Original Article

The mediating role of the metacognitions and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms

Hosseini-Ramaghani NS, Rezaei F*, Sepahvandi MA, Gholam-Rezaei S, Mirdrikvand F

Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, I.R. Iran.

Received: 2019/02/22 | Accepted: 2019/07/24

Abstract:

Background: Given the likelihood of recurrence of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and the inadequacy of therapeutic approaches in the lasting recovery of symptoms of this disorder, the precise identification of the factors involved in initiating and maintaining PTSD is very important. In this regard, the present study aimed to investigate the intermediate role of metacognition and experiential avoidance in the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms.

Materials and Methods: The subjects of this analytical-cross-sectional research were 432 patients (278 females and 154 males) who were seeking treatment at the health centers of Shiraz in spring, summer, autumn and winter of 2018, 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), Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) and Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II) were used. Data were analyzed with the structural equation modeling (SEM) in Amos software (23-ver).

Results: The results showed that the proposed model was well fitted (CFI=0.97, GFI=0.93, TLI=0.96, IFI=0.97, NFI=0.97, RMSEA=0.07), and all of the direct and indirect path coefficients were significant at the alpha level of 0.01. So that metacognition and experiential avoidance significantly mediated the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms.

Conclusion: The findings of this study suggest that considering the role of childhood trauma, metacognition and experimental avoidance in the design of psychological interventions for the people with PTSD is helpful/essential.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma, Metacognition, Experimental Avoidance

***Corresponding Author:**
Email: rezaei.f@lu.ac.ir
Tel: 0098 917 271 1385
Fax: 0098 663 312 0106

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, December, 2019; Vol. 23, No 5, Pages 543-553

Please cite this article as: Hosseini-Ramaghani NS, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholam-Rezaei S, Mirdrikvand F. The mediating role of the metacognitions and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms. ***Feyz*** 2019; 23(5): 543-53.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

نقش واسطه‌ای فراشناخت و اجتناب تجربی در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه: کاربرد مدل معادلات ساختاری

نسرین‌السادات حسینی رمقانی [۱]، فاطمه رضایی [*۲]، محمّدعلی سپهوندی [۲]، سیمین غلامرضایی [۲]، فضل‌الله میردریکوند [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: باتوجه 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. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی فراشناخت و اجتناب تجربی در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: آزمودنی‌های این پژوهش مقطعی-تحلیلی، ۴۳۲ بیمار (۲۷۸ نفر زن و ۱۵۴ نفر مرد) مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر شیراز در بهار، تابستان، پاییز و زمستان ۱۳۹۷ بودند که باتوجه 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 ترومای کودکی (CTQ)، فرم کوتاه باورهای فراشناختی (MCQ-30) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها به‌وسیله تحلیل معادلات ساختاری (ضرایب هم‌بستگی و رگرسیون) در نرم‌افزار AMOS (ver 23) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که مدل پیشنهادی، برازش مناسبی با داده‌ها دارد (CFI=۰/۹۷، GFI=۰/۹۳، TLI=۰/۹۶، IFI=۰/۹۷، NFI=۰/۹۷، RMSEA=۰/۰۷) و کلیه‌ی ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار هستند. به‌طوری‌که فراشناخت و اجتناب تجربی به‌طور معناداری بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD نقش میانجی را دارند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌کند که در طراحی مداخلات روانشناختی برای افراد مبتلا به PTSD، به نقش ترومای کودکی، فراشناخت و اجتناب تجربی توجه نمود.

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، فراشناخت، ترومای کودکی، اجتناب تجربی

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۵، آذر و دی ۹۸، صفحات ۵۵۳-۵۴۳

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (posttraumatic stress disorder : PTSD) از اختلالات بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کننده روان‌پزشکی می‌باشد که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) در طبقه جدید اختلالات مرتبط با تروما و استرس طبقه‌بندی شده‌است [۱].

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* نشانی نویسنده مسؤول:

گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

تلفن: ۰۹۱۷۲۷۱۱۳۸۵ دورنویس: ۰۶۶۳۳۱۲۰۱۰۶

پست الکترونیک: rezaei.f@lu.ac.ir

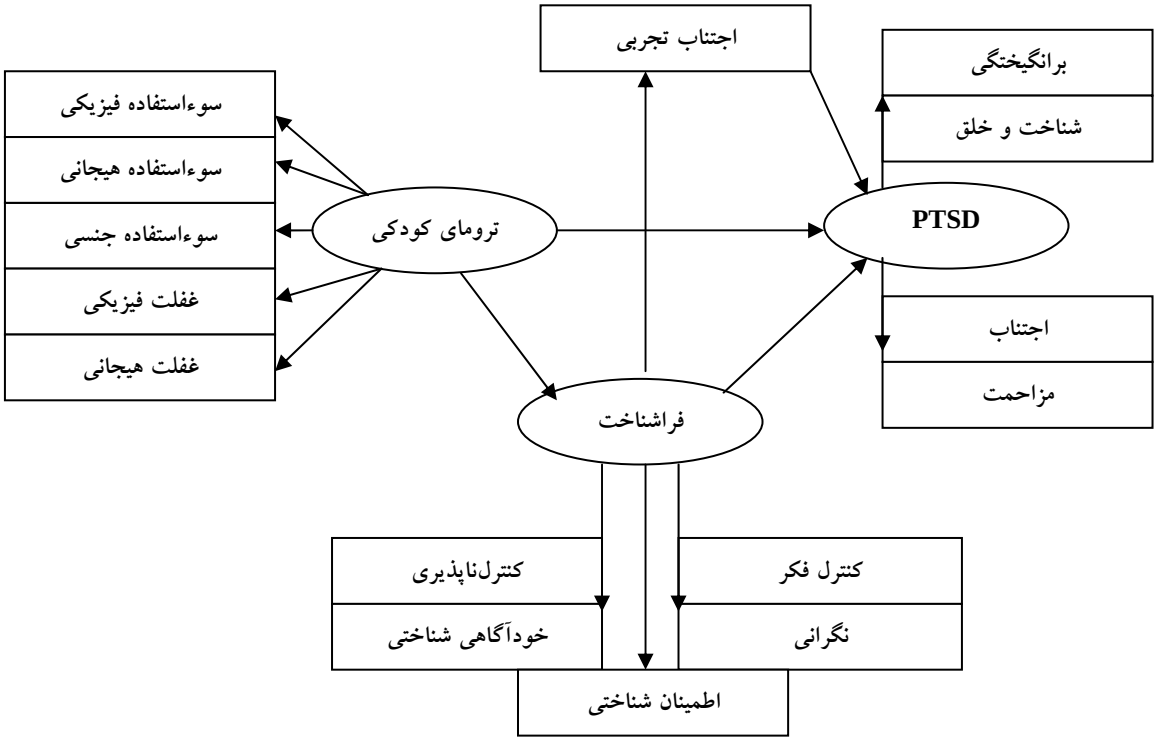
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۵/۲

بررسی‌های همه‌گیرشناسی برای تخمین میزان شیوع در طول عمر PTSD نشان می‌دهد که این وضعیت ممکن است به میزان ۹-۱ درصد در جمعیت عمومی و ۴۵-۶ درصد در میان همه بازماندگان رویدادهای آسیب‌زا مشاهده شود [۵-۲]. در این راستا پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف بر نشانه‌های PTSD پرداخته‌اند، اما مقاومت بیماران نسبت به درمان و بالابودن میزان عود نشانه‌ها، چالشی مهم در مسیر اثربخشی این رویکردهای درمانی است [۶]. به‌طور مثال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری اگرچه درمانی اثربخش برای PTSD است، ولی حدوداً ۴۰ درصد از این بیماران پس از بهبودی در مرحله پیگیری، علائم PTSD را مجدد گزارش می‌کنند [۷]. بنابراین باتوجه به احتمال عود نشانه‌های PTSD و ناکارآمدی رویکردهای درمانی در بهبودی ماندگار علائم PTSD، به‌نظر می‌رسد آن‌چه در مرحله اوّل، اولویت دارد؛ شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ اختلال PTSD می‌باشد و سپس طراحی مدل درمانی براساس متغیرهای تأثیرگذار بر شروع و ماندگاری این اختلال. در همین راستا، مدل‌های مختلفی بر نقش متغیرهایی مانند

