

بررسی نقش آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی در اختلال استرس پس از سانحه: کاربرد مدل معادلات ساختاری

حبیب هادیان‌فرد^۱، فاطمه رضایی^۲، نسرين السادات حسینی رمقانی^۳

^۱گروه روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، ^۲گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به احتمال عود نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و ناکارآمدی رویکردهای درمانی در بهبودی ماندگار علائم این اختلال، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ PTSD از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف از این مطالعه تعیین و بررسی نقش آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی در اختلال استرس پس از سانحه بود.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی، از نوع طرح‌های همبستگی، با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری می‌باشد، جامعه آماری شامل ۱۳۱ بیمار مبتلا به PTSD (۷۲ نفر زن و ۵۹ نفر مرد) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ بودند که با توجه به معیارهای ورود و خروج و اجرای مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو (SCID) انتخاب شدند. فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5)، فرم کوتاه پرسشنامه آسیب‌های کودکی (CTQ)، پرسشنامه چشم‌انداز زمان زیمباردو (ZTPI) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها بوسیله تحلیل معادلات ساختاری (ضرایب همبستگی و رگرسیون) در نرم افزار AMOS (ver 23) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مدل پیشنهادی به خوبی برازش شده است (CFI = ۰/۹۵، GFI = ۰/۹۲، TLI = ۰/۹۲، IFI = ۰/۹۵، NFI = ۰/۹۰، RMSEA = ۰/۰۷) بدین صورت که رابطه آسیب‌های کودکی با چشم‌انداز زمان، اجتناب تجربی و نشانه‌های PTSD معنی‌دار بود. تمامی متغیرها (آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی) توانستند نشانه‌های PTSD را به صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. همچنین چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی به طور معنی‌داری رابطه بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD را میانجی می‌کردند.

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج این مطالعه با نظریه چشم‌انداز زمان برای PTSD و مدل مفهومی این پژوهش همخوان است. به طوری که افرادی که در کودکی مورد سوء استفاده یا طرد قرار گرفته‌اند، یک چشم‌انداز زمانی منفی را شکل می‌دهند که به نوبه خود منجر به استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان برای مقابله با هیجانات منفی می‌گردد. یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌کند که در طراحی مداخلات روانشناختی برای افراد مبتلا به PTSD باید به نقش آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، چشم‌انداز زمان، آسیب‌های کودکی، اجتناب تجربی

*نویسنده مسئول: فاطمه رضایی، خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، گروه روان‌شناسی

Email: rezaei.f@lu.ac.ir

مقدمه

اولویت دارد، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ اختلال PTSD می‌باشد و سپس طراحی مدل درمانی بر اساس متغیرهای تأثیرگذار بر شروع و ماندگاری این اختلال (۱۱). در همین راستا، مدل‌های مختلفی بر نقش متغیرهایی مانند؛ آسیب‌های کودکی (۱۲)، اجتناب تجربی (۱۳) و همچنین پژوهش‌های اخیر نیز بر نقش چشم‌انداز زمان (۱۴) تأکید کرده‌اند، که در این پژوهش در قالب یک مدل به تعیین نقش هرکدام از این متغیرها در PTSD خواهیم پرداخت.

آسیب‌های کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند؛ از سوء استفاده (هیجانی، جنسی و فیزیکی) و غفلت (هیجانی و فیزیکی) (۱۵). پژوهش‌های زیادی به نقش آسیب‌های کودکی در مبتلا شدن به PTSD در بزرگسالی پرداخته‌اند (۱۶ و ۱۷)، که نتایج آن‌ها حاکی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آسیب‌های کودکی در افزایش احتمال تجربه نشانه‌های PTSD در سال‌های بعدی بوده است. یکی دیگر از مفهومی‌سازی‌هایی که اخیراً در مورد PTSD به کار برده شده و پژوهش‌های اندکی نیز سعی در به کارگیری مدل درمانی مبتنی بر این مفهوم‌سازی برای درمان PTSD داشته‌اند، مفهوم چشم‌انداز زمان و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان است. مفهوم چشم‌انداز زمان شامل؛ فرآیندهای شناختی است که به وسیله آن جریان مستمر تجربه‌های شخصی و اجتماعی به طبقه‌های زمانی یا

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (۱) یک واکنش رایج به رویدادهای آسیب‌زا از قبیل؛ مواجهه با مرگ، تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی است که با چهار طبقه از نشانه‌های زیر مشخص می‌شود: ۱- مزاحمت‌ها، ۲- اجتناب، ۳- تغییرات منفی در شناخت و خلق ۴- تغییرات قابل ملاحظه در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (۱). بررسی‌های همه‌گیرشناسی برای تخمین میزان شیوع در طول عمر PTSD نشان می‌دهد که این وضعیت ممکن است به میزان ۱ تا ۹ درصد در جمعیت عمومی و ۶ تا ۴۵ درصد در میان همه بازماندگان رویدادهای آسیب‌زا مشاهده شود (۲-۵).

