



Journal Website

**Article history:**

Received 31 October 2024

Revised 23 December 2024

Accepted 05 January 2025

Published online 14 April 2025

# Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 4, Issue 1, pp 138-158



E-ISSN: 2981-1759

## Comparing the Effectiveness of Beck's Cognitive Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Cognitive Avoidance, Arousal, and Dissociative Experiences in Individuals with Post-Traumatic Stress Disorder

Maryam Jafari Senejani <sup>1</sup>, Taher Tizdast <sup>2\*</sup>, Tahmoures Aghajani Heshejin <sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD student, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (Corresponding Author).

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Shahr-e-Quds Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

\* Corresponding author email address: Tahertizdast@yahoo.com

### Article Info

#### Article type:

Original Research

#### How to cite this article:

Esmaeili, H., Salehi, L., & Monavvarifard, F. (2025). Comparing the Effectiveness of Beck's Cognitive Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Cognitive Avoidance, Arousal, and Dissociative Experiences in Individuals with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(1), 138-158.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

### ABSTRACT

**Objective:** This study compares the effectiveness of two therapeutic methods, namely Beck's Cognitive Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy, on experiential avoidance, arousal, and dissociative experiences in individuals with post-traumatic stress disorder.

**Methodology:** The research was conducted using a semi-experimental method with a pre-test, post-test, and follow-up design, involving two experimental groups and one control group. The statistical population included patients with post-traumatic stress disorder who referred to psychiatric and psychological centers in Tehran between November 2022 and December 2022. Forty-five patients were selected through convenience sampling and divided into three groups. Data collection tools included questionnaires on experiential avoidance, arousal, and dissociative experiences. Data analysis was descriptive, and the results were analyzed using the statistical software SPSS 22.

**Findings:** The results indicated that both therapeutic methods positively affected the reduction of experiential avoidance and dissociative experiences. However, Beck's Cognitive Therapy had a greater impact on reducing experiential avoidance compared to Short-Term Psychodynamic Therapy. Additionally, both methods led to improvements in individuals' arousal.

**Conclusion:** This research confirms that the use of these two therapeutic methods can help improve the symptoms of post-traumatic stress disorder. However, both therapeutic methods, especially Beck's Cognitive Therapy, are effective in improving cognitive avoidance and arousal in individuals with post-traumatic stress disorder.

**Keywords:** Beck's Cognitive Therapy, Short-Term Psychodynamic Therapy, Cognitive Avoidance, Arousal, Dissociative Experiences, Post-Traumatic Stress Disorder.

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a significant psychiatric condition that emerges following exposure to one or more traumatic events. This disorder is characterized by a constellation of symptoms, including recurrent and intrusive re-experiencing of the traumatic event, persistent avoidance of stimuli associated with the trauma, marked alterations in mood and cognition, heightened arousal, flashbacks, nightmares, and diminished social functioning, all persisting for a minimum duration of one month (First et al., 2022; Tajeryan et al., 2022, 2023). Traumatic incidents leading to PTSD are profoundly debilitating, often rendering individuals incapacitated and placing them at an increased risk for suicidal ideation and behaviors (Dutheil et al., 2021; Ghezelseflo et al., 2023). The disorder predominantly manifests in early adulthood, with notable gender disparities in vulnerability. Specifically, the prevalence of PTSD is 10 to 12 percent higher in women compared to men, with men more frequently affected by war-related trauma and women more susceptible to sexual assault-related PTSD (Atarod et al., 2016; Dubé et al., 2024).

PTSD exhibits the highest prevalence among individuals exposed to ethnic and political genocides, military personnel, survivors of sexual violence, and prisoners. The disorder encompasses persistent dissociative experiences, hyperarousal, and avoidance behaviors. Dissociation, a psychological mechanism, involves the fragmentation of personality and specific psychological functions such as perception, emotion, cognition, and behavior, typically integrated cohesively, to evade traumatic memories and associated guilt (Kratzer et al., 2018). Hyperarousal serves as a core symptom across various psychiatric disorders, manifesting as physiological or psychological changes linked to the traumatic event, including irritability, verbal and physical aggression, self-destructive behaviors, hypervigilance, startle responses, impaired concentration, and sleep disturbances (Ponce de León et al., 2018; Rezaiti Zadeh & Gholipour, 2021).

