



The Distinct Role of Negative Emotion, Dysphoria, and Mania in Predicting The Symptoms of Emotional Disorders

Soheila Maboud¹, Mostafa Zarean², Touraj Hashemi NosratAbad³

1. M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: soheilam75@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: zareanpsy2020@gmail.com

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: tourajhashemi@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 13 June 2024
Received in revised form
20 January 2025
Accepted 05 February
2025
Published Online 21
November 2024

Keywords:
Negative Emotion,
Dysphoria,
Mania,
Emotional Disorders,
Panic,
Anxiety,
Depression

ABSTRACT

Background: The study of the theoretical background and research literature suggest that negative emotion plays a significant role as a foundational factor in the pathology of emotional disorders. However, it seems that other variables such as mania and dysphoria are also involved in this relationship. This research was conducted with the aim of investigating the role of negative affect, dysphoria and mania in predicting the signs and symptoms of emotional disorders.

Methods: The statistical population of this study included all students of Tabriz University who were studying between 2023-2024. For that purpose, a sample comprising 380 students were selected using available sampling. An online execution forms was prepared and participants completed Positive and Negative Affect Schedule- Expanded Form (PANAS-X), Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS), Nepean Dysphoria Scale (NDS), and Altman Self-Report Mania Scale (ASRM) via online forms. Data was analyzed by path analysis and multiple regression in SPSS V.24.

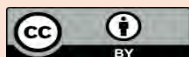
Results: Results showed that negative emotion, dysphoria and mania positively and significantly predicted panic, social anxiety and depression.

Conclusion: Based on this, it can be concluded that traditional constructs in psychopathology, such as dysphoria and mania, still play an effective role in explaining the variance of emotional disorders, and relying only on negative emotions will have theoretical and clinical limitations in treatment. Because after the accurate identification of the effective factors in emotional disorders, it is possible to design suitable therapeutic intervention for each disorder.

Citation: Maboud, S., Zarean, M., & Hashemi NosratAbad, T. (2024). The Distinct Role of Negative Emotion, Dysphoria, and Mania in Predicting The Symptoms of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 16(63), 99-112. [10.22075/jcp.2025.34438.2914](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34438.2914)

Journal of Clinical Psychology, Vol. 16, No. 63, 2024

© The Author(s). DOI: [10.22075/jcp.2025.34438.2914](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34438.2914)



©2024 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Mostafa Zarean, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
E-mail: zareanpsy2020@gmail.com, Tel: (+98) 9143080767

Extended Abstract

Introduction

Emotions play a crucial role in helping individuals respond adaptively to life's challenges and are fundamental to their well-being and health. However, deviations from normative emotional responses can create conditions that contribute to the development of various emotional disorders. In recent years, emotional disorders have gained significant attention due to the risks they pose to public and mental health. Maladaptive emotional responses are now recognized as key factors in many psychological disorders. Emotional disorders encompass a range of psychiatric conditions characterized by emotional dysregulation, most notably including depressive and anxiety disorders. Based on theoretical frameworks and research literature, negative emotion is considered a central factor in the pathogenesis of emotional disorders. However, other variables may also contribute to this process. Recent studies indicate that dysphoria can be a predictive factor for psychological disorders. Additionally, research has demonstrated a significant relationship between mania and emotional disorders. The aim of this study was to examine the role of negative emotion, dysphoria, and mania in predicting the severity of symptoms in emotional disorders such as panic, social anxiety, and depression.

Method

The research design was descriptive and correlational. The study's population

consisted of all students at the University of Tabriz during the 2022-2023 academic year. A sample of 380 students (197 women and 183 men) was selected using a convenient sampling method based on the Krejcie and Morgan table. Sampling was conducted via online platforms and social media, and individuals who expressed interest in participating were chosen.

Participants completed several assessment tools, including the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS-X) by Watson et al., the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) by Watson, the Nepean Dysphoria Scale (NDS) by Berl and Starchowicz, and the Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM). After collecting the questionnaires, incomplete or invalid responses were excluded, leaving 380 valid responses, which were scored and entered into SPSS 24 for statistical analysis. Descriptive and inferential statistical methods were used to analyze the data. In the descriptive analysis, measures of central tendency and dispersion were calculated to summarize the variables. For the inferential analysis, path analysis was applied to address the research questions and assess the fit of the conceptual model with the observed data.

Results

Table 1 presents the correlation matrix for the study variables along with their corresponding descriptive statistics.

Table 1. Correlation Matrix of the Variables

Research Variables	1	2	3	4	5	6	Mean	Standard Deviation	Skewness	Kurtosis
Panic	1						15.99	5.74	0.91	1.20
Social Anxiety	0.56	1					11.99	4.41	-0.41	0.10
Depression	0.55	0.42	1				27.78	8.35	-0.33	0.24
Negative Emotion	0.51	0.48	0.73	1			57.58	19.19	0.64	-0.35
Dysphoria	0.49	0.41	0.69	0.74	1		35.83	18.38	-0.59	0.19
Mania	-0.17	-0.16	-0.40	-0.45	-0.36	1	5.22	3.19	0.46	-0.03

The results in Table 1 indicate that all study variables have significant relationships with each other. Additionally, the score distributions for all variables are normal. As a result, path analysis is an appropriate

method for analyzing the data in this study. Figure 1 presents the conceptual model of the study, along with the standardized coefficients.

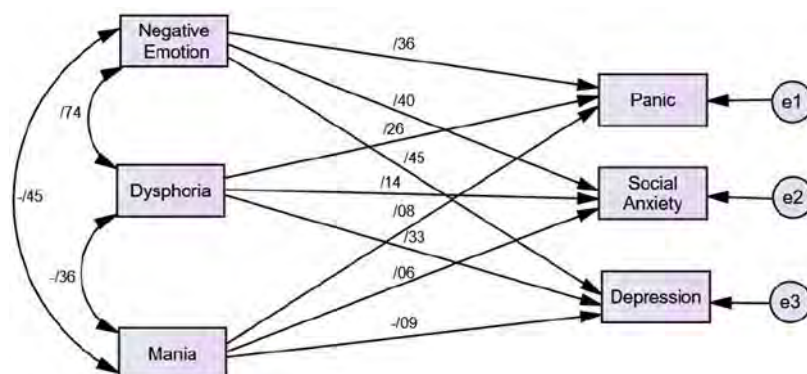


Figure 1. Causal Pathway of Relationships Between the Study Variables

According to the path coefficients shown in Figure 1, negative emotion has a positive and statistically significant direct effect on panic, social anxiety, and depression. Similarly, dysphoria also has a positive and statistically significant direct effect on these disorders. In contrast, mania has a negative and statistically significant direct effect on depression, but no significant effect on panic or social anxiety. Additionally, all model fit indices fall within a favorable range, indicating that the theoretical model fits well with the observed data.

Conclusion

The results revealed that negative emotion positively predicts panic disorder, social anxiety, and depression. For panic disorder, negative emotions—particularly intense fear and physical symptoms like heart palpitations and shortness of breath—worsen panic symptoms. Regarding social anxiety, negative emotions lead to feelings of shame and distress, causing individuals to avoid social situations, which in turn increases their anxiety. For depression, negative emotions lead to mood states such as sadness, guilt, shame, fear, and anger, which align with depressive symptoms like low mood, guilt, and a weak self-concept, thereby intensifying depressive symptoms.

