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام، می‌تواند چارچوب نظری جامع‌تری در تبیین اختلالات هیجانی فراهم کند (Lee, 2024; Piazza et al., 2022). با توجه به اهمیت این سه متغیر در فرایندهای زیربنایی اختلالات هیجانی، بسیاری از محققان پیشنهاد کرده‌اند که مدل‌های معادلات ساختاری می‌توانند بهترین روش برای بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم میان این مؤلفه‌ها باشند (Andrews et al., 2023). بنابراین، با توجه به گسترش رویکرد فراتشخیصی، نقش محوری سه متغیر بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام، و نیاز به ارائه شواهد تجربی در بافت ایرانی، هدف این پژوهش مدل‌یابی روابط میان بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام با نشانه‌های اختلالات هیجانی و بررسی نقش میانجی این دو متغیر در این رابطه است.

مواد و روش پژوهش

بخش اول پژوهش حاضر توصیفی-زمینه‌یابی است که در روش اجرا همبستگی چند متغیری از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مراجعین به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر همدان (در بازه زمانی ۱۴۰۲-۱۴۰۳) تشکیل دادند که حداقل تشخیص یکی از اختلالات هیجانی (افسردگی، اضطرابی، وسواسی) را دریافت کرده بودند. در بخش اول، ابتدا با محاسبه ۱۵ برابری تعداد خرده‌مقیاس‌های متغیرهای فراتشخیصی (۱۳ خرده‌مقیاس) نمونه‌ی ۱۹۵ نفری در نظر گرفته شد. اما از آنجایی که برای محاسبه مدل ساختاری نیاز به نمونه حداقلی ۲۰۰ نفر می‌باشد، با احتمال ریزش برخی از پرسشنامه‌ها، ۲۰۸ نفر در نظر گرفته شد. **ملاک‌های ورود:** افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر همدان، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، تشخیص یکی از اختلالات هیجانی توسط ارزیاب بالینی (روانشناس یا روانپزشک کلینیک)، تمایل و رضایت آگاهانه، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و درک دستورالعمل‌ها برای شرکت در پژوهش. **ملاک‌های خروج:** تکمیل ناقص پرسشنامه، پاسخ‌دهی نامعتبر یا تصادفی، دریافت درمان روانشناختی همزمان در طول پژوهش، جابجایی محل زندگی، فوت آزمودنی.

سیاهه افسردگی بک - ویرایش دوم^۱ (BDI-II): اولین نسخه سنجش شدت علائم افسردگی در افراد سایکوتیک در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تنظیم گردید که شامل ۲۱ گویه بوده. پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم، نسخه بازنگری‌شده‌ای از اولین سیاهه افسردگی بک می‌باشد که با ملاک‌های تشخیصی افسردگی در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است و برای استفاده در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی و با هدف سنجش شدت علائم افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان ۱۳ سال به بالا کاربرد طراحی گردیده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که هر گویه یکی از علائم افسردگی (مانند غم، ناامیدی، احساس گناه، اختلال خواب، خستگی و اشتها) را می‌سنجد. هر گویه دارای چهار گزینه توصیفی است که شدت نشانه را از ۰ تا ۳ درجه بندی می‌کند. برای هر گویه، آزمودنی یکی از گزینه‌ها را انتخاب می‌کند (۰ = عدم وجود علامت، تا ۳ = شدت زیاد علامت). نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید و می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ متغیر باشد که نمره کل افسردگی را تشکیل می‌دهد. تفسیر نمرات به این صورت است که نمره بین ۰ تا ۱۳ افسردگی حداقل یا طبیعی تفسیر میشود، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید تفسیر میگردد. اجرای پرسشنامه معمولاً خود گزارشی می‌باشد و تکمیل آن حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان میبرد. بر اساس پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶)، پایایی درونی این پرسشنامه در نمونه‌های غیربالینی بسیار بالا و در حدود ۰.۹۱ تا ۰.۹۳ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی

¹ Beck Depression Inventory-II (BDI-II)



آن در فاصله یک هفته ۰.۹۳ گزارش گردیده است. در ایران، فتنی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) نسخه فارسی BDI-II را اعتباریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۱، همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰.۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰.۹۴ گزارش شده است. همچنین، همبستگی بین BDI-II و نسخه اول پرسشنامه (BDI-I) برابر با ۰.۹۳ بود که نشان‌دهنده همسانی بالا بین دو نسخه است. در پژوهش قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ و ضریب بازآزمایی ۰.۸۶ به‌دست آمد. به‌طور کلی، نتایج مطالعات داخلی و خارجی نشان داده‌اند که پرسشنامه BDI-II از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان شاخصی معتبر برای ارزیابی شدت اختلال افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