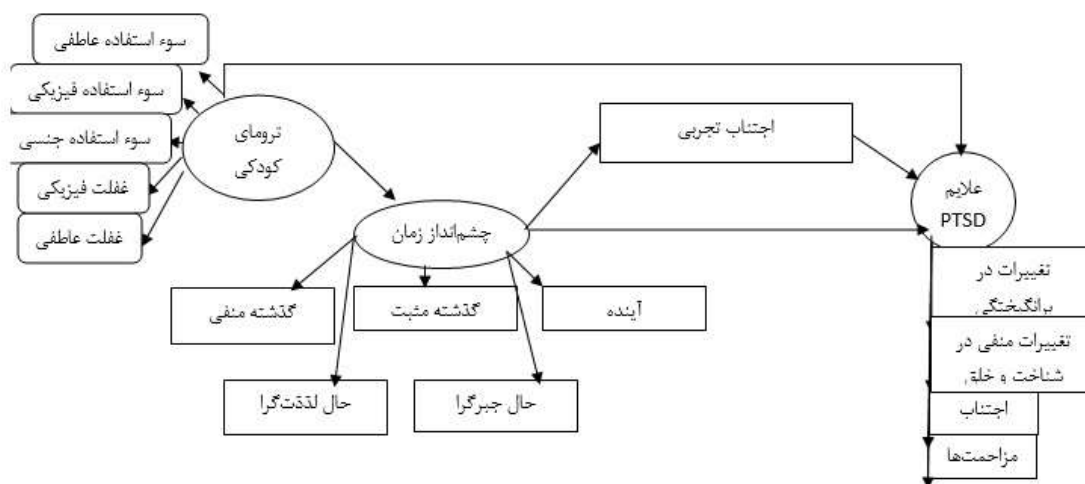
تجربه رویدادهای آسیب‌زا تأثیر شدیدی بر تعادل روانی، زیستی و اجتماعی دارد (۶)، به طوری‌که افرادی که چنین تجاربی را دارند نرخ بالاتری از افت پیشرفت تحصیلی و عملکرد شغلی، روابط بین‌فردی مختل، افکار خودکشی، اقدام به رفتارهای پرخطر و متعاقباً HIV را در مقایسه با افرادی که تاریخچه‌ای از مواجهه با رویداد استرس‌زا ندارند، تجربه می‌کنند (۸ و ۷). در این راستا پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف بر نشانه‌های PTSD پرداخته‌اند، اما مقاومت بیماران نسبت به درمان و بالا بودن میزان عود نشانه‌ها چالشی مهم در مسیر اثربخشی این رویکردهای درمانی است (۹ و ۱۰) که به نظر می‌رسد آنچه در مرحله اول

راهبردهای پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های PTSD است (۲۶). اجتناب تجربی حالت عکس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد که عبارت است از توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زمان حال به عنوان انسانی هشیار و توانایی تغییر یا ادامه رفتارهای معطوف به اهداف ارزش‌گذاری شده (۲۷). این پژوهش‌ها علاوه بر بررسی اثرات مستقیم اجتناب تجربی بر نشانه‌های PTSD، تعداد اندکی از پژوهش‌ها این مؤلفه را در قالب یک مدل رایج داده‌اند. برای مثال در مطالعه شنک، پاتنام و نول (۲۸) اجتناب تجربی تحت تأثیر آسیب‌های کودکی قرار گرفته و به طور مستقیم بر نشانه‌های PTSD اثر معنی‌داری داشت.

بدین ترتیب با توجه به مطالب بالا و طبق نظریه چشم‌انداز زمان زیمباردو، می‌توان گفت که با تجربه آسیب‌های کودکی و تبع آن شکل‌گیری چشم‌انداز زمانی انعطاف‌ناپذیر و نامتعادل، فرد به دنبال راهبردهایی (مانند اجتناب تجربی) برای تنظیم هیجان خود می‌باشد که این راهبردها یک چرخه معیوب را شکل می‌دهد و به جای کاهش نشانه‌ها، به احتمال قوی‌تری نشانه‌های PTSD را پیش‌بینی می‌کنند، ولی پژوهشی که این رابطه را به صورت تجربی بررسی نموده باشد، یافت نشد. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین و بررسی نقش آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی در اختلال استرس پس از سانحه بود (شکل ۱).

چارچوب‌های زمانی گذشته، حال و آینده تعلق می‌گیرد و در سازمان دادن، معنی دادن به رویدادها و انسجام خاطرات به افراد کمک می‌کند (۱۸). طبق مفهوم‌بندی زیمباردو، سازه چشم‌انداز زمان شامل گذشته، حال و آینده و ارزش‌های عاطفی اختصاص یافته به زمان حال حاضر (لذت‌گرا و جبرگرا)، گذشته (مثبت و منفی) و آینده است (۲۱-۱۹).

طبق پژوهش اسوارد و همکاران (۲۲) و زیمباردو و همکاران (۲۳) درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان پس از تعادل در چشم‌انداز زمانی افراد مبتلا به PTSD باعث کاهش نشانه‌های PTSD در آن‌ها می‌شود. بر طبق مفهوم‌بندی زیمباردو از چشم‌انداز زمان، افرادی که در کودکی مورد سوء استفاده یا طرد قرار گرفته‌اند، به احتمال زیاد یک چشم‌انداز منفی نسبت به گذشته و دیدگاهی جبرگرایانه نسبت به زمان حال دارند، طوری که اعتقاد دارند نمی‌توانند بر روی مسیر زندگی خود تأثیری داشته باشند (۲۴)، ولی پژوهشی که این رابطه را به صورت تجربی بررسی نموده باشد یافت نشد. همچنین طبق پژوهش ارن و کاسکان (۲۵) نوع چشم‌انداز زمان افراد بر روی راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد، طوری که افرادی که چشم‌انداز زمان منفی نسبت به گذشته و چشم‌اندازی جبرگرایانه نسبت به زمان حال دارند از راهبردهای اجتناب‌شناختی و رفتاری برای مقابله با هیجانات منفی استفاده می‌کنند. پژوهش‌های فراتحلیل اخیر پیشنهاد می‌کند که راهبرد اجتناب تجربی، از قوی‌ترین



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی، از نوع طرح‌های همبستگی، با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری می‌باشد که در آن تلاش می‌شود روابط علی میان متغیرهای برون‌زا (آسیب‌های کودکی)، میانجی (چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی) و درون‌زا (نشانه‌های PTSD) در یک الگوی نظری مورد آزمون واقع شود. این روش در واقع بسط روش تحلیل مسیر است، با این تفاوت که در تحلیل مسیر همه متغیرها آشکاراند، ولی در معادلات ساختاری بعضی از متغیرها از نوع پنهان یا مکنون هستند که در قالب دو مدل ساختاری (رابطه بین متغیرهای مکنون) و اندازه‌گیری (رابطه متغیر مکنون با متغیرهای مشاهده شده) صورت می‌پذیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد مبتلا به PTSD مراجعه کننده به مراکز درمانی (بیمارستان‌های تروما و کلینیک‌های پزشکی و روان‌پزشکی) و مشاوره‌ای شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل

دادند. قابل ذکر است که اولین معیار ورود برای شرکت در پژوهش حاضر این بود که شرکت کنندگان سابقه تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا از قبیل مواجهه با مرگ، تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی را مطابق با معیار A از DSM-5 را داشته باشند و سپس مصاحبه بالینی بر طبق ملاک‌های DSM-5 به وسیله دکتر تخصصی روانشناسی بر روی آن‌ها اجرا شد. علاوه بر معیار ورودی که توضیح داده شد، دیگر ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: تکمیل نمودن فرم رضایت آگاهانه، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، دریافت تشخیص PTSD بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-5 برای این اختلال، ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر بودند: دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال بر اساس مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات محور دو (SCID-II)، وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اعتیاد به مواد بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختار یافته برای

اختلالات روانی محور یک (SCID-I). با توجه به این که حدود ۲۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) پیشنهاد می‌شود (۲۹)، به منظور دستیابی به نتیجه مطلوب و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، تعداد ۱۴۰ بیمار مبتلا به PTSD (۷۷ نفر زن و ۶۳ نفر مرد با دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۲ سال) که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند، ولی ۹ نفر از آن‌ها (۵ نفر زن و ۴ نفر مرد) پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند که از نمونه حذف شدند. بعد از انتخاب گروه نمونه، مرحله اجرای پرسشنامه‌ها بود که به صورت انفرادی تکمیل شد. البته برای جلوگیری از اثر ترتیب اجرای پرسشنامه آن‌ها در ترکیب‌های متفاوتی اجرا شدند و فقط پرسشنامه آسیب‌های کودکی به علت داشتن سوالات حساس مربوط به سوء استفاده جنسی به عنوان آخرین پرسشنامه اجرا شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش به این صورت بود که برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش، به آنها این اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان شناختی آن‌ها در اولویت قرار گیرد، اگر تمایل به شرکت در روند پژوهش نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی، همکاری در پژوهش را ادامه ندهند.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک و دو (DSM-IV-TR - SCID-I و SCID-II): SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک

کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه شکل؛ اطلاعات ناکافی درباره نشانه، عدم وجود نشانه و وجود نشانه علامت‌گذاری می‌شوند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد (۳۰). توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص گزارش شده است، همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند (۳۱). SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؛ ۰ - اطلاعات ناکافی درباره نشانه؛ ۱ - عدم وجود نشانه، ۲ - پایین تر از حد آستانه؛ ۳ - در حد آستانه علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد شده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۲).

ویرایش پنجم فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5)، این فهرست یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سؤالی از نشانه‌های PTSD است که هماهنگ با معیارهای تشخیصی این اختلال در DSM-5 است (۳۳). در حقیقت این نسخه تجدیدنظر

می‌شود؛ ۱) (اصلاً شبیه من نیست) تا ۵) کاملاً شبیه من است). بر این اساس شرکت‌کنندگان بر حسب توافقی که با عبارات و یا گویه‌ها دارند، نمره‌ای از یک تا پنج می‌دهند. این پرسشنامه پنج زیر مقیاس دارد که شامل گذشته منفی (مانند گذشته خاطرات ناخوشایند زیادی با خود دارد و من ترجیح می‌دهم درباره آن‌ها فکر نکنم)، حال لذت‌گرا (مانند تلاش می‌کنم که هر ساعت از روزهای زندگی‌ام را تا جایی که ممکن است به بهترین وجه بگذرانم)، آینده‌نگر (مانند با استفاده از برنامه‌های منظم، کارهایم را به موقع تمام می‌کنم)، گذشته مثبت (مانند فکر کردن درباره گذشته برایم لذت بخش است) و منفعل در زمان حال یا حال جبرگرا (مانند زندگی را قسمت و سرنوشت تعیین کرده است) می‌باشد. قابل ذکر است که نمره‌گذاری پرسشنامه در این پژوهش به این صورت بود که نمره بالا در مؤلفه گذشته منفی، نشان دهنده یک جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته در حالی که نمره بالا در مؤلفه گذشته مثبت نشان دهنده فقدان یک جهت‌گیری مثبت نسبت به گذشته است. نمره بالا در مؤلفه حال جبرگرا نشان دهنده یک جهت‌گیری لذت‌گرایانه نسبت به حال است و در نهایت نمره بالا در مؤلفه آینده نشان دهنده فقدان جهت‌گیری نسبت به آینده است. بنابراین نمرات

شده مقیاس اصلی واترز و همکاران است که با ملاک‌های DSM-5 هماهنگ شده است. آیتم‌های این مقیاس در یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۴ (بینهایت) نمره‌گذاری می‌شود. خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در این پژوهش بررسی شد که نتایج بیانگر روایی سازه این مقیاس بود. هم‌چنین پایایی با روش هم‌سانی درونی برای این مقیاس برابر با ۰/۹۲ به دست آمد.

فرم کوتاه این پرسشنامه (۲۸ سؤالی) به وسیله برنشتاین و همکاران (۱۵) فرم ۲۸ سؤالی آن را ساخته‌اند که پنج حوزه آسیب‌های کودکی را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱ تا اکثر اوقات رخ داده=۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ می‌باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. در ایران ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام (۳۴). آلفای کرونباخ آن را برابر زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد کرده که نشان می‌دهد از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است.

پرسشنامه میباردو و بوید (۳۵) طراحی و ساخته شده است. ZPTI پرسشنامه‌ای با ۳۶ عبارت است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری

ساختاری ضرایب همبستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این قسمت از پژوهش حاضر با در نظر داشتن مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) که بر اساس پیشینه نظری و پژوهشی طراحی شده است در پی برآزش آن با داده‌های میدانی هستیم. مدل معادلات ساختاری (SEM) شامل آزمون مدل اندازه‌گیری و آزمون مدل ساختاری می‌شود. قبل از اجرای مدل در ابتدا لازم است همبستگی متغیرهای موجود در مدل مورد بررسی قرار گیرد. جدول ۱ نشان دهنده ضرایب همبستگی و میانگین و انحراف معیار عوامل موجود در مدل است.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد بین کلیه عوامل موجود در مدل همبستگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار وجود دارد.