The repercussions of PTSD are profound, adversely affecting psychological and physical functioning, interpersonal relationships, family dynamics, social interactions, and individuals' perceptions of their own health. Consequently, individuals with PTSD employ diverse coping strategies, notably avoidance, to manage the psychological stressors arising from the disorder. Avoidance, encompassing both cognitive and behavioral dimensions, entails temporarily alleviating anxiety by distancing oneself from the traumatic stimuli but inadvertently sustaining or exacerbating anxiety in the long term (Hilton et al., 2020). Cognitive avoidance strategies include thought suppression, thought substitution, distraction, avoidance of anxiety-provoking situations and activities, and transforming mental images into verbal thoughts. These strategies impede effective emotional responses and the implementation of emotion regulation techniques, rendering them inefficient in the long-term management of PTSD (Hilton et al., 2020).

Various psychological interventions, including Cognitive Behavioral Therapy (CBT), mindfulness-based therapies, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), and other trauma-focused treatments, have demonstrated efficacy in ameliorating PTSD symptoms (Town et al., 2020). However, trauma-focused therapies often exhibit limitations such as inadequate efficacy or high dropout rates (Haagen et al., 2015). In contrast, guidelines from the United States Department of Defense and the United Kingdom advocate for the use of trauma-focused psychological therapies as first-line treatments, even preceding pharmacotherapy and other forms of intervention (Ostacher & Cifu, 2018). This

dichotomy underscores the necessity to evaluate the effectiveness of alternative psychological interventions, such as CBT and Short-term Psychodynamic Psychotherapy (ISTDP), in reducing cognitive avoidance, hyperarousal, and dissociative experiences in individuals with PTSD. Previous studies have highlighted the positive impact of CBT and ISTDP in mitigating these symptoms, suggesting their potential utility in comprehensive PTSD treatment protocols (Arjmand Nia et al., 2022; Guilin et al., 2022; Town et al., 2020). Therefore, this study aims to compare the effectiveness of CBT and ISTDP in alleviating cognitive avoidance, arousal, and dissociative experiences among individuals diagnosed with PTSD.

## Methodology

This research adopts an applied objective with a semi-experimental descriptive design, utilizing a pretest-posttest framework involving two experimental groups and one control group, complemented by a follow-up phase. The study sample comprised 45 PTSD patients from the Dr. Mohammad Nowidi Addiction Withdrawal Psychiatric Clinic in West Tehran, selected through purposive sampling. Participants were randomly assigned to three groups: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (n=15), Short-term Psychodynamic Psychotherapy (ISTDP) (n=15), and a Control group (n=15).

The intervention protocols included 12 weekly sessions, each lasting 90 minutes. CBT interventions followed the therapeutic framework established by Beck and colleagues (2011), focusing on cognitive restructuring, identification and modification of cognitive distortions, and behavioral activation strategies. ISTDP interventions were administered according to the protocol developed by Davanloo (1995), emphasizing the rapid processing of unconscious emotions and the resolution of internal conflicts.

Assessment tools utilized in the study encompassed the Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ) developed by Sexton and Dugas, the Arousal Questionnaire (DARQ) by Harmon Jones, the Dissociative Experiences Scale (II-DES) by Bernstein and Carlson, and the PTSD Questionnaire by Foa et al. (1993). These instruments were administered at three time points: pretest, posttest following the intervention period, and at a three-month follow-up. Ethical considerations were meticulously observed, including obtaining informed consent, ensuring confidentiality, and guaranteeing that control group participants would receive therapeutic interventions post-study completion.

## Findings

Descriptive statistics revealed significant differences across the pretest, posttest, and follow-up phases for cognitive avoidance, arousal, and dissociative experiences among the three groups. The CBT group exhibited a substantial reduction in cognitive avoidance scores from pretest (M=26.94, SD=60.13) to posttest (M=0.77, SD=40.13) and maintained lower scores at follow-up (M=40.78, SD=90.10). Similarly, the ISTDP group demonstrated a significant decrease in cognitive avoidance from pretest (M=7.95, SD=39.12) to posttest (M=80.79, SD=22.13), with slight increases observed at follow-up (M=0.80, SD=87.12). The control group showed minimal changes over time (M=00.95 to M=93.95).

Regarding arousal, the CBT group showed a marked decrease from pretest (M=13.61, SD=33.6) to posttest (M=60.78, SD=47.6) and an increase at follow-up (M=93.77, SD=60.8). The ISTDP group also exhibited significant reductions from pretest (M=40.60, SD=37.6) to posttest (M=13.70, SD=16.8), with a slight increase at follow-up (M=80.69, SD=82.9). The control group presented a decrease in arousal scores from pretest (M=87.60, SD=29.5) to posttest (M=47.60, SD=40.5) and further to follow-up (M=40.60, SD=42.5).

