

تبیین اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای در بیماران افسرده: نقش میانجی‌گر نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی*

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

Explaining the effect of pathological personality traits on dissociative experiences in depressed patients: The mediating roles of emotion regulation and experiential avoidance

Hamid Kargarbarzi¹, Ahmad Karbalaii Mohammad Meigooni², Hamed Bermas³, Sadegh Taghiloo⁴

چکیده

زمینه: بیماران افسرده در تجارب تجزیه‌ای و مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی از جمله توجه و برنامه‌ریزی، سرعت پردازش اطلاعات، توجه انتخابی و هشپاری، اجتناب و بازداری نقص‌هایی را نشان می‌دهند. بر این اساس، مسأله تحقیق این است که آیا نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای را تبیین می‌کند. **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین نقش میانجی‌گر نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی در رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای در بیماران افسرده انجام شد. **روش:** روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمام افراد افسرده با سابقه خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روانشناسی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ بود. ۳۷۸ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند گزینش شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه شخصیت بر اساس DSM5 کروگر و همکاران (۲۰۱۲)، پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی گراتز و روئمر (۲۰۰۴)، پرسشنامه اجتناب تجربی گامز و همکاران (۲۰۱۱)، مقیاس تجارب تجزیه‌ای برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶)، مقیاس افکار خودکشی بک، پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (۱۹۹۶) بودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اثرات مستقیم و غیر مستقیم صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای از طریق نقش میانجی نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی معنادار است ($p < 0.05$, $p < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** صفات بیمارگون شخصیت، نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی در توصیف تجارب تجزیه‌ای دارای اهمیت هستند. همچنین نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی به عنوان متغیرهای میانجی، رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای را تبیین می‌کند. **واژه کلیدی‌ها:** نظم‌جویی هیجانی، اجتناب تجربی، تجارب تجزیه‌ای، صفات شخصیتی بیمارگون، افسردگی

Background: Depressed patients show deficiencies in dissociative experiences and components of executive functions such as attention and planning, information processing speed, selective attention and consciousness, avoidance and inhibition. Accordingly, the research question is whether emotion regulation and experiential avoidance explain the effect of pathogenic personality traits on dissociative experiences? **Aims:** The aim of this study was to determine the mediating roles of emotion regulation and experiential avoidance in the relationship between pathological personality traits and dissociative experiences in depressed people. **Method:** This study was descriptive-correlational. The statistical population consisted of all depressed people with a history of suicide referring to psychological and psychiatric clinics of the city of Kerman in 2018. 378 subjects were selected by purposive sampling. The research instruments consisted of Kruger et al. (2012) Pathological Personality Traits Questionnaire based on DSM5, Gratz & Roemer (2004) Emotion Regulation Difficulties Scale, Gámez & et.al (2011) Experiential Avoidance Questionnaire, Bernstein & Putnam (1986) Dissociative Experiences Scale, Beck (1979) Suicidal Thoughts Scale, and Beck (1996) Depression Questionnaire-second edition. **Results:** The results showed that direct and indirect effects of the pathological personality traits on dissociative experiences were significant ($p < 0.01$, $p < 0.05$). **Conclusions:** Pathogenic personality traits, emotion regulation, and empirical avoidance are important in describing dissociative experiences. Also, emotion regulation and empirical avoidance, as mediating variables, explain the relationship between personality traits and dissociative experiences. **Key words:** Emotion regulation, Experiential avoidance, Dissociative experiences, Pathological personality trait, Depression

Corresponding Author: a.karbalaee@kiauo.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

^۱ Ph D student of General Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

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

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran (Corresponding Author)

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

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آستارا، گیلان، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Astara Branch, Gilan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۴/۲۵

دریافت: ۹۸/۰۲/۲۷

مقدمه

اختلال افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (کامیمورا، نوریان، اساس نیک، فرانچک - روا، ۲۰۱۶؛ کیمبرل، میر، دی بیر، گالیور و موریست، ۲۰۱۶). اختلال افسردگی بیماری مزمن و ناتوان کننده ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است. فقدان لذت، اختلال خواب، کاهش اشتها و انرژی، مزاج افسرده، کاهش قدرت تمرکز و میل به خودکشی در این اختلال شایع است (ساویدرا، مولینا - مارکیز، ساویدرا، زامبران و سلازر، ۲۰۱۶). خلق افسرده باعث تغییر در عملکردهای طبیعی، کارکرد اجتماعی، شغلی و آموزشی فرد از طریق تغییرات مزاج و شناخت می شود (پرز، کو و ایراریزاوال؛ نقل از موسوی، دبیری و نصیری پور، ۱۳۹۷)، همچنین افکار خودکشی از ویژگی های مهم اختلال افسردگی است، به طوری که نه تنها اختلالات شناختی با توانبخشی و کارکرد اجتماعی در ارتباط است؛ بلکه این گونه افراد دچار کمبود در تمرکز و توجه، کاهش حافظه و ناتوانی در ابراز احساسات خود هستند (لیو همکاران، ۲۰۱۳).

تحقیقات نشان می دهد که بیماران افسرده در تجارب تجزیه ای^۱ و مؤلفه های کارکردهای اجرایی از جمله توجه (رز و ابمی پر، ۲۰۰۶؛ هوگدال و همکاران، ۲۰۰۳) و برنامه ریزی (پورتر، گالاگر، تامپسون و یانگ، ۲۰۰۳)، سرعت پردازش اطلاعات، توجه انتخابی و هشیاری (اگلند و همکاران، ۲۰۰۳)، اجتناب و بازداری (ناکانو و همکاران، ۲۰۰۸) نقص هایی را نشان می دهند. تجزیه بر اساس مجموعه تشخیصی و آماری اختلال های روانی - ویراست پنجم^۲، شامل "اختلال و یا گسست در یکپارچگی طبیعی آگاهی، حافظه، هویت، احساسات، ادراک، ارائه بدن، مهار حرکت و رفتار است (انجمن روانشناسان آمریکا^۳، ۲۰۱۳). نشانگان تجزیه در بین بسیاری از تشخیص های مختلف برطرف شده اند و در میزان اختلال تنیدگی پس از ضربه ۱۵-۳۰ درصد (وولف و همکاران، ۲۰۱۲)، ۱۲ درصد در اختلالات خوردن (واندرلیندن و همکاران، ۱۹۹۳)، ۲۴ درصد در اختلال هراس (سیگوی و همکاران، ۲۰۰۰) و تا ۵۰ درصد در روان گسستگی گزارش شده اند (ریناردو همکاران، ۲۰۱۶؛ نقل از سرنیس،

کوپر و چان، ۲۰۱۸). علاوه بر این، تجارب تجزیه ای به میزان ۳/۴ درصد در جمعیت عمومی شایع است (لیسنکو و همکاران، ۲۰۱۷). نشانه های تجزیه ای، گروهی ناهمگن از پدیده های شناختی را شامل می شود که تجربه های متنوعی نظیر مشکلاتی را در بازیابی خاطرات از حافظه رویدادی (به عنوان مثال فراموشی) و مشاهده بدن خود به عنوان یک ناظر بیرونی (به عنوان مثال مسخ شخصیت) را در بر می گیرد. نشانه های تجزیه ممکن است از وقفه های شناختی روزمره (به عنوان مثال، خواب هیپنوتیزم) تا نشانه هایی با آسیب شناسی بیشتر (به عنوان مثال، سردرگمی در مورد هویت فرد) و تجربیات غیرعادی در نوسان باشد (مرکلباچ، بوسکوویک، پسی، دالسکیو و لین، ۲۰۱۷). تیوبوس، زورنر، براهملر و بیوتل (۲۰۱۸) دریافتند بازداری پردازش هیجانی از جمله سازوکارهای زیربنایی نشانه های مسخ شخصیت / واقعیت است و حتی افراد سالم ممکن است در پاسخ به تهدید قریب الوقوع نشانه های مسخ شخصیت / واقعیت را به عنوان پاسخ اولیه مغز از خود نشان دهند. تجارب تجزیه ای می تواند باعث پریشانی و اختلال قابل توجه نیز شود. در حقیقت، تجزیه در بالاترین حد خود (جایی که تجزیه به معیارهای تشخیص اختلال هویت تجزیه نزدیک است) میزان اقدام به خودکشی، ۷۸٪ گزارش شده است (راس، ۱۹۹۷) و علائم تجزیه قوی ترین پیش بینی کننده در فردی است که چندین اقدام به خودکشی را انجام داده است (فوته، اسمولین، نفت و لیشیتز، ۲۰۰۸). به علاوه سطوح بالایی از خودجرحی بدون خودکشی در این جمعیت گزارش شده است (سار، ۲۰۱۱).