مدل اندازه‌گیری اشاره به بارهای عاملی نشانگرهای مشاهده شده برای هر متغیر مکنون دارد. منطق اصلی در آزمون مدل اندازه‌گیری این است که اگر ما اعتماد کافی به نشانگرها، در معرف بودن سازه نداشته باشیم دلیلی ندارد که از آن‌ها برای آزمون الگوی نظری استفاده کنیم. در پژوهش حاضر علایم PTSD دارای ۲۰ گویه و ۴ مؤلفه، چشم‌انداز زمان دارای ۳۶ گویه و ۵ مؤلفه، اجتناب تجربی دارای ۱۰ گویه و آسیب‌های کودکی شامل ۲۵ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشد. در این رابطه فلویید و وایدمن (۳۹) معتقدند

بالا در هر پنج مؤلفه نشان دهنده نوعی جهت‌گیری منفی نسبت به زمان است. نتایج پژوهش علیزاده فرد و همکاران (۳۶) نشان داد که این پرسشنامه برای جامعه ایرانی نیز از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. در این بررسی نتایج نشان داد که ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۱ برای کل آزمون است که حاکی از پایایی مطلوب برای کل مقیاس و هر کدام از عامل‌ها بود. هم‌چنین نتایج نشان داد که عامل‌های مقیاس چشم‌انداز زمان با ویژگی‌های شخصیتی نئو فرم کوتاه رابطه معنی‌دار دارند.

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II)، این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۳۷) ساخته شده است. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع به پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. این مقیاس در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه به وسیله عباسی و همکاران (۳۸) به این شرح گزارش شد، پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۹ به روش تنصیف ۰/۷۱ و برای سنجش روایی، رابطه معنی‌داری با پرسشنامه‌های نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان داشت.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار AMOS و داده‌ها به وسیله تحلیل معادلات

۰/۹۲، شاخص برازش هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۲ و شاخص توکلر لوییس (TLI) برابر با ۰/۹۲ می‌باشد. این موارد بیانگر برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری است.

بعد از اطمینان یافتن از صحت مدل اندازه‌گیری، نوبت به مدل ساختاری می‌رسد که بیانگر ارتباط بین متغیرهای مکنون بوده و بر اساس آن می‌توان به سؤال‌های پژوهش پاسخ داد و فرضیه‌ها را مورد آزمون قرار داد. در پژوهش حاضر برای برازش مدل مفهومی با داده‌های میدانی ما از نرم افزار AMOS و از روش بیشینه احتمال استفاده کرده‌ایم و با استفاده از ضرایب مسیر به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته‌ایم. اجرای اولیه مدل نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش از مطلوبیت برخوردار هستند (CFI= ۰/۹۵، GFI= ۰/۹۲، TLI= ۰/۹۵، IFI= ۰/۹۰، NFI= ۰/۹۰، RMSEA= ۰/۰۷) و کلیه ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. شکل ۲ نشان دهنده ضرایب مسیر مستقیم، بارهای عاملی و مقدار خطاست. این گونه که آسیب‌های کودکی به صورت مستقیم با نشانه‌های PTSD، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی همراه می‌شود. در این میان چشم‌انداز زمان با ۵۱ درصد بیشترین اندازه اثر روی اجتناب تجربی دارد و آسیب‌های کودکی با ۲۶ درصد کمترین اثر مستقیم روی اجتناب تجربی دارد. همچنین جدول ۳ نشان دهنده ضرایب مسیر مستقیم، غیرمستقیم، آمار تی و معنی‌داری ضرایب می‌باشد. به طوری که چشم‌انداز

زمانی که ۵ تا ۸ نشانگر روی هر عامل بار می‌شود به سختی امکان دارد که مدل مورد نظر برازش مطلوبی با داده‌ها داشته باشد و مورد تأیید قرار بگیرد. در این گونه موارد استفاده از بسته‌های سؤال و یا ترکیب مؤلفه‌ها و قرار دادن خرده مقیاس مناسب خواهد بود (۳۹). در پژوهش حاضر به جز علایم PTSD که چهار مؤلفه آن به عنوان نشانگر استفاده شده است، نشانگرهای دیگر متغیرهای مکنون یعنی چشم‌انداز زمان و آسیب‌های کودکی در قالب خرده مقیاس ارایه شده است. جدول ۲ نشان دهنده نشانگرهای متغیرهای مکنون، بارهای عاملی آنها و سطح معنی‌دار می‌باشد.

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد کلیه بارهای عاملی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند و تفاوت بارهای عاملی نشانگرهای متغیرهای مکنون بسیار کم می‌باشد که این موارد به نوعی بیانگر روایی سازه و روایی همگرایی نشانگرهاست. در پژوهش حاضر به منظور بررسی مطلوبیت شاخص‌های برازش از ملاک‌های ارایه شده به وسیله کلین (۲۹) و براون و کادک (۴۰) استفاده شده است. آن‌ها CFI، IFI، GFI، NFI و TLI برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰ و RMSEA کمتر از ۰/۰۸ را نشانه برازش مطلوب مدل می‌دانند. با توجه به این که شاخص‌های برازش در پژوهش حاضر بیانگر این است که ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA) برابر با ۰/۰۶، شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۵، شاخص برازش افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با

زمان و اجتناب تجربی به طور معنی‌داری رابطه بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD را میانجی می‌کنند که بیشترین اندازه اثر غیرمستقیم مربوط به اثر غیرمستقیم آسیب‌های کودکی بر روی نشانه‌های

PTSD (۲۶ درصد) و کمترین اندازه اثر غیرمستقیم مربوط به اثر غیرمستقیم چشم‌انداز زمان بر روی نشانه‌های PTSD (۱۸ درصد) می‌باشد.

جدول ۱: ضرایب همبستگی بین عوامل مدل

عوامل	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	میانگین	انحراف معیار
علائم PTSD (۱)	۱/۰۰				۵۹/۷۵	۱۳/۸۶
چشم‌انداز زمان (۲)	۰/۵۶**	۱/۰۰			۱۴۴/۰۳	۲۰/۵۸
اجتناب تجربی (۳)	۰/۶۸**	۰/۵۷**	۱/۰۰		۴۹/۳۶	۱۴/۲۹
آسیب‌های کودکی (۴)	۰/۵۶**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۱/۰۰	۷۲/۹۷	۲۰/۶۷

در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار است.