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

ترومای کودکی (childhood trauma) [۸]، فراشناخت [۹] و راهبردهای منفی تنظیم هیجان (emotion regulation) [۱۰] تأکید نموده‌اند؛ ولی هیچ‌یک از این پژوهش‌ها متغیرهای ذکرشده را به‌صورت یکپارچه مورد بررسی قرار نداده‌اند. بنابراین، انتظار داریم با به کارگیری این متغیرها در کنار هم واریانس بیشتری از PTSD تبیین شود. ترومای کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: سوءاستفاده (abuse) (هیجانی، جنسی و فیزیکی) و غفلت (neglect) (هیجانی و فیزیکی) [۱۱]. مطالعات زیادی به نقش ترومای دوران کودکی در مبتلاشدن به PTSD در بزرگسالی پرداخته‌اند [۱۳،۱۲] که نتایج آن‌ها حاکی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی ترومای کودکی در افزایش احتمال تجربه نشانه‌های PTSD در سال‌های بعدی بوده‌است. یکی از متغیرهایی که تحقیقات پیشین بر نقش میانجی آن در رابطه بین ترومای دوران کودکی و نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی مانند PTSD تأکید نموده‌اند، فراشناخت است [۱۶-۱۴]. توانایی‌های فراشناختی کلی، در اوایل کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد [۱۷]. به‌طوری‌که حتی برخی از توانایی‌های فراشناختی ناآشکار در نوزاد دو ماهه رشد یافته‌است [۱۸]. بنابراین منطقی است که عقاید فراشناختی مرتبط با اختلالات روان‌شناختی نیز در اوایل کودکی شکل بگیرد؛ به این صورت که تجربه رویدادهای تروماتیک آسیب‌زا در اوایل کودکی منجر به شکل‌گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی و فعال‌سازی سندرم شناختی-توجهی می‌شود [۱۴]. به‌طوری‌که در مطالعه Scarpa و همکاران [۱۵] سوءاستفاده دوران کودکی علاوه‌بر اثر مستقیم آن، اثر غیرمستقیمی نیز از طریق راهبردهای کنترل افکار بر نشانه‌های PTSD داشت. بنابراین رابطه بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های PTSD به‌وسیله راهبردهای منفی تنظیم هیجان که از مؤلفه‌های سندرم شناختی-توجهی هستند، تعدیل می‌شود [۱۹]. راهبردهای تنظیم هیجان مختلفی وجود دارد، اما مطالعات فراتحلیل اخیر پیشنهاد می‌کند که سه راهبرد اجتناب تجربی، نشخوار فکری و سرکوب افکار، قوی‌ترین راهبردهای پیش‌بینی‌کنندی نشانه‌های PTSD است [۲۰،۱۰]. اجتناب تجربی شامل ارزیابی منفی و افراطی افکار، احساسات، تصورات ناخواسته و بی‌میلی برای تجربه این رویدادهای شخصی و کنترل و اجتناب از آن‌ها می‌باشد [۲۱]. در مطالعه Shenk و همکاران [۲۲] اجتناب تجربی تحت‌تأثیر ترومای کودکی قرار گرفته، به‌طور مستقیم بر نشانه‌های PTSD اثر معناداری داشت. بدین‌ترتیب باتوجه به مطالب بالا می‌توان گفت که با تجربه ترومای کودکی و به‌تبع آن شکل‌گیری عقاید فراشناختی ناکارآمد، فرد به دنبال راهبردهایی 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 [۲۳]. مدل فراشناختی PTSD از برازش مناسبی برخوردار بوده‌است، اما مطالعات پیشین بر نگرانی و نشخوار فکری به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای تمرکز نموده‌اند و اجتناب تجربی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سندرم شناختی-توجهی نادیده گرفته شده‌است. همچنین مطالعات اندکی به بررسی عوامل موقعیتی (مانند ترومای کودکی) دخیل در شکل‌گیری عقاید فراشناختی ناکارآمد پرداخته‌اند [۹،۱۴]. بنابراین از آن‌جایی که مطالعات قبلی در قالب یک مدل، به بررسی رابطه مستقیم و غیرمستقیم عقاید فراشناختی و نشانه‌های PTSD ازطریق اجتناب تجربی و همچنین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD ازطریق عقاید فراشناختی و اجتناب تجربی نپرداخته‌اند، مطالعه حاضر به بررسی نقش میانجی عقاید فراشناختی و اجتناب تجربی در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD پرداخته است (شکل شماره ۱).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]



شکل شماره ۱- مدل مفهومی پژوهش

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی-تحلیلی با معادلات ساختاری می‌باشد که با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1397.906 در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به تصویب رسیده‌است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی (بیمارستان‌های تروما و کلینیک‌های پزشکی و روان‌پزشکی) و مشاوره‌ای شهر شیراز در بهار، تابستان، پاییز و زمستان ۱۳۹۷ تشکیل دادند. قابل ذکر است که اوّلین معیار ورود برای شرکت در پژوهش حاضر این بود که شرکت‌کنندگان سابقه تجربه حداقل یک تروما یا رویداد آسیب‌زا از قبیل مواجهه با مرگ، تهدیدشدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی را مطابق با معیار A از DSM-5 را داشته باشند و علاوه‌بر این معیار، حداقل یکی دیگر از ملاک‌های چهارگانه PTSD برطبق DSM-5 را گزارش دهند. بدین‌منظور به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و باتوجه به این‌که حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر محاسبه‌شده نسبت ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود [۲٤]؛ ٤۳۲ نفر (۲۷۸ نفر زن و ۱٥٤ نفر مرد با دامنه سنی بین ٥۸-۱۸ سال) که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. ولی ۱۳ نفر از آن‌ها پرسشنامه‌ها را به‌صورت ناقص تکمیل کرده بودند که از نمونه حذف شدند.

علاوه‌بر معیار ورودی که توضیح داده شد، دیگر ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: تکمیل‌نمودن فرم رضایت آگاهانه و داشتن تحصیلات حداقل سیکل؛ ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر بودند: دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضدّ اجتماعی و اسکیزوتایپال براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور دو (SCID-II)، وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اعتیاد به مواد براساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی محور یک (SCID-I) و استفاده از دارودرمانی و روان‌درمانی در ٦ ماه گذشته. بعد از انتخاب گروه نمونه، مرحله اجرای پرسشنامه‌ها بود که به‌صورت انفرادی تکمیل شد. البته برای جلوگیری از اثر ترتیب اجرای پرسشنامه، آن‌ها در ترکیب‌های متفاوتی اجرا شدند و فقط پرسشنامه ترومای کودکی به علت داشتن سؤالات حساس مربوط به سوءاستفاده جنسی به‌عنوان آخرین پرسشنامه اجرا شد. انواع ترومای تجربه‌شده و فراوانی آن توسط شرکت‌کنندگان به شرح زیر بود: تجربه تصادفات شدید (n=۱۷۲؛ ٤۱/۰٥ درصد)، بیماری یا آسیب تهدیدکننده زندگی (n=۱۳۲؛ ۲۹/۳٥ درصد)، حوادث طبیعی n=۱۰٤؛ ۲٤/۸۲ درصد)، تجاوز (n=۱۲؛ ۲/۸٦ درصد) و جنگ (n=۸؛ ۱/۹ درصد). ملاحظات اخلاقی پژوهش به این صورت بود که برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش به آن‌ها این اطمینان داده

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی 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.