Dissociative experiences decreased across all groups, with the CBT group reducing from pretest (M=53.119, SD=37.6) to posttest (M=60.69, SD=87.4) and further to follow-up (M=87.69, SD=34.4). The ISTDP group showed a decrease from pretest (M=33.121, SD=35.6) to posttest (M=87.85, SD=25.5) and maintained lower scores at follow-up (M=97.85, SD=28.5). The control group exhibited a minor reduction from pretest (M=67.119, SD=64.6) to posttest (M=53.119, SD=36.6) and an increase at follow-up (M=80.119, SD=51.6).

ANOVA results indicated significant within-group and between-group effects for both CBT and ISTDP on cognitive avoidance, arousal, and dissociative experiences ( $p < 0.001$ ). Pairwise comparisons further confirmed significant differences between pretest and posttest, and pretest and follow-up phases for both interventions, while posttest to follow-up differences were non-significant, indicating the persistence of treatment effects over time.

## **Discussion and Conclusion**

The findings of this study highlight the effectiveness of both Beck's cognitive therapy and short-term psychodynamic therapy in alleviating the core symptoms of PTSD, including cognitive avoidance, arousal, and dissociation. These results suggest that both therapeutic approaches can provide meaningful reductions in the severity of PTSD symptoms. However, STDP demonstrated a slightly more substantial effect, particularly in reducing dissociative symptoms and arousal, indicating that the deeper, more emotionally focused interventions may have a more lasting impact on trauma-related disorders.

The results also underscore the importance of targeted, trauma-focused interventions for PTSD. Both cognitive and psychodynamic approaches address different facets of the disorder, with cognitive therapy focusing on altering maladaptive thought patterns and psychodynamic therapy providing deeper emotional processing. Given that PTSD involves complex emotional and cognitive responses to trauma, it is essential for clinicians to tailor interventions to the individual's needs, incorporating both cognitive and emotional processing components.

Moreover, the study highlights the need for continued exploration into the long-term effects of these therapies, as follow-up assessments revealed that the gains achieved through both treatments were largely sustained over time. This suggests that these interventions may offer not only short-term relief but also contribute to the long-term management of PTSD symptoms. Future research should aim to further explore the comparative effectiveness of these therapies in larger, more diverse samples, as well as investigate the potential for combining different therapeutic modalities to optimize outcomes for PTSD patients.

Overall, this research contributes valuable evidence to the field of PTSD treatment, providing clinicians with further insights into the effectiveness of cognitive therapy and short-term psychodynamic therapy as viable therapeutic options for individuals suffering from post-traumatic stress.



# مقایسه اثر بخشی درمان شناختی بک و درمان روانپوشی کوتاه مدت بر اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به استرس پس از سانحه

مریم جعفری سنجانی<sup>۱</sup>، طاهر تیزدست<sup>۲</sup>، طهمورث آقاجانی هشتجین<sup>۳</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.  
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)  
استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

\*ایمیل نویسنده مسئول: Tahertizdast@yahoo.com

### اطلاعات مقاله

### چکیده

### نوع مقاله

پژوهشی اصیل

### نحوه استناد به این مقاله:

جعفری سنجانی، مریم، تیزدست، طاهر، آقاجانی هشتجین، طهمورث. (۱۴۰۴). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی بک و درمان روانپوشی کوتاه مدت بر اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به استرس پس از سانحه. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۴(۱)، ۱۳۸-۱۵۸.

**هدف:** در این پژوهش، به مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، یعنی درمان شناختی بک و درمان روان پویشی کوتاه مدت، بر اجتناب تجربی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شده است. **روش شناسی:** این مطالعه به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود که در بازه زمانی آبان تا دی ۱۴۰۱ به مراکز روانپزشکی و روانشناسی تهران مراجعه کرده بودند. ۴۵ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به سه گروه تقسیم شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های اجتناب تجربی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت توصیفی و نتایج با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی بر کاهش اجتناب تجربی و تجارب تجزیه‌ای تأثیر مثبتی دارند، اما درمان شناختی بک در مقایسه با درمان روان پویشی کوتاه مدت، تأثیر بیشتری در کاهش اجتناب تجربی داشت. همچنین، هر دو روش به بهبود برانگیختگی افراد منجر شد. **نتیجه گیری:** این پژوهش تأیید می‌کند که استفاده از این دو روش درمانی می‌تواند به بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه کمک کند، با این حال هر دو روش درمانی، به ویژه درمان شناختی بک، در بهبود اجتناب شناختی و برانگیختگی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش هستند.

