

مقدمه

تجزیه^۱ عبارت است از سازوکاری دفاعی که فرد در پاسخ به فشارهای روانی غیرقابل تحمل بیرونی یا درونی به آن متوجه می‌شود. آسیب روحی، که به شکلی مکرر در زمان‌های حساس رشد و تکامل فرد رخ می‌دهند، بر روی ابعاد گوناگونی از تجربه شخص از وجود خود تأثیر می‌گذارند. تجزیه در حقیقت وقفه‌ای است که در استمرا و پیوستگی تجارب (هوشیاری) و حافظه رخ می‌دهد. دو جنبه از ناپیوستگی و انفصل را می‌توان گستینگی و بخش بخش کردن تجرب دانست. تجزیه در ابتدا به عنوان یک پاسخ سازگارانه مطرح می‌شود که درد و ترس و هراس ناشی از آسیب روانی را تحمل پذیرتر می‌کند ولی در صورت استمرا به تکامل شخصیتی و فرایند مستمر یکپارچه شدن خاطرات و درک فرد از خود و ادراک و هیجانات و احساسات فرد دیگر لطمه می‌زند. ناپیوستگی و انفصل شدیدتر در حافظه و هویت (فراموشی، فرار) می‌تواند از خلال این دفاع تجزیه‌ای ناشی شود و در نهایت این سازوکار می‌تواند به شکل گیری شخصیت‌های مستقل منجر شود که در قالب اختلال چندشخصیتی نمود می‌یابند (چاو^۲، ۲۰۱۱).

خصوصیت اساسی اختلالات تجزیه‌ای، گسیختگی در کارکردهای معمولاً پیوسته هوشیاری، حافظه، هویت یا ادراک محیط است. این گستیت ممکن است به صورت ناگهانی با تدریجی بروز کند و گذرا یا مزمن باشد. طبق DSM-IV-TR اختلالات تجزیه‌ای عبارت‌اند از: اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال مسخ شخصیت، فراموشی تجزیه‌ای، گریز تجزیه‌ای و اختلال تجزیه‌ای نامعین (садوک^۳، کاپلان^۴ و سادوک^۵، ۲۰۰۷).

کلیدواژه‌ها: روایی، اعتبار، تجرب تجزیه‌ای، نوجوانان.

مقیاس تجرب تجزیه‌ای نوجوانان

دکتر آدیس کراسکیان
استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج



در خصوص بررسی روایی^{۳۴} پرسش نامه تجارب تجزیه‌ای نوجوانان پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است که به چند نمونه اشاره می‌شود: آرمسترانگ و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که نوجوانانی که اختلالات تجزیه‌ای دارند در مقایسه با نوجوانانی که اختلالات روانی عمومی تری دارند (به عنوان مثال: کنترل تکانه؛ استفاده از مواد مخدر؛ اختلال عاطفی؛ اختلال نافرمانی مقابله جویانه؛ و اختلالات بالینی دیگر) نمره بسیار بالاتری در مقیاس A-DES به دست می‌آورند. کیسیل و لیونز (۲۰۰۱) و برونز^{۳۵}، پارزز^{۳۶}، شولد^{۳۷} و ریسج^{۳۸} (۲۰۰۰) نیز در نتیجه تحقیق خود نشان دادند که آن دسته از شرکت‌کنندگانی که تحت سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند، از کسانی که هیچ‌گونه سوءاستفاده‌ای از آن‌ها نشده بود نمره A-DES بسیار بالاتری به دست آوردند. زوروگلو و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که نوجوانان مبتلا به اختلال تجزیه‌ای در مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانان به صورت معناداری نمره بالاتری نسبت به نوجوانان مبتلا به سایر اختلالات نظیر: PTSD، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلق و AD(H)D و گروه غیربالینی کسب کردند.

هنجریابی در ایران

علایی فردزی و کراسکیان موجمباري (۲۰۱۶) در پژوهش خود به تعیین ویژگی‌های روان‌سنجمی مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانان در جامعه ایرانی پرداخته‌اند. در این پژوهش برای بررسی اعتبار و روایی مقیاس، نمونه‌ای با حجم ۵۳۰ نفر ۲۸۰ دختر و ۲۵۰ پسر) به صورت تصادفی چند مرحله‌ای^{۳۹} از بین دانش‌آموzan دبیرستان‌های استان البرز انتخاب شدند.

روایی سازه^{۴۰} مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی^{۴۱} با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^{۴۲} و چرخش پروماکس^{۴۳} بررسی شد، که در نتیجه^{۴۴} عامل ازپریش‌نامه استخراج گردید. ترکیب این چهار عامل روی هم ۵۸/۳۷ درصد کل واریانس متغیرها تبیین می‌کند. این عامل‌ها که با در نظر گرفتن همسانی درونی هر مقیاس که با ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده است، به ترتیب عبارت‌اند از: عامل نخست: فراموشی تجزیه‌ای شامل ۸ سؤال و ۴۶/۲۴ درصد کل واریانس متغیرها (a=.۸۵); عامل دوم: مشکلات تخیل و جذب شامل ۷ سؤال و ۴/۶۹ درصد کل واریانس متغیرها (a=.۸۲); عامل سوم: مسخ شخصیت و مسخ واقعیت شامل ۱۳ سؤال و ۴/۰۲ درصد کل واریانس متغیرها (a=.۸۹); عامل چهارم: تأثیر منفعت‌انه شامل ۲ سؤال و ۳/۴۲ درصد کل واریانس متغیرها (a=.۶۶).