ابزار اندازه‌گیری

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو (SCID-I -DSM-IV-TR 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 هرکدام از ماده‌ها به سه صورت ؟ (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 می‌دهند [۲۵]. توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص گزارش شده‌است، همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند [۲۶]. SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به‌کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. در این ابزار، نشانه‌ها با چهار علامت ؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حدّ آستانه)، ۳ (در حدّ آستانه) علامت-گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۹۸-۰/۴۸ و برای تشخیص‌های درون‌طبقه‌ای از ۰/۹۸-۰/۹۰ برآورد شده‌است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۹۴-۰/۷۱ گزارش شده‌است [۲۷].

ویرایش پنجم فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5: PTSD Checklist — 5): این فهرست یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سؤالی از نشانه‌های PTSD است که با معیارهای تشخیصی این اختلال در DSM-5 هماهنگ است [۲۸]. در حقیقت این نسخه تجدیدنظر شده مقیاس اصلی Walters و همکاران (۱۹۹۳) است که با ملاک‌های DSM-5 هماهنگ شده‌است. آیتم‌های این مقیاس در یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ٤ (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 به‌دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (childhood trauma questionnaire: CTQ): فرم کوتاه این پرسشنامه ۲۸ سؤالی توسط Bernstein و همکاران [۱۱] ساخته شده‌است که پنج حوزه ترومای کودکی را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غلفت هیجانی. این مقیاس در طیف ۵ درجه-ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱ تا اکثر اوقات رخ داده=۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هرکدام از زیرمقیاس‌ها از ۲۵-۵ می‌باشد و دامنه نمرات برای کلّ پرسشنامه ۱۲۵-۲۵ می‌باشد. در ایران ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام [۲۹]. آلفای کرونباخ آن را برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۹۸-۰/۸۱ برآورد کرده‌اند که نشان می‌دهد از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است.

فرم کوتاه باورهای فراشناختی (metacognitions questionnaire: MCQ-30): این ابزار به‌منظور آزمون نظریه فراشناختی اختلالات روانی به‌ویژه نقش فرضی باورهای فراشناختی در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی طراحی شده‌است [۳۰]. این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که فرد میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس از ٤-۱ درجه‌بندی می‌کند. این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس دارد که عبارتند از: ۱) باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، ۲) باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر، ۳) باورهای منفی درباره لزوم کنترل افکار، ٤) باورهای مثبت درباره‌ی خودآگاهی شناختی و ۵) باورهای منفی درباره اطمینان شناختی. در ایران شیرین‌زاده دستگیری و همکاران [۳۱] ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کلّ مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۷-۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله‌ی چهار هفته برای کلّ مقیاس ۰/۷۳ گزارش کردند.

پرسشنامه پذیرش و عمل (acceptance and action -II questionnaire–II: AAQ): این پرسشنامه به‌وسیله Bond و همکاران [۳۲] ساخته شده‌است. 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 توسط عباسی و همکاران [۳۳] به این شرح گزارش شد: پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۹، به‌روش تنصیف ۰/۷۱ و برای سنجش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

روایی، رابطه معناداری با پرسشنامه‌های نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان داشت. در پژوهش حاضر برای بررسی مدل از روش معادلات ساختاری به‌وسیله نرم‌افزار SPSS و Amos graphic نسخه ۲۳، استفاده شد.

نتایج

آزمون فرضیه‌ها

در این قسمت از پژوهش ما با در نظر داشتن مدل مفهومی پژوهش (به شکل شماره ۱ مراجعه شود) که براساس پیشینه نظری و پژوهشی طراحی شده‌است، در پی برازش 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 شماره ۱ نشان‌دهنده ضرایب همبستگی و میانگین و انحراف معیار عوامل موجود در مدل است. همان‌گونه که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد بین کلیه‌ی عوامل موجود در مدل، همبستگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار وجود دارد.

