

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجارب تجزیه‌ای و همبستگی آن با افکار خودکشی و صفات بیمارگون شخصیت در بیماران افسرده*

حمید کارگربرزی^۱، احمد کربلایی محمد میگونی^۲، حامد برماس^۳، صادق تقی‌لو^۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۸/۱۰

چکیده

تجزیه به‌طور خاص با تغییرات اساسی در توجه و حافظه همراه است که عملکرد آن می‌تواند موجب کاهش خودآگاهی یا کاهش حالت‌های هیجانی منفی شود. تجزیه پدیده‌ای رایج در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی همایند با خودکشی است که مضامینی بالینی را برای سنجش طرح‌ریزی درمان در این افراد در پی دارد و از این جهت حائز اهمیت است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجارب تجزیه‌ای و تعیین رابطه آن با افکار خودکشی و صفات بیمارگون شخصیت در بیماران افسرده انجام شد. روش پژوهش توصیفی و همبستگی و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران با تشخیص افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز روان‌درمانی در شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها ۳۷۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم؛ پرسشنامه افکار خودکشی بک؛ پرسشنامه شخصیت بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی-ویراست پنجم و مقیاس تجارب تجزیه‌ای بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۰/۹۲ به دست آمد که گویای همسانی درونی این مقیاس بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مدل اندازه‌گیری از برازش مطلوبی برخوردار است و همه گویه‌ها از توان آماری مطلوب برای سنجش تجارب تجزیه‌ای برخوردار بودند. در

*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می‌باشد.

۱. دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

a.karbalaee@kiauu.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران.

پژوهش حاضر ضریب همبستگی تجارب تجزیه‌ای با افکار خودکشی و صفات حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری زدایی؛ روان‌پریش‌خویی و دشمنی به ترتیب ۰/۵۲۴، ۰/۱۶۵، ۰/۲۳۶، ۰/۲۵۱، ۰/۳۳۱ و ۰/۱۷۹ به دست آمد که گویای روایی همگرایی این ابزار با سازه‌های مشابه بود.

واژگان کلیدی: افسردگی، تجارب تجزیه‌ای، خودکشی، ویژگی‌های روان‌سنجی.

مقدمه

تجزیه پدیده‌ای رایج در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی با ویژگی‌های روان‌پریشی و همانند با خودکشی است که مضامینی بالینی را برای سنجش طرح‌ریزی درمان در این افراد در پی دارد (پاین، کرالچ، یانگ و میسر-استدمن، ۲۰۱۹؛ ویلیامز، بوسی، بری و ورس، ۲۰۱۸). این پدیده را می‌توان به‌عنوان فرآیندی روان‌شناختی توصیف کرد که به‌وسیله آن کارکردهای معین روانی را که معمولاً با دیگر کارکردها ادغام می‌شوند، به شیوه‌ای مفهوم‌پردازی‌تر شده یا خودکارتر، خارج از حوزه آگاهی هشیار یا بازیابی حافظه، عمل می‌کند (پیتکیویکز، هلکا و تومالسکی، ۲۰۱۹؛ کلاتی، بنساسی و کورت، ۲۰۱۷). نشانه‌های تجزیه‌ای، گروهی ناهمگن از پدیده‌های شناختی را شامل می‌شود که تجربه‌های متنوعی را در بازیابی خاطرات از حافظه رویدادی (فراموشی) و مشاهده بدن خود به‌عنوان یک ناظر بیرونی (مسخ شخصیت) دربر می‌گیرد. نشانه‌های تجزیه ممکن است از وقفه‌های شناختی روزمره (خواب هیپنوتیزم) تا نشانه‌های آسیب‌شناسی بیش‌تر (سردرگمی در مورد هویت فرد) و تجربیات غیرعادی در نوسان باشد (مرکلباچ، بوسکوویک، پسی، دالسکیو و لین، ۲۰۱۷).

تجربه تجزیه به حدی پریشان‌کننده و اخلاک‌گر است که حتی می‌تواند منجر به خودکشی شود (کرنیس، کوپر و چان، ۲۰۱۸). اوزدمیر، بويسان، اوزدمیر و ییلماز (۲۰۱۵)؛ کالاتی، بنساسی و کورت (۲۰۱۷)؛ لانتکی، این-البون، میچل و اسکیمید (۲۰۱۶) و ناوارو-هارو، ویسمن، بوتلا و گارسیا-پالاسیوس (۲۰۱۵) در پژوهش‌های خود نشان دادند تجارب تجزیه‌ای پیش‌بین رفتارهای خودزنی و خودکشی‌گرا هستند. اورباخ (۱۹۹۴) در پژوهش خود پیشنهاد کرد که استرس مداوم منجر به تجارب تجزیه‌ای و آسیب‌پذیری شدید نسبت به استرس می‌شود که ممکن است رفتار خودکشی را در مواجهه با استرس غیرقابل تحمل، درماندگی و ناامیدی تقویت کند.