پژوهش ها نشان داده که یکی از عوامل تأثیرگذار بر تجارب تجزیه ای، شخصیت می باشد (کاپیل، وروبل و پوپه، ۲۰۰۲؛ روئیز، پینکاس و رای، ۱۹۹۹). براساس مجموعه تشخیصی و آماری اختلال های روانی - ویراست پنجم، اختلال شخصیت - صفت مشخص با یک یا تعداد بیشتری از زمینه های صفت شخصیت بیمارگون یا جنبه های صفت مشخص در زمینه ها، با در نظر داشتن تمام زمینه های زیر مشخص می شود: (۱) حالت عاطفی منفی^۴ (در برابر ثبات هیجانی): تجربیات مکرر و شدید سطح بالایی از دامنه وسیع هیجان های منفی (مثل اضطراب، افسردگی، گناه / شرم، نگرانی، خشم) و جلوه های رفتاری (مثل صدمه زدن به خود) و میان فردی (مثل وابستگی) آنها.

3. American Psychiatric Association

4. negative affect

1. dissociative experiences

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

۲) جدایی^۱ (در برابر برون‌گردی): اجتناب از تجربه اجتماعی - هیجانی، از جمله کناره‌گیری از تعامل‌های میان‌فردی به‌علاوه تجربه و ابراز عاطفی محدود. ۳) دشمنی^۲ (در برابر خوشایندی): رفتارهایی که بین فرد و دیگران اختلاف می‌اندازند، از جمله 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) بازداری زدایی^۳ (در برابر وظیفه‌شناسی): گرایش به سمت ارضای فوری، که به رفتار فوری و بدون تفکر منجر می‌شود که افکار، احساس‌ها و محرک‌های بیرونی آن را برانگیخته می‌کنند، بدون توجه به یادگیری گذشته یا در نظر گرفتن عواقب آینده. ۵) روان‌گسستگی‌گرایی^۴ (در برابر سلامت عقل یا هشیاری): نشان‌دهنده دامنه وسیعی از رفتارها و شناخت‌های عجیب و غریب، نامتعارف یا غیرعادی که از لحاظ فرهنگی ناهمخوان هستند، از جمله فرآیند (مثل ادراک و تجزیه) و محتوا (مثل عقاید). صفات بیمارگون شخصیت ملاک‌های تشخیصی برای اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی، دوری‌جو، مرزی، خودشیفته، وسواسی - جبری و اسکیزوتایپی سازمان‌یافته را شامل می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تحقیقات گسترده‌ای همبستگی مثبتی بین تجارب تروما، سطوح تجزیه و شدت علائم روان‌پزشکی در بزرگسالان را نشان داده‌اند. با این حال، در ادبیات بالینی فرض شده است که فعال بودن بیش از حد فرآیندهای تجزیه‌ای پس از تجربیات متعدد تروما می‌تواند نقش روانی و رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار دهد و سطوح بالاتری از عملکرد شخصیت بیمارگون را افزایش دهد (گرانیری، گاکلیلموسی، کاستانزو، کارتی و اسپیمنتی ۲۰۱۸).

پیشینه قابل توجهی وجود دارد که اثرات منفی اجتناب تجربی را بر سلامت روانی نشان می‌دهد که در آن افراد با الگوهای رفتاری سفت و سخت سعی در فرار، اجتناب و یا تغییر وضعیت ناخواسته درونی خود دارند. اجتناب تجربی برای پیش‌بینی طیف گسترده‌ای از مشکلات از جمله افسردگی، اضطراب، علائم وسواس اجباری، علائم تنیدگی پس از سانحه، اعتیاد و اختلالات خوردن، در میان بسیاری از دیگر کشاکش‌های روانی و رفتاری یافت شده است (بلوئ، هومان، موریسون، لوین و توهیگ، ۲۰۱۴؛ به نقل از لوین،

کرافت، پیرس و پوتس، ۲۰۱۸). پژوهش‌های بسیاری رابطه آن را با آسیب‌شناسی و نحوه شکل‌گیری اختلالات روانی نشان داده‌اند. برای مثال اجتناب تجربی به ویژه فرونشانی تفکر در افسردگی نقش مهمی دارد و افراد مبتلا به افسردگی نسبت به گروه غیر بالینی اجتناب تجربی بیشتری را گزارش می‌دهند (کاشدان، مورینا و پریب، ۲۰۰۹). سازه اجتناب تجربه‌ای در اغلب موارد توسط محققان بالینی استفاده شده است. اجتناب تجربه‌ای عبارت است از عدم تمایل به ارتباط با تجربه رویدادهای خصوصی دردناک و آزارنده نظیر افکار، هیجانات و خاطرات ناخواسته همراه با تلاش‌هایی برای مهار، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی است که این موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند (چاولا و اوستافین، ۲۰۰۷). این فرآیند می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلالات روانی به دنبال تجربه رویدادهای آسیب‌زا نقش مهمی داشته باشد. اجتناب تجربی باعث شکل‌های بسیاری از آسیب‌شناسی روانی از جمله سوء استفاده دارویی، اختلال وسواس - ناخودداری، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود.

از طرف دیگر پژوهش‌ها نشان داده است عاملی که می‌تواند با افسردگی در ارتباط باشد نظم‌جویی هیجانی است (نیاکسیو، فانگ، رودریگوز و روزنتال، ۲۰۱۸). تحول مهارت‌های خودنظم‌جویی تابعی از تعامل دو طرفه‌ای از عوامل فردی، رفتاری و عوامل محیطی که به شکل علت و معلولی می‌باشد (نجازادگان و فرهادی، ۱۳۹۸). مطالعات تجربی نشان داده‌اند که نظم‌جویی هیجانی علائم تجزیه را در افراد مبتلا به تروما و سوء استفاده جنسی در جوانان پیش‌بینی می‌کند (بری‌یر، هوجس و گودبوت، ۲۰۱۰؛ چاپلو، کریگ، بنت و مودروسکی، ۲۰۱۵؛ پاور، کراس، فانی و بردلی، ۲۰۱۵؛ هیبرت، لانگوین و اوساید، ۲۰۱۸). در نمونه‌ای از نوجوانانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند، نظم‌جویی هیجانی علائم تجزیه‌ای را پیش‌بینی می‌کند (ساندرمن و دی‌پرینس، ۲۰۱۵). از نظر گراتز و رومر (۲۰۰۴) تنظیم هیجانی مفهومی چندبعدی است که شامل ۱) آگاهی و فهم هیجان‌ها، ۲) پذیرش هیجان‌ها، ۳) توانایی مهار رفتارهای تکانش‌گرانه و رفتار کردن در تطابق با اهداف

3. disinhibition

4. psychoticism

1. detachment

2. antagonism

مورد نظر در زمان تجربه هیجان‌های منفی، ۴) توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی درست در موقعیت‌ها و همچنین داشتن انعطاف در تنظیم پاسخ‌های هیجانی به منظور رسیدگی به مقتضیات محیطی و دستیابی اهداف. عدم وجود تقریبی هر یک یا همه این توانایی‌ها منجر به اشکال در نظم‌جویی هیجانی یا بدتنظیمی هیجانی می‌شود. افراد دارای نظم‌جویی هیجانی بالا توانایی بیشتری در پیش‌بینی درخواست‌های دیگران دارند، آنها تنیدگی‌های ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه کمتر امکان مبتلا شدن به اختلال افسردگی و خودکشی برای آنها وجود دارد (نیاکسیو و همکاران، ۲۰۱۸). نظم‌جویی هیجان، به منزله مؤلفه‌ای کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات خاص ارائه شده است. اختلالاتی همچون اختلال شخصیت مرزی، افسردگی عمده، دوقطبی، اضطراب تعمیم یافته، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، و اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد و الکل از جمله اختلالاتی هستند که نقش نظم‌جویی هیجانی در آنها بررسی و تأیید شده است (آلدانو، نولن هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰).

افراد مضطرب و افسرده سعی می‌کنند هیجان‌ها و عواطف منفی خود را بازداری کنند؛ این امر باعث بازگشت و تشدید این هیجان‌های منفی خواهد شد. این افراد، از بازداری هیجانی به عنوان یک راهکار پیش‌فرض، برای بهبود مزاج‌شان استفاده می‌کنند. علاوه بر این، افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی، برای رهایی از عواطف منفی، ممکن است دیگر راهبردهای نظم‌جویی هیجانی سازش‌ناافته، مانند اجتناب موقعیتی، استفاده از ایمنی‌بخش، منحرف کردن توجه، عقلانی کردن سوء مصرف مواد، را نیز به کار ببرند. این افراد با نپذیرفتن تجارب هیجانی منفی و اجتناب از آنها، فرصت یادگیری شیوه‌های سازش یافته و مؤثر مواجهه با حالت‌های فشار و اضطراب را از دست خواهند داد (کمپل - سیلز، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۰۶). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت می‌توانند به طور کلی تحریف روان‌گرایی از واقعیت مربوط به تنیدگی را، خصوصاً از طریق کاهش تنیدگی اصلاح کنند. از دست دادن واقعیت در اختلال شخصیت معمولاً یک عنصر تجزیه‌ای است (سایمونسن و نیوتون - هاوس، ۲۰۱۸). لیهی (۲۰۱۲) معتقد است هیجان و طرحواره‌های هیجانی به صورت غیرمستقیم از طریق گسترش راهبردهای کنار آمدن سازش

نایافته مثل نگرانی و اجتناب و تجزیه که منجر به تداوم تجربه بیمارگون می‌گردد، موجب افسردگی می‌شوند. پژوهش‌ها نیز موید این مطلب هستند که از آنجا که هیجان و تنظیم آن با اجتناب تجربی و تجارب تجزیه‌ای رابطه بالایی دارند، نباید از نقش آن در افسردگی چشم‌پوشی کرد (لیهی، تریچ و ملوانی، ۲۰۱۲؛ سیلبرستین، تریچ و لیهی، ۲۰۱۲؛ هیبرت و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس، هدف اصلی این پژوهش تبیین اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای در بیماران افسرده، براساس نقش میانجی نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی بود.

فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. صفات بیمارگون شخصیت به صورت معنادار تجارب تجزیه‌ای را پیش‌بینی می‌کند.
۲. اجتناب تجربی به صورت معنادار تجارب تجزیه‌ای را پیش‌بینی می‌کند.
۳. نظم‌جویی هیجانی به صورت معنادار تجارب تجزیه‌ای را پیش‌بینی می‌کند.
۴. اجتناب تجربی به صورت معنادار رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند.
۵. نظم‌جویی هیجانی به صورت معنادار رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد افسرده با سابقه خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روانشناسی شهر کرمان بود. از جامعه آماری یاد شده، با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، گروه نمونه این پژوهش شامل ۳۷۸ نفر بود که به روش نمونه‌برداری هدفمند گزینش شدند. روش مطلقی برای تعیین حجم نمونه در الگویابی معادلات ساختاری وجود ندارد. برخی از پژوهشگران حداقل حجم نمونه را ۱۰۰ در نظر می‌گیرند و حجم نمونه ۲۰۰ یا بالاتر را مطلوب توصیف می‌کنند (گامست، مایر و گوارینو، ۲۰۰۸). در سال‌های اخیر، روش نسبت آزمودنی به پارامترهای برآورد شده به وسعت در بین پژوهش‌گران با رویکرد الگویابی مورد استفاده قرار گرفته است. براساس این روش نسبت ۵:۱ آزمودنی‌ها به پارامترهای برآورد شده، حجم نمونه کوچک، نسبت ۱۰:۱ حجم نمونه مناسب و نسبت ۲۰:۱ حجم نمونه مطلوب را به وجود می‌آورد (لوماکس، شوماخر، ۲۰۰۴).

استیونس (۱۹۹۶؛ نقل از گامست و همکاران، ۲۰۰۸) نسبت ۱۵ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده و میشل (۱۹۹۳؛ نقل از گامست و همکاران، ۲۰۰۸) نسبت ۱۰ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده را توصیه می‌کنند (به تعداد ۸ متغیر مشاهده شده در این پژوهش).

برای اجرای این پژوهش، 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 کلینیک‌های روان پزشکی و روانشناسی و اجرای طرح موافقت گردید. پس از مراجعه به این مراکز و معرفی و توضیح فرآیند پژوهش به مدیران این مراکز و کلینیک‌ها، برای تمام افراد مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به این کلینیک‌ها، پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش، به همراه نامه‌ای که حاوی توضیحات مختصری درباره هدف اجرای پژوهش، علت تکمیل پرسشنامه و فرآیند پس از آن اشاره شده بود و برگه ثبت مشخصات افراد شامل (سن، تحصیلات، سابقه خودکشی یا اقدام به خودکشی یا روان‌درمانگری، شماره تماس) 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 تکمیل شده از افراد نمونه و احتساب نمرات آنها، این پرسشنامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه شخصیت براساس مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویراست پنجم: نسخه کوتاه - پرسشنامه شخصیت براساس مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویراست پنجم مایلس و همکاران (۲۰۱۵) شامل ۱۰۰ عبارت که پنج خرده مقیاس حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری زدایی؛ روان‌گسستگی گرابی؛ دشمنی را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از بسیار نادرست = تا بسیار درست =۳ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مایلس و همکاران (۲۰۱۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های مذکور در دامنه‌ای از ۰/۸۷ تا ۰/۹۶ و ضرایب همبستگی معناداری را بین خرده مقیاس‌های این ابزار با پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیتی نئو کاستا و مک کری (۱۹۹۲) گزارش کردند.

پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی: پرسشنامه اجتناب تجربی گامز و همکاران (۲۰۱۱) شامل ۶۲ عبارت است که ۶ خرده‌مقیاس

اجتناب رفتاری با شماره سؤال‌های ۱، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۵، ۵۹، پریشانی‌گریزی با شماره سؤال‌های ۲، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۴، ۳۸، ۴۴، ۵۰، ۵۴، ۴۸، ۶۱، تعویق با شماره سؤال‌های ۵، ۱۱، ۱۷، ۳۶، ۴۲، ۴۷، حواس‌پرتی / فرونشانی با شماره سؤال‌های ۳، ۹، ۱۵، ۲۲، ۲۷، ۳۳، ۴۰، انکار / سرکوبی با شماره سؤال‌های ۴، ۱۰، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۸، ۳۵، ۴۱، ۴۶، ۴۹، ۵۲، ۵۶، ۶۰، تحمل پریشانی با شماره سؤال‌های ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۲۹، ۳۷، ۴۳، ۴۸، ۵۳، ۵۷، ۶۲ را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از شدیداً موافقم =۵ تا شدیداً مخالفم =۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سؤال‌های ۲۳ و ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و عمل ($r=0.74$) به عنوان شاخصی از درستی آزمایی مناسب گزارش کردند. مرادی و همکاران (۱۳۹۶) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را گزارش کرد و با انجام تحلیل عاملی تأییدی نشان داد همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری شش متغیر مکنون اجتناب رفتاری، پریشانی‌گریزی، تعویق، حواس‌پرتی / فرونشانی، انکار سرکوبی و تحمل پریشانی برخوردار هستند. مقیاس تجارب تجزیه‌ای: مقیاس تجارب تجزیه‌ای برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶) شامل ۲۸ عبارت است نشانه‌های تجزیه‌ای و نه اختلال را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای از هرگز =۰ تا همیشه =۱۰۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فریشهولز و همکاران (۱۹۹۰) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. در پژوهش فریشهولز و همکاران (۱۹۹۰) افراد دچار اختلال‌های تجزیه‌ای نمره‌های بیشتری را نسبت به افراد سالم و افراد دچار اختلال شخصیت چندگانه نمره‌های بیشتری را نسبت به افراد دچار دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی در مقیاس تجارب تجزیه‌ای کسب کردند.

پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی: پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی گراتز و روتمر (۲۰۰۴) شامل ۳۶ عبارت است که شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با شماره سؤال‌های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹؛ دشواری در انجام رفتار هدفمند با شماره سؤال‌های ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳؛ دشواری در مهار تکانه با شماره سؤال‌های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی با شماره سؤال‌های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی با شماره سؤال‌های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶؛ و عدم وضوح هیجانی با شماره سؤال‌های ۱، ۴، ۵، ۷، ۹ را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای «۱=

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم: پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم ساخته بک و همکاران (۱۹۹۶) شامل ۲۱ ماده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند. 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 (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰). جو و همکاران (۲۰۰۰) 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 (۱۹۹۵)، برابر با ۰/۶۶، حاکی از درستی آزمایی مناسب گزارش کردند (نقل از فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی و آمار استنباطی شامل روش تحلیل مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Amos داده‌ها را مورد بررسی قرار دادیم. با استفاده از اطلاعات به دست آمده و وارد کردن آنها در نرم‌افزار SPSS داده‌های توصیفی زیر حاصل شد: در این پژوهش ۳۷۸ شرکت‌کننده (زن و مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۳۰/۰۴ و ۹/۳۱ حضور داشتند که ۱۹۴ نفر (۵۱/۳ درصد) از آنان متأهل، ۱۶۱ نفر (۴۲/۶ درصد) مجرد و ۲۳ نفر (۶/۱ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. میزان تحصیلات ۸۳ نفر (۲۲/۰ درصد) از شرکت‌کنندگان زیردیپلم، ۱۱۱ نفر (۲۹/۴ درصد) دیپلم، ۵۵ نفر (۱۴/۶ درصد) فوق دیپلم، ۱۰۰ نفر (۲۶/۵ درصد) لیسانس و ۲۹ نفر (۷/۷ درصد) بالاتر از لیسانس بود. گفتنی است که ۱۹۶ نفر (۵۱/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان شاغل و ۱۸۲ نفر (۴۸/۱ درصد) غیر شاغل بودند.

براساس نتایج جدول ۲ مؤلفه‌های صفات بیمارگون شخصیت و مؤلفه‌های نظم‌جویی هیجانی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با تجارب تجزیه‌ای همبسته بودند. همچنین مؤلفه‌های اجتناب رفتاری، پریشانی سازش‌ناافته، تعویق و حواس‌پرتی / فرونشانی اجتناب تجزیه به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ و مؤلفه‌های انکار / سرکوبی و تحمل پریشانی آن به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۵ با تجارب تجزیه‌ای همبسته بودند.