**کلیدواژگان:** درمان شناختی بک، درمان روان پویشی کوتاه مدت، اجتناب شناختی، برانگیختگی، تجارب تجزیه‌ای، اختلال استرس پس از سانحه.



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



## مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال روانپزشکی است که بعد از مواجهه با یک یا چند رویداد آسیب زا بروز می کند. علائم این اختلال شامل تجربه ی مجدد تکرار شونده از رویداد آسیب زا، اجتناب مداوم از محرک های مرتبط با این رویداد، نوسان در حالت خلقی و شناختی فرد، بیش انگیزختگی، جهش به گذشته، کابوس های شبانه و افت عملکرد اجتماعی است که باید حداقل یک ماه ادامه یابند (First et al., 2023; Tajeryan et al., 2022, 2023; al., 2022). حوادثی که سبب این اختلال می شوند، آن قدر ناتوان کننده هستند که می توانند فرد را از پا درآوردند. این افراد بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی و مرگ با خودکشی قرار دارند (Dutheil et al., 2021; Ghezelseflo et al., 2023). شایعترین سن ابتلا به این اختلال اوایل بزرگسالی است. مردان و زنان از نظر نوع آسیب پذیری به این اختلال متفاوت اند. میزان شیوع در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد بیشتر از مردان است و در مردان بیشتر مربوط به وقایع جنگی است در حالی که در زنان مربوط به تجاوز جنسی می باشد (Atarod et al., 2016; Dubé et al., 2024).

بالاترین میزان شیوع در نسل کشی های قومی و سیاسی، نیروهای ارتش، بازماندگان تجاوز و اسیران یافت شده است. استرس پس از سانحه از جمله بیماری های مزمنی است که به صورت تجربه حوادث آسیب زا به صورت تجزیه ای<sup>۱</sup>، برانگیختگی زیاد<sup>۲</sup> و اجتناب خود را نشان می دهد. تجارب تجزیه ای<sup>۳</sup> در بسیاری از اختلالات روانپزشکی از جمله روانپریشی، اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی و اضطرابی رایج هستند (Ponce de León et al., 2018). تجزیه را می توان به عنوان فرآیندی روانشناختی توصیف کرد که به واسطه آن شخصیت و کارکردهای معین روانی از جمله ادراک، هیجان، اندیشه و رفتار که معمولاً با یکدیگر یکپارچه هستند، در تلاش برای اجتناب از خاطرات آسیب زا و احساس گناه به شیوه ای دفاعی از هم می گسلند (Kratzer et al., 2018). ون در هارت، وندرکک و بون (۱۹۹۶) دیگر مولفه ی مورد بررسی در این پژوهش برانگیختگی می باشد. برانگیختگی هسته ی اصلی بروز علائم گوناگون در تعداد زیادی از اختلالات روانشناختی است (Ponce de León et al., 2018; Rezaiti Zadeh & Gholipour, 2021). برانگیختگی به تغییر قابل ملاحظه فیزیولوژیک یا روانی مرتبط با حادثه آسیب زا می باشد که با شروع یا تشدید پس از حادثه آسیب زا، با دست کم دومورد از حالات زیر مثل رفتار تحریک پذیر، کلامی و فیزیکی، رفتار خود تخریبی گوش بزنگی، از جا پریدن، اشکالات در تمرکز، اختلالات خواب خود را نشان می دهد (Sadock et al., 2015). نتایج تحلیل عامل صورت گرفته روی مقیاس برانگیختگی بارانه یک مدل سه مولفه ای برانگیختگی متشکل از برانگیختگی حرکتی، برانگیختگی شناختی و بی برانگیختگی (فعالیت حرکتی فزون یافته، توجه پایین و عدم برنامه ریزی) را تایید کرده است. احتمالاً اختلال های روان پزشکی مختلف از طریق الگوهای مختلفی از این سه مکانسم زیربنایی با برانگیختگی مرتبط می شوند. رابطه ی این اختلال ها با برانگیختگی تا حدی به مفهوم فقدان محدودیت رفتاری به عنوان عنصر مشترک در تمامی این اختلال ها باز می گردد (Mathias et al., 2020).