تجزیه را به‌عنوان راهبرد اجتنابی نیز مفهوم‌سازی کرده‌اند که برای مواجهه با هیجان‌هایی مورد استفاده قرار می‌گیرد که موجب درهم شکستن ظرفیت تنظیم عواطف درونی در پی یک آسیب شده‌اند. از این‌رو، نواقصی در تنظیم هیجان‌ها پیش‌آمدگی نشانه‌های تجزیه قرار دارد (بارنو و همکاران، ۲۰۱۲؛ هیبرت، لانگوین و اوساید، ۲۰۱۳). شخصیت و اختلال در آن می‌تواند متغیر تعدیل‌کننده دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های روان‌شناختی و هیجانی باشد (همتی و همکاران، ۱۳۹۲؛ کول، میچل و تاتی، ۱۹۹۴). صفات شخصیت نقش مهمی را در عملکرد عاطفی و هیجانی و جسمانی مؤثر و اثربخش به‌جای می‌گذارد (دیکسون-گوردون، کانکی و والن، ۲۰۱۸). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی-ویراست پنجم^۱، صفات بیمارگون شخصیت^۲ با زمینه‌های زیر مشخص می‌شود: (۱) حالت عاطفی منفی^۳ (در برابر ثبات هیجانی): تجربیات مکرر و شدید سطح بالایی از دامنه وسیع هیجان‌های منفی (اضطراب، افسردگی، گناه/شرم، نگرانی، خشم)، جلوه‌های رفتاری (صدمه زدن به خود) و میان‌فردی (مثل وابستگی) آن‌ها. (۲) جدایی^۴ (در برابر برون‌گرایی): اجتناب از تجربه اجتماعی-هیجانی، مانند کناره‌گیری از تعامل‌های میان‌فردی همراه با تجربه و ابراز عاطفی محدود. (۳) دشمنی^۵ (در برابر توافق‌پذیری): رفتارهایی که بین فرد و دیگران اختلاف می‌اندازند، مانند احساس اغراق‌آمیز اهمیت شخصی و انتظار برخورد استثنایی همراه آن، به‌علاوه انزجار بی‌عاطفه از دیگران که ناآگاهی از نیازها و احساس‌های دیگران و آمادگی برای استفاده از دیگران در خدمت ارتقای شخصی را شامل می‌شود. (۴) بازداری‌زدایی^۶ (در برابر وظیفه‌شناسی): گرایش به سمت ارضای فوری که به رفتار تکانشی منجر می‌شود که اندیشه‌پردازی، احساس‌ها و محرک‌های بیرونی آن را برانگیخته می‌کنند، بدون توجه به یادگیری گذشته یا در نظر گرفتن عواقب آینده. (۵) روان‌پریش‌خویی^۷ (در برابر سلامت عقل یا هشیاری): نشان دامنه وسیعی از رفتارها و شناخت‌های عجیب و غریب، نامتعارف یا غیرعادی که از

-
1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
 2. pathological personality traits
 3. negative affect
 4. detachment
 5. antagonism
 6. disinhibition
 7. psychoticism

لحاظ فرهنگی ناهمخوان هستند، از جمله فرایند (ادراک و تجزیه) و محتوا (عقاید) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

هنگامی که رخدادی ناخوشایند اتفاق می‌افتد، تجزیه و خودکشی ممکن است پاسخ عاطفی ناکارآمد و اجتنابی برای مقابله با آن باشد که از صفات شخصیتی افراد تأثیر می‌پذیرد (پونس دی لیون، اندرسین، کارستف و الکلیت، ۲۰۱۸). قرار گرفتن در معرض تجربیات متعدد آسیب‌زا به همراه پیش‌آمدگی‌های شخصیتی مانند صفات بیمارگون شخصیت افراد که انعطاف‌پذیری کمتر و ظرفیت تنظیم هیجانی آسیب‌پذیرتری را در بردارند با فرآیندهای روان‌شناختی و عاطفی مختل نظیر تجزیه در ارتباط است (برنتس، تریپاتی، یانگ، جیمز و کیلتز، ۲۰۱۵؛ اسپینهاون، السینگا، ون همرت، دی رویج و پنینکس، ۲۰۱۶).

مقیاس تجارب تجزیه‌ای یک مقیاس خودسنجی است که در آن افراد تجارب خود را در حیطه‌های مختلفی که تجزیه ممکن است در آن رخ دهد ارزیابی می‌کنند (لیسنکو و همکاران، ۲۰۱۸)؛ با این حال عدم وجود نسخه‌های استاندارد شده از این ابزار و رابطه آن با افکار خودکشی و صفات شخصیت در بیماران افسرده ضرورت‌های ارزیابی آن را با توجه به فرهنگ، جنسیت و عدم وجود ابزار داخلی برای سنجش تجارب تجزیه‌ای در جامعه ایرانی پیش از پیش‌نمایش می‌سازد؛ بنابراین، سؤال کلی پژوهش حاضر این است که آیا مقیاس تجارب تجزیه‌ای از برازش قابل قبول و اعتبار مناسب در نمونه ایرانی متشکل از بیماران افسرده برخوردار است؟

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران دارای افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز روان‌درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ بود. گادگنولی و ولیسر (۱۹۹۸) پیشنهاد می‌کنند در پژوهش با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل مسیر، نمونه‌ای با حجم ۳۰۰ نفر یا بیشتر ضروری است؛ بر این اساس با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، ۳۷۸ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل مراجعه با شکایت خودکشی و نمره بالاتر از خط برش در پرسشنامه‌های افسردگی و افکار خودکشی و

معیارهای خروج از پژوهش شامل گذشت بیش از ۶ ماه از دوره روان‌درمانی، تشخیص بالینی اختلال‌های همزمان روان‌پزشکی، مصرف دارو و ابتلاء به بیماری‌های جسمانی خاص و مزمن بود.

ابزارهای پژوهش: پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم تهیه شده توسط بک، استیر و براون (۱۹۹۶) شامل ۲۱ گویه است که شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس لیکرت از صفر تا سه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای این پرسشنامه نقاط برش ۱۳-۰ = افسردگی جزئی؛ ۱۹-۱۴ = افسردگی خفیف؛ ۲۸-۲۰ = افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ = افسردگی شدید گزارش شده است (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰). جو، وولی، براون، قهرمان‌لو-هالووی و بک (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۴ و همبستگی هر یک از ماده‌ها را با نمره کل در دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ و همبستگی این ابزار را با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی همیلتون رینولدز و کوباک^۱ (۱۹۹۵)، برابر با ۰/۶۶، گزارش کردند. طاهری تنجانی و همکاران (۱۳۹۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با $I=0/8$ گزارش کردند.