خیلی به‌ندرت» تا «۵= تقریباً همیشه» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. شماره سؤال‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی با پرسشنامه پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۲۰۰۴) درستی آزمایی همگرایی این ابزار گزارش کردند. در پژوهش خان‌زاده، سعیدیان، حسین چاری و ادریسی (۱۳۹۱) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، هشت عامل را برای این مقیاس آشکار ساخت که شش عامل آن با خرده‌مقیاس‌های پیشین هماهنگ بود و دو عامل دیگر، به دلیل بارگذاری تنها یک گویه حذف شدند. خان‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ گزارش کردند.

مقیاس افکار خودکشی بک BBSI: یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی می‌باشد. این پرسشنامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت بازخوردها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته‌های گذشته تهیه شده است. این مقیاس براساس ۳ درجه نقطه‌ای، از ۲-۰ تنظیم شده است. نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۳۸-۰ قرار دارد. سؤالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، فراوانی افکار خودکشی، احساس خود مهارگری، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در آزمون افکار خودکشی ۵ سؤال غربالگری وجود دارد. اگر پاسخ‌ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال و نافع باشد، سپس آزمودنی بایستی ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. در مقیاس بک برای شناسایی میزان افکار خودکشی فرم خاصی تهیه نشده است و لیکن از نظر محتوای سؤالات می‌توان خطر خودکشی را به شرح زیر تعیین کرد. (۵-۰) داشتن افکار خودکشی؛ (۱۹-۶) آمادگی جهت خودکشی و (۳۸-۲۰) قصد اقدام به خودکشی. انیسی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین قابلیت اعتماد مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دو نیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد. بنابراین قابلیت اعتماد درونی، قابلیت اعتماد آزمون - بازآزمون و درستی آزمایی همزمان در این مقیاس وجود دارد.

مفروضه هم خطی بودن نیز در بین متغیرهای پیش بین برقرار بود. در نهایت براساس مقادیر کشیدگی و چولگی اطلاعات مربوط به «فاصله مهلنوبایس (D)» (که به ترتیب برابر با ۰/۵۷۶ و ۰/۱۹۶- به دست آمد) چنین نتیجه‌گیری شد که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌های این پژوهش برقرار است.

در ادامه شکل توزیع داده‌ها با استفاده از مقادیر کشیدگی و چولگی هر یک از متغیرها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مقادیر کشیدگی و چولگی آنها در محدوده $2 \pm$ و بنابراین توزیع داده‌ها نرمال بود. مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پیش‌بین نیز به ترتیب بزرگتر از ۰/۱ و کوچک‌تر از ۱۰ بودند. بنابراین

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
شخصیت بیمارگون - حالت عاطفی منفی	۴۵/۹۷	۱۵/۰۴	۰/۹۱۴
شخصیت بیمارگون - جدایی	۳۳/۲۷	۱۲/۷۴	۰/۸۸۶
شخصیت بیمارگون - بازداری زدایی	۳۰/۷۹	۱۰/۱۷	۰/۷۹۳
شخصیت بیمارگون - روان گسستگی‌گرایی	۱۷/۲۱	۶/۷۶	۰/۸۰۸
شخصیت بیمارگون - دشمنی	۲۵/۷۲	۱۰/۵۶	۰/۸۱۹
نظم‌جویی هیجان - پذیرش	۱۷/۷۰	۶/۱۸	۰/۸۰۴
نظم‌جویی هیجان - رفتار هدفمند	۱۷/۲۶	۴/۴۹	۰/۸۱۲
نظم‌جویی هیجان - مهار تکانه	۱۹/۳۶	۵/۱۷	۰/۷۶۸
نظم‌جویی هیجان - آگاهی هیجانی	۱۸/۲۲	۵/۳۴	۰/۷۵۷
نظم‌جویی هیجان - دسترسی به راهبردها	۲۵/۹۹	۷/۵۳	۰/۷۷۲
نظم‌جویی هیجان - وضوح هیجانی	۱۵/۳۷	۴/۷۴	۰/۶۸۴
اجتناب تجربی - اجتناب رفتاری	۳۳/۰۷	۹/۵۵	۰/۶۶۳
اجتناب تجربی - پریشانی سازش نیافته	۴۴/۱۰	۱۱/۶۹	۰/۷۶۰
اجتناب تجربی - تعویق	۲۸/۳۶	۵/۵۹	۰/۵۶۲
اجتناب تجربی - حواس‌پرتی / فرونشانی	۲۶/۹۵	۷/۰۷	۰/۷۹۶
اجتناب تجربی - انکار / سرکوبی	۳۶/۷۱	۱۰/۰۴	۰/۶۵۱
اجتناب تجربی - تحمل پریشانی	۳۵/۱۳	۱۱/۰۱	۰/۷۶۸
تجارب تجزیه‌ای	۱۳۳۲/۹۹	۶۶۱/۸۴	۰/۹۲۱
افکار خودکشی	۱۴/۴۱	۱۲/۲۲	۰/۷۷۲

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸
۱ - شخصیت بیمارگون	-																	
۲ - حالت عاطفی منفی	۰/۴۲ ^{۰۰}	-																
۳ - جدایی	۰/۵۳ ^{۰۰}	۰/۵۱ ^{۰۰}	-															
۴ - بازداري زدایی	۰/۵۳ ^{۰۰}	۰/۵۴ ^{۰۰}	۰/۶۰ ^{۰۰}	-														
۵ - شخصیت بیمارگون گرایي	۰/۳۴ ^{۰۰}	۰/۴۳ ^{۰۰}	۰/۶۱ ^{۰۰}	۰/۵۴ ^{۰۰}	-													
۶ - دشمنی	۰/۳۲ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۳۰ ^{۰۰}	۰/۳۱ ^{۰۰}	۰/۱۴ ^{۰۰}	-												
۷ - نظم جویی هیجان پذیرش	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۴۴ ^{۰۰}	۰/۳۱ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۱۰ ^{۰۰}	۰/۶۱ ^{۰۰}	-											
۸ - رفتار هدفمند	۰/۳۱ ^{۰۰}	۰/۴۸ ^{۰۰}	۰/۳۶ ^{۰۰}	۰/۲۶ ^{۰۰}	۰/۲۱ ^{۰۰}	۰/۶۵ ^{۰۰}	۰/۷۴ ^{۰۰}	-										
۹ - مهار تکانه	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۵۲ ^{۰۰}	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۲۱ ^{۰۰}	۰/۲۲ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۵۲ ^{۰۰}	-									
۱۰ - نظم جویی هیجان آگاهی هیجانی	۰/۳۱ ^{۰۰}	۰/۵۱ ^{۰۰}	۰/۳۴ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۱۸ ^{۰۰}	۰/۶۷ ^{۰۰}	۰/۷۶ ^{۰۰}	۰/۴۰ ^{۰۰}	-									
۱۱ - دسترسی راهبردها	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۴۸ ^{۰۰}	۰/۳۲ ^{۰۰}	۰/۳۶ ^{۰۰}	۰/۲۱ ^{۰۰}	۰/۵۰ ^{۰۰}	۰/۳۹ ^{۰۰}	۰/۴۹ ^{۰۰}	۰/۴۳ ^{۰۰}	۰/۵۱ ^{۰۰}	-							
۱۲ - وضوح هیجانی	۰/۱۷ ^{۰۰}	۰/۱۰ ^{۰۰}	۰/۱۳ ^{۰۰}	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۲۳ ^{۰۰}	۰/۲۰ ^{۰۰}	۰/۰۸	۰/۲۳ ^{۰۰}	۰/۱۰ ^{۰۰}	-						
۱۳ - اجتناب تجربی	۰/۲۶ ^{۰۰}	۰/۲۶ ^{۰۰}	۰/۱۷ ^{۰۰}	۰/۱۱ ^{۰۰}	۰/۰۴	۰/۳۲ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۲۰ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۲۰ ^{۰۰}	۰/۷۸ ^{۰۰}	-					
۱۴ - پریشانی سازش	۰/۲۸ ^{۰۰}	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۲۷ ^{۰۰}	۰/۱۷ ^{۰۰}	۰/۰۸	۰/۲۳ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۳۴ ^{۰۰}	۰/۱۹ ^{۰۰}	۰/۵۸ ^{۰۰}	۰/۶۰ ^{۰۰}	-				
۱۵ - نایافته	۰/۱۶ ^{۰۰}	۰/۰۶	۰/۱۲ ^{۰۰}	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۰۱	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۱۴ ^{۰۰}	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۶۷ ^{۰۰}	۰/۶۵ ^{۰۰}	۰/۴۹ ^{۰۰}	-			
۱۶ - اجتناب تجربی	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۳۲ ^{۰۰}	۰/۳۹ ^{۰۰}	۰/۲۸ ^{۰۰}	۰/۳۶ ^{۰۰}	۰/۱۲ ^{۰۰}	۰/۰۳	۰/۲۱ ^{۰۰}	۰/۲۸ ^{۰۰}	۰/۱۳ ^{۰۰}	۰/۲۷ ^{۰۰}	۰/۳۶ ^{۰۰}	۰/۴۲ ^{۰۰}	۰/۴۴ ^{۰۰}	۰/۵۴ ^{۰۰}	-		
۱۷ - انکار / سرکوبی	۰/۱۱ ^{۰۰}	۰/۲۸ ^{۰۰}	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۲۰ ^{۰۰}	۰/۲۷ ^{۰۰}	۰/۲۰ ^{۰۰}	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۳۰ ^{۰۰}	۰/۴۴ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۵۰ ^{۰۰}	۰/۳۲ ^{۰۰}	-	
۱۸ - تحمل پریشانی	۰/۱۷ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۱۸ ^{۰۰}	۰/۵۶ ^{۰۰}	۰/۴۴ ^{۰۰}	۰/۴۱ ^{۰۰}	۰/۱۷ ^{۰۰}	۰/۵۱ ^{۰۰}	۰/۳۱ ^{۰۰}	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۲۱ ^{۰۰}	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۱۶ ^{۰۰}	۰/۱۱ ^{۰۰}	۰/۱۰ ^{۰۰}	-
میانگین	۴۵/۹۷	۳۳/۲۷	۳۰/۷۹	۱۷/۲۱	۲۵/۷۲	۱۷/۷۰	۱۷/۲۶	۱۷/۲۶	۱۹/۳۶	۱۸/۲۲	۲۵/۹۹	۱۵/۳۷	۳۳/۰۷	۴۴/۱۰	۲۸/۳۶	۲۶/۹۵	۳۶/۷۱	۳۵/۱۳