آزمون مدل اندازه‌گیری

مدل اندازه‌گیری اشاره به بارهای عاملی نشانگرهای مشاهده‌شده برای هر متغیّر 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 علائم PTSD دارای ۲۰ گویه و ٤ مؤلفه، باورهای منفی فراشناختی دارای ۳۰ گویه و ۵ مؤلفه، اجتناب تجربی دارای ۱۰ گویه و ترومای کودکی شامل ۲۵ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشد. در این رابطه Floyd و Widaman [۳٤] معتقدند زمانی که ۸-۵ نشانگر روی هر عامل بار می‌شود، امکان ندارد که مدل موردنظر، برازش مطلوبی با داده‌ها داشته باشد و مورد تأیید قرار بگیرد. در این‌گونه موارد استفاده از بسته‌های سؤال و یا ترکیب مؤلفه‌ها و قرار دادن خرده‌مقیاس مناسب خواهد بود. در پژوهش حاضر به‌جز علائم PTSD که از چهار مؤلفه‌ی آن به‌عنوان نشانگر استفاده شده‌است، نشانگرهای اجتناب تجربی در قالب دو بسته‌ی سؤال و نشانگرهای دیگر متغیرهای مکنون در قالب خرده‌مقیاس ارائه شده‌است. جدول شماره ۲ نشان‌دهنده نشانگرهای متغیرهای مکنون، بارهای عاملی آن‌ها و سطح معناداری‌شان می‌باشد. همان‌گونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد کلیه‌ی بارهای عاملی در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند و تفاوت بارهای عاملی نشانگرهای متغیرهای مکنون بسیار کم می‌باشد که این موارد به نوعی بیانگر روایی سازه و روایی همگرای نشانگرهاست. در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی مطلوبیت شاخص‌های برازش از ملاک‌های ارائه‌شده توسط Kline [۳۵] و Browne و Cudeck [۳٦] استفاده شده‌است. 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. باتوجه به این‌که شاخص‌های برازش در پژوهش حاضر بیانگر این است که ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA) برابر با ۰/۰٦، شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۳، شاخص برازش افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۳، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۲، شاخص برازش هنجارشده (NFI) برابر با ۰/۹۲ و شاخص توکلر لوییس (TLI) برابر با ۰/۹۰ باشد؛ این موارد بیانگر برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر آماره‌ی کای دو (X^2) معنادار شده‌است اما در این رابطه Hooper و همکاران [۳۷] معتقدند این آماره به حجم نمونه بزرگ حساس است به این معنی که آزمون خی دو تقریباً همیشه وقتی که اندازه نمونه ما زیاد باشد معنی‌دار است، بنابراین در این موارد استفاده از سایر شاخص‌ها توصیه می‌شود.

آزمون مدل ساختاری

بعد از اطمینان‌یافتن از صحت مدل اندازه‌گیری، نوبت به مدل ساختاری می‌رسد که بیانگر ارتباط بین متغیرهای مکنون بوده، براساس آن می‌توان به سؤال‌های پژوهش پاسخ داد و فرضیه‌ها را در ورطه‌ی آزمون گذاشت. در پژوهش حاضر برای برازش مدل مفهومی با داده‌های میدانی، ما از نرم‌افزار AMOS و از روش بیشینه‌ی احتمال استفاده کرده‌ایم و بااستفاده از ضرایب مسیر به آزمون فرضیه‌ها پرداخته‌ایم. اجرای اوّلیه مدل نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش از مطلوبیت برخوردار هستند CFI= ۰/۹۷، GFI= ۰/۹۳، TLI= ۰/۹٦، IFI=۰/۹۷، NFI=۰/۹۷، RMSEA=۰/۰۷) و کلیه‌ی ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار هستند. شکل شماره ۲ نشان دهنده‌ی ضرایب مسیر مستقیم، بارهای عاملی و مقدار خطاست. این‌گونه که ترومای کودکی به‌صورت مستقیم با نشانه‌های PTSD، فراشناخت و اجتناب تجربی همراه می‌شود. در این میان ترومای کودکی با ٦۷ درصد بیشترین اندازه اثر را روی فراشناخت دارد و فراشناخت با ۱۹ درصد کمترین اثر مستقیم روی نشانه‌های PTSD را دارد. همچنین جدول شماره ۳ نشان‌دهنده‌ی ضرایب مسیر مستقیم، غیرمستقیم، آماره‌ی تی و معناداری ضرایب می‌باشد. به‌طوری‌که فراشناخت و اجتناب تجربی به طور معناداری رابطه بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD را میانجی می‌کنند که بیشترین اندازه اثر مربوط به اثر غیر مستقیم ترومای کودکی بر روی نشانه‌های

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

PTSD (۳۳ درصد) و کمترین اندازه اثر غیرمستقیم مربوط به اثـر غیرمستقیم فراشناخت بـر روی نشـانه‌هـای PTSD (۱۳ درصـد) می‌باشد.

جدول شماره ۱- ضرایب همبستگی بین عوامل مدل

عوامل	(۱)	(۲)	(۳)	(٤)	
علائم PTSD (۱)	۱/۰۰				٤٤/۲٥±۱۸/۲۰
عقاید فراشناختی (۲)	۰/٥٤**	۱/۰۰			۷٤/۳٥±۲۰/٤۰
اجتناب تجربی (۳)	۰/٥۸**	۰/٥۲**	۱/۰۰		٤۱/٥۹±۱٦/۳۱
ترومای‌های کودکی (٤)	۰/٥٦**	۰/٦۳**	۰/٤۹**	۱/۰۰	٦٤/۱۰±۲۲/٥۳