پرسشنامه افکار خودکشی بک. پرسشنامه افکار خودکشی بک توسط بک، کوواکس و ویسمن (۱۹۷۹) برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شده و شامل ۱۹ گویه است که در یک طیف لیکرت سه درجه‌ای از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. در ایران انیسی، فتیحی آشتیانی و احمدی نوده (۱۳۸۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی $I=0/76$ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند.

پرسشنامه شخصیت براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی-ویراست پنجم. این ابزار توسط کروگر و همکاران (۲۰۱۲) تهیه شد. این مقیاس شامل ۲۲۰ گویه است که پنج خرده‌مقیاس عاطفه‌پذیری منفی، جدایی، بازداری‌زدایی، روان‌پریش‌خویی و دشمنی را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از بسیار نادرست = ۰ تا بسیار درست = ۳ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. کروگر و همکاران (۲۰۱۲) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری‌زدایی؛ روان‌پریش‌خویی؛

دشمنی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۶، ۰/۸۹، ۰/۹۵ و ۰/۹۴ و بارهای عاملی بزرگ‌تر از ۰/۳ را برای ساختار ۵ عاملی این ابزار گزارش کردند. نتایج پژوهش همتی و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از برازش مطلوب الگوی تحلیل عاملی تائیدی هر دو مقیاس PSY-5 و PID-5 با داده‌ها بوده است.

مقیاس تجارب تجزیه‌ای. این مقیاس توسط برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶) با هدف سنجش مسخ شخصیت و مسخ واقعیت، شکاف‌های آگاهی و حافظه و تجارب تجزیه‌ای مکرر ساخته شد که شامل ۲۸ گویه است. نشانه‌های تجزیه‌ای و نه اختلال را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۹ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لورای، بیلوکس، دفلدر، کاسچی و وندر لیندن (۲۰۱۳) با استفاده از تحلیل عاملی برای این ابزار ساختاری دو عاملی دفاع‌های تجزیه‌ای^۱ و تنظیم خودکار^۲ و ضرایب آلفای کرونباخ را برای این ۲ عامل ۰/۹۳ و ۰/۸۵ در جمعیت غیربالینی گزارش کردند. در پژوهش آن‌ها ضریب همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک $T=0/27$ به دست آمد.

روش اجرا: برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان بهزیستی استان کرمان و پس از هماهنگی با مسئولین روابط عمومی و دریافت نامه جهت مراجعه به کلینیک‌ها و مراکز روان‌درمانی و اجرای پژوهش موافقت شد. پس از مراجعه به این مراکز و معرفی و توضیح فرآیند پژوهش به مسئولین این مراکز و کلینیک‌ها، برای تمام افراد دچار اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به این کلینیک‌ها، پرسشنامه‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر، به همراه نامه‌ای که حاوی توضیحات مختصری درباره هدف از اجرای پژوهش، علت تکمیل پرسشنامه و فرآیند پس از آن اشاره شده بود و برگه ثبت مشخصات افراد داده شد تا تکمیل نمایند. شایان ذکر است، شرکت‌کننده‌ها به صورت فردی و تنها در حضور پژوهش‌گر و با رضایت آگاهانه به پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل‌شده از افراد نمونه و احتساب نمره‌های آن‌ها، این پرسشنامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور ارزیابی ساختار عاملی پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای، تحلیل عاملی تائیدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 18.0 و برآورد بیشینه احتمال (ML) به کار گرفته شد.

1. defensive dissociations
2. automatic pilot

نتایج

در پژوهش حاضر ۱۴۵ زن و ۲۳۳ مرد با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۳۰/۰۴ و ۲۹/۳۱ حضور داشتند که ۱۶۱ نفر (۴۲/۶ درصد) از آن‌ها مجرد، ۱۹۴ نفر (۵۱/۳ درصد) متأهل و ۲۳ نفر (۶/۱ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. میزان تحصیلات ۸۳ نفر (۲۲ درصد) از شرکت‌کننده‌ها زیردیپلم، ۱۱۱ نفر (۲۹/۴ درصد) دیپلم، ۵۵ نفر (۱۴/۶ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۰۰ نفر (۲۶/۵ درصد) لیسانس و ۲۹ نفر (۷/۷ درصد) بالاتر از لیسانس بود. ۱۹۶ نفر (۵۱/۹ درصد) از شرکت‌کننده‌ها شاغل و ۱۸۲ نفر (۴۸/۱ درصد) غیر شاغل بودند.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی گویه‌های پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای

گویه	میانگین (SD)	چولگی (کشیدگی)	گویه	میانگین (SD)	چولگی (کشیدگی)
۱	۴۹/۷۸ (۲۸/۳۴)	-۰/۲۰ (-۰/۹۳)	۱۵	۴۹/۲۸ (۲۸/۳۵)	-۰/۰۸ (-۰/۷۰)
۲	۵۹/۴۹ (۲۵/۷۰)	-۰/۳۴ (-۰/۳۱)	۱۶	۴۶/۰۰ (۳۰/۹۰)	۰/۲۳ (-۰/۹۶)
۳	۵۰/۴۴ (۳۰/۰۰)	۰/۰۵ (۰/۹۶)	۱۷	۵۷/۶۳ (۲۶/۵۱)	-۰/۳۵ (-۰/۵۷)
۴	۴۸/۳۲ (۳۱/۰۷)	-۰/۰۶ (۱/۰۳)	۱۸	۵۵/۲۱ (۲۸/۴۱)	-۰/۱۰ (-۰/۷۶)
۵	۴۸/۰۰ (۳۰/۱۶)	۰/۰۶ (-۰/۹۲)	۱۹	۴۵/۳۹ (۲۸/۶۷)	-۰/۳۴ (-۰/۷۹)
۶	۴۱/۲۶ (۳۲/۶۱)	۰/۴۱ (۱/۱۷)	۲۰	۵۷/۸۴ (۲۷/۴۲)	-۰/۳۵ (-۰/۴۸)
۷	۳۹/۲۰ (۳۴/۷۳)	۰/۴۵ (-۱/۲۴)	۲۱	۵۶/۹۸ (۲۹/۱۰)	-۰/۳۴ (-۰/۶۱)
۸	۳۴/۶۸ (۳۶/۲۰)	۰/۶۳ (-۱/۱۲)	۲۲	۵۱/۳۹ (۲۸/۸۵)	-۰/۱۶ (-۰/۸۵)
۹	۴۶/۷۸ (۳۱/۵۷)	-۰/۰۴ (-۱/۰۲)	۲۳	۵۱/۴۶ (۲۸/۲۵)	۰/۱۲ (-۰/۷۷)
۱۰	۵۰/۱۸ (۲۸/۳۰)	-۰/۰۱ (-۰/۷۶)	۲۴	۵۱/۴۴ (۲۶/۶۴)	۰/۰۵ (-۰/۵۲)
۱۱	۳۳/۳۶ (۳۶/۰۸)	۰/۶۱ (-۱/۲۰)	۲۵	۵۲/۱۰ (۲۸/۳۱)	-۰/۱۰ (-۰/۸۳)
۱۲	۳۵/۷۸ (۳۳/۳۱)	۰/۵۵ (-۱/۰۷)	۲۶	۴۸/۹۶ (۲۹/۲۵)	-۰/۲۱ (-۰/۸۴)
۱۳	۳۵/۷۱ (۳۵/۱۳)	۰/۵۷ (-۱/۱۵)	۲۷	۴۴/۴۵ (۳۴/۹۳)	۰/۲۵ (-۱/۳۲)
۱۴	۵۳/۱۵ (۲۸/۴۶)	-۰/۰۱ (-۰/۸۸)	۲۸	۳۸/۷۴ (۳۷/۱۱)	۰/۴۲ (-۰/۵۸)

بر اساس نتایج جدول ۱ بالاترین میانگین متعلق به گویه ۲۰ و پایین‌ترین میانگین متعلق به گویه ۱۱ بود. همچنین جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های چولگی و کشیدگی همه گویه‌ها در محدوده ± ۲ بوده و بنابراین توزیع داده‌های مربوط به هر یک از آن‌ها نرمال بود.

منطبق بر دستورالعمل نمره‌گذاری پرسشنامه، در این تحلیل اجازه داده شد همه گویه‌ها تنها بر یک عامل مکنون بار عاملی ایجاد کنند. جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مربوط به مدل اندازه‌گیری پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای

نقطه برش	مدل‌های اصلاح‌شده با ایجاد کواریانس بین خطاهای گویه‌ها			مدل اولیه	شاخص‌های برازندگی
	خطاهای ۱ و ۳	خطاهای ۱۱ و ۸	خطاهای ۱۱ و ۱۳		
-	۹۵۰/۸۰	۱۰۱۹/۶۵	۱۱۲۰/۲۸	۱۱۸۶/۵۳	مجذور کای ^۱
-	۳۴۷	۳۴۸	۳۴۹	۳۵۰	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۲/۷۴	۲/۹۳	۳/۲۱	۳/۳۹	χ^2/df ^۲
$> ۰/۸۵$	۰/۸۵۳	۰/۸۴۳	۰/۸۲۲	۰/۸۱۵	GFI ^۳
$> ۰/۸۰$	۰/۸۰۸	۰/۷۹۵	۰/۷۶۸	۰/۷۶۰	AGFI ^۴
$> ۰/۹۰$	۰/۹۴۴	۰/۹۳۸	۰/۹۲۹	۰/۹۲۳	CFI ^۵
$< ۰/۱۰$	۰/۰۶۸	۰/۰۷۱	۰/۰۷۶	۰/۰۸۰	RMSEA ^۶

جدول ۲ نشان می‌دهد ارزیابی شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی به‌استثنای دو شاخص برازندگی RMSEA و CFI دیگر شاخص‌ها از برازش قابل قبول مدل ۲۸ گویه‌ای پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای با داده‌های گردآوری شده حمایت نکردند ($\chi^2/df=۳/۳۹$ ، $CFI=۰/۹۲۳$ ، $GFI=۰/۸۱۵$ ، $AGFI=۰/۷۶۰$ و $RMSEA=۰/۰۸۰$). به همین دلیل مدل اندازه‌گیری در سه مرحله اصلاح شد. در مرحله اول با ایجاد کواریانس بین خطاهای گویه‌های ۱۱ و ۱۳ به مقدار ۶۶ واحد از مجذور کای کاهش یافت و علیرغم بهبود، شاخص‌های برازندگی GFI، AGFI و χ^2/df همچنان با نقاط برش مورد قبول فاصله داشت ($\chi^2/df=۳/۲۱$ ، $CFI=۰/۹۲۹$ ، $GFI=۰/۸۲۲$ ، $AGFI=۰/۷۶۸$ و $RMSEA=۰/۰۷۶$). به همین دلیل با ایجاد کواریانس بین خطاهای گویه‌های ۱۱ و ۸ مدل اندازه‌گیری برای بار دوم اصلاح شد. با این عمل اگرچه ارزش χ^2/df به کمتر از ۳ کاهش یافت با وجود این شاخص‌های برازندگی GFI و AGFI همچنان بیانگر برازش ضعیف مدل اندازه‌گیری با داده‌ها بودند ($\chi^2/df=۲/۹۳$ ، $CFI=۰/۹۳۸$ ، $GFI=۰/۸۴۳$ و $AGFI=۰/۷۹۵$). در نهایت با ایجاد کواریانس بین خطاهای دو گویه ۱ و ۳ مدل برای بار سوم اصلاح و همه شاخص‌های برازندگی به نقاط برش مورد قبول رسیدند

1. chi-Square
2. normed chi-square
3. Goodness Fit Index
4. Adjusted Goodness Fit Index
5. Comparative Fit Index
6. Root Mean Square Error of Approximation
7. normed chi-square

($\chi^2/df=2/74$ ، $CFI=0/944$ ، $GFI=0/853$ ، $AGFI=0/808$ و $RMSEA=0/068$).