جدایی، بازداري زدایی، روان گسستگی گرایي و دشمنی)، نظم جویی هیجانی (با نشانگرهای عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در

تحلیل مدل: مدل اندازه گیری این پژوهش از سه متغیر مکنون صفات بیمارگون شخصیت (با نشانگرهای حالت عاطفی منفی،

مرحله دوم اصلاح و در نهایت شاخص‌های برازندگی به دست آمد که نشان داد، مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد ($\chi^2/df = 3/36$ ، $GFI = 0/910$ ، $CFI = 0/939$ ، $RMSEA = 0/079$).

پس از اطمینان از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری پژوهش، مدل ساختاری پژوهش آزمون شد. در مدل ساختاری پژوهش چنان فرض شده بود که صفات بیمارگون شخصیت هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی بر تجارب تجزیه‌ای اثر دارد. مدل ساختاری پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت و نتایج نشان داد که مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد ($\chi^2(N = 378, df = 145) = 487/2$ ، $GFI = 0/935$ ، $CFI = 0/935$ ، $RMSEA = 0/079$). جدول ۳ اثرات کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. اثرات کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری				
متغیر پیش بین	متغیر ملاک	B	S.E	Sig
اثر صفات بیمارگون	نظم‌جویی هیجانی	0/255	0/034	0/001
اثر صفات بیمارگون	اجتناب تجربی	0/196	0/060	0/001
اثر نظم‌جویی هیجانی	تجارب تجزیه‌ای	2/264	0/326	0/001
اثر اجتناب تجربی	تجارب تجزیه‌ای	0/708	0/174	0/001
اثر مستقیم صفات بیمارگون	تجارب تجزیه‌ای	0/036	0/162	0/902
اثر غیر مستقیم صفات بیمارگون	تجارب تجزیه‌ای	0/717	0/127	0/001
اثر کل صفات بیمارگون	تجارب تجزیه‌ای	0/753	0/158	0/001

نتیجه‌گیری شد که نظم‌جویی هیجانی به صورت مثبت و معنادار بر تجارب تجزیه‌ای اثر دارد. همچنین اثر غیر مستقیم صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای مثبت و در سطح 0/01 معنادار است ($\beta = 0/314$ ، $P < 0/01$). بنابراین متغیرهای نظم‌جویی هیجانی و اجتناب تجربی اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش اجتناب تجربی و نظم‌جویی هیجانی در میانجی‌گری اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای، فرمول پیشنهادی (بارون و کنی ۱۹۸۶)، به نقل از مالنکروت و همکاران، (۲۰۰۶) به کار گرفته شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی) و اجتناب تجربی (با نشانه‌های اجتناب رفتاری، پریشانی سازش نیافته، تعویق، حواس‌پرتی/ فرونشانی، انکار/ سرکوبی و تحمل پریشانی) تشکیل شده بود. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش به وسیله تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 18.0 و برآورد بیشینه احتمال (ML) مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که به استثنای شاخص برازندگی CFI و RMSEA دیگر شاخص‌های برازندگی از برازش مدل اولیه اندازه‌گیری پژوهش با داده‌های گردآوری شده حمایت نمی‌کند ($\chi^2/df = 3/99$ ، $GFI = 0/892$ ، $CFI = 0/922$ ، $AGFI = 0/832$ و $RMSEA = 0/089$). به همین دلیل مدل اندازه‌گیری در دو مرحله با ایجاد کوواریانس بین نشانه‌های حواس‌پرتی/ فرونشانی اجتناب تجربی و رفتار هدفمند نظم‌جویی هیجانی در مرحله اول و ایجاد کوواریانس بین نشانه‌های اجتناب رفتاری و عدم پذیرش پاسخ هیجانی در

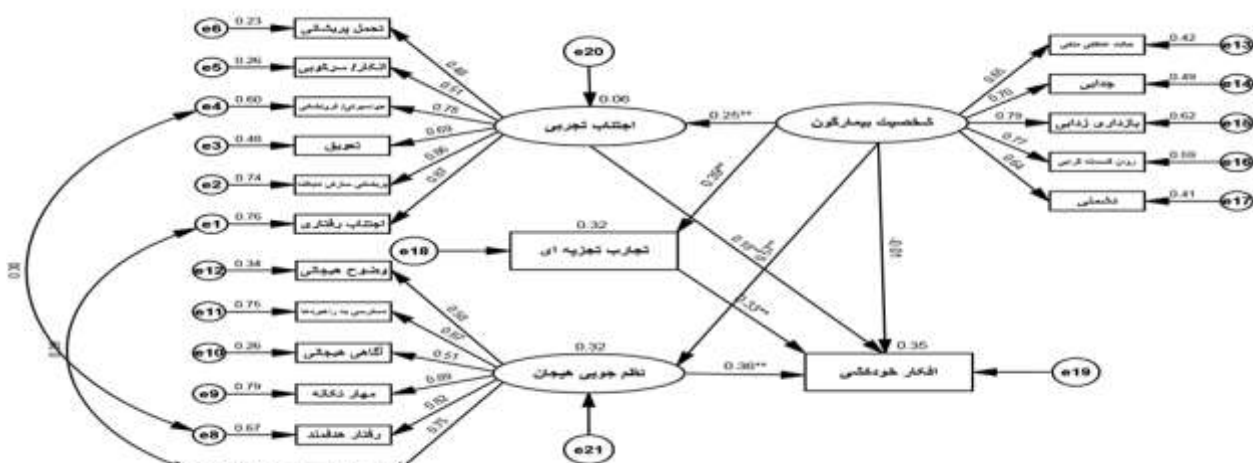
جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر کل صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای ($\beta = 0/314$ ، $p < 0/01$) مثبت و در سطح 0/01 معنادار است. براین اساس در آزمون فرضیه اول چنین نتیجه‌گیری شد که صفات بیمارگون شخصیت به صورت مثبت و معنادار بر تجارب تجزیه‌ای اثر دارد. اثر اجتناب تجربی بر تجارب تجزیه‌ای ($p < 0/01$)، $\beta = 0/249$) نیز مثبت و در سطح 0/01 معنادار بود. بدین ترتیب در آزمون فرضیه دوم چنین نتیجه‌گیری شد که اجتناب تجربی به صورت مثبت و معنادار بر تجارب تجزیه‌ای اثر دارد. از طرفی، نظم‌جویی هیجانی بر تجارب تجزیه‌ای ($\beta = 0/449$ ، $p < 0/01$) مثبت و در سطح 0/01 معنادار است. بر همین مبنا در آزمون فرضیه سوم چنین

جدول ۴. آزمون معناداری نقش میانجیگر اجتناب تجربی و نظم جویی هیجان

مسیرها	a*b	β	SE _{ab}	Z
صفات بیمارگون ← نظم جویی هیجانی ← تجارب تجزیه‌ای	۰/۵۷۷	۰/۲۴۱	۰/۱۱۴	۵/۰۶**
صفات بیمارگون ← اجتناب تجربی ← تجارب تجزیه‌ای	۰/۱۳۹	۰/۰۵۸	۰/۰۵۵	۲/۵۲*

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر غیر مستقیم بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای از طریق اجتناب تجربی ($p < ۰/۰۵$)، آزمون فرضیه چهارم چنین نتیجه‌گیری شد که اجتناب تجربی به صورت مثبت و معنادار اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند. شکل ۱ مدل پژوهش اثر صفات بیمارگون شخصیت، نظم جویی هیجان، اجتناب تجربی بر تجارب تجزیه‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر غیر مستقیم بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای از طریق اجتناب تجربی ($p < ۰/۰۵$)، آزمون فرضیه چهارم چنین نتیجه‌گیری شد که اجتناب تجربی به صورت مثبت و معنادار اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند. هم‌چنین اثر غیر مستقیم صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای از طریق نظم جویی هیجانی



شکل ۱. مدل کلی پژوهش و ضرایب مسیر متغیرها براساس نمره‌های استاندارد

تجارب تجزیه‌ای مرتبط است. کناره‌گیری و بی‌علاقگی به تعامل‌های اجتماعی به افراد با صفت جدایی بالا و دنیای تهدیدآمیز و طردکننده در افراد با صفت دشمنی بالا منجر به فاصله‌گیری روانی و عاطفی به شکل تجزیه در این افراد می‌گردد (کاپیل و همکاران، ۲۰۰۲). بدتنظیمی روانشناختی و هیجانی در افراد با صفت بالای بازداری‌زدایی ممکن است رابطه‌این 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 روان گسستگی‌گرایی را نشان می‌دهند که از جمله نشانگرهای تجارب تجزیه‌ای هستند (روئیز و همکاران، ۱۹۹۹).