پرسشنامه وسواس فکری عملی^۱ (OCI-R): نسخه اولیه پرسشنامه وسواس فکری-عملی توسط فوآ و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ساخته شد. این نسخه شامل ۴۲ ماده بود و ۷ خرده مقیاس شست و شو، واریسی، وسواس‌های فکری، خنثی سازی، نظم، انباشتن و تردید را در بر می‌گرفت که هدف آن ارزیابی گستره علائم وسواس فکری و عملی در جمعیت بالینی و غیر بالینی بود. بعدها در سال ۲۰۰۲ فوآ و همکاران نسخه کوتاه شده این پرسشنامه را که به ۱۸ ماده در ۶ خرده مقیاس شک و واریسی، شست‌وشو، وسواس فکری، انباشتن، نظم و ترتیب، و خنثی‌سازی ذهنی تقلیل یافته بود تنظیم نمودند. پاسخ‌دهندگان میزان تجربه هر نشانه را بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هیچ‌وقت)، ۱ (به ندرت)، ۲ (گاهی)، ۳ (اغلب) و ۴ (همیشه) ارزیابی می‌کنند. نمره کل از جمع نمرات تمام گویه‌ها (۰ تا ۷۲) به دست می‌آید و نمره هر خرده مقیاس از جمع سه گویه مربوطه (۰ تا ۱۲) به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بالاتر علائم وسواس فکری - عملی است و در این ابزار، هیچ گویه‌ای به‌صورت معکوس نمره‌گذاری نمی‌شود. بر اساس نتایج گزارش‌شده توسط فوآ و همکاران (۲۰۰۲)، OCI-R از ساختار عاملی پایا و مناسبی برخوردار است. همسانی درونی برای کل مقیاس بین ۰.۹۱ تا ۰.۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰.۶۵ تا ۰.۹۰ گزارش شده است (به‌جز زیرمقیاس خنثی‌سازی در گروه کنترل با آلفای ۰.۳۴). پایایی بازآزمایی این پرسشنامه بین ۰.۵۷ تا ۰.۹۱ و اعتبار افتراقی و همگرایی آن در سطح رضایت‌بخشی گزارش شده است. در ایران، نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمودی، زمانی و فتنی (۱۳۸۷) ترجمه و اعتباریابی شد. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰.۸۵ و برای زیرمقیاس‌های مختلف به‌ترتیب واریسی (۰.۶۶)، نظم و ترتیب (۰.۶۹)، وسواس فکری (۰.۷۲)، شستشو (۰.۶۹)، احتکار (۰.۶۳) و خنثی‌سازی (۰.۵۰) گزارش شده است. همبستگی درونی گویه‌ها نیز در دامنه ۰.۲۵ تا ۰.۴۶ و همبستگی بین زیرمقیاس‌ها و نمره کل بین ۰.۶۱ تا ۰.۸۰ به‌دست آمد. نتایج این مطالعه نشان داد که ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی با یافته‌های نسخه اصلی انگلیسی همخوان است و این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

پرسشنامه‌ی سنجش اضطراب بک^۲ (BAI): نسخه اولیه این پرسشنامه (۱۹۸۸) توسط بک و همکارانش طراحی شد که دارای ۲۱ آیتم جهت سنجش شدت علائم اضطراب در نظر گرفته شده بود و تمرکز اصلی بر علائم جسمانی و روانی اضطراب بود و مقیاس پاسخ‌ها از ۰ (هیچ‌وقت) تا ۳ (شدید) تنظیم گردیده بود. در نسخه بازنگری شده که توسط بک و همکاران (۱۹۹۰) به منظور سنجش شدت علائم اضطراب در بزرگسالان نیز همچنان ۲۱ آیتم روی مقیاس ۰ تا ۳ درجه بندی میشوند با این تفاوت که توضیحات و دستورالعمل‌ها شفاف‌تر شده‌اند و نیز پاسخدهی به آن هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان مناسب است و همین‌طور ساختار آیتم‌ها و زبان پرسشنامه کمی تغییر کرد تا روایی و پایایی بالاتری داشته باشد و بهبود روان‌سنجی و تطابق با جمعیت‌های مختلف در آن صورت گیرد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای از ۰ تا ۳ انجام می‌شود (۰ = اصلاً، ۱ = خفیف، ۲ = متوسط، ۳ = شدید). دامنه کل نمره بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. نمرات بین ۰ تا ۷ نشانگر عدم اضطراب، ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ بیانگر اضطراب شدید است. در نسخه انگلیسی

¹ Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)

² Beck Anxiety Inventory (BAI)



ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت بهنجار ۰.۹۳ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰.۷۴-۰.۷۵ می‌باشد. در مطالعات داخلی روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه که توسط فتی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه و اعتباریابی شده است به این صورت گزارش گردیده: ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰.۹۴ گزارش شده است. همچنین همبستگی میان دونیمه ۰.۸۹ بوده است و همبستگی با نسخه اولیه ۰.۹۳ گزارش دته شده است. مطالعات بین‌المللی نیز پنج نوع اعتبار (محتوا، همزمان، ساده، تشخیصی و عاملی) را برای این ابزار تأیید کرده‌اند که بیانگر کارایی بالای BAI در سنجش شدت اضطراب است.

پرسشنامه تنظیم هیجان^۱ (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده است. این ابزار چندبعدی برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه رویدادها یا موقعیت‌های منفی طراحی شده و افکار فرد را پس از یک تجربه آسیب‌زا یا ناخوشایند ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۹ زیرمقیاس و ۳۶ ماده می‌باشد. پاسخ‌ها در یک پیوستار ۵ درجه‌ای لیکرت (همیشه، اغلب، معمولاً، گاهی، هرگز) نمره‌گذاری می‌شوند. اجرای این ابزار برای افراد دوازده سال به بالا (اعم از جمعیت‌های بالینی و غیربالینی) مناسب است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، نه راهبرد شناختی (۹ زیرمقیاس) ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهد. نتایج بررسی‌های گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) نشان داده است که پایایی درونی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰.۹۱، برای راهبردهای منفی ۰.۸۷ و برای کل پرسشنامه ۰.۹۳ به‌دست آمده است. این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی پایایی و اعتبار مناسب پرسشنامه در سنجش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان هستند در ایران، این پرسشنامه توسط هاشمی، صالحی و یوسفی (۱۳۹۰) ترجمه و اعتباریابی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که نسخه‌ی فارسی پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ راهبردهای مختلف CERQ ۰.۷۶ تا ۰.۹۲ و برای کل پرسشنامه ۰.۹۳ بوده است. نتایج تحلیل عاملی نیز ساختار نه‌عاملی نسخه اصلی را در نمونه ایرانی تأیید کرد. نمرات بالاتر در زیرمقیاس‌های مثبت (مثل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت) نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبردهای سازگارانه می‌باشد و نمرات بالاتر در زیرمقیاس‌های منفی (مثل فاجعه‌انگاری، نشخوارگری، ملامت خویش) نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه است. می‌توان برای تحلیل کلی، میانگین زیرمقیاس‌های مثبت و منفی را محاسبه کرد و روند استفاده فرد از راهبردهای شناختی را مشاهده نمود.