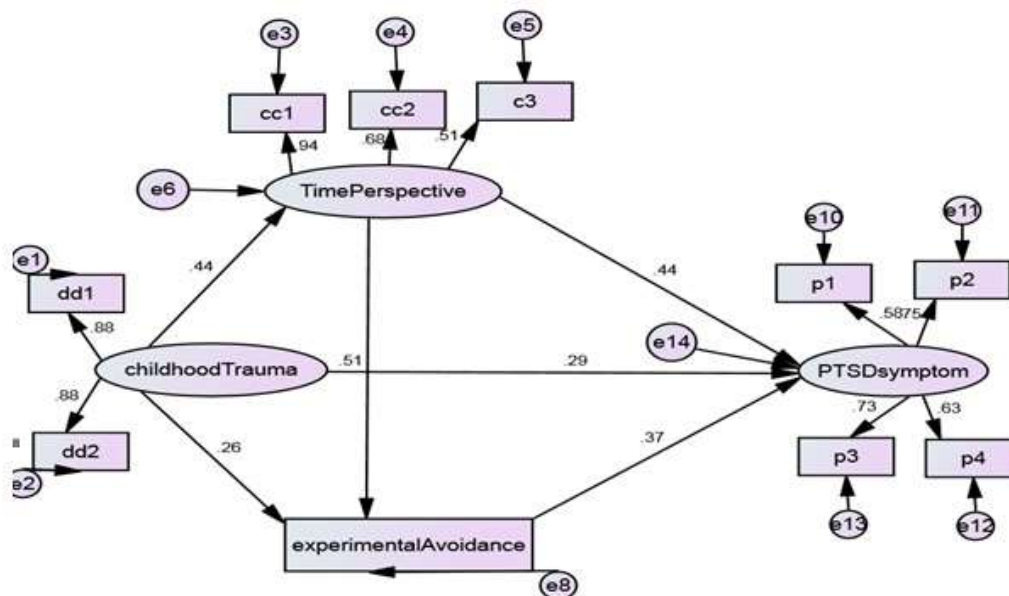
جدول ۲: بارهای عاملی و سطح معنی‌داری نشانگرها

متغیرهای مکنون	نشانگرها	بار عاملی
علائم PTSD	مزاحمت‌ها	۰/۶۹**
	اجتناب	۰/۸۲**
	تغییرات منفی در شناخت و خلق	۰/۸۱**
چشم‌انداز زمان	تغییرات در برانگیختگی	۰/۷۱**
	خرده مقیاس ۱	۰/۸۶**
	خرده مقیاس ۲	۰/۸۵**
	خرده مقیاس ۳	۰/۷۳**
اجتناب تجربی	اجتناب تجربی	۰/۹۵**
	خرده مقیاس ۱	۰/۹۳**
آسیب‌های کودکی	خرده مقیاس ۲	۰/۹۴**

در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار است. چشم‌انداز زمان: خرده مقیاس ۱: چشم‌انداز زمانی گذشته مثبت و منفی؛ خرده مقیاس ۲: چشم‌انداز زمانی حال لذت‌گرا و حال جبرگرا؛ خرده مقیاس ۳: چشم‌انداز زمانی آینده آسیب‌های کودکی: خرده مقیاس ۱: سوء استفاده‌های فیزیکی، جنسی و هیجانی؛ خرده مقیاس ۲: غفلت‌های فیزیکی و هیجانی

جدول ۳: ضرایب و معنی‌داری اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مکنون مدل

متغیرهای پیش بین	متغیر ملاک	نوع اثر	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	سطح معنی‌داری
آسیب‌های کودکی	چشم‌انداز زمان	مستقیم	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۰۰۱
آسیب‌های کودکی	علائم PTSD	مستقیم	۰/۰۹	۰/۲۹	۰/۰۰۱
آسیب‌های کودکی	اجتناب تجربی	مستقیم	۰/۴۷	۰/۲۶	۰/۰۰۳
آسیب‌های کودکی	اجتناب تجربی	غیرمستقیم	۰/۴۰	۰/۲۲	۰/۰۰۱
آسیب‌های کودکی	علائم PTSD	غیرمستقیم	۰/۱۲	۰/۳۶	۰/۰۰۱
چشم‌انداز زمان	اجتناب تجربی	مستقیم	۱/۲	۰/۵۰	۰/۰۰۱
چشم‌انداز زمان	علائم PTSD	مستقیم	۰/۱۹	۰/۴۴	۰/۰۰۱
چشم‌انداز زمان	علائم PTSD	غیرمستقیم	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۰۰۱
اجتناب تجربی	علائم PTSD	مستقیم	۰/۰۶	۰/۳۶	۰/۰۰۱



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل مفهومی پژوهش

cc1: خرده مقیاس ۱ چشم‌انداز زمان: چشم‌انداز زمانی نسبت به گذشته؛ cc2: خرده مقیاس ۲ چشم‌انداز زمان: چشم‌انداز زمانی نسبت به حال؛ C3: خرده مقیاس ۳ چشم‌انداز زمان: چشم‌انداز زمانی نسبت به آینده / dd1: خرده مقیاس ۱ آسیب‌های کودکی: سوء استفاده‌های فیزیکی، جنسی و هیجانی؛ dd2: خرده مقیاس ۲ آسیب‌های کودکی: غفلت‌های فیزیکی و هیجانی / p1: مزاحمت‌ها؛ p2: اجتناب؛ p3: تغییرات منفی در شناخت و خلق؛ p4: تغییرات در برانگیختگی

نقش آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب

تجربی در اختلال استرس پس از سانحه بود. این مطالعه با هدف آزمون برازندگی مدل پیشنهادی برای نشانه‌های PTSD در افراد مبتلا به PTSD صورت گرفت و شاخص‌های برازش نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد. در این مطالعه رابطه آسیب‌های کودکی (سوء استفاده هیجانی، جنسی و فیزیکی، غفلت هیجانی و فیزیکی) با چشم‌انداز زمان، اجتناب تجربی و نشانه‌های PTSD معنی‌دار بود. تمامی