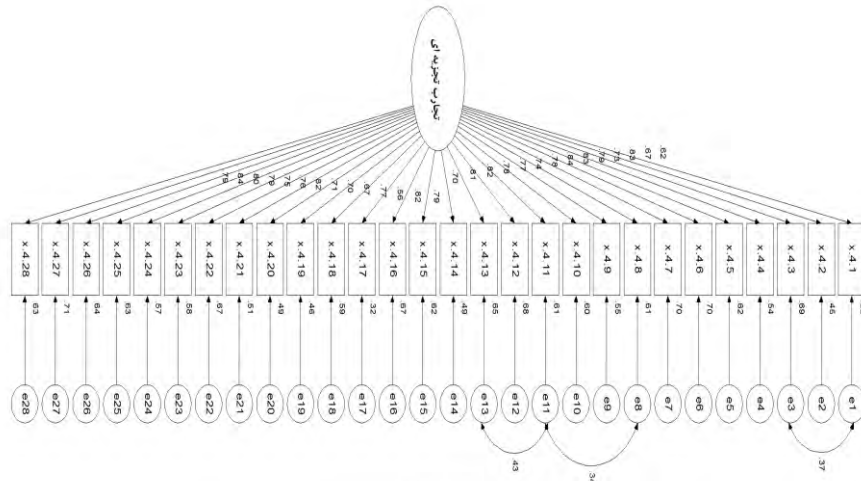
جدول ۳ بارهای عاملی هر یک از گویه‌های پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۳. پارامترهای مدل اندازه‌گیری پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای در تحلیل عاملی تأییدی

گویه	b	SE	t	گویه	b	SE	t
گویه ۱	۰/۶۱۷	۰/۱۰۰	۱۲/۸۲**	گویه ۱۵	۰/۷۸۸	۰/۱۰۰	۱۲/۸۲**
گویه ۲	۰/۹۸۷	۰/۱۱۰	۱۳/۱۹**	گویه ۱۶	۰/۸۲۰	۰/۱۱۰	۱۳/۱۹**
گویه ۳	۱/۴۲۰	۰/۰۸۷	۹/۸۴**	گویه ۱۷	۰/۵۶۲	۰/۰۸۷	۹/۸۴**
گویه ۴	۱/۳۰۰	۰/۰۹۹	۱۲/۵۵**	گویه ۱۸	۰/۷۶۵	۰/۰۹۹	۱۲/۵۵**
گویه ۵	۱/۳۵۷	۰/۰۹۷	۱۱/۴۱**	گویه ۱۹	۰/۶۷۵	۰/۰۹۷	۱۱/۴۱**
گویه ۶	۱/۵۵۵	۰/۰۹۳	۱۱/۷۰**	گویه ۲۰	۰/۶۹۷	۰/۰۹۳	۱۱/۷۰**
گویه ۷	۱/۶۶۳	۰/۰۹۹	۱۱/۸۸**	گویه ۲۱	۰/۷۱۱	۰/۰۹۹	۱۱/۸۸**
گویه ۸	۱/۶۱۵	۰/۱۰۳	۱۳/۲۰**	گویه ۲۲	۰/۸۲۱	۰/۱۰۳	۱۳/۲۰**
گویه ۹	۱/۳۴۱	۰/۰۹۸	۱۲/۵۲**	گویه ۲۳	۰/۷۶۳	۰/۰۹۸	۱۲/۵۲**
گویه ۱۰	۱/۲۴۷	۰/۰۹۲	۱۲/۴۰**	گویه ۲۴	۰/۷۵۳	۰/۰۹۲	۱۲/۴۰**
گویه ۱۱	۱/۵۹۵	۰/۰۹۹	۱۲/۸۷**	گویه ۲۵	۰/۷۹۲	۰/۰۹۹	۱۲/۸۷**
گویه ۱۲	۱/۵۶۶	۰/۱۰۳	۱۲/۹۳**	گویه ۲۶	۰/۷۹۸	۰/۱۰۳	۱۲/۹۳**
گویه ۱۳	۱/۶۲۴	۰/۱۲۵	۱۳/۴۱**	گویه ۲۷	۰/۸۴۰	۰/۱۲۵	۱۳/۴۱**
گویه ۱۴	۱/۱۳۵	۰/۰۹۷	۱۲/۸۷**	گویه ۲۸	۰/۷۹۲	۰/۰۹۷	۱۲/۸۷**