پرسشنامه عدم تحمل ابهام^۲ (IUS): پرسشنامه‌ی عدم تحمل ابهام (بلا تکلیفی) که به اختصار IUS نامیده می‌شود، توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است و برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و مبهم به‌کار می‌رود. این ابزار شامل ۲۷ سؤال است و چهار خرده‌مقیاس را ارزیابی می‌کند: توانایی پایین در تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، اجتناب شناختی، و جهت‌گیری منفی نسبت به حل مسئله. این پرسشنامه با هدف بررسی تفاوت‌های فردی در ادراک و واکنش نسبت به عدم قطعیت تدوین شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش فریستون و همکاران (۱۹۹۴) بیش از ۰.۷۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده‌ی ثبات درونی مطلوب آن است. در ایران نیز نسخه فارسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس عدم تحمل ابهام مورد ارزیابی قرار گرفت. این بررسی نشان داده است که IUS آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۹ می‌باشد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالاست و مناسب استفاده در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی ایران می‌باشد (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲). این نتایج نشان‌دهنده‌ی کاربرد مناسب این پرسشنامه برای سنجش سازه‌های فراتشخیصی مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی در جامعه ایرانی است. نمره کل بالا نشان می‌دهد که فرد کمتر می‌تواند بلا تکلیفی و عدم قطعیت را تحمل کند

¹ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

² Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)



و تمایل به واکنش‌های هیجانی، شناختی یا رفتاری ناسازگارانه دارد و نمره کل پایین نشان دهنده تحمل بالاتری، واکنش کمتر به موقعیت‌های نامطمئن است.

پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی^۱ (PANAS): این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون و تلگن، برای اندازه‌گیری دو بعد عاطفه منفی (NA) و عاطفه مثبت (PA) ساخته شده و دارای ۲۰ ماده است که ۱۰ ماده به عاطفه مثبت اختصاص دارد و ۱۰ ماده به عاطفه منفی. در مقابل هر گویه، طیف ۵ گزینه‌ای از بسیار کم (نمره ۱) و بسیار زیاد (نمره ۵) قرار دارد که توسط آزمودنی رتبه‌بندی می‌شود و دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است (به نقل از بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴). ضریب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۷ است در اعتبار آزمون از راه باز آزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸؛ به نقل از بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴). در این پژوهش از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی سازه استفاده شد. برازش مدل با دو عامل و ۲۰ ماده بررسی شد. با توجه به مقادیر به دست آمده برای شاخص $CFI = ۰/۹۲$ و $RMSEA = ۰/۰۵$ برای ۱۰۰ دانش آموز، می‌توان نتیجه گرفت، با حذف ۶ ماده از عواطف مثبت و منفی، مدل دو عاملی از برازش خوبی برخوردار است. نتایج تحلیل‌های بدست آمده نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه منفی (۰/۷۷) می‌باشد و برای عاطفه مثبت ۰/۷۷ می‌باشد و اعتبار بازآزمایی با فاصله ۸ هفته برای عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شده است.

برای تحلیل داده‌ها در بخش اول از آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار و همبستگی‌های مرتبه صفر پیرسون) استفاده شد و از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمالیتی استفاده گردید و در بخش دوم از مدل معادلات ساختاری از طریق نرم افزارهای SPSS-۲۶ و AMOS-۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که تحصیلات ۶۸ نفر از آزمودنی‌ها (۳۲/۶۹) درصد زیردیپلم، ۷۹ نفر (۳۷/۹۸) درصد دیپلم، ۲۸ نفر (۱۳/۴۶) درصد فوق دیپلم، ۳۰ نفر (۱۴/۴۲) درصد کارشناسی و ۳ نفر (۱/۴۴) درصد نیز کارشناسی ارشد و بالاتر بوده است. نتایج جدول همینطور نشان می‌دهد که ۱۱۲ نفر از آزمودنی‌ها (۵۳/۸۴) درصد دختر و ۹۶ نفر (۴۶/۱۵) درصد پسر بوده‌اند و نیز میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۲/۶۳ سال و حداقل سن ۲۴ و حداکثر سن ۴۶ سال می‌باشد. ویژگی توصیفی متغیرها در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱

ویژگی توصیفی متغیرها

متغیر	مؤلفه‌ها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
عدم تحمل ابهام	توانایی کم تحمل موقعیت‌ها	۸	۳۱	۱۹/۴۵	۴/۸۴
	باورهای مثبت درباره نگرانی	۷	۲۷	۱۴/۵۷	۴/۵۵
	اجتناب شناختی	۱۰	۲۵	۱۶/۲۷	۳/۰۳
	جهت‌گیری منفی به حل مسئله	۱۰	۲۴	۱۸/۱۲	۲/۸۲
	نمره کل عدم تحمل ابهام	۴۷	۹۶	۶۸/۴۲	۸/۹۹
وسواس فکری - عملی	—	۱۵	۴۶	۳۵/۵۶	۶/۳۸
بدتنظیمی هیجان	سرکوبی هیجان	۶	۲۵	۱۴/۵۳	۴/۴۱

1 Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS)