بحث

با توجه به شواهد اولیه که حاکی از نقش چشم‌انداز زمان در پیدایش نشانه‌های PTSD و همچنین اثربخشی مداخله مبتنی بر چشم‌انداز زمان در کاهش نشانه‌های PTSD، انجام پژوهش‌های بیشتر برای روشن نمودن اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن بر روی نشانه‌های PTSD در قالب مدل و همچنین در صورت برازش مدل، وارد نمودن مؤلفه‌های چشم‌انداز زمان به مداخله‌های درمانی موجود برای PTSD اهمیت بسزایی دارد. لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی

در سازمان دادن، معنی دادن به رویدادها و انسجام خاطرات خود را نشان می‌دهد. چشم‌انداز زمان نیز فرآیندهای شناختی را شامل می‌شود که به افراد در سازمان دادن، معنا دادن و انسجام خاطرات به افراد کمک می‌کند. بنابراین تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا در کودکی منجر به شکل‌گیری چشم‌انداز زمانی منفی در فرد می‌شود.

بر طبق مفهوم‌بندی زیمباردو از چشم‌انداز زمان، چشم‌انداز گذشته منفی با یک نگرش منفی نسبت به گذشته، بدبینی، تأسف و نشخوار فکری در مورد آن مشخص می‌شود. چشم‌انداز گذشته مثبت نشان دهنده نگرشی گرم، عاطفی، مثبت و خوشایند نسبت به گذشته است. چشم‌انداز زمان حال لذت‌گرا نشان دهنده لذت‌جویی در زندگی و تلاش برای داشتن شرایطی پر از شور و انرژی در زمان حال، چشم‌انداز حال جبرگرا نشان‌دهنده نگرش درمانده و ناامید کننده نسبت به آینده و به طور کلی زندگی است و چشم‌انداز آینده نشان دهنده برنامه‌ریزی در زندگی و تأمل درباره پیامدهای هر رفتار و نیز عمل به تعهدات است و به صورت کلی با رفتارهای هدفمند مرتبط است (۲۰). حالت آسیب‌شناختی چشم‌انداز زمان وقتی است که فرد در یک چارچوب زمانی محصور شده باشد و نتواند به صورت انعطاف‌پذیری چارچوب‌های زمانی دیگر را به کار گیرد (۲۱). هماهنگ با نظریه چشم‌انداز زمان زیمباردو و مدل مفهومی این پژوهش افراد مبتلا به PTSD و افرادی که در کودکی مورد سوء استفاده یا طرد قرار گرفته‌اند، به احتمال زیاد یک

متغیرها (آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی) توانستند نشانه‌های PTSD را به صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. همچنین چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی توانستند بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD به طور معنی‌داری نقش میانجی داشته باشند.

اثر مستقیم آسیب‌های کودکی بر نشانه‌های PTSD در این مطالعه با پژوهش‌هایی از قبیل وست‌هال و همکاران (۱۲) و ونک و همکاران (۴۱) معنی‌دار می‌باشد. اثر مستقیم چشم‌انداز زمان بر نشانه‌های PTSD با پژوهش استالسکی و همکاران (۱۴)، اثر مستقیم اجتناب تجربی بر نشانه‌های PTSD با پژوهش‌هایی مانند وارنکه و همکاران (۱۳)، نقش میانجی اجتناب تجربی بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD با پژوهش سنک و همکاران (۲۸) هم‌سو می‌باشد، ولی پژوهشی در ارتباط با نقش میانجی چشم‌انداز زمان بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD یافت نشد.

در تبیین تأیید مدل مفهومی پژوهش حاضر باید ذکر کرد که طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکل‌گیری یک دلبستگی ایمن به مثال یک لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده و موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند (۴۲). به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا، به ویژه تجاربی که به وسیله مراقب شکل داده شده‌اند، اثر تعیین‌کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد که

احتمالی به آن موقعیت می‌پردازند و خودسرزندی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۳). اجتناب تجربی همچنین واکنش‌های سرزنش‌گرایانه و منتقدانه نسبت به تجارب درونی (افکار، احساسات و تصورات ناخواسته) را افزایش می‌دهد، چون مانع ارزیابی می‌شود. ارزیابی منجر به این حس می‌شود که هیجانات بیمار استثنایی نیستند و نیاز به ابراز هیجان منجر به از پای درآمدن نمی‌شود. همچنین با ارزیابی احساس گناه و شرم کمتر شده و به بیمار کمک می‌کند تا با هیجان خود احساس غرابت نکند. در نتیجه می‌توان گفت که ارزیابی منجر به تغییراتی در باورهای هیجانی می‌شود و از این طریق حتی باعث تغییر خود هیجان نیز می‌گردد (۹).

راهبرد متداول برای اجتناب از ناراحتی، پنهان کردن پاسخ‌های هیجانی است. این وضعیت می‌تواند روی برانگیختگی فیزیولوژیکی هم اثر بگذارد و احتمالاً آن را افزایش دهد. با پنهان کردن ناراحتی این امکان از دیگران سلب می‌شود که با هیجانات ما همدلی کنند یا از تجارب و کشمکش‌های مشابه آنها برای ما سخن بگویند. تأیید کردن بیرونی یکی از روش‌های تقویت و افزایش دلسوزی نسبت به خویشتن است (۹).

در نهایت، اجتناب تجربی اغلب منجر به اجتناب رفتاری یا درگیری در رفتارهایی می‌شود که با عملکرد فرد تداخل پیدا می‌کنند، علاوه بر آثار واضح‌تر (مانند مصرف مواد، پرخوری، یا آسیب به خود)، اجتناب تجربی می‌تواند پیامدهای ظریف، اما مهمی بر

چشم‌انداز منفی نسبت به گذشته دارند طوری که در یک الگوی تجربه مجدد رویدادهای منفی موجود در گذشته محصور شده‌اند و باعث بروز نشانه‌هایی مانند تأسف، نشخوار فکری و سرزنش خود می‌شود، دیدگاهی جبرگرایانه نسبت به زمان حال دارند، طوری که اعتقاد دارند نمی‌توانند بر روی مسیر زندگی خود تأثیری داشته باشند و احساس درماندگی و ناامیدی می‌کنند و برای داشتن شرایطی پر از شور و انرژی در زمان حال و همراه با لذت در زندگی حال تلاشی نمی‌کنند، آن‌ها به صورت کلی آینده را مورد بررسی قرار نمی‌دهند، به این صورت که نمی‌توانند چشم‌اندازی نسبت به آینده داشته باشند.