نکته: با توجه به اینکه بار عاملی استاندارد نشده گویه ۱ با عدد یک تثبیت شده، بنابراین SE و t برای آن محاسبه نشده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد بالاترین بار عاملی متعلق به گویه ۲۷ ($=0/840$) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به گویه ۱۷ ($=0/561$) بود. بدین ترتیب بار عاملی همه گویه‌های پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای بالاتر از $0/32$ بوده و بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که همه گویه‌ها از توان لازم برای سنجش تجارب تجزیه‌ای برخوردارند. شکل ۱ مدل اندازه‌گیری پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای و بارهای عاملی آن با استفاده از داده‌های استاندارد به‌منظور ارزیابی روایی همگرایی مقیاس تجارب تجزیه‌ای، ضریب همبستگی آن با پرسشنامه افکار خودکشی بک و پرسشنامه شخصیت ارزیابی شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. تجارب تجزیه‌ای	-						
۲. افکار خودکشی	۰/۵۲۴**	-					
۳. شخصیت بیمارگون - حالت عاطفی منفی	۰/۱۶۵**	۰/۱۴۵**	-				
۴. شخصیت بیمارگون - جدایی	۰/۲۳۶**	۰/۲۷۶**	۰/۴۵۲**	-			
۵. شخصیت بیمارگون - بازداری زدایی	۰/۲۵۱**	۰/۲۶۶**	۰/۵۲۷**	۰/۵۰۶**	-		
۶. شخصیت بیمارگون - روان - پریش‌خویی	۰/۳۳۱**	۰/۲۴۴**	۰/۵۳۳**	۰/۵۳۹**	۰/۵۹۹**	-	
۷. شخصیت بیمارگون - دشمنی	۰/۱۷۹**	۰/۱۷۷**	۰/۳۴۳**	۰/۴۲۵**	۰/۶۰۶**	۰/۵۴۱**	-
میانگین	۱۳۳۲/۹۹	۱۴/۴۱	۴۵/۹۷	۳۳/۲۷	۳۰/۷۹	۱۷/۲۱	۲۵/۷۲
انحراف استاندارد	۶۶۱/۸۴	۱۲/۲۲	۱۵/۰۴	۱۲/۷۴	۱۰/۱۷	۶/۷۶	۱۰/۵۶
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۹۲۱	۰/۷۷	۰/۹۱۴	۰/۸۸۶	۰/۷۹۳	۰/۸۰۸	۰/۸۱۹

جدول ۴ نشان می‌دهد که تجارب تجزیه‌ای به صورت معنادار با مؤلفه‌های پنج‌گانه شخصیت بیمارگون (حالت عاطفی منفی، جدایی، بازداری زدایی، روان‌پریش خویی و دشمنی) رابطه دارد. این موضوع نشان‌دهنده روایی همگرایی همزمان پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای بود. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای برابر با ۰/۹۲ به دست آمد که این یافته نشان می‌دهد گویه‌های پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای از همسانی درونی مطلوبی برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۰/۹۲ به دست آمد که گویای همسانی درونی این مقیاس بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مدل اندازه‌گیری از برازش مطلوبی برخوردار است و همه گویه‌ها از توان آماری لازم برای سنجش تجارب تجزیه‌ای برخوردار هستند. در پژوهش حاضر ضریب همبستگی تجارب تجزیه‌ای با افکار خودکشی و صفات بیمارگون شخصیت گویای روایی همگرایی این ابزار با سازه‌های مشابه بود.

تجارب تجزیه‌ای به صورت مزاحمت‌های ناخوانده در آگاهی و رفتار، همراه با فقدان تداوم در تجربه ذهنی (نشانه‌های تجزیه‌ای «مثبت» مانند تجزیه هویت، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) و یا ناتوانی در دسترسی به اطلاعات یا کنترل کردن کارکردهای ذهنی که معمولاً به راحتی پذیرای دسترسی یا کنترل هستند (نشانه‌های تجزیه‌ای «منفی» مانند یادزدودگی) تجربه می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شاخص‌ترین مشخصه‌های تجزیه نشانه‌های منفی مانند از دست دادن حافظه یا فراموشی جزئی، از دست دادن کنترل حرکتی و از دست دادن آگاهی از حسی- جسمانی و مسخ شخصیت و مسخ واقعیت و نشانه‌های مثبتی مانند افکار و خاطرات مزاحم از آسیب‌های قلبی و نشانه‌های جسمانی تجزیه‌ای را شامل می‌شود که در بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی رایج هستند (پونس دی لیون و همکاران، ۲۰۱۸). برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶) تجزیه را فقدان یکپارچگی در افکار، احساسات و تجارب در جریان آگاهی و حافظه تعریف کرده‌اند. طبق نظر برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶) تجزیه به درجاتی در افراد غیربالینی و سالم اتفاق می‌افتد با این

حال میزان بالایی از تجزیه در افراد بالینی و دچار اختلال‌های روان‌پزشکی رخ می‌دهد. همچنان‌که نتایج پژوهش حاضر نشان داد تمام گویه‌های مقیاس تجارب تجزیه‌ای از بار عاملی بالا برای اندازه‌گیری سازه تجزیه برخوردار بودند و تجارب تجزیه‌ای با افکار خودکشی در بیماران افسرده همبسته بود.

در تبیین رابطه تجارب تجزیه‌ای با افکار خودکشی در بیماران افسرده می‌توان گفت پژوهش‌ها به‌طور تجربی مدلی مفهومی را توصیف کرده‌اند که در آن تجزیه نقش میانجی را بین انواع مختلف تجارب آسیب‌زا و آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کند (اسکیمنتی، ۲۰۱۸). مشکلات متعددی به‌واسطه تجزیه به وجود می‌آیند: (۱) فرد رفتار غیرقابل پیش‌بینی از خود بروز می‌دهد که به آن بخش گسلس یافته غالب در زمان فعلی در شرایطی خاص وابسته است؛ (۲) تجزیه به‌خودی‌خود علت تنش است زیرا عدم انطباق در سیستم‌های مرتبط ضرورت اصلی حفظ هماهنگی اصولی، پایدار و منسجم را مختل می‌کند؛ (۳) مزاحمت‌های ناخوانده بخش غیرغالب تجزیه برآگاهی فرد ناراحت‌کننده و آشفته‌ساز است که نتیجه آن فشار مداومی است که فرد به‌واسطه تعارض بین تجزیه و تلاش برای نادیده گرفتن آن متحمل می‌شود (پراسکو و همکاران، ۲۰۱۶). هنگامی که فرد در معرض تجربیات متعدد آسیب‌زا قرار می‌گیرد و به‌خصوص هنگامی که چنین تجربیاتی در دوران کودکی اتفاق می‌افتد - هنگامی که یک کودک توانایی کمی برای خودتنظیمی دارد، تجزیه ممکن است تبدیل به یک سازمان روان‌شناختی مرتبط با شخصیت فرد شود. در این شرایط، فعالیت‌های بیش‌ازحد فرآیندهای تجزیه‌ای، عملکرد ذهنی و رفتاری فرد را به خطر می‌اندازد، به‌طوری‌که تجزیه‌پذیری آسیب‌زا و فراگیر می‌شود و ممکن است به نشانه‌های شدید روان‌پزشکی منجر شود (اسکیمنتی، ۲۰۱۸). تجزیه به‌واسطه درد روانی غیرقابل تحمل و ناتوانی در مقابله با درد با خودکشی در ارتباط است (لوینگر، سامر و هولدن، ۲۰۱۵).