Dysphoria also positively and significantly predicts panic disorder, social anxiety, and depression. The physical symptoms of panic disorder, which are accompanied by tension and anxiety, cause dissatisfaction and worsen dysphoria. Additionally, Dysphoria arises from chronic anxiety or anxiety induces dysphoric states, tension, and pressure in individuals, which predicts social anxiety. Regarding depression, dysphoria can be considered a sign of mild depression, as its symptoms—such as a depressed mood, anhedonia, guilt, and anxiety overlap with depressive symptoms.

On the other hand, mania did not significantly predict changes in panic disorder and social anxiety. This might be due to the lack of attention to other components, such as anxiety sensitivity, which could influence the results. However, mania did negatively and significantly predict changes in depression, as the symptoms of these two disorders are opposites, and each has its distinct features, leading to meaningful differences in predicting symptoms.

Ethical Considerations

Ethics Code: The research authorization was issued by the Ethics Committee of the University of Tabriz.

Financial support: This research did not receive any financial support.

Authors' Contributions: Soheila Maboud: Writing the initial draft of the article, data collection, statistical analysis, approval of the final version. Mostafa Zareian: Reviewing the theoretical background and study design, supervising and managing the research process, reviewing, revising, and approving the final version.

Touraj Hashemi: Providing consultation on execution and data analysis, approval of the final version.

Conflict of Interest: There were no conflicts of interest in this study.

Acknowledgments: The authors sincerely thank all the students who participated in this study for their cooperation with the researchers.





نقش متمایز هیجان منفی، دیسفورا و مانیا در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی

سهیلا معبود^۱، مصطفی زارعان^{۲*}، تورج هاشمی نصرت‌آباد^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: soheilam75@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: zareanpsy2020@gmail.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: tourajhashemi@yahoo.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

کلیدواژه‌ها:

هیجان منفی،

دیسفورا،

مانیا،

اختلالات هیجانی،

پانیک،

اضطراب،

افسردگی

زمینه: مطالعه پیشینه نظری و ادبیات پژوهشی مطرح می‌کنند که هیجان منفی به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی نقش بسزایی دارد. با این حال به نظر می‌رسد متغیرهای دیگری همچون مانیا و دیسفورا نیز در این رابطه دخیل هستند. این پژوهش با هدف بررسی نقش هیجان منفی، دیسفورا و مانیا در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی صورت گرفت.

روش: طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۸۰ دانشجو در مقاطع تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری بود که به شیوه نمونه در دسترس انتخاب شدند. لذا لینک پرسشنامه آنلاین در شبکه‌های مجازی قرار داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد که برنامه عاطفه مثبت و منفی واتسون (۱۹۹۹)، سیاهه علائم افسردگی و اضطراب واتسون (۲۰۰۷)، مقیاس نئپین دیسفورا برل و استارچویچ (۲۰۱۲) و مقیاس خودگزارشی مانیا آلتن (۱۹۹۷) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌ها از روش رگرسیون چندگانه و جهت برازش مدل مفهومی با مدل مشاهده‌شده از تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین هیجان منفی با پانیک، اضطراب اجتماعی و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین رابطه دیسفورا با پانیک، اضطراب اجتماعی و افسردگی نیز مثبت و از نظر آماری معنادار است. از طرفی ارتباط مانیا با پانیک، اضطراب اجتماعی و افسردگی منفی و از نظر آماری معنادار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت سازه‌های سنتی در آسیب‌شناسی روانی همچون دیسفورا و مانیا همچنان نقش مؤثری در تبیین واریانس اختلالات هیجانی دارند و تکیه صرف بر هیجان منفی محدودیت‌های نظری و بالینی در درمان به همراه خواهد داشت. چراکه پس از شناسایی دقیق عوامل مؤثر در اختلالات هیجانی، می‌توان برنامه‌های مداخله‌ای متناسب با هر اختلال را طرح‌ریزی کرد.

استناد: معبود، سهیلا؛ زارعان، مصطفی؛ و هاشمی نصرت‌آباد، تورج (۱۴۰۳). نقش متمایز هیجان منفی، دیسفورا و مانیا در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۱۶، شماره ۶۳، ۹۹-۱۱۲.

مجله روانشناسی بالینی، دوره ۱۶، شماره ۶۳، ۱۴۰۳. DOI: [10.22075/jcp.2025.34438.2914](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34438.2914)

© نویسندگان.



✉ نویسنده مسئول: مصطفی زارعان، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: zareanpsy2020@gmail.com تلفن: ۰۹۱۴۳۰۸۰۷۶۷

مقدمه

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی بر نقش هیجان‌ها در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره و همچنین تأثیر آن‌ها در سازگاری با فشارها و بحران‌های زندگی تأکید داشته‌اند. اساساً، هیجان‌ها واکنش‌های زیست‌شناختی هستند و زمانی برانگیخته می‌شوند که فرد موقعیت را دارای چالش یا فرصت مهمی ارزیابی می‌کند و در برابر رویدادهای محیطی عمده پاسخ‌دهی منسجمی بروز می‌نماید (۱). محققان هیجانات را به دو بعد "هیجان مثبت" و "هیجان منفی" تقسیم کرده‌اند. هیجان مثبت حالتی از انرژی بالا، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است که در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالات خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است. بعد دوم هیجان منفی می‌باشد و میزان احساس ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود (۲). هیجان‌ها به افراد جهت ارائه پاسخ‌های سازگارانه در برابر مشکلات زندگی کمک نموده و نقش اساسی در بهزیستی و سلامت‌روانی افراد ایفا می‌نمایند. با این حال انحراف هیجان‌ها از مسیر سازگارانه و بهنجارشان زمینه را برای بروز انواع مشکلات و اختلالات هیجانی فراهم می‌کند. اختلالات هیجانی به دلیل مخاطراتی که برای سلامت عمومی و روانی افراد ایجاد می‌کند، بسیار مورد توجه واقع شده‌اند. به‌طوری‌که پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه در بیش از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II مؤثر شناخته شده است (۳). این اختلالات دسته‌ای از ناهنجاری‌های هیجانی را توصیف می‌کنند که با احساس حقارت، خودآگاهی، کناره‌گیری اجتماعی، کم‌رویی، ترس، دلبستگی بیش از حد، هیجانات منفی و اندوه مزمن همراه بوده و به تشخیص‌هایی می‌انجامد که حالت‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی و فوبی‌ها از جمله آن هستند (۴، ۵).

در این اختلالات عواملی چون هیجان‌پذیری منفی، اجتناب هیجانی و شناختی و بدتنظیمی هیجانی از اهمیت بالایی برخوردار هستند. درواقع اختلالات هیجانی با مشخصه‌هایی چون گرایش به تجارب شدید در پاسخ به محرک‌های محیطی و به تبع آن تفسیر این تجارب هیجانی به صورت مهلک و خطرناک شناخته می‌شوند (۶).

از منظر آسیب‌شناختی، در چند علتی بودن اختلالات هیجانی میان پژوهشگران اتفاق نظر وجود دارد و به نظر می‌رسد که چندین عامل زیست‌شناختی، اجتماعی-فرهنگی و روانشناختی با اختلالات هیجانی مرتبطند. به‌همین جهت، علاقه روزافزونی به تجزیه و تحلیل چگونگی تأثیرگذاری این عوامل بر اختلالات هیجانی وجود دارد. لذا هدف این پژوهش بررسی نقش متمایز هیجان‌منفی، دیسفوریا و مانیا در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی می‌باشد.