استرس پس از سانحه عوارض جبران ناپذیری را بر عملکرد روانی، جسمانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی و درک افراد از سلامت خود گذاشته که در نتیجه، این بیماران برای مقابله با فشارهای روانی مختلف ناشی از این بیماری از سبک های مقابله ای مختلفی مانند اجتناب<sup>۴</sup> استفاده نمایند. اجتناب، به رهایی از شخص، عمل یا شیء اشاره دارد که به طور موقت موجب کاهش اضطراب در فرد گردیده، اما در بلندمدت موجب حفظ و افزایش اضطراب می شود. اجتناب دارای دو بعد شناختی<sup>۵</sup> و رفتاری<sup>۶</sup> می باشد. اجتناب شناختی نیز انواع راهبردهای

<sup>1</sup> events traumatic of experience

<sup>2</sup> Arousal increased

<sup>3</sup> Avoidance

<sup>4</sup> Dissociative experiences

<sup>5</sup> Avoid

<sup>6</sup> cognitive

<sup>7</sup> behavioral



ذهنی هستند که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت‌های مختلف تغییر می‌دهند. در فرایند اجتناب شناختی، توجه از موضوع نگران کننده به سوی موضوعات دیگر منحرف می‌شود؛ موضوعاتی که می‌تواند نسبت به موضوع اولیه، یعنی روابط بین فردی، نگرانی کمتری ایجاد کند. در واقع زمانی که فرد با تهدیدی درباره وقوع یک رخداد در آینده مواجهه است و امکان پاسخ برای او فراهم نیست، از پاسخ اجتناب شناختی استفاده می‌کند. استفاده از این سبک‌های مقابله‌ای موجب کاهش استفاده از فعالیتهای لذت بخش، دچار شدن به احساس غمگینانه و ایجاد فاصله بین فرد و دنیای بیرونی می‌شود که در نهایت می‌تواند باعث شود فرد به مشکلات روان شناختی دچار شود. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله واپس زنی فکر، جانشینی فکر، حواسپرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده<sup>۴</sup> و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است. اجتناب مانع از پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و به کارگیری راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل روش کارآمدی نیست (Hilton et al., 2020). تحقیقات نشان داده‌اند که تعدادی درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان‌های بین فردی، ذهن آگاهی، حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد<sup>۵</sup> برای مشکلات سلامت روان در اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده است (Town et al., 2020). مطالعات قبلی در این زمینه نشان داده‌اند که درمان‌های متمرکز بر تروما به اندازه کافی کارایی نداشتند یا ریزش بیشتری داشتند (Haagen et al., 2015). در حالی که، دستورالعمل‌های وزارت دفاع ایالت متحده و بریتانیا درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر تروما را خط اول درمان حتی قبل از دارودرمانی و سایر اشکال درمان معرفی کرده‌اند (Ostacher & Cifu, 2018). بنابراین، بررسی اثربخشی سایر مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان شناختی بک و درمان روان پویشی کوتاه مدت بر علائم استرس پس از سانحه جهت به روزرسانی و دسته‌بندی شواهد موجود در این زمینه ضروری است. یکی از درمان‌های مورد استفاده در این پژوهش درمان شناختی بک می‌باشد. درمان شناختی - بک از زمانی که بک و همکاران آن را ارائه نمودند به طور گسترده در درمان افسردگی و کاهش نشانه‌های اضطرابی، به کار رفته و اثربخشی آن مورد ارزیابی و قبول قرار گرفته است. از جمله مهارت‌های شناختی می‌توان به آشنایی افراد در حوزه خطاهای شناختی، عوامل شناختی و تکنیک‌های درمان شناختی اشاره کرد. همچنین مهارت‌های رفتاری، آشنایی افراد در حوزه‌های الگوی مبادله اجتماعی و اصل تقابل، عینیت و تصریح رفتاری و مبادله رفتاری را شامل می‌شود. از مهارت‌های ارتباطی می‌توان به حوزه‌های اصول ارتباط، مهارت ارتباط مثبت، تأثیر ارتباط بر زندگی فردی، الگوهای ارتباطی رایج میان افراد و برنامه‌های آموزش ارتباطی اشاره نمود. مهارت‌های حل تعارض و حل مسأله نیز شامل آشنایی افراد در حوزه‌های الگوهای تعارض، نظریه‌های تعارض، روش‌های حل تعارض و مهارت‌های حل مسأله می‌باشد (Clapp & Beck, 2020; Holman & Zimbaro, 2019). در این رویکرد نیز تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق هیجانی به عنوان عنصری شفافبخش است (Pfefferbaum & North, 2020). موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجعه کننده در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری به دست بیاورد. تاکید روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کمک فوری بیمار برای تجربه هیجان‌ناهنشایی است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است (Davanloo, 1995). روان درمانی پویشی کوتاه مدت به طور بالینی در نمونه‌های با مشکلات چندگانه روانپزشکی و نمونه‌ای از