در تبیین رابطه تجارب تجزیه‌ای با صفات بیمارگون می‌توان گفت فرآیند تجزیه می‌تواند به عنوان پاسخ اولیه به استرس شناخته شود که ذهن را از نابسامانی‌ها و احساسات فروپاشی شده، از طریق حذف موقت محتویات ذهنی از آگاهی و از طریق اختلال‌های متعدد بین حالت‌های ذهنی محافظت می‌کند (اسکیمنتی، ۲۰۱۸). آسیب روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک عامل پیچیده در نظر گرفته شود که در آن انواع مختلف تجربیات

ناراحت‌کننده که احتمالاً متفاوت هستند اتفاق می‌افتد و باعث فعال‌سازی بیش‌ازحد فرآیند تجزیه می‌شوند، با وجود این تعداد بیشتری از تجربیات ناراحت‌کننده احتمالاً با تجزیه بیش‌ازحد و آسیب‌شناسی روانی همراه هستند. تجربیات تجزیه‌ای همواره به عنوان واسطه‌های مهم در روابط بین سطوح آسیب‌پذیری و حوزه‌های شخصیت بیمارگون عمل می‌کنند (گرانیری، گاکلیموسی، گاستانزاه، گرتی و اسکیمنتی، ۲۰۱۸). افراد دارای شخصیت بیمارگون می‌توانند به‌طور کلی تحریف روان از واقعیت مربوط به تجارب استرس‌زا را، خصوصاً به‌صورت کاهش استرس تغییر شکل دهد. از دست دادن واقعیت در شخصیت‌های بیمارگون معمولاً یک عنصر تجزیه دارد (سایمونسن و نیوتون-هاوس، ۲۰۱۸).

در تبیین رابطه تجارب تجزیه‌ای با صفات می‌توان گفت افسردگی و آسیب‌پذیری در بیماران با صفت عاطفه‌پذیری منفی با احساسات در هم شکستن و ناتوانی در مقابله با تجارب منفی در این افراد و گرایش به تجارب تجزیه‌ای مرتبط است. کناره‌گیری و بی‌علاقگی به تعامل‌های اجتماعی به افراد با صفت جدایی‌بالا و دنیای تهدیدآمیز و طردکننده در افراد با صفت دشمنی‌بالا منجر به فاصله‌گیری روانی و عاطفی به شکل تجزیه در این افراد می‌شود (کوایل، وروبل و پاپ، ۲۰۰۲). بدتنظیمی روان‌شناختی و هیجانی در افراد با صفت بالای بازداری‌زدایی ممکن است رابطه این صفت را با تجارب تجزیه‌ای تبیین کند (اسچریبر، گرانت و اودلاگ، ۲۰۱۲). تمایل به درگیر شدن افراطی در تخیلات و مسخ شخصیت و واقعیت ماهیت صفت روان‌پریش‌خویی را نشان می‌دهند که ازجمله نشانگرهای تجارب تجزیه‌ای هستند (موریس، پینکاس و رای، ۱۹۹۹).

علاوه بر این، فورد (۲۰۱۳) تجزیه را به‌عنوان پاسخ خودتنظیمی به هیجان‌های شدید معرفی کرد (فورد، ۲۰۱۳). پولاک، مک کابی، سوتارد و زیگلر-هیل (۲۰۱۶) پیشنهاد کردند افراد با سطوح بالاتر صفات حالت عاطفی منفی با دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و تشدید هیجان‌های منفی در پی تجربیات بین‌فردی منفی مشخص شدند. صفات جدایی‌با سیستم درون‌گرایی / هیجان‌پذیری مثبت پایین و دشواری تنظیم هیجان حتی زمانی که رویدادهای بین‌فردی نامطلوب را تجربه نمی‌شوند، مرتبط هستند. در پژوهش پولاک و همکاران (۲۰۱۶) افراد با صفات بالاتر دشمنی دشواری در تنظیم هیجان و کنترل تکانه و تجربه هیجان‌های منفی مشخص شدند. عدم پاسخ‌دهی نسبی هیجانی این

افراد احتمالاً تا حدودی به دلیل واکنش‌های پرخاشگرانه نسبت به دیگران زمانی است که تصور می‌کنند دیگران سعی دارند مانع از تحقق تمایلات درونی آن‌ها شوند. استفاده مؤثر از این راهبرد با سطوح پایین‌تر صفات بازداری‌زدایی و کنترل تکانشگری و تنظیم هیجان‌ها مرتبط است. مشکل در شکل دادن به واقعیت و محرک‌های خارجی و طرح‌ریزی رفتار در افراد با صفات روان‌پریش‌خویی احتمالاً با مشکلاتی در درک و کنترل تجارب هیجانی مرتبط است.