طبق پژوهش‌های انجام‌گرفته اختلالات هیجانی به عنوان تلفیقی از یک مؤلفه غیراختصاصی یا مشترک (عاطفه منفی) و یک یا چند مؤلفه اختصاصی نگرسته می‌شود (۷).

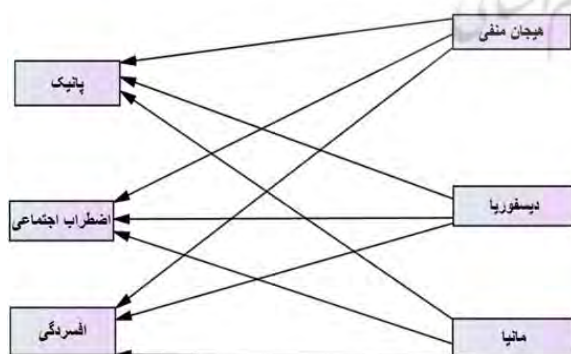
هیجان منفی یک عامل کلی ناراحتی یا رنج ذهنی است که طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی منفی از جمله ترس، غم، خشم، گناه، تحقیر و تنفر را دربر می‌گیرد و در اضطراب و افسردگی مشترک است (۷، ۸). علاوه بر مؤلفه مشترک، هر اختلال عامل اختصاصی نیز دارد که در افسردگی؛ احساس عدم لذت و در اضطراب؛ بیش‌انگیزش فیزیولوژیکی را شامل می‌شود (۹، ۱۰). طبق مطالعات انجام‌شده هیجان منفی یک عامل پیش‌بین برای اضطراب اجتماعی (۱۲، ۱۱) و علائم افسردگی (۱۴، ۱۳) می‌باشد.

هرچند هیجان منفی به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی نقش بسزایی دارد، با این حال متغیرهای دیگری نیز در این رابطه دخیل هستند. از میان سازه‌های روانشناختی هیجان‌بار در آسیب‌شناسی روانی، می‌توان برخی را برشمرد که دیسفوریا و مانیا جزو متقدم‌ها هستند. در طول سال‌های گذشته مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که دیسفوریا به عنوان یک عامل مهم در پیش‌بینی اختلالات روان‌پزشکی می‌تواند مؤثر واقع شود. در برخی از منابع از دیسفوریا به عنوان خلق ناخوشایند مانند غم، اضطراب یا تحریک‌پذیری یاد شده است (۱۵). با این حال گفته شده دیسفوریا شرایطی است که فرد احساس شدید افسردگی، نارضایتی و در برخی موارد بی‌تفاوتی نسبت به دنیای اطراف خود را تجربه می‌کند (۱۶).

مروری بر تعاریف و توصیف‌های موجود نشان‌دهنده چند رویکرد مفهومی به دیسفوریا است. در برخی از مطالعات، خصوصیات دیسفوریک در حقیقت همان علائم افسردگی در نظر گرفته شده و دیسفوریا به مترادف یا تقریباً مترادف

بر مانیا و افسردگی) مفهوم‌سازی شده و به عنوان یک وضعیت ناخوشایند شناخته می‌شود که با تنش، تحریک‌پذیری، خصومت و استعدادی برای برون‌ریزی‌های پرخاشگرانه همراه است (۲۲). اعضای مکتب وین، دیسفورا را در فهم و تحول اختلالات خلقی، روان‌پریشی عاطفی، سندرم‌های هذیانی و اختلالات شخصیتی مهم می‌دانند. در یک مطالعه جدید، آن‌ها تأیید کرده‌اند که دیسفورا یک سندرم غیراختصاصی است و جای خاصی در سیستم طبقه‌بندی تشخیصی ندارد (۳۳). تیلمن و گلر (۳۳) و دایر، ابری، راث، دورسی و برتشی (۳۱) نیز با این نظر موافق بوده و معتقدند این سندرم همواره شامل تحریک‌پذیری است و حداقل دو مورد از چهار علامت تنش درونی، خصومت، رفتار پرخاشگرانه یا مخرب و سوءظن را دارد.

شواهد نشان می‌دهد که هیجان منفی، دیسفورا و مانیا در سبب‌شناسی و سیر علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی نقش مهمی ایفا می‌کنند، با این حال، نظریه‌های متأخر در آسیب‌شناسی روانی بیشتر بر نقش هیجان منفی تأکید کرده و از دو مفهوم دیگر غافل مانده‌اند. بر همین اساس، هدف از پژوهش حاضر کمک به شفاف‌سازی نقش دیسفورا و بررسی مجدد مرزهای آن با مفاهیم مرتبط از جمله هیجان منفی و مانیا در پیش‌بینی مسائل و مشکلات هیجانی بود. در این پژوهش فرض بر این بود که بین هیجان منفی، دیسفورا و مانیا با علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. اما مسئله اصلی این پژوهش بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی هیجان منفی، دیسفورا و مانیا در شدت علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی (پانیک، اضطراب اجتماعی و افسردگی) بر اساس مدل مفهومی زیر بود.



شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش

افسردگی تبدیل می‌شود (۱۷، ۱۸). علاوه بر این در بعضی از پژوهش‌ها از دیسفورا با عنوان افسردگی خفیف یاد کرده و شش علامت خلق‌وخوی افسرده، بی‌لذتی، احساس گناه، خودکشی، خستگی و اضطراب را به عنوان علائم دیسفورا مشخص کرده‌اند (۱۹). علاوه بر این گفته می‌شود دیسفورا در ادبیات انگلیسی-آمریکایی چندان مورد توجه قرار نگرفته و بیشتر به عنوان مترادف افسردگی در نظر گرفته می‌شود (۲۰). استارچویچ معتقد است دیسفورا مفهومی متفاوت‌تر از افسردگی بوده و با آن تفاوت‌هایی دارد. اولاً، دیسفورا حالت عاطفی پیچیده‌ای است که علاوه بر نارضایتی و ناراحتی، تحریک‌پذیری را نیز شامل می‌شود. دوم، افراد دیسفوریک بیشتر احتمال دارد دیگران را به‌خاطر شرایطشان مقصر بدانند، درحالی‌که افراد افسرده تمایل دارند خود را مقصر دانسته و احساس گناه کنند. سوم، دیسفورا بیشتر مبتنی بر عمل هدفمند با هدف کاهش احساس نارضایتی و ناراحتی است (۲۱) و در نهایت یافته‌ها نشان می‌دهد دیسفورا یک حالت خلقی خودمختار و مستقل از افسردگی و سرخوشی است (۲۲). بنابراین، با جمع‌بندی دیدگاه‌های مختلف نسبت به دیسفورا ملاحظه می‌شود که نقش متمایز این سازه در اختلالات هیجانی نیاز به بازنگری و دقت مجدد دارد.