<sup>1</sup> Thought Retreat

<sup>2</sup> Substitution of thought

<sup>3</sup> Distractions

<sup>4</sup> Avoid threatening stimuli

<sup>5</sup> Turn imagination into thought

<sup>6</sup> interpersonal

<sup>7</sup> Mindfulness

<sup>8</sup> Movement Eye reprocessing desensitization



بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس حاد با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت موثر واقع شده است (Abbas et al., 2018; Abbas et al., 2014).

اگرچه که تاکنون رویکردها و درمان های متفاوتی برای کمک به این اختلالات توسط افراد مختلف بکار گرفته شده اما مقایسه ای میان آنها در رابطه با متغیرهای مذکور صورت نگرفته. جرجانی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان روانپوشی کوتاه مدت بر اجتناب شناختی-رفتاری و نشخوار ذهنی بیماران افسرده کلینیک روانشناسی شهر گرگان انجام دادند. نتایج نشان داد بین میانگین های نمرات اجتناب شناختی-رفتاری و نشخوار ذهنی گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین درمان روانپوشی کوتاه مدت بر کاهش مؤلفه های اجتناب شناختی-رفتاری و نشخوار ذهنی مؤثر است (Jorjani, 2023). ارجمند نیا و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر استفاده از راهبردهای سازگاران و ناسازگاران در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید ۱۹ انجام دادند. یافته ها نشان داد بیماران تحت درمان اثر بخشی معناداری در استفاده از راهبردهای ساگاران و ناسازگاران نشان داده و بهبودی معناداری به لحاظ بالینی کسب نمودند (Arjmand Nia et al., 2022). قاسمی و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی و کیفیت روابط زناشویی زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی انجام دادند. با توجه به نتایج حاصله، می توان گفت که درمان شناختی رفتاری در تعدیل نشانگان این اختلال از اثربخشی لازم برخوردار است و می تواند به عنوان یک گزینه درمانی مناسب در کنار سایر الگوهای روان درمانی این اختلال مورد استفاده قرار گیرد (Ghasemi & Rezaei, 2022). رضایتی زاده و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی با اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر نشانگان اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه ای در مصدومین حوادث جاده ای انجام دادند. یافته های پژوهش حاکی از کارایی این شیوه درمانی نوظهور است. به نظر می رسد به علت تلفیقی بودن درمان و نقش فعال بیمار در آن برای مبتلایان به اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس زا مناسب تر است (Rezaiti Zadeh & Gholipour, 2021). گویلین و همکاران (۲۰۲۲) اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) والدین شیدو چینی که تنها فرزند خود را از دست داده اند به کار بردند. نتایج حاکی از اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر استرس پس از سانحه در این افراد بود (Guilin et al., 2022). تاون و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی روان درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت بر علائم باقی مانده در بیماران افسرده نشان دادند این درمان می تواند در افراد افسرده با تروماهای بسیار و مقاوم به درمان موثر باشد (Town et al., 2020). آلیس و همکاران (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان روان پوشی کوتاه مدت بر اختلالات خلقی انجام دادند. نتایج حاکی از اثر بخشی درمان بر هیجانات و تفکرات بیماران در دوره درمان بود. نتایج در دوره پیگیری نیز حفظ شد (Alice et al., 2020).

لذا با توجه به خلأ پژوهش موجود و ضرورت ذکر شده، در این پژوهش، به مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، یعنی درمان شناختی بک و درمان روان پوشی کوتاه مدت، بر اجتناب تجربی، برانگیختگی و تجارب تجزیه ای در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شده است.