ویژگی‌های روان‌سنجی، پایایی و روایی مناسب این ابزار به‌علاوه تعداد گویه‌های کم و سهولت اجرای آن شرایط استفاده وسیع پژوهشگران از این ابزار را فراهم می‌آورد؛ بنابراین این پرسشنامه که میزان تجارب تجزیه‌ای را در افراد افسرده می‌سنجد در ایران دارای روایی و پایایی مناسبی است و می‌تواند زمینه پژوهش‌های متعددی را در قلمرو روانشناسی و مشاوره فراهم کند. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی خواهد داشت که تعمیم یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌سازد. در پژوهش حاضر جهت انتخاب نمونه مورد مطالعه از روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شده است که ممکن است با خطای نمونه‌برداری همراه بوده و معرف کل افراد جامعه نباشند، از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌برداری تصادفی استفاده شود. با توجه به روایی و پایایی مطلوب این مقیاس به پژوهشگران توصیه می‌شود که از این مقیاس در پژوهش‌های آینده بهره بگیرند.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین و احمدی نوده، خدابخش. (۱۳۸۸). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان. مجله طب نظامی، ۱(۱)، ۳۷-۳۳.
- طاهری تنجانی، پریسا؛ گرمارودی، غلامرضا؛ آزادبخت، مجتبی؛ فکری‌زاده، زهره؛ حمیدی، رزگار؛ فتحی‌زاده، شادی و قیسوندی، الهام. (۱۳۹۳). پایایی و روایی نسخه

دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) در سالمندان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۱)، ۱۸۹-۱۹۸.

فتحی آشتیانی، علی و داستانی، مینا. (۱۳۹۰). *آزمون‌های روان‌شناختی/ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت، چاپ پنجم.

همتی، آزاد؛ دژکام، محمود؛ دلاور، علی؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ برجعلی، احمد و کامکاری، کامبیز. (۱۳۹۲). همخوانی مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت (PSY-5) پرسشنامه MMPI-2-FR با صفات پیشنهادی محور دوم DSM-5. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۲)، ۸۲-۶۹.

- Barnow, S., Limberg, A., Stopsack, M., Spitzer, C., Grabe, H. J., Freyberger, H. J., & Hamm, A. (2012). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological medicine*, 42(4), 783-794.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory: second edition manual*. San Antonio (TX): The Psychological Corporation.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727-735.
- Brents, L. K., Tripathi, S. P., Young, J., James, G. A., & Kilts, C. D. (2015). The role of childhood maltreatment in the altered trait and global expression of personality in cocaine addiction. *Journal of psychiatric research*, 64, 23-31.
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry research*, 251, 103-114.
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry research*, 251, 103-114.
- ernis, E., Cooper, M., & Chan, C. (2018). Developing a new measure of dissociation: The Dissociative Experiences Measure, Oxford (DEMO). *Psychiatry Research*, 269, 229-236.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100.

- Ford, J. D. (2013). How can self-regulation enhance our understanding of trauma and dissociation? *Journal of trauma & dissociation*, 14(3), 237-250.
- Granieri, A., Guglielmucci, F., Costanzo, A., Caretti, V., & Schimmenti, A. (2018). Trauma-related dissociation is linked with maladaptive personality functioning. *Frontiers in psychiatry*, 9.
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation to sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275.
- Hebert, M., Langevin, R., & Oussaid, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*, 225, 306-312. doi:10.1016/j.jad.2017.08.044
- Joe, S., Woolley, M. E., Brown, G. K., Ghahramanlou-Holloway, M., & Beck, A. T. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in low-income, African American suicide attempters. *Journal of personality assessment*, 90(5), 521-523.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890.
- Kwapil, T. R., Wrobel, M. J., & Pope, C. A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 431-443.
- Levinger, S., Somer, E., & Holden, R. R. (2015). The importance of mental pain and physical dissociation in youth suicidality. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 322-339.
- Ludtke, J., In-Albon, T., Michel, C., & Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry research*, 239, 346-352.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 37-46.
- Merckelbach, H., Boskovic, I., Pesy, D., Dalsklev, M., & Lynn, S. J. (2017). Symptom overreporting and dissociative experiences: A qualitative review. *Consciousness and Cognition*, 49(Supplement C), 132-144.
- Navarro-Haro, M. V., Wessman, I., Botella, C., & Garcia-Palacios, A. (2015). The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 63, 123-130.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide & life-threatening behavior*, 24(1), 68-79.
- Ozdemir, O., Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., & Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry research*, 228(3), 598-605.

- Payne, A., Kralj, A., Young, J., & Meiser-Stedman, R. (2019). The prevalence of intrusive memories in adult depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 253*, 193-202.
- Pietkiewicz, I. J., He ka, A. M., & Tomalski, R. (2019). Validity and reliability of the revised Polish online and pen-and-paper versions of the Dissociative Experiences Scale (DESR-PL). *European Journal of Trauma & Dissociation*.
- Pollock, N. C., McCabe, G. A., Southard, A. C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences, 95*, 168-177.
- Ponce de León, B., Andersen, S., Karstoft, K. I., & Elklit, A. (2018). Pre-deployment dissociation and personality as risk factors for post-deployment post-traumatic stress disorder in Danish soldiers deployed to Afghanistan. *European journal of psychotraumatology, 9*(1), 1443672.
- Prasko, J., Grambal, A., Kasalova, P., Kamardova, D., Ociskova, M., Holubova, M., Vrbova, K., Sigmundova, Z., Latalova, K., Slepecky, M., Zatkova, M. (2016). Impact of dissociation on treatment of depressive and anxiety spectrum disorders with and without personality disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment, 12*, 2659-2676.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Ray, W. J. (1999). The relationship between dissociation and personality. *Personality and Individual Differences, 27*(2), 239-249.
- Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation, 19*(5), 552-571.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of psychiatric research, 46*(5), 651-8.
- Simonsen, E., & Newton-Howes, G. (2018). Personality pathology and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 44*(6), 1180-1184.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Penninx, B. W. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. *Journal of affective disorders, 191*, 100-108.
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K., & Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 65*, 175-196.