نوع چشم‌انداز زمان افراد بر روی راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد، طوری که افرادی که چشم‌انداز زمان منفی نسبت به گذشته و چشم‌اندازی جبرگرایانه نسبت به زمان حال دارند از راهبردهای منفی تنظیم هیجان مقابله با هیجانات منفی استفاده می‌کنند. راهبردی که در این مطالعه به صورت اختصاصی روی آن بررسی انجام گرفت اجتناب تجربی بود.

وقتی اجتناب تجربی به عنوان یک راهبرد بلندمدت استفاده می‌شود، منجر به محدود ساختن تجربه سالم پدیده‌های روانشناسی می‌شود و مانع دستیابی فرد به اطلاعات درونی و مهم می‌شود. افرادی که سابقه تجربه آسیب یا سانحه را دارند، به دنبال رویداد آسیب‌زا به احتمال بیشتری به نشخوار در مورد چگونگی وقوع آن رویداد و پاسخ‌های

توانستند نشانه‌های PTSD را به صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. همچنین چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی توانستند بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD به طور معنی‌داری نقش میانجی داشته باشند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح فرصت مطالعاتی داخلی مربوط به پایان‌نامه دوره دکترای رشته روانشناسی دانشگاه لرستان است که با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1397.906 در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به تصویب رسیده است. نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کارمندان دانشگاه لرستان و علوم پزشکی شیراز به دلیل کمک شایانی که در اجرای این پژوهش نمودند و از بیماران به دلیل همکاری ارزشمندشان در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، اعلام می‌دارند.

روابط فرد در زندگی روزمره داشته باشد، بدین طریق که از درگیری کامل افراد با روابط آنها، پیگیری مسیر شغلی، اهداف، ارزش‌ها و معیارهایی که برای آنها مهم است، یا مقابله مؤثر با شرایط استرس‌زای زندگی خود جلوگیری کند (۴۴).

در پایان باید ذکر کرد که این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج آن جوانب احتیاط را رعایت نمود. از جمله این که طرح مطالعه یک طرح مقطعی است و نمی‌توان نتیجه‌گیری علت و معلولی استنتاج کرد، همچنین شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر از بزرگسال بودند، لذا نتایج این مطالعه را نمی‌توان به تمامی سنین تعمیم داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در طرح‌ریزی مداخلات درمانی برای افراد مبتلا به PTSD به نقش متغیرهای آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی توجه بیشتری شود. همچنین با توجه به نقش چشم‌انداز زمان در پیش‌بینی نشانه‌های PTSD پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی مداخله مبتنی بر چشم‌انداز زمان برای کاهش نشانه‌های PTSD مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مدل پیشنهادی پژوهش که به گونه‌ای آزمون نظریه زیمنباردو در افراد مبتلا به PTSD از برآزش مطلوبی برخوردار است. نتایج نشان داد که تمامی متغیرها (آسیب‌های کودکی، چشم‌انداز زمان و اجتناب تجربی)

REFERENCE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: DC: APA; 2013; 202-7.
2. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research* 2001; 36(6): 987-1007.
3. Pillar G, Harder L, Malhotra A. Trauma and post-traumatic stress disorder. *sleep: A Comprehensive Handbook* 2005; 4: 857-66.
4. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress* 2013; 26(5): 537-47.
5. Cesur R, Sabia JJ, Tekin E. The psychological costs of war: military combat and mental health. *Journal of Health Economics* 2013; 32(1): 51-65.
6. Britvić D, Antičević V, Dodig G, Beg A, Lapenda B, Kekeza V. Psychotherapeutic treatment for combat related chronic posttraumatic stress disorder. In *Wounds of War: Coping with Posttraumatic Stress Disorder in Returning Troops*, Austria: IOS Press; 2010; 30-40.
7. Tripp JC, McDevitt-Murphy ME. Emotion dysregulation facets as mediators of the relationship between PTSD and alcohol misuse. *Addictive Behaviors* 2015; 47: 55-60.
8. Polusny MA, Kumpula MJ, Meis LA, Erbes CR, Arbisi PA, Murdoch M, et al. Gender differences in the effects of deployment-related stressors and pre-deployment risk factors on the development of PTSD symptoms in National Guard Soldiers deployed to Iraq and Afghanistan. *Journal of Psychiatric Research* 2014; 49:1-9.
9. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*, New York: Guilford Press; 2011; 130-7.
10. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews* 2007; (3):33-45.
11. Stolarski M. Not restricted by their personality: balanced time perspective moderates well-established relationships between personality traits and well-being. *Personality and Individual Differences* 2016; 100: 140-4.
12. Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research* 2016; 242: 186-91.
13. Warnke AS, Nagy SM, Pickett SM, Jarrett NL, Hunsanger JA. The examination of behavior inhibition system sensitivity, experiential avoidance, and sex in relation to post-traumatic stress symptom severity: Comparison of a moderated versus mediated model. *Personality and Individual Differences* 2018; 132: 60-5.
14. Stolarski M, Cyniak-Cieciura M. Balanced and less traumatized: Balanced time perspective mediates the relationship between temperament and severity of PTSD syndrome in motor vehicle accident survivor sample. *Personality and Individual Differences* 2016; 101: 456-61.
15. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27(2):169-90.
16. Schalinski I, Teicher MH, Nischk D, Hinderer E, Müller O, Rockstroh B. Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry* 2016; 16(1): 295.
17. Ramo Fernández L, Schneider A, Wilker S, Kolassa IT. Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. *Behavioral Sciences & the Law* 2015; 33(5): 701-21.
18. Griva F, Tseferidi SI, Anagnostopoulos F. Time to get healthy: Associations of time perspective with perceived health status and health behaviors. *Psychology, Health & Medicine* 2015; 20(1): 25-33.
19. van Beek W, Kairys A. Time perspective and transcendental future thinking. In *Time Perspective Theory; Review, Research and Application*; 2015; 73-86.
20. Zimbardo P, Boyd J. *The time paradox: The new psychology of time that will change your life*. New York: Simon and Schuster; 2008; 50-67.
21. Sword RM, Sword RK, Brunskill SR, Zimbardo PG. Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma* 2014; 19(3): 197-201.
22. Sword RM, Sword RK, Brunskill SR. Time perspective therapy: transforming zimbardo's temporal theory into clinical practice. In *Time Perspective Theory; Review, Research and Application* 2015; 6: 481-98.