$P<۰/۰۱$**

جدول شماره ۲- بارهای عاملی و سطح معناداری نشانگرها

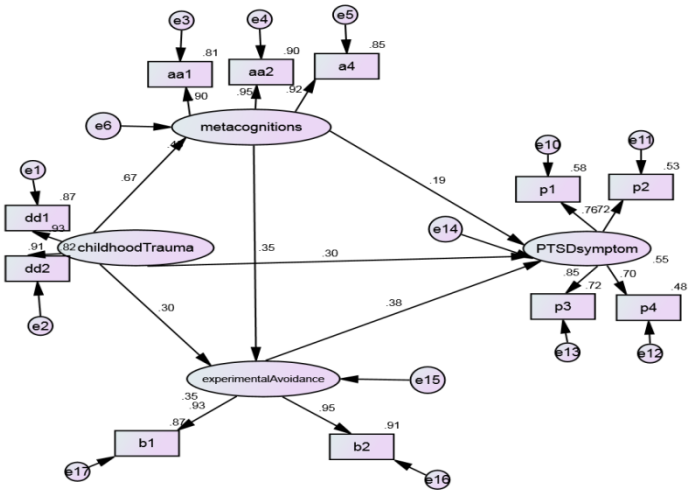
متغیرهای مکنون	نشانگرها	بار عاملی
علائم PTSD	مزاحمت‌ها	۰/۷۸**
	اجتناب	۰/۷٤**
	تغییرات منفی در شناخت و خلق	۰/۸٤**
	تغییرات در برانگیختگی	۰/٦۸**
عقاید فراشناختی	خرده مقیاس۱	۰/۸۷**
	خرده مقیاس۲	۰/۹۸**
	خرده مقیاس۳	۰/۹٦**
اجتناب تجربی	بسته اول	۰/۹٥**
	بسته دوم	۰/۹۳**
ترومای کودکی	خرده مقیاس ۱	۰/۹۳**
	خرده مقیاس۲	۰/۹۱**

عقاید فراشناختی: خرده‌مقیاس۱: باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر؛ خرده‌مقیاس۲: باورهای مثبت درباره خودآگاهی شناختی و باورهای منفی درباره اطمینان شناختی؛ خرده‌مقیاس ۳: باورهای منفی درباره لزوم کنترل افکار/ ترومای کودکی: خرده‌مقیاس۱: سوءاستفاده‌های فیزیکی، جنسی و هیجانی؛ خرده‌مقیاس۲: غفلت‌های فیزیکی و هیجانی، $P<۰/۰۱$**

جدول شماره ۳- ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مکنون مدل

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	نوع اثر	ضرایب استانداردنشده	ضرایب استانداردشده	سطح معناداری	بوت استراپ	
						حدّ پایین	حدّ بالا
ترومای کودکی	عقاید فراشناخت	مستقیم	۰/٦٥	۰/٦۷	۰/۰۰۱		
ترومای کودکی	علائم PTSD	مستقیم	۰/۱٥	۰/۳۰	۰/۰۰۱		
ترومای کودکی	اجتناب تجربی	مستقیم	۰/۲۸	/۳۰	۰/۰۰۱		
ترومای کودکی	اجتناب تجربی	غیرمستقیم	۰/۲۱	۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۳۷
ترومای کودکی	علائم PTSD	غیرمستقیم	۰/۱٦	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۲۰
عقاید فراشناخت	اجتناب تجربی	مستقیم	۰/۳۳	۰/۳٥	۰/۰۰۱		
عقاید فراشناخت	علائم PTSD	مستقیم	۰/۱۰	۰/۱۹	۰/۰۰۱		
عقاید فراشناخت	علائم PTSD	غیرمستقیم	۰/۰٦	۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۱۱
اجتناب تجربی	علائم PTSD	مستقیم	۰/۲۰	۰/۳۸	۰/۰۰۱		

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]



شکل شماره ۲- ضرایب استاندارد مدل مفهومی پژوهش

aa1: خرده‌مقیاس ۱ عقاید فراشناختی: باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر؛ aa2: خرده‌مقیاس ۲ عقاید فراشناختی: باورهای مثبت درباره خودآگاهی شناختی و باورهای منفی درباره اطمینان شناختی؛ a4: خرده‌مقیاس ۳ عقاید فراشناختی: باورهای منفی درباره لزوم کنترل افکار/ dd1: خرده‌مقیاس ۱ ترومای کودکی: سوءاستفاده‌های فیزیکی، جنسی و هیجانی؛ dd2: خرده‌مقیاس ۲ ترومای کودکی: غفلت‌های فیزیکی و هیجانی/ b1: بسته اوّل اجتناب تجربی؛ b2: بسته دوم اجتناب تجربی/ p1: مزاحمت‌ها؛ p2: اجتناب؛ p3: تغییرات منفی در شناخت و خلق؛ p4: تغییرات در برانگیختگی