یکی دیگر از عوامل مؤثر و زمینه‌ساز در اختلالات هیجانی که ارتباط تنگاتنگی با دیسفورا دارد، مانیا است. اپیزود مانیک یک دوره متمایز از خلق شاد و پر نشاط یا خلق غمگین و تحریک‌پذیر است که حداقل یک هفته یا کمتر- در صورت نیاز به بستری ساختن فرد- طول می‌کشد (۲۳). این دوره با عزت نفس کاذب، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، پرش افکار، حواس‌پرتی و افزایش فعالیت‌های هدفمند مشخص می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد خطر مانیا با نابهنجاری در هیجانات مثبت مرتبط است (۲۴، ۲۵). همچنین، مطالعات از نرخ بالای اختلالات اضطرابی در اختلال دوقطبی حکایت دارند (۲۶، ۲۷). علاوه بر این نرخ بالای اختلال پانیک در بین افراد دوقطبی نسبت به افسردگی تک قطبی نیز گزارش شده است (۲۸، ۲۹، ۳۰).

نزدیک به دو دهه قبل، محققان در یک تحلیل عاملی، دیسفورا، افسردگی و مانیا را به عنوان سه بعد عاطفی مجزا از هم مفهوم‌سازی کرده‌اند (۳۱). از طرفی، براساس تعاریف مکتب وین، دیسفورا به عنوان سومین زمینه هیجانی (افزون

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود که در آن رابطه بین متغیرهای موردنظر مطالعه شده است.

آزمودنی‌ها: علاوه بر این با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها، پژوهش از نوع توصیفی-مشاهده‌ای، با توجه به عمق مطالعه سطحی‌نگر و با توجه به بعد زمان، از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه، شامل تمامی دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۸۰ نفر با در نظر گرفتن تعداد متغیرهای مورد مطالعه و مراجعه به جدول کرجسی و مورگان (۳۴) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. در این انتخاب از فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی بهره گرفته شد و شرکت کنندگان با ابراز تمایل برای شرکت در این پژوهش به عنوان نمونه مورد مطالعه در نظر گرفته شدند.

ابزار

۱. برنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۱: فرم بلند برنامه عاطفه مثبت و منفی یک آزمون خودگزارشی ۶۰ آیتمی است که علاوه بر سنجش دو عامل اصلی عاطفه مثبت و منفی، چهار مقیاس اساسی هیجان منفی (ترس، خصومت، احساس گناه و غمگینی)، سه مقیاس اساسی هیجان مثبت (شادکامی، اتکا به نفس و توجه) و چهار حالت عاطفی دیگر (خجالت، خستگی، آرامش و شگفتی) را ارزیابی می‌کند. آیتم‌ها تک‌واژه‌هایی هستند که آزمودنی میزان تجربه آن‌ها را روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱- به هیچ وجه، ۲- کم، ۳- متوسط، ۴- زیاد و ۵- بسیار زیاد) گزارش می‌کند (۳۵). نمره کل با یافتن مجموع ۱۰ مورد هیجان مثبت و ۱۰ مورد هیجان منفی محاسبه می‌شود. امتیازات برای هر دو مجموعه آیتم‌ها از ۱۰ تا ۵۰ متغیر است. واتسون و کلارک این آزمون را با استفاده از ۸ دستور زمانی مختلف شامل «هم‌اکنون»، «امروز»، «در طول چند روز گذشته»، «در طول هفته گذشته»، «چند هفته گذشته»، «ماه قبل»، «سال قبل» و «عموماً» تهیه نموده‌اند تا هم قابلیت ارزیابی عاطفه حالتی و هم عاطفه خصیصه‌ای را داشته باشد (۳۵). برای انطباق آزمون با شکل صفتی یا حالتی، باید دستورالعمل را به شیوه مربوط به صفت (به طور معمول چه احساسی دارید؟) یا حالتی (امروز چه احساسی دارید؟) تغییر

داد. یعنی از پاسخگر خواسته می‌شود تا عاطفه خود را به طور معمول یا در مقاطع زمانی خاص به یاد بیاورد (۳۶). در مطالعه‌ای که در ایران انجام گرفت ضرایب سازگاری درونی با دستورالعمل «هم‌اکنون» بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳، با دستورالعمل «هفته گذشته» بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ و با دستورالعمل «سال گذشته» بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۷).

۲. سیاهه علائم افسردگی و اضطراب^۲: یک نسخه خود گزارش‌دهی است که در سال ۲۰۰۷ برای ارزیابی نشانه‌های خاص اضطراب و افسردگی که در طی دو هفته گذشته تجربه شده‌اند، طراحی شده است (۳۸). این سیاهه شامل ۶۴ گویه و شامل ده مقیاس علائم ویژه است که عبارتند از بهزیستی (۸ گویه)، هراس (۸ گویه)، خودکشی (۶ گویه)، سستی (۶ گویه)، بیخوابی (۶ گویه)، بدخلقی (۵ گویه)، اضطراب اجتماعی (۵ گویه)، افکار تروماتیک (۴ گویه)، کاهش اشتها (۳ گویه)، افزایش اشتها (۳ گویه) (۳۹). همچنین شامل دو مقیاس بزرگتر افسردگی کلی و دیسفوری می‌باشد که علائم شناختی و هیجانی اصلی افسردگی و اضطراب را می‌سنجند. مقیاس افسردگی کلی شامل مواردی است که با ده مقیاس علائم خاص همپوشانی دارند و می‌توانند به عنوان یک ارزیابی کلی و مختصر از علائم افسردگی باشند، درحالی‌که مقیاس دیسفوری تنها شامل ۱۰ آیتم منحصر به فرد است که در مقیاس‌های دیگر وجود ندارند. اغلب این خرده مقیاس‌ها همبستگی بالای ۰/۹۰ با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب مبتنی بر راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی نشان داده‌اند. همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است (۴۰). آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند که نمره بالاتر نشان‌دهنده علائم شدیدتر اضطراب یا افسردگی هستند. همسانی درونی هر مقیاس رضایت‌بخش است و گستره‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ را شامل می‌شود (۴۱). همچنین سیاهه علائم افسردگی و اضطراب پایایی قدرتمندی را در بازآزمایی به فاصله یک هفته نشان می‌دهد و دارای میانگین بازآزمایی ۰/۷۹ است (۳۸). طبق مطالعاتی که در ایران انجام گرفته میزان آلفای کرونباخ در حد مطلوبی (۰/۷۳ تا ۰/۸۲) گزارش شده است (۴۲).

2. Inventory of Depression and Anxiety Symptoms

1. Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form

پرسشنامه آنلاین طراحی و ساخته شد. لینک پرسشنامه‌ها در شبکه‌های اجتماعی قرار داده شد. تمام مشارکت‌کنندگان براساس تمایل خود وارد پژوهش شدند و هر زمان که خواستند به شرکت خود در تحقیق خاتمه دادند، بدون آن که دلیلی اقامه نمایند. علاوه بر این به مشارکت‌کنندگان در مورد هدف پژوهش توضیحات لازم داده شد. همچنین به همه افراد در مورد محرمانه بودن اطلاعات تضمین داده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها به میزان نمونه مورد بررسی، موارد مخدوش و نامعتبر کنار گذاشته شد و موارد باقی مانده نمره‌گذاری و وارد نرم‌افزار آماری SPSS 24 گردید.