23. Zimbardo P, Sword R, Sword R. The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy. San Francisco, John Wiley & Sons; 2012;165-8.
24. Stolarski M, Fioulaine N, van Beek W. Time perspective theory; Review, research, and application. Cham: Springer International; 2015; 481-98.
25. Eren A, Coşkun H. Time perspectives and boredom coping strategies of undergraduate students from Turkey. Educational Research for Policy and Practice 2015; 14(1): 53-75.
26. Seligowski AV, Rogers AP, Orcutt HK. Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. Personality and Individual Differences 2016; 92: 104-8.
27. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford; 1999; 47-65.
28. Shenk CE, Putnam FW, Noll JG. Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. Child Abuse & Neglect 2012; 36(2): 118-26.
29. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Publications; 2015; 134-8.
30. Mohammad Khani P. Structured clinical interview for DSM-IV-TR Disorders. Tehran: Dangeh Publications; 2010; 145-9.
31. Amini H, Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y. Validity of the Persian version of the Diagnostic Structured Interview for Axis I. Disorders in SCID-I(DSMIV) 2007; 7(1): 49-57.
32. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). Journal of Personality Disorders 1997; 11(3): 279-84.
33. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress 2015; 28(6): 489-98.
34. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. IJPCP 2014; 19(4): 275-82.
35. Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. Journal of Personality and Social Psychology 1999; 77(6): 1271-88.
36. Alizadeh Fard S, Mohtashami T, Haghigatgoo M, Zimbardo PG. Investigation of psychometric characteristics of time perspective inventory (short form) in adult population of Tehran. CPAP 2017; 14(2):157-69.
37. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy 2011; 42(4): 676-88.
38. Abasi E, Fata L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric Adequacy of Acceptance and Action Questionnaire-II. J Psychol Methods Models 2012; 10: 65-80.
39. Floyd FJ, Widaman KF. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. Psychological Assessment 1995; 7(3): 286.
40. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. Sage Focus Editions 1993; 154:136.
41. Vang ML, Shevlin M, Karatzias T, Fyvie C, Hyland P. Dissociation fully mediates the relationship between childhood sexual and emotional abuse and DSM-5 PTSD in a sample of treatment-seeking adults. European Journal of Trauma & Dissociation 2018; 2(4): 173-8.
42. Lowell A, Renk K, Adgate AH. The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. Child Abuse & Neglect 2014; 38(9): 1436-49.
43. Kline NK, Berke DS, Rhodes CA, Steenkamp MM, Litz BT. Self-blame and PTSD following sexual assault: a longitudinal analysis. Journal of interpersonal violence 2018; 00(0): 1-16.
44. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy 2010; 48(3): 238-45.

The Role of Childhood Trauma, Time Perspective and Experiential Avoidance on Post Traumatic Stress Disorder: Applying of Structural Equation Modeling

Hadianfard H¹, Rezaei F^{2*}, Hosseini Ramaghani N²

¹Department of Clinical Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran, ²Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Received: Sep 2019

Accepted: 12 Dec 2019

Abstract

Background & aim: Given the likelihood of recurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and the ineffectiveness of therapeutic approaches in the lasting improvement of the symptoms of this disorder, accurate identification of the factors involved in initiating and maintaining PTSD is of paramount importance. The aim of this study was to determine the role of childhood injuries, time perspective and experimental avoidance in post-traumatic stress disorder.

Methods: The subjects of the present descriptive-cross-sectional research were 131 patients with PTSD (72 females and 59 males) who were seeking treatment at the health centers of Shiraz in spring, summer, autumn and winter of 2018-2019, which were selected according to the inclusion and exclusion criteria and the Structured Interview for Axis I and II disorders (SCID). The PTSD Checklist—5 (PCL-5), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) and Acceptance and Action Questionnaire—II (AAQ-II) were used. Data were analyzed with the structural equation modeling (Correlation coefficients and regression) in Amos software (23-ver).

Results: The results indicated that the proposed model was well fitted (CFI=0.95, GFI=0.92, TLI=0.93, IFI=0.95, NFI=0.90, RMSEA=0.07), and all of the direct and indirect path coefficients were significant at the alpha level of 0.01. So that time perspective and experiential avoidance significantly mediated the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms. That relationship between childhood trauma, time perspective, experimental avoidance, and PTSD symptoms was significant. All variables (childhood trauma, time perspective, and experimental avoidance) were able to directly predict PTSD symptoms. Also, time perspective and experimental avoidance significantly mediated the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms.

Conclusion: In sum, the results of the present study are consistent with the time perspective theory for PTSD and the conceptual model of this study, so that people who have been abused or rejected as children form a negative temporal perspective which in turn leads to the use of negative emotion regulation strategies to deal with negative emotions. The findings of this study suggest that it is necessary to consider the role of childhood trauma, experimental avoidance and time perspective in treatment protocols for people with PTSD.

Key Words: Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma, Time Perspective, Experimental Avoidance

Corresponding author: Rezaei F, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Email: rezaei.f@lu.ac.ir

Please cite this article as follows:

Hadianfard H, Rezaei F, Hosseini Ramaghani N. The Role of Childhood Trauma, Time Perspective and Experiential Avoidance on Post Traumatic Stress Disorder: Applying of Structural Equation Modeling. *Armaghane-danesh* 2020; 25(2)(1): 328-343.