اختلال‌ها و ویژگی‌های شخصیتی خاص با بروز تجربه‌های تجزیه‌ای مرتبط دانسته شده است (گریب و همکاران، ۱۹۹۹؛ والدو و مریت،

در مدل شکل ۱ ملاحظه می‌شود که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر تجارب تجزیه‌ای برابر با ۰/۳۰ به دست آمد. این یافته بیانگر آن است که متغیرهای صفات بیمارگون شخصیت، نظم جویی هیجانی و اجتناب تجربی در مجموع ۳۰ درصد از واریانس تجارب تجزیه‌ای را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، «تبیین اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای براساس نقش میانجی نظم جویی هیجانی و اجتناب تجربی» بود. نتایج این پژوهش نشان داد که صفات بیمارگون شخصیت اثر مثبت و معناداری بر تجارب تجزیه‌ای دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افسردگی و آسیب‌پذیری در بیماران با صفت عاطفه‌پذیری منفی با احساسات در هم شکستن و ناتوانی در کنار آمدن با تجارب منفی در این افراد و گرایش به

(۲۰۰۰). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت می‌توانند به طور کلی تحریف روان‌گرایی از واقعیت مربوط به تنیدگی را، خصوصاً به صورت کاهش تنیدگی اصلاح کنند. از دست دادن واقعیت در اختلال شخصیت معمولاً یک عنصر تجزیه دارد (سایمونسن و نیوتون - هاوس، ۲۰۱۸). فرایند تجزیه می‌تواند به عنوان پاسخ اولیه به تنیدگی شناخته شود که ذهن را از نابسامانی‌ها و احساسات فروپاشی شده، از طریق حذف موقت محتویات ذهنی از آگاهی و از طریق اختلالات متعدد بین حالت‌های ذهنی محافظت می‌کند (اسکیمنتی، ۲۰۱۶). با این حال، هنگامی که یک فرد در معرض تجربیات متعدد تروماتیک قرار می‌گیرد و به خصوص هنگامی که چنین تجربیاتی در دوران کودکی اتفاق می‌افتد، هنگامی که یک کودک توانایی کمی برای خود نظم‌جویی دارد، تجزیه ممکن است یک "سازمان روانشناختی" کل شخصیت فرد شود. در این شرایط، فعالیت‌های بیش از حد فرآیندهای تجزیه‌ای، عملکرد ذهنی و رفتاری فرد را به خطر می‌اندازد، به طوری که تجزیه‌پذیری پاتولوژیک و فراگیر می‌شود و ممکن است به علائم شدید روان پزشکی منجر شود (اسکیمنتی، ۲۰۱۸). به طور مشخص، قرار گرفتن در معرض تجربیات متعدد تروماتیک با الگوهای شخصیتی کمتر انعطاف‌پذیر و الگوهای شخصیتی بیمارگون همراه بوده است (برتنس، تریپاتی، یانگ، جیمز و کیلتس، ۲۰۱۵) و مطالعات طولی نقش میانجی‌کننده ویژگی‌های شخصیت در رابطه بین تجربیات آسیب‌زا و آسیب‌شناسی روانی را نشان داده است (اسپینهاون، الزینگا، وان همرت، دی‌روج و پنیکس، ۲۰۱۶).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که اجتناب تجربی به صورت مثبت و معنادار بر تجارب تجزیه‌ای اثر دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که اجتناب تجربی عبارت است از عدم تمایل برای تجربه رویدادهای شخصی دردناک و آزارنده، و همراه با تلاش‌هایی است که شکل و فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی را که این موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند؛ مهار، سرکوب و بازداری (لوپز و همکاران، ۲۰۱۰)؛ پس در کوتاه مدت می‌توان اجتناب تجربی را شکلی از تنظیم هیجانی سازش یافته در نظر گرفت (شالز و مورل، ۲۰۱۰)؛ و تا زمانی که اجتناب از تجربه‌های درونی ناخواسته، به یک الگوی انعطاف‌ناپذیر تجربه و پاسخ تبدیل نشده است، می‌توان گفت که مشکل ساز نیستند (دوورسکی، پارگامنت، وونگ و ایکسلاین، ۲۰۱۶). اما از آنجا که فرآیند اجتناب

تجربی از طریق تقویت منفی به طور کوتاه‌مدت ناراحتی و درد را تسکین می‌دهد، در بلندمدت می‌تواند منجر به حفظ و تداوم رفتار و هیجان‌های منفی شود (برمان، ویتون، مک گرات و آبرامویتز، ۲۰۱۰). زیرا تلاش‌های سخت برای جلوگیری از تجارب شخصی منفی، ظاهراً به تکرار و تشدید پریشانی‌های روانشناختی منجر شود، در این صورت با فعالیت‌های معنادار زندگی تداخل می‌یابد (کاشدان، باریوس، فورسیس و استیگر، ۲۰۰۶).

محققان اشاره دارند که چنین تلاش‌هایی برای جلوگیری از هیجانان، افکار، خاطرات و احساسات ناخواسته ممکن است در ابتدا فرکانس و شدت چنین رویدادهای خصوصی را کاهش دهد. با این حال، نهایتاً این تلاش‌های اجتنابی منجر به افزایش این تجارب خصوصی نیز می‌شود (هایز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال، ۱۹۹۶). تلاش برای دور شدن از تجربیات خصوصی ناخواسته، به نظر می‌رسد که به مشکلات روانی و رفتاری (مثلاً مصرف مواد، اضطراب، افسردگی، رفتار خودکشی، ریسک‌پذیری، رفتارهای پرخطرگرانه) منجر شود (مارکس و اسلوان، ۲۰۰۵).

در بسیاری از پژوهش‌ها، اجتناب از تجربه در شکل‌گیری، تداوم و تشدید بسیاری از اختلالات و حتی مشکلات موجود در روابط بین فردی مورد تأیید قرار گرفته است؛ برای مثال، یکی از ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی، اجتناب یا فرار از موقعیت‌ها یا محرک‌هایی است که منجر به فراخواندن اضطراب می‌شود. پیامد فوری این نوع از تلاش‌ها، رهایی فوری از حالات آزاردهنده‌ای است که فرد تجربه می‌کند ولی در بلندمدت، شدت، فراوانی و مدت زمان این تجارب آزاردهنده به حدی می‌رسد که فرد زندگی خود را محدود می‌کند و هر کاری برای رهایی از این حالات آزاردهنده انجام می‌دهد (جاراسکیو و همکاران، ۲۰۱۳). اجتناب رفتاری و شناختی نیز که از ابعاد اجتناب از تجربه هستند، پایه و اساسی برای شکل‌گیری و تداوم افسردگی به شمار می‌روند (شاهر و هر، ۲۰۱۱). یافته‌ها همچنین نشان داد که نظم‌جویی هیجانی به صورت مثبت و معنادار بر تجارب تجزیه‌ای اثر دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های بری‌ر و همکاران (۲۰۰۶)، چاپلو و همکاران (۲۰۱۵)، پاور و همکاران (۲۰۱۵)، ساندرومن و دی‌پرینس (۲۰۱۵) و هیبرت و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که برخی نویسندگان تجزیه را به عنوان پیامد شکست در تلاش‌های تنظیم هیجانان می‌دانند (چاپلو

تجربیات تجزیه‌ای مربوط به تروما در نظر گرفته شوند (فورد، ۲۰۱۳). نظم‌جویی هیجانی همبستگی قوی‌ای با آسیب‌های دوران کودکی دارد و نظم‌جویی هیجانی ممکن است عامل مهمی در توجه به رشد و حفظ علائم تجزیه‌ای باشد (پاور و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجانی ضعیف پیش‌بینی کننده شدت علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه است (تول، بارت، مک‌میلان و روئمر، ۲۰۰۷) و میزان عملکرد سازش یافتگی کلی در افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه را پیش‌بینی می‌کند (کلویتره، میراندا، استووال-مک‌کلاف و هان، ۲۰۰۵). این امر نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجانی ممکن است مکانیسمی باشد که باعث تشدید یا ماندگاری علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود.