یافته‌ها

همان‌طور که گفته شد نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر ۳۸۰ نفر بود که از این تعداد ۱۹۷ نفر (۵۱/۸ درصد) زن و ۱۸۳ نفر (۴۸/۲ درصد) مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها نیز $(5/12 \pm 22/62)$ سال بود. همچنین ۲۶۳ نفر از افراد نمونه در مقطع کارشناسی، ۱۰۵ نفر در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۲ نفر در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش، به همراه آماره‌های توصیفی مربوط به این متغیرها ارائه شده است.

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد رابطه هیجان منفی با پانیک $(r = 0/51, p < 0/01)$ ، اضطراب اجتماعی $(r = 0/48, p < 0/01)$ و افسردگی $(r = 0/73, p < 0/01)$ مثبت و از نظر آماری معنادار است. همچنین رابطه دیسفوریا با پانیک $(r = 0/49, p < 0/01)$ ، اضطراب اجتماعی $(r = 0/41, p < 0/01)$ و افسردگی $(r = 0/69, p < 0/01)$ نیز مثبت و از نظر آماری معنادار است. از طرفی رابطه مانیا با پانیک $(r = -0/17, p < 0/01)$ ، اضطراب اجتماعی $(r = -0/16, p < 0/01)$ و افسردگی $(r = -0/40, p < 0/01)$ منفی و از نظر آماری معنادار است. باتوجه به نتایج ماتریس همبستگی و در راستای بررسی نقش هیجان منفی، دیسفوریا و مانیا در پیش‌بینی شدت علائم اختلالات هیجانی (پانیک، اضطراب اجتماعی و افسردگی) از روش تحلیل مسیر استفاده شد. با این حال پیش از استفاده از این روش، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، عدم هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین و استقلال منابع خطا بررسی شد.

۳. مقیاس نئپین دیسفوریا^۱: یک مقیاس خودگزارشی ۲۴ آیتمی است که جهت ارزیابی احساساتی که در طی یک هفته گذشته تجربه شده، ایجاد شده است (۴۱). این مقیاس از چهار عامل تحریک‌پذیری (۸ گویه)، نارضایتی (۶ گویه)، تسلیم (۶ گویه) و نارضایتی بین‌فردی (۴ گویه) تشکیل شده است (۴۳) و مجموع نمرات چهار عامل به عنوان نمره کل مقیاس در نظر گرفته می‌شود (۴۴). نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) صورت می‌گیرد و نمره بالاتر نشان دهنده علائم شدیدتر دیسفوریا می‌باشد. سازندگان ابزار، میزان همسانی درونی مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ برای چهار عامل فوق به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۴ و مقدار آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند که حاکی از سازگاری درونی عالی آن می‌باشد (۴۴، ۴۵). در بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس نئپین دیسفوریا بر روی دانشجویان ایرانی ساختار چهارعاملی مقیاس تأیید و ضریب همسانی درونی مقیاس برای عوامل چهارگانه به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۹۳ و ۰/۸۳ محاسبه شده است (۴۶). در این پژوهش نیز همسانی درونی مقیاس نئپین دیسفوریا با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴۸ محاسبه شد.

۴. مقیاس خودگزارشی مانیا آلتمن^۲: یک مقیاس خودگزارشی ۵ آیتمی است که در سال ۱۹۹۷ جهت ارزیابی مانیا و شدت علائم آن ساخته شد (۴۷). گویه‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ تا ۵) درجه‌بندی می‌شوند و نمره کل بین ۵ تا ۲۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت علائم مانیا می‌باشد (۴۸). نمره ۶ و یا بالاتر نشان‌دهنده احتمال بالای دوره مانیا یا هیپومانیا بوده و فرد در این وضعیت نیاز به درمان و اقدامات تشخیصی بیشتر دارد (۴۹). این مقیاس شامل سه عامل مانیا، تحریک‌پذیری و روان‌پریشی است که مقدار آلفای گزارش شده برای عامل مانیا ۰/۷۹، عامل تحریک‌پذیری ۰/۶۵ و عامل روان‌پریشی ۰/۶۵ می‌باشد. همچنین در پژوهشی که در ایران انجام گرفته، اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۵۴ به دست آمد (۴۸).

روند اجرای پژوهش: پس از تصویب طرح پیشنهادی در معاونت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی، مجوزهای لازم جهت جمع‌آوری داده‌ها از سوی اداره کل آموزش دانشگاه صادر گردید. پرسشنامه‌ها توسط تیم پژوهش در نرم‌افزار ساخت

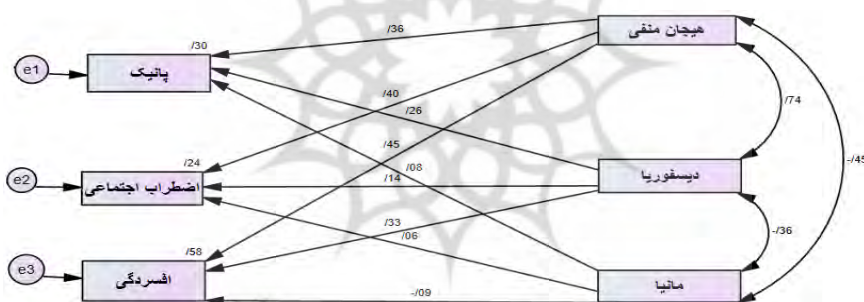
جدول ۱) ماتریس همبستگی متغیرها

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
پانیک	۱						۱۵/۹۹	۵/۷۴	۰/۹۱	۱/۲۰
اضطراب اجتماعی	۰/۵۶**	۱					۱۱/۹۹	۴/۴۱	۰/۴۱	-۰/۱۰
افسردگی	۰/۵۵**	۰/۴۲**	۱				۲۷/۷۸	۸/۳۵	۰/۳۳	-۰/۲۴
هیجان منفی	۰/۵۱**	۰/۴۸**	۰/۷۳**	۱			۵۷/۵۸	۱۹/۱۹	۰/۳۵	-۰/۶۴
دیسفوريا	۰/۴۹**	۰/۴۱**	۰/۶۹**	۰/۷۴**	۱		۳۵/۸۳	۱۸/۳۸	۰/۵۹	۰/۱۹
مانیا	-۰/۱۷**	-۰/۱۶**	-۰/۴۰**	-۰/۴۵**	-۰/۳۶**	۱	۵/۲۲	۳/۱۹	۰/۴۶	۰/۰۳

** $P \leq 0.01$ * $P \leq 0.05$

دوربین-واتسون ارزیابی شد و با توجه به اینکه مقدار محاسبه شده برای متغیرهای پانیک (۱/۵۱)، اضطراب اجتماعی (۱/۶۷) و افسردگی (۱/۹۰) از دو حد بحرانی (۱/۵-۲/۵) عبور نکرده بود، این پیش فرض نیز محقق شد؛ بنابراین استفاده از روش تحلیل مسیر، برای تحلیل داده‌های پژوهش بلامانع است. شکل ۲ مدل مفهومی پژوهش را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. شاخص‌های برازش مربوط به این مدل نیز در جدول ۲ دیده می‌شود.

در بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۳ و ۱۰ بیشتر باشد که با توجه به نتایج جدول ۱، پیش فرض نرمال بودن مورد تأیید قرار گرفت. همچنین مفروضه عدم هم خطی چندگانه با شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس ارزیابی شد. در این تحلیل در هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس، انحرافی از پیش فرض هم خطی چندگانه مشاهده نشد. در نهایت مفروضه استقلال منابع خطا از طریق آزمون



شکل ۲) مسیر علی روابط بین متغیرهای پژوهش

جدول ۲) شاخص‌های برازش مدل

شاخص	RMSEA	X^2/DF	P	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI
مدل	۰/۰۸	۴/۱۱	۰/۰۴۳	۰/۹۹	۰/۹۳	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹
بازه قابل قبول	< ۰/۰۸	< ۵	> ۰/۰۱	> ۰/۹۰	> ۰/۸۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰
وضعیت برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش

شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریبی (RMSEA) و نسبت x^2/DF هر دو در سطح مطلوب و قابل قبول هستند که نشان می‌دهد اقتصاد مدل رعایت شده و مدل پیچیده‌ای طراحی نشده است. بدین معنا که در آزادگذاری پارامترهای ثابت امساک وجود داشته و پارامترهایی که برای برآورد آزاد گذاشته شده‌اند دارای مبنای نظری و تجربی قوی هستند. در جدول ۳ نتایج مربوط به اثرات مستقیم متغیرهای پیش‌بین

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد مدل مشاهده شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد چراکه میزان X^2 محاسبه شده در سطح $P < 0.01$ معنی دار نیست. از طرفی مقدار شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، نیکویی برازش افزایشی (IFI)، نیکویی برازش هنجار شده (NFI) و برازش تطبیقی (CFI) همگی در حد مطلوب قرار دارند که نشان از برازش قابل قبول مدل است. همچنین مقدار

افسردگی ($\beta = 0.33$, $p < 0.01$) نیز مثبت و از نظر آماری معنی‌دار است. در نهایت اثر مستقیم مانیا بر افسردگی ($\beta = -0.08$, $p < 0.05$) منفی و از نظر آماری معنی‌دار است؛ در حالی که اثر مستقیم مانیا بر پانیک ($\beta = 0.08$, $p > 0.05$) و اضطراب اجتماعی ($\beta = 0.06$, $p > 0.05$) معنی‌دار نیست.

در ملاک ارائه شده است. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد اثر مستقیم هیجان منفی بر پانیک ($\beta = 0.36$, $p < 0.01$)، اضطراب اجتماعی ($\beta = 0.40$, $p < 0.01$) و افسردگی ($\beta = 0.45$, $p < 0.01$) مثبت و از نظر آماری معنی‌دار است. همچنین اثر مستقیم دیسفورا بر پانیک ($\beta = 0.26$, $p < 0.01$)، اضطراب اجتماعی ($\beta = 0.14$, $p < 0.05$) و

جدول ۳) برآورد ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای پیش‌بین بر متغیرهای ملاک

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار اثر	T	سطح معنی داری
هیجان منفی	پانیک	۰/۳۶	۵/۴۲	<۰/۰۰۱
هیجان منفی	اضطراب اجتماعی	۰/۴۰	۵/۷۲	<۰/۰۰۱
هیجان منفی	افسردگی	۰/۴۵	۸/۶۴	<۰/۰۰۱
دیسفورا	پانیک	۰/۲۶	۳/۹۹	<۰/۰۰۱
دیسفورا	اضطراب اجتماعی	۰/۱۴	۲/۱۱	۰/۰۳۵
دیسفورا	افسردگی	۰/۳۳	۶/۶۵	<۰/۰۰۱
مانیا	پانیک	۰/۰۸	۱/۶۹	۰/۰۹۱
مانیا	اضطراب اجتماعی	۰/۰۶	۱/۲۶	۰/۲۰۸
مانیا	افسردگی	-۰/۰۸	-۲/۳۰	۰/۰۲۲

بحث

هیجان منفی به عنوان یک عامل خطر مهم در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی است، با این حال متغیرهای دیگری نیز در این رابطه دخیل هستند. از میان سازه‌های روانشناختی هیجان‌بار در آسیب‌شناسی روانی، دیسفورا و مانیا بسیار مورد توجه است. اما رابطه بین این سه مفهوم با اختلالات هیجانی سردرگم‌کننده به نظر می‌رسد. هدف از اجرای این پژوهش مطالعه نقش هیجان منفی، دیسفورا و مانیا در پیش‌بینی شدت علائم و نشانه‌های اختلالات هیجانی بر مبنای مدل بارلو، آلن و چوات بود که اختلالات هیجانی را شامل مجموعه‌ای از اختلالات اضطرابی و افسردگی می‌دانست (۶). در پژوهش حاضر با الهام از مدل بارلو سه اختلال پانیک، اضطراب اجتماعی و افسردگی مدنظر قرار گرفت.

نخستین یافته پژوهش نشان داد هیجان منفی می‌تواند اختلال پانیک را به طور مثبت پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج مطالعات واتسون و همکاران (۹) و براون و همکاران (۱۰) مبنی بر ارتباط هیجان منفی با اختلال پانیک همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از هیجانات بارزی که فرد دچار حمله پانیک تجربه می‌کند، ترس، به عنوان یک هیجان منفی، است. در رابطه با اضطراب اجتماعی، نتایج نشان داد هیجان منفی قادر است اضطراب اجتماعی را به طور مثبت و

معنادار پیش‌بینی کند که این یافته با پژوهش والنا و همکاران (۱۱) همسو می‌باشد. چرا که وقتی هیجان منفی بالاست، فرد معمولاً احساس ناخشنودی، شرم و پریشانی می‌کند، از درگیر شدن در فعالیت‌های اجتماعی اجتناب نموده و در این موقعیت‌ها احساس ترس دارد. به همین دلیل هیجان منفی نقش کلیدی در اضطراب فرد ایفا می‌کند. در مورد افسردگی، نتایج نشان داد هیجان منفی قادر است تغییرات افسردگی را به طور مثبت و معناداری پیش‌بینی کند. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات ایقبال و همکاران (۱۳) و لونگان و همکاران (۱۴) مبنی بر همپستگی مثبت بین هیجان منفی و افسردگی، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که هیجان منفی بالایی را تجربه می‌کنند اغلب حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، احساس گناه، احساس حقارت، ترس و عصبانیت دارند. این ویژگی‌های هیجانی منفی منطبق با ویژگی‌های افسردگی از جمله احساس گناه، خلق پایین، فقدان لذت، دید منفی نسبت به خود و دنیای پیرامون، اعتماد به نفس و خودپنداره ضعیف می‌باشد.