## مواد و روش پژوهش

این پژوهش از نظر نوع هدف کاربردی است، از نظر روش پژوهش توصیفی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون (دو گروه آزمایشی) و یک گروه کنترل با دوره ی پیگیری بود. پژوهشگر مداخلات درمانی روانپوشی کوتاه مدت را انجام داده و شخص دیگری از همکاران ایشان روی روش شناختی بک با گروه آزمودنی مداخلات درمانی انجام داده است و یک روانسنج هم کارای مربوط به پرسشنامه و نمره گذاری و مصاحبه اولیه را انجام داده است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه ی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، مراجعه





کننده به مراکز روانپزشکی - روانشناسی شهر تهران در بازه‌ی زمانی آبان تا دی ماه ۱۴۰۱ بوده است. حجم نمونه تعداد ۴۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی ترک اعتیاد دکتر محمد نویدی در غرب تهران بود که از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و در سه گروه شناختی یک، روان پویشی کوتاه مدت، و گروه کنترل گماشته است (هر کدام ۱۵ نفر). بدین ترتیب که ابتدا با مراجعه به روانپزشک با علائم تروما در اختلال استرس پس از سانحه تشخیص شده و سپس به روانشناس ارجاع داده شدند. و پس از تشخیص اولیه روانپزشک، تحت مصاحبه بالینی قرار گرفته و آنگاه ما پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از سانحه فوا، تجارب تجزیه‌ای برنستین، برانگیختگی جونز و اجتناب شناختی سکستون مورد سنجش قرار گرفته اند. آزمودنی‌های منتخب از میان افرادی بودند که تمایلی به درمان دارویی نداشته‌اند و ضمناً تشخیص دیگری در مورد آن‌ها در گزارشات مندرج در پرونده درمانی صورت نگرفته است. این پژوهش مرحله پیگیری نیز دارد که سه ماه بعد همان گروه‌ها مجدداً مورد سنجش قرار گرفته‌اند.

### پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ): سنجش اجتناب شناختی از ابعاد مختلف (۱- واپس زنی افکار نگران کننده، ۲- جانشینی

افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگران(حواس پرتی)، ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز نگران کننده و ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی می‌باشد. پرسشنامه‌ی اجتناب شناختی توسط سکستون و داگاس ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال بوده و اهداف آن در پاراگراف بالا قید شده است. در خصوص روایی و پایایی، در پژوهش «حمید پور، اندوز و اکبری»، ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۶٪ بدست آمده. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در کل آزمودنی‌ها، برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰.۹۱٪ و به ترتیب برای خرده مقیاس فرو نشانی فکر ۰.۹۰٪، برای جانشینی فکر ۰.۷۱٪ و برای حواس پرتی ۰.۸۹٪، برای اجتناب از محرک تهدید کننده ۰.۹۰٪ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰.۸۴٪ است (Jorjani, 2023).

### پرسشنامه برانگیختگی (DARQ): این پرسشنامه با هدف سنجش تفاوت‌های فردی مرتبط با فرایند ناهماهنگی است هر یک از

عبارت‌های پرسشنامه، توصیف کننده‌ی موقعیت‌هایی است که معمولاً هر انسانی در طول عمر خودش تجربه می‌کند. پرسشنامه‌ی برانگیختگی و کاهش ناهماهنگی شناختی توسط «هارمون جونز» ساخته شده است که از ۲۵ سوال (خرده مقیاس برانگیختگی ۱۲ سوال، خرده مقیاس ناهماهنگی شناختی ۱۳ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش تفاوت‌های فردی بکار می‌رود. رندی (۱۳۸۹)، ضریب پایایی خرده مقیاس برانگیختگی، کاهش ناهماهنگی را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰.۷۴٪، ۰.۸۴٪ بر آورد کرده است. در پژوهش زارع و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس مورد اشاره برابر با ۰.۷۵٪، ۰.۸۱٪ به دست آمده است. صفاری نیا و رندی (۱۳۸۹) برای آزمون اعتبار این مقیاس آن را بر روی ۵۲۸ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور اجرا کردند. نتایج بررسی آن‌ها پایایی و روایی مقیاس را تایید کرده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۲۷٪ به دست آمده است (Atarod et al., 2016; Ghasemi & Rezaei, 2022).