بحث

این مطالعه با هدف آزمون برازندگی مدل پیشنهادی برای نشانه‌های PTSD در جمعیت ایرانی صورت گرفت (شکل شماره ۱) و شاخص‌های برازش نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد. در این مطالعه رابطه ترومای کودکی (سوءاستفاده هیجانی، جنسی و فیزیکی؛ غفلت هیجانی و فیزیکی) با عقاید فراشناختی، اجتناب تجربی و نشانه‌های PTSD معنادار بود. تمامی متغیرها (آسیب‌های کودکی، عقاید فراشناختی و اجتناب تجربی) توانستند نشانه‌های PTSD را به‌صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. همچنین عقاید فراشناختی و اجتناب تجربی توانستند بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD به‌طور معناداری نقش میانجی داشته باشند. معناداری اثر مستقیم ترومای کودکی بر نشانه‌های PTSD در این مطالعه با پژوهش‌هایی از قبیل Westphal و همکاران [۸] و Vang و همکاران [۳۸]؛ معناداری اثر مستقیم عقاید فراشناختی بر نشانه‌های PTSD با پژوهش‌هایی مانند مظلوم و همکاران [۹]؛ معناداری اثر مستقیم اجتناب تجربی بر نشانه‌های PTSD با پژوهش‌هایی مانند Warnke و همکاران [۳۹]؛ معناداری نقش میانجی عقاید فراشناخت بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD می‌تواند با پژوهش Myers و همکاران [۱٤] و در نهایت معناداری نقش میانجی اجتناب تجربی بین آسیب‌های کودکی و نشانه‌های PTSD با پژوهش Shenk و همکاران [۲۲] هم‌سو باشد. طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکل‌گیری یک دلبستگی ایمن به مثال یک لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده، موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند [٤۰]. به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا، به‌ویژه تجاربی که توسط مراقب شکل داده شده‌اند، اثر تعیین‌کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد و بدین‌ترتیب می‌توان گفت منجر به شکل‌گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی می‌شود. کودکی که مورد سوءاستفاده یا بدرفتاری قرار گرفته‌است، برای جلوگیری از سوءاستفاده و بدرفتاری‌های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی و بازبینی مجدد موارد تهدیدزا را پرورش می‌دهد [۱٤]. تجارب مکرر نگرانی و پیامدهای آن منجر به شکل‌گیری فرانگرانی یا باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی مانند غیر قابل کنترل بودن افکار و خطر می‌شود. طبق دیدگاه فراشناخت، فرد برای مقابله با فرانگرانی به راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید، کنترل افکار، سرکوب افکار و اجتناب) متوسل می‌شود که این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به‌گونه‌ای که اضطراب و احساس خطر تداوم یافته، به شناخت اجازه بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمی‌دهد [٤۱]. در این مطالعه به‌طور اختصاصی روی اجتناب تجربی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای تمرکز شد. وقتی اجتناب تجربی به‌عنوان یک راهبرد بلندمدت استفاده می‌شود منجر به محدودساختن 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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

نشخوار در مورد چگونگی وقوع آن رویداد و پاسخ‌های احتمالی به آن موقعیت می‌پردازند و خودسرزنشی بیشتری را تجربه می‌کنند [٤٢]. از ویژگی‌های افراد مبتلا به PTSD خودسرزنشی و خودانتقادی است. اجتناب تجربی همچنین واکنش‌های سرزنش-گرایانه و منتقدانه نسبت به تجارب درونی (افکار، احساسات و تصورات ناخواسته) را افزایش می‌دهد، چون مانع اعتباریابی می‌شود. اعتباریابی منجر به این حس می‌شود که هیجانات بیمار استثنایی نیستند و نیاز به ابراز هیجان منجر به از پای‌درآمدن نمی‌شود. همچنین با اعتباریابی احساس گناه و شرم کمتر شده، به بیمار کمک می‌کند تا با هیجان خود احساس غرابت نکند. درنتیجه می‌توان گفت که اعتباریابی منجر به تغییراتی در باورهای هیجانی می‌شود و از این طریق حتی باعث تغییر خود هیجان نیز می‌شود [٦]. راهبرد متداول برای اجتناب از ناراحتی، پنهان‌کردن 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 مشابهشان برای ما سخن بگویند. تأییدکردن بیرونی یکی از روش‌های تقویت و افزایش دلسوزی نسبت به خویشتن است [٦]. درنهایت، اجتناب تجربی اغلب منجر به اجتناب رفتاری یا درگیری در رفتارهایی می‌شود که با عملکرد فرد تداخل پیدا می‌کنند، علاوه‌بر آثار واضح‌تر (مانند مصرف مواد، پرخوری، یا آسیب به خود)، اجتناب تجربی می‌تواند پیامدهای ظریف اما مهمّی بر روابط فرد در زندگی روزمره داشته باشد، بدین‌طریق که از درگیری کامل افراد با روابطشان، پیگیری مسیر شغلی، اهداف، ارزش‌ها و معیارهایی که برایشان مهم است، یا مقابله مؤثر با شرایط استرس‌زای زندگی‌شان جلوگیری کند [٤٣]. در پایان باید ذکر نمود که این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است که باید در تفسیر نتایج آن جوانب احتیاط را رعایت نمود. از جمله این‌که طرح مطالعه یک طرح مقطعی است و نمی‌توان نتیجه‌گیری علت و معلولی استنتاج نمود، همچنین شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر از بزرگسالان بودند، بنابراین نتایج این مطالعه را نمی‌توان به تمامی سنین تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که تمامی متغیرها (ترومای کودکی، عقاید فراشناختی و اجتناب تجربی) توانستند نشانه‌های PTSD را به‌صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. همچنین عقاید فراشناختی و اجتناب تجربی توانستند بین ترومای کودکی و نشانه‌های PTSD به‌طور معناداری نقش میانجی داشته‌باشند. بنابراین لازم است در پروتکل‌های درمان مبتنی بر فراشناخت برای افراد مبتلا به PTSD به نقش ترومای کودکی و اجتناب تجربی نیز توجه شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی مداخله مبتنی بر این مدل برای کاهش نشانه‌های PTSD مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری نویسنده اوّل مقاله در دانشگاه لرستان می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کارمندان دانشگاه لرستان و دانشگاه علوم پزشکی شیراز به دلیل کمک شایانی که در اجرای این پژوهش نمودند و از بیماران به‌دلیل همکاری ارزشمندشان در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، اعلام می‌دارند. شایان ذکر است که نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نمی‌باشد.