علاوه بر این بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر دیسفورا نیز به طور مثبت و معناداری اختلال پانیک را پیش‌بینی می‌کند که این یافته با پژوهش دایر و همکاران (۳۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نشانه‌های فیزیکی که فرد

در اختلال پانیک تجربه می‌کند، باعث ناراضی، ناراحتی و اختلال در عملکرد وی می‌شود. علاوه بر این طبق نتایج به دست آمده دیسفوری به طور مثبت و معناداری می‌تواند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی نماید. در باب رابطه بین اضطراب اجتماعی و دیسفوری محقق قادر به یافتن تحقیقات مشابه نشد اما تحقیقات اندکی در رابطه با همبستگی نشانه های اضطراب و دیسفوری صورت گرفته است. طبق مطالعات استارچویچ و همکاران (۲۱) و دایر و همکاران (۳۱) و پازاگلی و همکاران (۴۵) بین اضطراب و دیسفوری رابطه دوسویه وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت دیسفوری و حالات هیجانی همراه با آن (تنش، بیش برانگیختگی، ناراحتی و احساس ناخوشایندی) ممکن است در پی اضطراب مداوم در فرد بروز کند و یا اضطراب موجب ایجاد حالت‌های دیسفوریک تنش، فشار و برانگیختگی در فرد گردد. با وجود اینکه تحقیقات بسیار محدودی در زمینه رابطه دیسفوری و اضطراب اجتماعی صورت گرفته اما شاید اگر به صورت کلی به رابطه اختلالات اضطرابی و دیسفوری بپردازیم، بتوان نتایج به دست آمده از این تحقیق را به گونه‌ای همسو با نتایج تحقیقات پیشین دانست. همچنین طبق یافته‌های این پژوهش دیسفوری می‌تواند به صورت مثبت افسردگی را پیش‌بینی کند. در باب ارتباط دیسفوری و افسردگی نتایج متفاوتی گزارش شده است. طبق مطالعات هالستروم و همکاران (۱۷)، شاندا و همکاران (۲۰) و موت و همکاران (۴۱) دیسفوری معادل افسردگی و یا افسردگی خفیف در نظر گرفته شده است. همچنین در پژوهش کاسیدی و همکاران (۱۹) نیز شش علامت خلق و خوی افسرده، بی‌لذتی، احساس گناه، خودکشی، خستگی و اضطراب را به عنوان علائم دیسفوری مشخص کرده‌اند. جهت تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت احتمالاً ویژگی‌های ذکر شده برای دیسفوری با علائم افسردگی هم‌پوشانی داشته باشد. علائم فوق می‌توانند شکل ساب کلینیکال یا خفیف برای افسردگی در نظر گرفته شوند اما تمام ملاک‌های موجود برای تشخیص یک اپیزود افسردگی اساسی را برآورده نمی‌کنند. این علائم به عنوان یک عامل خطر برای افسردگی اساسی مورد توجه قرار گیرند اما برای تشخیص دقیق‌تر افسردگی اساسی باید به ملاک‌های موجود در DSM-5 مراجعه نمود. همچنین مشخص شد مانیا قادر نیست تغییرات پانیک را به طور معناداری پیش‌بینی کند که این نتایج ناهمسو با تحقیقات چن

و همکاران (۲۸)، سیمون و همکاران (۳۰، ۲۹) می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که ممکن است عدم توجه به برخی شرایط و مؤلفه‌های دیگر در این پژوهش، زمینه‌ساز به دست آمدن نتیجه‌ای متفاوت با تحقیقات پیشین شده باشد. به این ترتیب ضروری است که در تحقیقات بعدی از ابزارهای سنجش متفاوت و مناسب‌تری استفاده نمود و نقش متغیرهای دخیل دیگر همچون حساسیت اضطرابی را نیز مورد بررسی قرار داد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مانیا قادر به پیش‌بینی اضطراب اجتماعی نیست. در خصوص ارتباط بین این دو متغیر محقق قادر به یافتن پژوهش‌های مرتبط نشد. اما طبق علامت‌شناسی ارائه شده در DSM-5 برای این دو اختلال می‌توان گفت یکی از ویژگی‌های سرشتی در اضطراب اجتماعی بازداری می‌باشد و بازداری اجتماعی در ابعاد رفتاری پیش‌بینی رفتارهای اضطراب اجتماعی نقش قابل‌توجهی نداشته باشد. علاوه بر این نتایج نشان داد مانیا قادر است به طور منفی و معنادار تغییرات افسردگی را پیش‌بینی کند که این نتایج همسو با تحقیقات کاپلان و همکاران (۱۶)، برنر و همکاران (۲۲) و موسالک و همکاران (۳۲) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که مانیا به عنوان قطب مخالف افسردگی در ادبیات پژوهشی مطرح شده و شناختی بر افراد مضطرب اجتماعی تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی هستند، در تعاملات اجتماعی و روابط بین‌فردی به صورت بازداری شده رفتار می‌کنند و به دلیل ترس از قضاوت شدن در انزوا و اجتناب زندگی می‌کنند. همچنین با توجه به این که مانیا شامل انرژی نامحدود در فعالیت‌های فردی و اجتماعی است، این ویژگی می‌تواند در خلاف جهت ویژگی‌های روانشناختی موجود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی باشد. بنابراین قابل تصور است که مانیا در است. به عبارتی علائم و نشانه‌های اختلال افسردگی به سمت کناره‌گیری است درحالی‌که علائم مانیا در خلاف جهت افسردگی قرار دارد و به شکل انرژی بسیار بالا، پرگویی، لذت بسیار زیاد، خنده‌های بدون کنترل، انرژی بی‌وقفه و ناتمام برای انجام رفتارهای هدفمند و خطرناک مشخص می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد ارتباط بین این دو هم در ساحت بالینی و هم در بخش آماری به شکل ارتباط غیرمستقیم یا معکوس باشد. در مجموع مطالعه حاضر دارای تلویحات عملی و بالینی برای درمانگران و مراجعین

8. Watson D, O'Hara MW. Understanding the emotional disorders: A symptom-level approach based on the IDAS-II. Oxford University Press; 2017.
9. Watson D, Clark LA, Stasik SM. Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011;11(3):429-42.
10. Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *The Neurotic Paradox*, Vol 2. 2018 Oct 24:325-54.
11. Valena SP, Szentagotai-Tatar A. The relationships between stress, negative affect, rumination and social anxiety. *Journal of evidence-based psychotherapies*. 2015 Sep 1;15(2):179.
12. Mishra A. Correlation between social anxiety and negative affect. *International Journal of Indian Psychology*. 2020;8(3).
13. Iqbal N, Dar KA. Negative affectivity, depression, and anxiety: Does rumination mediate the links?. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Aug 1;181:18-23.
14. Lonigan CJ, Phillips BM, Hooe ES. Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003 Jun;71(3):465.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed, text revision; DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
16. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. Williams & Wilkins Co; 1994.
17. Hallstrom C, McClure N. Anxiety and depression: Your questions answered. (No Title). 1998.
18. Mushlin SB, Greene HL. Decision making in medicine: an algorithmic approach. Elsevier Health Sciences; 2009 Oct 27.
19. Cassidy F, Ahearn E, Murry E, Forest K, Carroll BJ. Diagnostic depressive symptoms of the mixed bipolar episode. *Psychological Medicine*. 2000 Mar;30(2):403-11.
20. Schanda H. Paranoia and dysphoria: historical developments, current concepts. *Psychopathology*. 2000 Jun 16;33(4):204-8.
21. Starcevic V. Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australasian Psychiatry*. 2007 Feb;15(1):9-13.
22. Berner P, Musalek M, Walter H. Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology*. 1987 Feb 9;20(2):93-100.
23. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. Williams & Wilkins Co; 2014.
24. Chang K, Adleman NE, Dienes K, Simeonova DI, Menon V, Reiss A. Anomalous Prefrontal-Subcortical Activation in Familial Pediatric