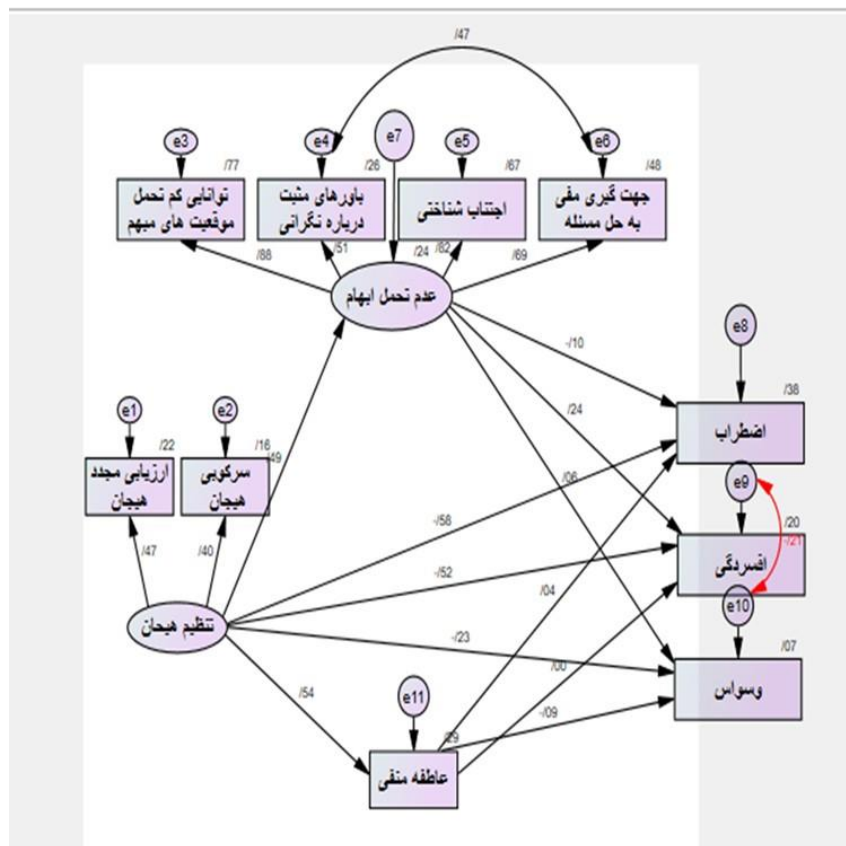


ارزیابی مجدد هیجان	۵	۲۵	۱۴/۶۶	۴/۱۰
نمره کل بدتنظیمی هیجان	۱۳	۵۰	۲۹/۱۹	۷/۶۶
اضطراب منتشر	—	۹	۳۳/۸۴	۹/۶۸
افسردگی	—	۴	۲۱/۵۵	۶/۰۶
عاطفه منفی	—	۲۰	۲۷/۸۹	۲/۹۸

در شکل ۱ ضرایب استاندارد مدل ساختاری رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات هیجانی با میانجی‌گری عدم تحمل ابهام و عاطفه منفی نشان داده شده است.

شکل ۱

ضرایب استاندارد مدل ساختاری رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات هیجانی با میانجی‌گری عدم تحمل ابهام و عاطفه منفی



جدول ۲

شاخص‌های نیکویی برازش مدل پیشنهادی رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات هیجانی با میانجی‌گری عدم تحمل ابهام و عاطفه منفی

نوع شاخص	نام شاخص	اختصار	مقدار	دامنه قابل قبول
برازش مطلق	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۵۵	بزرگتر از ۰/۹
برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	AGFI	۰/۹۰۴	بزرگتر از ۰/۸
برازش تطبیقی	شاخص برازش هنجار شده	NFI	۰/۹۱۱	بزرگتر از ۰/۹
برازش تطبیقی	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۵۱	بزرگتر از ۰/۹



شاخص برازش نسبی	RFI	۰/۹۴۵	بزرگتر از ۰/۹
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۵۳	بزرگتر از ۰/۹
برازش مقتصد	PNFI	۰/۵۲۶	بالاتر از ۰/۵
میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۶۸	کمتر از ۰/۹
کای اسکویر هنجار شده به درجه آزادی	CMIN/DF	۲/۰۲	کمتر از ۵

نتایج شاخص‌های ارزندگی نشان می‌دهد میزان شاخص $\chi^2 df$ در ارزندگی مدل پیشنهادی رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات هیجانی با میانجی‌گری عدم تحمل ابهام و عاطفه منفی کمتر از ۵ می‌باشد. همچنین، میزان شاخص RMSEA در مدل کمتر از سطح معنی‌داری و قابل قبول ۰/۰۸ بوده که نشان دهنده برازش مناسب و خوب مدل است. مقادیر NFI و CFI در تحقیق حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۱۱ و ۰/۹۵۱ است که نشان دهنده برازش مناسب مدل با داده‌ها است. از این رو ارزندگی مدل پیشنهادی رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات هیجانی با میانجی‌گری عدم تحمل ابهام و عاطفه منفی توسط داده‌های پژوهش در سطح مناسبی از نظریه‌های استفاده شده حمایت کرده و برای تبیین مدل، مناسب محسوب می‌شود. همچنین در نمودار فوق نتایج برآورد ضرایب مسیر مدل پیشنهادی رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات هیجانی با میانجی‌گری عدم تحمل ابهام و عاطفه منفی با تخمین غیراستاندارد و استاندارد نمایش داده شده است.

جدول ۳

نتایج ضریب مسیر و آزمون آن در بررسی رابطه بین بدتنظیمی هیجان با افسردگی، اضطراب و وسواس

مسیر	برآورد استاندارد	خطای برآورد استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری
بدتنظیمی هیجان به افسردگی	۰/۵۲۰	۰/۱۶۴۰	۳/۸۸	۰/۰۰۲
بدتنظیمی هیجان به اضطراب	۰/۵۸۱	۰/۱۵۶۵	۴/۱۴	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجان به وسواس	۰/۲۳۵	۰/۴۹۶	۲/۳۹	۰/۰۰۴

همانگونه که جدول ۳ نشان می‌دهد آزمون ضریب مسیر بدتنظیمی هیجان به افسردگی، اضطراب و وسواس معنادار می‌باشد، زیرا مقدار C.R خارج از فاصله (۲+ و ۲-) می‌باشد. همچنین، مقدار P مدل کمتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است. بنابراین، با توجه به میزان همبستگی و ضریب مسیر در حالت تخمین استاندارد نتیجه می‌شود که در سطح معنی‌داری ۰/۰۵، بدتنظیمی هیجان با افسردگی، اضطراب و وسواس رابطه معنی‌داری دارد.