علائم و نشانه‌های مسخ شخصیت و / یا مسخ واقعیت در زمینه علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه زیرگروه تجزیه‌ای را در افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه تشکیل می‌دهند. این زیرگروه توسط تحقیقات تصویرسازی عملکردی به فن تشدید مغناطیسی^۲ (fMRI) توسط لانیوس و همکاران (۲۰۱۰) پشتیبانی می‌شود. این محققان دریافته‌اند که در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه تجزیه‌ای، زیر - تعاملی هیجانی در واکنش به خاطرات آسیب‌دیده نشان داده شده است که نشان‌دهنده فعال‌سازی نابهنجار در مناطق مغزی درگیر در تنظیم هیجانی است که مانع از عملکرد قشر پیش-پیشانی مغز در ناحیه لیمبیک می‌شود. هم‌چنین سایر تحقیقات در مورد شرکت‌کنندگان با اختلال تنیدگی پس از سانحه نشان داد افرادی که دارای سطوح بالای تجزیه هستند، پاسخ‌های زودهنگام قشری به محرک‌های هیجانی را به میزان قابل توجهی افزایش دادند، که نشان می‌دهد نشانه‌های تجزیه‌ای ممکن است با واکنش‌پذیری خودکار به محرک‌های تهدیدآمیز مرتبط باشد (کلیموا، برایانت، ویلیامز و لویس فیلمینگام، ۲۰۱۳). این مطالعات از این ایده پشتیبانی می‌کند که تجزیه شکلی از تنظیم هیجانی است که برای کنار آمدن با سطوح بالای تحریک استفاده می‌شود (پاور و همکاران، ۲۰۱۵). یافته دیگر پژوهش نشان داد که اجتناب تجربی به صورت مثبت و معنادار اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند.

و همکاران، ۲۰۱۵). فورد (۲۰۱۳) از تجزیه به عنوان یک پاسخ بیولوژیکی مبتنی بر خود نظم‌جویی نسبت به هیجانات شدید دفاع می‌کند. او بیان می‌کند که تقویت توانایی‌های خود نظم‌جویی برای درمان تجزیه ضروری است. بنابراین، در حالی که برخی از محققان بر این باورند که تجزیه به صورت یک استراتژی تنظیم هیجانات است، بیشتر کارشناسان در این زمینه بر این نظرند که تجزیه نتیجه نقص‌هایی در توانایی خود نظم‌جویی اثربخش هیجانات شدید می‌باشد. بنابراین، نقص در حوزه تنظیم هیجان مقدم بر وقوع علائم تجزیه، فرض می‌شود (هیبرت و همکاران، ۲۰۱۸).

تجزیه را می‌توان به عنوان نتیجه تغییر غیرارادی حالت‌های خود تنظیمی که توسعه روانی - اجتماعی حالت‌های دفاعی مرتبط با تهدید را تسهیل می‌کند، در نظر گرفت (فورد، ۲۰۰۹). علائم تجزیه شدید به عنوان سازش‌یافتگی‌های پس از ترومای ناخواسته و غالباً ناخودآگاه تصور می‌شود که زمانی رخ می‌دهد که یک فرد نمی‌تواند "خاطرات آسیب‌پذیر، تأثیرات، احساسات، باورها یا رفتارها" را تحمل کند (سازمان بین‌المللی مطالعه تروما و تجزیه^۱، ۲۰۱۱). فورد معتقد است که این اساساً تغییرات بنیادی در خود نظم‌جویی را توصیف می‌کند. به طور خاص، این تجربیات و علائم تجزیه‌ای پس از تروما می‌تواند به عنوان یک تغییر در خود نظم‌جویی، از عملیات روانشناختی متمرکز بر رشد گرفته تا گوش به زنگ بودن بر اساس بقا، شناخته شود که منجر به کاهش ظرفیت برای حفظ یکپارچگی و انسجام مجموعه‌ای از بازنمایی‌های ذهنی و روابط می‌شود (فورد، ۲۰۱۳). خود تنظیمی، استقرار ظرفیت‌های روانشناختی برای حفظ ایمنی، یکپارچگی، توسعه، رفاه و دستیابی به هدف فرد و روابط اصلی آن است. تنظیم هیجان، از جمله توانایی مدولاسیون (یعنی جلوگیری، پیش‌بینی و بهبودی) هیجانات منفی و تجربه هیجانات مثبت، زیرمجموعه خود تنظیمی است که اغلب در رابطه با تروما و تجزیه مورد مطالعه قرار می‌گیرد (فورد، ۲۰۱۳). همچنین از دیدگاه خود تنظیمی، تجزیه تغییر حالت‌های دفاعی عملیات روانی است، نه از دست دادن و یا شکست در آن، و نه تنها کارکردهای اجرایی، بلکه همه دامنه‌های خود تنظیمی را شامل می‌شود (لانیوس و همکاران، ۲۰۱۰). این نشان می‌دهد که کارکردهای اجرایی تنها یکی از چندین دامنه خود تنظیمی هستند که باید در هنگام مفهوم سازی یا ارزیابی

2. Functional magnetic resonance imaging

1. International Society for the Study of Trauma and Dissociation

تاکنون در مورد صفات بیمارگون شخصیت مدل‌های مختلفی معرفی شده است که هر کدام به نوعی آن را شامل صفات حالت عاطفی منفی، صفات جدایی، صفات دشمنی، صفات بازداری زدایی، صفات روان گسستگی گرای و غیره مطرح کرده‌اند که در مورد این موارد قبلاً بحث شده است در این میان، پژوهش‌های مختلفی گزارش شده است که اجتناب تجربی در سلامت روانی و سلامت عمومی افراد نقش معناداری را ایفا می‌کند (کریمی و ایزدی، ۱۳۹۴) و می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلالات روانی به دنبال تجربه رویدادهای آسیب‌زا نقش مهمی داشته باشد. در پژوهشی که توسط ایورسون و همکاران در سال ۲۰۱۲، انجام شده است ارتباط معناداری بین اجتناب تجربی و اختلال شخصیت گزارش شده است. همچنین نتایج پژوهش پیکت و همکاران (۲۰۱۲)، نیز ارتباط مثبت و معناداری را بین اجتناب تجربی و ابعاد گوناگون شخصیت گزارش کرده‌اند. از طرفی دیگر، در بررسی فرضیه دوم این پژوهش، نتایج بیانگر ارتباط مثبت بین متغیر اجتناب تجربی و تجارب تجزیه‌ای بوده‌اند. به طور کلی با توجه به گزارش رابطه مثبت بین صفات بیمارگون شخصیت و اجتناب تجربی (ایورسون، فولت، پیستورلو و فروزتی، ۲۰۱۲ و پیکت، لودیس، پارخیل و اورکوت، ۲۰۱۲) و همچنین ارتباط مثبت بین اجتناب تجربی و تجارب تجزیه‌ای می‌توان گفت که اجتناب تجربی به صورت معنادار رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که متغیری دیگری به نام نظم‌جویی هیجان، اثر صفات بیمارگون شخصیت بر تجارب تجزیه‌ای را میانجی‌گری می‌کند.

در پژوهش‌های مختلفی ارتباط بین صفات بیمارگون شخصیت و نظم‌جویی هیجانی گزارش شده است. پولوک، مک‌کابه، سودارد و زیگلر - هیل (۲۰۱۶) پژوهشی را با هدف بررسی رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و نظم‌جویی هیجانی انجام دادند که به این نتایج دست یافتند که بین صفات بیمارگون شخصیت و جنبه‌هایی خاص از نظم‌جویی هیجانی همبستگی وجود دارد (برای مثال: دشمنی با مشکلات مهار تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای کنار آمدن با احساسات همراه بود). و اینکه عواطف منفی، جدایی و دشمنی (انطباق‌پذیری) واکنش افراد نسبت به رویدادهای منفی بین فردی روزمره را تعدیل می‌کند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که ارتباطات مهمی بین صفات بیمارگون شخصیت و مشکلات تنظیم

هیجانی وجود دارد که می‌تواند بر روی مشکلات بین فردی که اغلب با آسیب‌شناسی شخصیت همراه است، رفع شود. از طرف دیگر، در بررسی فرضیه سوم این پژوهش نیز، وجود ارتباط مثبت بین نظم‌جویی هیجانی و تجارب تجزیه‌ای مطرح گردید که با نتایج پژوهش‌های بری‌یر و همکاران (۲۰۰۶)، چاپلو و همکاران (۲۰۱۵)، پاور و همکاران (۲۰۱۵)، ساندرومن و دی‌پرینس (۲۰۱۵) و هیبرت و همکاران (۲۰۱۸) همراستا بوده است. با توجه به آنچه گفته شد یعنی وجود ارتباط مثبت بین صفات بیمارگون شخصیت و نظم‌جویی هیجانی و رابطه مثبت بین نظم‌جویی هیجانی با تجارب تجزیه‌ای می‌توان گفت که نظم‌جویی هیجانی به صورت معنادار رابطه بین صفات بیمارگون شخصیت و افکار خودکشی را میانجی‌گری می‌کند.