است که در صورت مدنظر قرار دادن، مزایای درخور توجهی در پی خواهد داشت که ازجمله مهم ترین این عوامل می‌توان به صرفه‌جویی در زمان و هزینه و همچنین بهبود فرآیند درمان اشاره نمود. با این وجود، مطالعه حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید ذکر شود. اول، داده‌ها صرفاً بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی تهیه شده بودند که ممکن است در معرض خطاهای خودگزارشی و مطلوبیت اجتماعی قرار گیرند. همچنین، اگرچه حجم نمونه نسبتاً مطلوب مطالعه حاضر، میزان تعمیم‌پذیری را به طور قابل توجهی بهبود بخشیده؛ با این حال، طراحی مقطعی مطالعه محدودیتی است که در آن تنها می‌توان همبستگی و نه اسنادهای علت‌شناختی را مطرح کرد. نمونه‌گیری در دسترس و خودگزینی همچنین می‌تواند به محدودیت‌های تعمیم نتایج مطالعه برای سایر جمعیت‌های مشابه بیفزاید. با توجه به محدودیت‌هایی که به آن‌ها اشاره شد، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده در کنار ابزارهای خودگزارشی، از مصاحبه و سایر روش‌های عینی‌تر به منظور بررسی متغیرهای پژوهش استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور استنباط روابط علی متغیرهای مربوطه، مطالعات طولی نیز در نظر گرفته شود.

منابع

1. Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. Guilford publications; 2013 Dec 17.
2. Majad-Ara, E., Bigdeli, I., Najafi, M., Rashn, S. Direct and Indirect Impact of Effects on Anxiety and Depression in Elderly: The Mediating Role of Difficulty in Emotion Regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 2016; 8(2): 89-98.
3. Nyklicek I, Vingerhoets AD, Zeelenberg M. Emotion regulation and well-being: A view from different angles. Springer New York; 2011.
4. Barlow DH, Durand VM, Hofmann SG. Abnormal psychology: An integrative approach. Cengage learning; 2018.
5. Kalantar, A., Bigdeli, I., Mashhadi, A., kareshki, H. Modeling Structural Equations of Anxiety Sensitivity, Emotion Regulation and Resilience in the Formation of Depression and PTSD Disorders in Firefighters. *Journal of Clinical Psychology*, 2019; 11(2): 90-103.
6. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. In *The Neurotic Paradox*, Volume 1 2020 Feb 10 (pp. 141-166). Routledge.
7. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*. 1998 Feb;49(1):377-412.

- Schedule - Expanded Form. First Conference on Personality & Modern Life. Islamic Azad University of Sanandaj. 2012 May. [Persian]
38. Watson D, O'Hara MW, Simms LJ, Kotov R, Chmielewski M, McDade-Montez EA, Gamez W, Stuart S. Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological assessment*. 2007 Sep;19(3):253.
 39. Orouji F, Abdi R, Chalabianloo G. Mediating Role of Psychological Inflexibility as Transdiagnostic Factor in the Relationship Between Emotional Dysregulation and Sleep Problems With Symptoms of Emotional Disorders. *Frontiers in Psychology*. 2022 Apr 25;13:800041.
 40. HajiShaabani R, Abdi R. The role of experiential avoidance, mindfulness, and anxiety sensitivity as transdiagnostic factors in predicting symptoms of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology & Personality*, Vol.17, No.1, Serial 32, Spring & Summer 2020, pp.: 203-212. [Persian]
 41. Mott SL, Schiller CE, Richards JG, O'Hara MW, Stuart S. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Archives of women's mental health*. 2011 Aug;14:335-43.
 42. Jorionian A. The interactive pattern of perfectionism and negative repetitive thoughts in predicting the severity of symptoms of emotional disorders. [M. A. Dissertation]. Tabriz: Shahid madani University; 2015. P.4-12. [Persian]
 43. Berle D, Starcevic V. Preliminary validation of the Nepean dysphoria scale. *Australasian Psychiatry*. 2012 Aug;20(4):322-6.
 44. Berle D, Starcevic V, Viswasam K, Milicevic D, Hannan A, Brakoulias V, Steel Z. Confirmatory factor analysis of the Nepean Dysphoria Scale in a clinical sample. *Psychiatric Quarterly*. 2018 Sep;89:621-9.
 45. Pazzagli A, Monti MR. Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2000 Jun 16;33(4):220-6.
 46. Maboud S, Shadbaifi M, Hashemi T. Validation and investigation psychometric properties of the Nepean Dysphoria Scale among Iranian students. *Knowledge and research in applied psychology*; 2024 Mar.
 47. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. The Altman self-rating mania scale. *Biological psychiatry*. 1997 Nov 15;42(10):948-55.
 48. Mohammadi Z. The validity of the dimensional model of bipolar disorder based on DSM-V.. [M. A. Dissertation]. Tehran. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare;2017. P25-26. [Persian]
 49. American Psychiatric Association. Mania—Adult: Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM)[Internet]. Washington, DC: APA; 2013. Available from: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Level-2-Mania-Adult.pdf
 - BipolarDisorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation. *Archives of general psychiatry*. 2004 Aug 1;61(8):781-92.
 25. Lennox BR, Jacob R, Calder AJ, Lupson V, Bullmore ET. Behavioural and neurocognitive responses to sad facial affect are attenuated in patients with mania. *Psychological medicine*. 2004 Jul;34(5):795-802.
 26. Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series: medication treatment of bipolar disorder. *Postgrad Med*. 2000 Apr;1:1-04.
 27. Levine J, Chengappa KR, Brar JS, Gershon S, Kupfer DJ. Illness characteristics and their association with prescription patterns for bipolar I disorder. *Bipolar disorders*. 2001 Feb;3(1):41-9.
 28. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *The American journal of psychiatry*. 1995 Feb 1;152(2):280-2.
 29. Simon NM, Otto MW, Fischmann D, Racette S, Nierenberg AA, Pollack MH, Smoller JW. Panic disorder and bipolar disorder: anxiety sensitivity as a potential mediator of panic during manic states. *Journal of Affective Disorders*. 2005 Jul 1;87(1):101-5.
 30. Simon NM, Smoller JW, Fava M, Sachs G, Racette SR, Perlis R, Sonawalla S, Rosenbaum JF. Comparing anxiety disorders and anxiety-related traits in bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of psychiatric research*. 2003 May 1;37(3):187-92.
 31. Dayer A, Aubry JM, Roth L, Ducrey S, Bertschy G. A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension. *Bipolar Disorders*. 2000 Dec;2(4):316-24.
 32. Musalek M, Griengl H, Hobl B, Sachs G, Zoghalmi A. Dysphoria from a transnosological perspective. *Psychopathology*. 2000 Jun 16;33(4):209-14.
 33. Tillman R, Geller B. Definitions of rapid, ultrarapid, and ultradian cycling and of episode duration in pediatric and adult bipolar disorders: a proposal to distinguish episodes from cycles. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2003 Sep 1;13(3):267-71.
 34. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970 Sep;30(3):607-10.
 35. Watson D, Clark LA. The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form. Ames: The University of Iowa.1999.
 36. Hufford MR. Special methodological challenges and opportunities in ecological momentary assessment. *The science of real-time data capture: Self-reports in health research*. 2007 May 3:54-75.
 37. Mohammadi F, Karami J, Khanjani Z, Hashemi T. Factor analysis of the Positive and Negative Affect