جدول ۴

نتایج اثرمیانجی عاطفه منفی در رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس

مستقل	میانجی	وابسته	برآورد	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
بدتنظیمی هیجان	عاطفه منفی	افسردگی	غیراستاندارد	۰/۲۱۳	۰/۱۱۸	۰/۳۳۱
			استاندارد	۰/۵۲۰	۰/۴۶۹	۰/۹۸۹
			C.R	۴/۳۴	۳/۱۳	۷/۴۷
			Sig	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶
بدتنظیمی هیجان	عاطفه منفی	اضطراب	برآورد	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل



غیراستاندارد	۰/۱۷۸	۰/۱۵۹	۰/۳۳۷
استاندارد	۰/۵۸۱	۰/۵۲۶	۱/۱۰۷
C.R	۶/۴۸	۵/۲۹	۱۱/۷۷
Sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجان	عاطفه منفی	وسواس	برآورد
غیراستاندارد	۰/۷۸۸	۰/۶۲۵	۱/۴۱۳
استاندارد	۰/۲۳۵	۰/۲۲۷	۰/۴۶۲
C.R	۷/۰۹	۶/۲۱	۱۳/۳
Sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثرات مستقیم، غیرمستقیم بین عاطفه منفی در رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد، زیرا دارای خطای آزمون کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند. همچنین در جدول ۴ مشاهده می‌شود که نقش میانجی عاطفه منفی در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با افسردگی در حالت استاندارد ۰/۴۶۹ واحد به اثرات کل رابطه بین بدتنظیمی هیجان با اختلال افسردگی اضافه می‌کند. همچنین نقش میانجی عاطفه منفی در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با اضطراب در حالت استاندارد ۰/۵۲۶ واحد به اثرات کل رابطه بین بدتنظیمی هیجان با وسواس در حالت استاندارد ۰/۲۲۷ واحد به اثرات کل رابطه بین بدتنظیمی هیجان با اختلال اضطراب اضافه می‌کند. به همین ترتیب، از جدول ۴ با توجه به معناداری اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل نتیجه می‌شود که متغیر میانجی عاطفه منفی در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلال افسردگی، اضطراب و وسواس تأثیرگذار و دارای اثر جزئی (Partial Mediation) می‌باشد. بنابراین نقش میانجی عاطفه منفی در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلال افسردگی، اضطراب و وسواس به طور مستقیم و غیرمستقیم موثر و مورد تایید می‌باشد.

جدول ۵

نتایج اثر میانجی عدم تحمل ابهام در رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس

مستقل	میانجی	وابسته	برآورد	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
بدتنظیمی هیجان	عدم تحمل ابهام	اضطراب	غیراستاندارد	۰/۳۲۲	۰/۲۷۹	۰/۶۰۱
			استاندارد	۰/۲۱۱	۰/۲۰۹	۰/۴۲۰
			C.R	۳/۴۱	۳/۲۹	۶/۷۰
			Sig	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۷
بدتنظیمی هیجان	عدم تحمل ابهام	افسردگی	برآورد	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
			غیراستاندارد	۰/۹۹۱	۰/۸۱۷	۱/۸۰۸
			استاندارد	۰/۲۴۳	۰/۲۳۱	۰/۴۷۴
			C.R	۸/۹۹	۷/۷۳	۱۶/۶۲
			Sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجان	عدم تحمل ابهام	وسواس	برآورد	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
			غیراستاندارد	۰/۱۹۹	۰/۱۱۷	۰/۳۱۶
			استاندارد	۰/۵۶۱	۰/۴۶۸	۱/۰۲۹
			C.R	۸/۶۶	۵/۴۵	۱۴/۱۱
			Sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱



نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اثرات مستقیم، غیرمستقیم بین عدم تحمل ابهام در رابطه بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد، زیرا دارای خطای آزمون کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند. همچنین در جدول ۵ مشاهده می‌شود که نقش میانجی عدم تحمل ابهام در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با افسردگی در حالت استاندارد ۰/۲۳۱ واحد به اثرات کل رابطه بین بدتنظیمی هیجان با اختلال افسردگی اضافه می‌کند. همچنین نقش میانجی عدم تحمل ابهام در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با اضطراب در حالت استاندارد ۰/۲۰۹ واحد به اثرات کل رابطه بین بدتنظیمی هیجان با اختلال اضطراب اضافه می‌کند. به همین ترتیب، از جدول ۵ با توجه به معناداری اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل نتیجه می‌شود که متغیر میانجی عدم تحمل ابهام در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلال افسردگی، اضطراب و وسواس تاثیرگذار و دارای اثر جزئی (Partial Mediation) می‌باشد. بنابراین نقش میانجی عدم تحمل ابهام در رابطه بین بدتنظیمی هیجان با نشانه‌های اختلال افسردگی، اضطراب و وسواس به طور مستقیم و غیرمستقیم موثر و مورد تایید می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مدل فراتشخیصی شامل بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام قادر است بخش قابل توجهی از واریانس نشانه‌های افسردگی، اضطراب و وسواس را تبیین کند. نخستین یافته مهم، وجود رابطه مستقیم و معنادار میان بدتنظیمی هیجان و نشانه‌های سه‌گانه اختلالات هیجانی بود. این نتیجه با مبانی نظری و تجربی گسترده‌ای هم‌راستاست که بدتنظیمی هیجان را به‌عنوان یکی از هسته‌های مشترک آسیب‌شناسی هیجانی معرفی می‌کنند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها، ارزیابی مجدد آن‌ها یا به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه، می‌تواند به افزایش حساسیت هیجانی، فعال شدن چرخه‌های شناختی منفی و تشدید نشانه‌های افسردگی و اضطراب منجر شود (Aldao & Mennin, 2020; Lincoln et al., 2022). در همین راستا، مطالعه‌های جدیدتر نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجان نه تنها با افسردگی و اضطراب بلکه با وسواس نیز پیوند دارد، زیرا ناتوانی در مهار برانگیختگی هیجانی می‌تواند به رفتارهای تکراری، اجتنابی یا وسواسی منجر شود (Kerring et al., 2023; See et al., 2022). یافته‌های طولی اخیر نیز تأکید دارند که بدتنظیمی هیجان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رشد مشکلات وسواس در نوجوانان است (Thoustrup & et al., 2024). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر در چارچوب ادبیات موجود کاملاً قابل دفاع است و نقش بنیادی این عامل را در شکل‌گیری اختلالات هیجانی تأیید می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که عاطفه منفی نقش میانجی معناداری در رابطه میان بدتنظیمی هیجان و نشانه‌های هیجانی دارد. این یافته حاکی از آن است که افراد دارای بدتنظیمی هیجان، اغلب تجارب هیجانی ناخوشایند بیشتری را تجربه می‌کنند و این افزایش خلق منفی به تقویت چرخه نشانه‌های اضطراب، افسردگی و وسواس منجر می‌شود. این یافته با ادبیات گسترده‌ای هم‌سوست که عاطفه منفی را عامل آسیب‌پذیری مشترک میان اختلالات هیجانی می‌داند (Flückiger & et al., 2025; Naragon-Gainey, Watson, et al., 2021). چندمتغیره نشان داده‌اند که عاطفه منفی می‌تواند سازوکارهایی همچون حساسیت به تهدید، افکار مزاحم، نگرانی و نشخوار ذهنی را تقویت کرده و زمینه افزایش اضطراب و افسردگی را فراهم کند (Naragon-Gainey, McMahon, et al., 2021). در پژوهش‌های فراتحلیلی نیز مشخص شده است که شدت عاطفه منفی در افرادی که بدتنظیمی هیجان بالایی دارند بیشتر است و این امر به‌طور مستقیم با افزایش نشانه‌های هیجانی ارتباط دارد (Felkiger et al., 2025). افزون بر این، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه مشکلات تنظیم هیجان اغلب از طریق افزایش عاطفه منفی، کارکردهای شناختی و اجتماعی فرد را مختل می‌کند و همین امر دوره اختلالات هیجانی را مزمن‌تر می‌سازد (Atta et al.,).