در نهایت، بر اساس نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش و همسو بودن آن با نتایج پژوهش‌های قبلی و پیشینه موجود در رابطه با موضوع، می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفهومی مفروض که در این پژوهش بر اساس آن فرضیه‌های مذکور از طریق مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفتند از برازش مناسبی برخوردار است. از محدودیت‌های این پژوهش که می‌توان به آن اشاره کرد، تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌ها بود. خوشبختانه حداقل نیمی از آزمودنی‌ها با حوصله و علاقه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. با وجود این ممکن است این محدودیت برای آزمودنی‌ها خستگی ایجاد کرده و نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزار خودگزارشی بود که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند. از این رو، پیشنهاد می‌شود جهت رسیدن به نتایج بهتر در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه و مشاهده استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده از حجم نمونه بزرگتر استفاده شود. با توجه به حائز اهمیت بودن بحث نظم‌جویی هیجانی، پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌هایی به منظور آموزش توانش‌های نظم‌جویی هیجانی برای افراد برگزار شود. در نظر گرفتن آموزش تنظیم هیجانات به پروتکل‌های درمان برای افراد با نشانه‌های تجزیه‌ای، با توجه به توسعه درک هیجانی و راهبردهای نظم‌جویی هیجانی سازش یافته، ممکن است به کاهش گرایش این افراد به استفاده از تجزیه به عنوان یک استراتژی تنظیم هیجانات و افزایش موفقیت درمان و عملکرد کلی

کمک کند.

منابع

- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of traumatic Stress*, 23(6), 767-774.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Černis, E., Cooper, M., & Chan, C. (2018). Developing a new measure of dissociation: The Dissociative Experiences Measure, Oxford. *Psychiatry research*, 269, 229-236.
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272-285.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-890.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124.
- Dworsky, C. K. O., Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 258-265.
- Egeland, J., Rund, B. R., Sundet, K., Landrø, N. I., Asbjørnsen, A., Lund, A., ... & Hugdahl, K. (2003). Attention profile in schizophrenia compared with depression: differential effects of processing speed, selective attention and vigilance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 276-284.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29-36.
- Ford, J. D. (2009). Dissociation in complex posttraumatic stress disorder or disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, 471-483.
- Ford, J. D. (2013). How can self-regulation enhance our understanding of trauma and dissociation? *Journal of Trauma & Dissociation*, 14, 237-250.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., et al. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(3), 151-153.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance
- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین و احمدی نوده، خدابخش (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۲۳(۷)، ۳۳-۳۷.
- خانزاده، مصطفی؛ حسین چاری، مسعود؛ سعیدیان، محسن و ادریسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶.
- فتحی آشتیانی، علی؛ داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). *آزمون‌های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: بعثت.
- کریمی، جواد؛ ایزدی، راضیه (۱۳۹۴). بررسی نقش اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب بر سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری. *انجمن علمی پرستاری ایران*، ۱۰(۴)، ۳۲-۴۲.
- مرادی، آسیه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ کریمی نژاد، کلثوم و ضابط، مریم (۱۳۹۶). تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی (MEAQ). *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۶(۲)، ۵۷-۸۲.
- موسوی، سیده فاطمه؛ دبیری، سولماز و نصیری‌پور، صدیقه (۱۳۹۷). نقش عملکرد خانواده و تحول مثبت نوجوانی در پیش‌بینی افسردگی دختران نوجوان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۲)، ۹۱۹-۹۲۵.
- نجارزادگان، فاطمه و فرهادی، هادی (۱۳۹۸). اثربخشی کیفیت زندگی در مانگري بر مهارت‌های ارتباطی، اعتیاد به فضای مجازی، رضایت زناشویی و خودنظم‌جویی هیجانی در زوجین. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۴)، ۲۴۷-۲۵۶.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 109-113.
- Brents, L. K., Tripathi, S. P., Young, J., James, G. A., & Kiltz, 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.

- violence among college students in Iran. *Asian journal of psychiatry*, 23, 51-55.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 185-196.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2016). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry research*, 243, 97-99.
- Klimova, A., Bryant, R. A., Williams, L. M., & Louise Felmingham, K. (2013). Dysregulation in cortical reactivity to emotional faces in PTSD patients with high dissociation symptoms. *European journal of psychotraumatology*, 4, 4: DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20430.
- Kwapil, T. R., Wrobel, M. J., & Pope, C. A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 431-443.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Leahy, R.L., Tirsch, D.D., & Melwani, P.S. (2012). Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- Levin, M. E., Krafft, J., Pierce, B., & Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 61, 158-163.
- Li, J., Xu, C., Cao, X., Gao, Q., Wang, Y., Wang, Y., ... & Zhang, K. (2013). Abnormal activation of the occipital lobes during emotion picture processing in major depressive disorder patients. *Neural regeneration research*, 8(18), 1693-701.
- Lomax, R. G., & Schumacker, R. E. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.
- López, J. C., Ruiz, F. J., Feder, J., Rubio, A. B., Aguirre, J. S., Rodríguez, J. A., & Luciano, C. (2010). The role of experiential avoidance in the performance on a high cognitive demand task. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(3), 475-488.
- Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692.
- Gamst, G., Meyers, L. S., & Guarino, A. J. (2008). *Analysis of variance designs: A conceptual and computational approach with SPSS and SAS*. Cambridge University Press.
- Grabe, H. J., Goldschmidt, F., Lehmkuhl, L., Gänssicke, M., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32(6), 319-324.
- Granieri, A., Guglielmucci, F., Costanzo, A., Caretti, V., & Schimmenti, A. (2018). Trauma-related dissociation is linked with maladaptive personality functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-8.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*, 225, 306-312.
- Hugdahl, K., Lund, A., Asbjørnsen, A., Egeland, J., Landrø, N. I., Roness, A., ... & Sundet, K. (2003). Attentional and executive dysfunctions in schizophrenia and depression: evidence from dichotic listening performance. *Biological psychiatry*, 53(7), 609-616.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187.
- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 415.
- 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.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459-489.
- Kamimura, A., Nourian, M. M., Assasnik, N., & Franchek-Roa, K. (2016). Depression and intimate partner

- disorder. *International journal of molecular sciences*, 17(8), 1279.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011. 1-8. doi:10.1155/2011/404538
- Schalz, J. E., & Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The Avoidance and Fusion Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 198.
- 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), 651-658.
- Segui, J., Ma, M., Garcia, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L., & Ortiz, M. (2000). Depersonalization in panic disorder: a clinical study. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 172-178.
- Shahar, B., & Herr, N. R. (2011). Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: A daily diary study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 676-681.
- Silberstein, L.R., Tirsch, D. & Leahy, R.L. (2012). Mindfulness, Psychological Flexibility and Emotional Schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 406-419.
- 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.
- Sundermann, J. M., & DePrince, A. P. (2015). Maltreatment characteristics and emotion regulation (ER) difficulties as predictors of mental health symptoms: results from a community-recruited sample of female adolescents. *Journal of Family Violence*, 30(3), 329-338.
- Tibubos, A. N., Zwerenz, R., Brähler, E. & Beutel, M. (2018). Personality Assessment in Online Psychotherapy Research. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(3), 1-8. doi: 10.1024/1661-4747/a000353
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2017). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46.
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., ... & Krueger, R. F. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*, 43(5), 569-583.
- Merckelbach, H., Boskovic, I., Pesy, D., Dalsklev, M., & Lynn, S. J. (2017). Symptom overreporting and dissociative experiences: A qualitative review. *Consciousness and Cognition*, 49, 132-144.
- Nakano, Y., Baba, H., Maeshima, H., Kitajima, A., Sakai, Y., Baba, K., ... & Arai, H. (2008). Executive dysfunction in medicated, remitted state of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 46-51.
- Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 48(1), 52-74.
- Pickett, S. M., Lodi, C. S., Parkhill, M. R., & Orcutt, H. K. (2012). Personality and experiential avoidance: A model of anxiety sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 246-250.
- 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.
- Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M., & Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(3), 214-220.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of psychiatric research*, 61, 174-179.
- Rose, E. J., & Ebmeier, K. P. (2006). Pattern of impaired working memory during major depression. *Journal of affective disorders*, 90(2-3), 149-161.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Ray, W. J. (1999). The relationship between dissociation and personality. *Personality and Individual Differences*, 27(2), 239-249.
- Saavedra, K., Molina-Márquez, A., Saavedra, N., Zambrano, T., & Salazar, L. (2016). Epigenetic modifications of major depressive

- Waldo, T. G., & Merritt, R. D. (2000). Fantasy proneness, dissociation, and DSM-IV Axis II symptomatology. *Journal of -Abnormal Psychology*, 109(3), 128-135.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype. *JAMA Psychiatry*, 69(7), 698–705.