همچنین در مدل تک عاملی، شامل ۳۰ سؤال، عامل استخراج شده ۴۶/۲۴ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند (a=.۹۴).

ضریب بازآزمایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها با فاصله زمانی یک ماه معنادار گزارش شده است ($P>0/001$). نمونه‌هایی از پرسش‌های مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانان در زیر ارائه شده است:

مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانان (A-DES)

مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانی^{۴۵} (A-DES) توسط آرمسترانگ^{۴۶}، پاتنام^{۴۷}، کارلسون^{۴۸}، لیبرتو^{۴۹} و اسمیت^{۵۰} (۱۹۹۷) تهیه شده است. این مقیاس شامل ۳۰ پرسش است که به منظور ارزیابی گستینگی پاتولوژیک نوجوانان بین ۱۱ تا ۱۸ سال تدوین شده است. سؤال‌های A-DES به بررسی چهار زمینه می‌پردازند که بازتاب‌دهنده جنبه‌های اساسی گستینگی هستند: تجربیات فراموشی تجزیه‌ای^{۵۱}، مسخ شخصیت / مسخ واقعیت^{۵۲}، جذب / فعلیت‌های خیال‌پردازانه^{۵۳} و تأثیر منفعل^{۵۴}. این بخش‌ها براساس سیستم ۱۱ نمره‌ای مبتنی بر مقیاس لیکرت، از ۰ = هرگز تا ۱۰ = همیشه، امتیازدهی می‌شوند. نمره کل A-DES براساس میانگین مجموع نمرات هر بخش محاسبه می‌شود. نمره میانگین^{۵۵} ۴ یا بالاتر در مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانان نشان‌گر گستینگی پاتولوژیک است. (کیسیل^{۵۶} و لیونز^{۵۷}، ۲۰۰۱).

زوروگلو^{۵۸}، سار^{۵۹}، توزون^{۶۰}، تاتکان^{۶۱} و ساواش^{۶۲} (۲۰۰۲) در پژوهش خود که در مورد نسخه ترکی مقیاس انجام شده است، اعتبار^{۶۳} کل آزمون را با روش بازآزمایی^{۶۴} در فاصله دو هفته‌ای ۰/۹۱ به دست آوردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ^{۶۵} مقیاس رابرای کل نمونه مورد مطالعه ۰/۹۳ محاسبه کردند؛ ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به شرح زیر به دست آمد: فراموشی (۰/۸۵)، جذب^{۶۶} (۰/۷۲)، اثر منفعل (۰/۷۳) و مسخ (۰/۸۲). ضریب گاتمن^{۶۷} دونیمه آزمون برای کل آزمودنی ها ۰/۸۸ و ضریب همبستگی اسپیرمن برآون^{۶۸} نیز ۰/۸۹ محاسبه شد. سوکاپ^{۶۹}، پاپزوا^{۷۰}، کوبنا^{۷۱} و میکولاچوا^{۷۲} (۲۰۱۰) در پژوهش خود اعتبار مقیاس تجارب تجزیه‌ای نوجوانان را در خصوص نوجوانان جمهوری چک، در ۱۶۲ جمعیت بالینی و ۶۵۳ نمونه غیربالینی، با استفاده از آلفای کرونباخ، برای کل مقیاس در جمعیت غیربالینی ۰/۹۲ به دست آوردند. همسانی درونی^{۷۳} دونیمه آزمون نیز از طریق فرمول گاتمن^{۷۴} ۰/۸۷۲ بود.

هرگز.....	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	همیشه.....
پرسش												
آخره مقیاس												
تغییر منعکله												
مسخ شخصیت و مسخ واقعیت												
فراموشی تجزیه‌ای												
مسائل تحلیل و جذب												
وقتی جایی هستم که نمی‌خواهم باشم، می‌توانم در ذهنم آنجا را ترک کنم.												
می‌توانم کاری را یکبار و افعاً عالی انجام دهم و سپس بر دیگر به طور کل نمی‌توانم آن را انجام دهم.												
انقدر غرق تماشای تلویزیون، خواندن، یا بازی ویدئویی می‌شوم که متوجه نمی‌شوم اطرافم چه اتفاقاتی می‌افتد.												
منابع												
1. Alaii Fard Zari, N., & Kraskian Mujembari, A. (2016). Validation of Adolescent Dissociative Experiences Scale in Iran. <i>Trend in Life Sciences (TLS)</i> , 1(5): 352-360.												
2. Armstrong, J., Putnam, F., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The adolescent dissociative experiences scale. <i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i> , 185(8): 491-495.												
3. Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. <i>The Journal of Nervous Mental Disease</i> , 188(2): 71-77.												
4. Chu JA. (2011). <i>Rebuilding Shattered Lives: Treating complex PTSD and Dissociative Disorders</i> . 2 nd edition, Wiley, Jahn. & Inc, Sons.												
5. Kisiel, C., & Lyons, J. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 158: 1034-1039.												
6. Sadock, B.J., Kaplan, H.I., Sadock, V.A. (2007). <i>Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry</i> . 10 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.												
7. Soukup J., Papez ova H., Kubena A.A., & Mikolajova V. (2010). Dissociation in non-clinical and clinical sample of Czech adolescents. Reliability and validity of the Czech version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. <i>European Psychiatry</i> , 25: 390-395.												
8. Zoroglu, S., Sar, V., Tuzun, U., Tutkun, H., & Savas, H. (2002). Reliability and validity of the Turkish version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> , 56: 551-556.												