است و نقش محوری این سازه را در آسیب‌شناسی هیجانی برجسته می‌سازد. (Colonnello & et al., 2024; 2024). بنابراین، میانجی‌گری عاطفه منفی در این پژوهش، با مسیرهای نظری و تجربی شناخته‌شده کاملاً همسو

سومین یافته اساسی پژوهش، تأیید نقش عدم تحمل ابهام به‌عنوان میانجی در رابطه بدتنظیمی هیجان و نشانه‌های هیجانی بود. این یافته به‌ویژه در حوزه اختلالات اضطرابی و وسواس اهمیت دارد، زیرا عدم تحمل ابهام با پاسخ‌های شناختی و هیجانی ناسازگارانه در شرایط نامعلوم پیوند دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با عدم تحمل ابهام بالا، محرک‌های مبهم را تهدیدآمیزتر ارزیابی کرده و با افکار تکرارشونده، نگرانی و اجتناب شناختی به آن واکنش نشان می‌دهند (Battisti et al., 2020; Basra et al., 2023). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که عدم تحمل ابهام نه‌تنها روی نشانه‌های اضطرابی و وسواسی تأثیر دارد، بلکه در پیوند میان بدتنظیمی هیجان و اختلالات هیجانی نیز نقش میانجی ایفا می‌کند. این یافته با بررسی‌های جدید هماهنگ است؛ برای مثال، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که کاهش تحمل ابهام می‌تواند اثرات تنظیم هیجان را تعدیل کند و برعکس، افزایش آن به تشدید مشکلات هیجانی منجر می‌شود (Sahib et al., 2024). برخی پژوهش‌ها نیز مطرح کرده‌اند که عدم تحمل ابهام می‌تواند از طریق فعال‌سازی راهبردهای ایمنی‌جویانه و رفتارهای اجتنابی، نشانه‌های وسواسی را تثبیت کند (Appel et al., 2024). در بافت‌های پرتنش یا موقعیت‌های تهدیدآمیز، عدم تحمل ابهام حتی می‌تواند به شکل‌گیری رفتارهای افراطی یا آمادگی‌های ایمنی‌جویانه منجر شود، که این حالت نیز با چرخه‌های اضطرابی ارتباط دارد (Kotta et al., 2024). در مجموع، جایگاه عدم تحمل ابهام در این مدل، با یافته‌های ادبیات جهانی سازگار است و به‌خوبی نقش فرایندهای شناختی و هیجانی مشترک را در اختلالات هیجانی نشان می‌دهد.

نتایج پژوهش همچنین از قدرت مدل‌های فراتشخیصی در تبیین سازوکارهای مشترک میان اختلالات مختلف حمایت می‌کند. این رویکرد برخلاف مدل‌های سنتی که هر اختلال را به‌صورت مستقل تحلیل می‌کردند، به جای نشانه‌ها بر فرآیندهای زیربنایی تمرکز دارد. پژوهش‌های اخیر در زمینه درمان‌های فراتشخیصی از جمله رویکرد «CBT یکپارچه» و «درمان مبتنی بر فرآیند» نیز نشان می‌دهند که اشتراکات ساختاری میان اختلالات هیجانی بسیار بیشتر از تفاوت‌هاست (Piazza et al., 2022; Schaeuffele et al., 2024). مروری دیگر نیز نشان داده است که بسیاری از درمان‌های شناختی-رفتاری نوین به سمت هدف‌گذاری سازه‌هایی مانند تنظیم هیجان، تحمل ابهام و کاهش عاطفه منفی حرکت کرده‌اند (Schaeuffele et al., 2021). این تحول درمانی بر این اصل استوار است که نشانه‌های اختلالات هیجانی از مسیرهای مشترک زیستی، شناختی و هیجانی برخاسته‌اند، بنابراین مداخلات باید این مسیرهای مشترک را هدف قرار دهند، نه نشانه‌های سطحی یا مختص هر اختلال.