References:

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.

[2] Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. ***HSR*** 2001; 36(6 Pt 1): 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. ***JTS*** 2013; 26(5): 537-47.

[5] Cesur R, Sabia JJ, Tekin E. The psychological costs of war: military combat and mental health. ***J Health Econ*** 2013; 32(1): 51-65.

[6] Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2011.

[7] Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). New York, NY: Wiley; 2007.

[8] Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. ***Psychiatry Res*** 2016; 242: 186-91.

[9] Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. ***Pers Indiv Differ*** 2016; 88:94-8.

[10] Seligowski AV, Rogers AP, Orcutt HK. Relations among emotion regulation and DSM-5

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

symptom clusters of PTSD. ***Pers Indiv Differ*** 2016; 92:104-8.
[11] 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 Negl*** 2003; 27(2): 169-90.
[12] 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.
[13] Ramo-Fernández L, Schneider A, Wilker S, Kolassa IT. Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. ***Behav Sci Law*** 2015; 33(5): 701-21.
[14] Myers SG, Wells A. Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. ***Anxiety Stress Copin*** 2015; 28(6): 634-49.
[15] Scarpa A, Wilson LC, Wells AO, Patriquin MA, Tanaka A. Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. ***Behav Res Therapy*** 2009; 47(9): 809-13.
[16] Raes F, Hermans D. On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection. ***Depress Anxiety*** 2008; 25(12): 1067-70.
[17] Schneider W. The development of metacognitive knowledge in children and adolescents: Major trends and implications for education. ***MBE*** 2008; 2(3): 114-21.
[18] Brinck I, Liljenfors R. The developmental origin of metacognition. ***Infant Child Dev*** 2013; 22(1): 85-101.
[19] Barlow MR, Goldsmith RE. Childhood trauma and active mental processes: Dissociation and metacognition influence control of negative thoughts. ***Child Adolesc Trauma*** 2014; 7(2): 131-40.
[20] Seligowski AV, Lee DJ, Bardeen JR, Orcutt HK. Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. ***Cogn Behav Ther*** 2015; 44(2): 87-102.
[21] Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. ***Behav Res Ther*** 2006; 44(9): 1301-20.
[22] 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.
[23] Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. ***Behav Res Ther*** 2006; 44(9): 1301-20.
[24] Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015.
[25] Mohammad Khani P. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Disorders. Tehran: Dangeh Publications; 2010.
[26] 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). ***Payesh*** 2007; 7(1): 49-57. [in Persian]
[27] 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), version 2.0. ***J Pers Disord*** 1997; 11(3): 279-84.
[28] 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. ***J Trauma Stress*** 2015; 28(6): 489-98.
[29] Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. ***IJPCP*** 2014; 19(4): 275-82.
[30] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. ***Behav Res Ther*** 2004; 42(4): 385-96.
[31] Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi Ch, Nazari Q. Investigating factor structure, validity and validity of meta-cognitive questionnaire-30. ***J Psychol*** 2008; 4(48): 445-61.
[32] 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. ***Behav Ther*** 2011; 42(4): 676-88.
[33] Abasi E, Fata L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric Adequacy of Acceptance and Act.ion Questionnaire-II. ***J Psychol Methods Models*** 2012; 10, 65-80.
[34] Floyd FJ, Widaman KF. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. ***Psychol Assess*** 1995; 7(3): 286.
[35] Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015.
[36] Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. Sage focus editions 1993; 154: 136-.
[37] Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. Electronic**.** ***EJBRM*** 2008; 6(1): 53-60.
[38] 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. ***EJTD*** 2018; 2(4): 173-8.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]

[39] 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. ***Pers Indiv Differ*** 2018; 132: 60-5.
[40] Lowell A, Renk K, Adgate AH. The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. ***Child Abuse Negl*** 2014; 38(9): 1436-49.
[41] Takarangi MK, Smith RA, Strange D, Flowe HD. Metacognitive and metamemory beliefs in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder. ***Clin Psychol Sci*** 2017; 5(1): 131-40.
[42] Kline NK, Berke DS, Rhodes CA, Steenkamp MM, Litz BT. Self-blame and PTSD following sexual assault: a longitudinal analysis. ***J Interpers Violence*** 2018; 1: 0886260518770652.
[43] Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. ***Behav Res Ther*** 2010; 48(3): 238-45.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-13]