از سوی دیگر، ادبیات آسیب‌شناسی نشان می‌دهد که چرخه‌های بین‌فردی، شناختی و هیجانی معمولاً به‌صورت متقابل یکدیگر را تشدید می‌کنند. بدتنظیمی هیجان با افزایش عاطفه منفی همراه است و حساسیت فرد به تهدید را بیشتر می‌کند (Naragon-Gainey, 2021). در این میان، عاطفه منفی بالا نیز سبب می‌شود فرد موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیزتر درک کند و این برداشت تقویت‌شده به کاهش تحمل ابهام منجر می‌شود. در نهایت عدم تحمل ابهام، رفتارهای اجتنابی، نگرانی مزمن یا وسواس را فعال می‌کند و این چرخه معیوب بر بالین فرد مسلط می‌شود (Paulus et al., 2021; E. Sharma et al., 2021). یافته‌های پژوهش حاضر که نشان‌دهنده اثرگذاری هم‌زمان سه متغیر بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام است، به‌خوبی بازتاب‌دهنده همین چرخه‌های چندسطحی است. بخش مهمی از ادبیات حوزه تنظیم هیجان نیز تأیید می‌کند که کنش متقابل این متغیرها می‌تواند گستره متنوعی از اختلالات هیجانی را توضیح دهد و به همین دلیل در سال‌های اخیر توجه فراوانی به مدل‌های یکپارچه جلب شده است (Hallion et al., 2022).



نتایج پژوهش حاضر همچنین می‌تواند به درک بهتر چرایی همبودی بسیار زیاد میان اختلالات هیجانی کمک کند. همان‌گونه که مرورهای فراتحلیلی مطرح کرده‌اند، همبودی، یک حالت تصادفی یا خطای تشخیص نیست؛ بلکه نتیجه طبیعی اشتراکات زیربنایی این اختلالات است (Van Loo & Romeijn, 2015). یافته‌های این پژوهش که نشان‌دهنده تأثیر سه سازه مهم در سه نوع نشانه متفاوت هستند، گواه دیگری بر این واقعیت است که ساختارهای هیجانی و شناختی مشترک بر طیف گسترده‌ای از اختلالات سایه می‌افکنند. این امر اهمیت توسعه مداخلاتی را نشان می‌دهد که به جای نشانه‌محوری، به فرآیندمحوری توجه دارند. برای مثال، درمان‌هایی که تنظیم هیجان را تقویت می‌کنند یا تحمل ابهام را افزایش می‌دهند، معمولاً تأثیر همزمانی بر افسردگی، اضطراب و وسواس دارند (Lee, 2024). به همین ترتیب، درمان‌های شناختی-رفتاری نیز که به اصلاح راهبردهای ناسازگارانه هیجانی و شناختی می‌پردازند، می‌توانند زمینه خروج از چرخه‌های معیوب عاطفه منفی را فراهم کنند (Paulus et al., 2021).

اگر این یافته‌ها در کنار داده‌های جمع‌آوری‌شده از جمعیت ایرانی قرار گیرند، نکته مهم دیگری نیز روشن می‌شود: بسیاری از سازه‌های فراتشخیصی که در ادبیات جهانی مطرح شده‌اند، در جامعه ایرانی نیز قابل مشاهده‌اند و از پایداری و روایی روان‌سنجی برخوردارند (Ghasemzadeh, 2007; Ghasemzadeh et al., 2005). این امر نشان می‌دهد که مدل‌های فراتشخیصی نه تنها در بافت‌های فرهنگی غربی، بلکه در بافت ایرانی نیز کاربرد دارند و می‌توانند اساس طراحی مداخلات بومی‌شده قرار گیرند.

به‌طور کلی، جمع‌بندی نتایج نشان می‌دهد که بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و عدم تحمل ابهام سه سازه بنیادی و در تعامل با یکدیگرند که در ایجاد و تداوم اختلالات هیجانی نقش محوری دارند. این یافته با موج جدید پژوهش‌هایی همسوست که از مدل‌های فراتشخیصی به‌عنوان رویکرد نوین و کارآمد برای فهم آسیب‌شناسی روانی حمایت می‌کنند (Dalglish et al., 2020b; S. Saha et al., 2021; Schaeuffele et al., 2024). همچنین هم‌راستاست با دیدگاهی که معتقد است مداخلات درمانی باید از نشانه‌محوری فاصله گرفته و تمرکز خود را بر فرآیندهای مشترک و چندعاملی بگذارند.

این پژوهش چند محدودیت دارد که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه نمونه پژوهش تنها از مراجعان کلینیک‌های روان‌شناسی در یک شهر انتخاب شد و این امر ممکن است تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های بالینی یا غیربالینی را محدود کند. همچنین ماهیت خودگزارشی ابزارهای سنجش می‌تواند با سوگیری‌هایی مانند خطای حافظه، مطلوبیت اجتماعی یا نبود دقت کافی در پاسخ‌دهی همراه باشد. علاوه بر این، داده‌های پژوهش مقطعی بوده و امکان استنباط روابط علی قطعی میان متغیرها وجود ندارد. عوامل محیطی، خانوادگی یا اقتصادی نیز که احتمالاً در شکل‌گیری نشانه‌های هیجانی نقش دارند، در این پژوهش کنترل نشده‌اند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده مدل ارائه‌شده را در نمونه‌های گسترده و چندشهری بررسی کنند تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. استفاده از طرح‌های طولی می‌تواند در فهم جهت روابط میان متغیرها نقش اساسی داشته باشد. ترکیب روش‌های کمی و کیفی نیز می‌تواند به شناخت عمیق‌تر تجربه زیسته افراد در زمینه تنظیم هیجان، تحمل ابهام و خلق منفی کمک کند. همچنین بررسی متغیرهای دیگری مانند انعطاف‌پذیری شناختی، ذهن‌آگاهی یا سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند به توسعه مدل‌های پیچیده‌تر منجر شود.

توصیه می‌شود درمانگران در مداخلات بالینی، تمرکز ویژه‌ای بر آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان داشته باشند تا چرخه‌های هیجانی ناسازگارانه کاهش یابد. طراحی برنامه‌هایی برای افزایش تحمل ابهام و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌تواند کیفیت درمان را ارتقا دهد. همچنین توجه به کاهش عاطفه منفی از طریق مداخلات شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی و آموزش خودآگاهی هیجانی می‌تواند به بهبود قابل توجه نشانه‌های هیجانی در مراجعان کمک کند.



تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Aldao, A., & Mennin, D. S. (2020). *Emotion regulation as a transdiagnostic process*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/journals/emo/20/1/37/>
- Andrews, J. L., Li, M., & Minihan, S. (2023). The effect of intolerance of uncertainty on anxiety and depression, and their symptom networks, during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 23(1), 261. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04734-8>
- Appel, H., Krasko, J., Luhmann, M., & Gerlach, A. L. (2024). Intolerance of uncertainty predicts indecisiveness and safety behavior in real-life decision making: Results from an experience sampling study. *Journal of research in personality*, 104, 104490. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2024.104490>
- Atta, M. H. R., Al-Emadi, A. A., Al-Kuwari, M. G., & Al-Mohannadi, A. M. (2024). The influence of an emotion regulation intervention on emotion regulation difficulties and cognitive emotion regulation strategies among patients with depression. *BMC psychology*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01949-6>
- Basra, S., Kumar, P., & Choudhury, S. (2023). Intolerance of uncertainty as a predictor of anxiety and depression: Evidence from transdiagnostic research. *Journal of anxiety disorders*, 91, 102631. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102631>
- Battisti, R., Mancini, F., & Riva, P. (2020). Intolerance of uncertainty in adults: Behavioral, cognitive, and affective correlates. *Behavior therapy*, 51(4), 601-615. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.007>
- Becerra, R., Gainey, K., Murray, K., & Preece, D. A. (2023). Intolerance of uncertainty and anxiety: The role of beliefs about emotions. *Journal of affective disorders*, 324, 349-353. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.064>
- Colonnello, V., & et al. (2024). Specific emotion regulation difficulties mediate the relationship between personal distress and depression risk in medical students. *Frontiers in psychology*, 15, 1432318. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1432318>



- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020a). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020b). Transdiagnostic approaches to psychopathology: Clinical and research implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045053>
- Felkiger, R., Thompson, A., & Lee, H. (2025). Negative affectivity and its role across emotional disorders: A transdiagnostic perspective. *Clinical psychology review*, 98, 102234. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102234>
- Flückiger, C., & et al. (2025). How strongly are trait positive and negative affectivity associated with emotional disorders? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 299, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102956>
- Ghasemzadeh, H. (2007). Examining the Psychometric Properties of the Second Edition of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in the Iranian Population. *Quarterly Journal of Clinical Psychology and Psychiatry in Iran*, 14(2), 115-125. https://jsums.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf
- Ghasemzadeh, S., Mojtabai, M., Karamghedyari, L., & Ebrahimkhani, A. (2005). Examining the Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in an Iranian Sample. *Quarterly Journal of Psychological Research*, 8(2), 49-63. https://jsums.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2022). Emotion regulation across anxiety and depression: Examining the transdiagnostic model. *Cognitive therapy and research*, 46(4), 746-758. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941927/>
- Kerring, A., Smith, J., & Thompson, R. (2023). Emotion dysregulation and its association with depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms: A transdiagnostic perspective. *Journal of affective disorders*, 325, 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.045>
- Kotta, I., Dezs-Benyovszki, A., Kalcza-Janosi, K., Marschalko, E. E., & Kanyaro, K. (2024). Intolerance of Uncertainty and Neuroticism: Transdiagnostic Vulnerabilities and War-Related Safety Preparatory Behavior. *Journal of Loss & Trauma*. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2407086>
- Lee, M. (2024). Targeting emotion dysregulation in depression. *Psychiatry research*, 319, 114-126. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.114126>
- 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. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00040-4>
- Liu, Z., Lu, K., Hao, N., & Wang, Y. (2023). Cognitive reappraisal and expressive suppression evoke distinct neural connections during interpersonal emotion regulation. *Journal of Neuroscience*, 43(49), 8456-8471. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0954-23.2023>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Park, J. (2021). Affect and emotion regulation as transdiagnostic processes in psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 9(3), 391-410. <https://doi.org/10.1177/2167702620971761>
- Naragon-Gainey, K., Watson, D., & Markon, K. (2021). Negative affectivity and sensitivity to threat: Social implications for mental health. *Personality and individual differences*, 168, 110365. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110365>
- Paulus, C., Smith, L., & Jones, K. (2021). Emotion regulation and cognitive distortions: Implications for mental health. *Cognition and Emotion*, 35(6), 1215-1230. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1852512>
- Piazza, J., Smith, L., & Roberts, K. (2022). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in emotional disorders. *Journal of affective disorders*, 301, 150-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.045>
- Saha, R., Gupta, V., & Mehta, S. (2021). Common pathways underlying emotional disorders: Insights from transdiagnostic research. *Behavior therapy*, 52(5), 1100-1115. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.004>
- Saha, S., Lim, C., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y., & McGrath, J. J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286-306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>
- Sahib, A., Chen, J., Cardenas, D., Calear, A. L., & Wilson, C. (2024). Emotion regulation mediates the relation between intolerance of uncertainty and emotion difficulties: A longitudinal investigation. *Journal of anxiety disorders*, 78, 102456. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.056>
- Salkovskis, P. M. (2006). *Cognitive-behavioral approaches to understanding and treating obsessive-compulsive disorder*. The Guilford Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10402695/>
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., & et al. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8(4), 493-509. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86-113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>



- See, C. C. H., Tan, J. M., Tan, V. S. Y., & Sündermann, O. (2022). A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 154, 341-353. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 703701. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
- Sharma, N., Patel, R., & Singh, A. (2021). Transdiagnostic mechanisms in emotional disorders: Implications for treatment. *Cognitive therapy and research*, 45(6), 1032-1048. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10234-9>
- Thoustrup, C. L., & et al. (2024). Emotion dysregulation in youths with obsessive-compulsive disorder: A longitudinal study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53(4), 567-579. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.1876252>
- Van Loo, H. M., & Romeijn, J. W. (2015). Psychiatric comorbidity: Fact or artifact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(1), 41-60. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9321-0>
- Zemestani, M., Didehban, R., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2021). Psychometric Evaluation of the Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC): Findings From Clinical and Community Samples in Iran. *Assessment*, 29(5), 993-1004. <https://doi.org/10.1177/1073191121998769>