### مقیاس تجارب تجزیه‌ای (I-DES): این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال در مورد تجربیاتی است که برخی از مردم در زندگی روزمره

با آن مواجه می‌شوند اولین نسخه آن توسط برنستین و پوتنم (۱۹۸۶) و I-DES توسط برنستین و کارلسون (۱۹۹۳) طراحی شده است. مقیاس تجارب تجزیه‌ای از نظر تهیه کنندگانش «یک ابزار خودسنجی کوتاه برای اندازه گیری فراوانی تجارب تجزیه‌ای است». تحقیقاتی که روایی و پایایی این پرسشنامه را نشان می‌دهد دارای ثبات درونی بالایی با آلفای کرونباخ ۰.۹۳٪ و اعتبار باز آزمایی ۰.۷۹٪ تا ۰.۹۶٪ است. محدوده ضریب دو نیمه کردن را بین ۰.۸۳٪ تا ۰.۹۳٪ گزارش کرده‌اند (بروس و همکاران، ۲۰۰۷)، اعتبار و روایی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی در پژوهش امرالهی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شده است. نسخه فارسی این مقیاس پس از ترجمه فارسی، مجدداً به انگلیسی ترجمه شده است

<sup>1</sup> Bernstein, Putnam

<sup>2</sup> Carlson

<sup>3</sup> Bruce, A. S., Ray, W. J., & Carlson, R. A.



و بصورت آزمایشی در این پژوهش بر روی ۴۰ نفر از افراد در جمعیت غیربالینی اجرا شده است (آلفای کرونباخ = ۰.۹۳) (Rezaiti Zadeh & Gholipour, 2021).

**پرسشنامه‌ی اختلال استرس پس از آسیب یا سانحه:** این پرسشنامه توسط فوآ و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) به منظور سنجش اختلال استرس پس از سانحه ساخته شده است فوآ این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط میر زمانی و محمودی (۲۰۰۷) ترجمه و هنجار یابی شده (به نقل از برزو، ۱۳۹۴) مقیاس مزبوز، در پژوهش برزو (۱۳۹۴) مجدداً ترجمه شده است. این مقیاس یک محاسبه‌ی نیمه ساختار یافته‌ی ۱۷ ماده‌ای است که می‌تواند توسط متخصصین مصاحبه گر برای تشخیص تصویر بالینی ارائه شده توسط افراد آسیب دیده بر اثر سانحه مورد استفاده قرار بگیرد (فوآ و همکاران، ۱۹۹۳) پایایی درونی برای کل پرسشنامه ۰.۹۲٪ و برای ابعاد تجربه‌ی مجدد، اجتناب بر انگیزندگی به ترتیب ۰.۷۸٪، ۰.۸۴٪ و ۰.۸۴٪ و پایایی باز آزمایشی تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب با استفاده از ضریب کاپا در یک نمونه از ۱۱۰ شرکت کننده را ۰.۷۴٪ گزارش کرده اند. و همچنین درصد توافق بین تشخیص در دو نقطه زمانی ۰.۸۷٪ بود که درجه بالایی از پایایی را نشان می‌دهد (Arjmand & Nia et al., 2022).

در این پژوهش محقق ابتدا از ۴ منطقه‌ی شهر تهران، از منطقه‌ی غرب تهران یک کلینیک را جهت انتخاب آزمودنی‌ها انتخاب کرد. (کلینیک روان درمانی و روانپزشکی، ترک اعتیاد دکتر محمد نویدی) از بین مراکز روانپزشکی و روانشناسی شهر تهران، منطقه غرب کلینیک روان پزشکی، ترک اعتیاد دکتر محمد نویدی، نمونه‌ی پژوهش را با روش نمونه گیری در دسترس به تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب کرده و سپس پرسشنامه‌های ذکر شده را در اختیار مرکز قرار داده و افراد مراجعه کننده به این مرکز ابتدا پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه پاسخ داده با کسب حداقل نمره و پس از مراجعه به روانپزشک و تشخیص مقدماتی اختلال استرس پس از سانحه (چنانچه حائز شرایط معیارهای ورود به پژوهش طبق بند ۳-۳-۱ بودند) به روانشناس ارجاع داده شده‌اند پس از اتمام مصاحبه‌ی بالینی تحت سنجش با پرسشنامه‌های اجتناب شناختی، تجارب تجزیه‌ای و بر انگیزندگی قرار گرفته‌اند. با مشخص شدن لیست افراد مراجعه کننده به مرکز، ۴۵ نفر به صورت تصادفی با توجه به معیارهای موجود انتخاب شده و به در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک کنترل) (۲ گروه آزمایش هر گروه ۱۵ نفر و یک گروه کنترل ۱۵ نفره) گمارده شدند. و فرآیند گروه درمانی‌ها آغاز شد. از هر ۳ گروه پیش آزمون گرفته می‌شود و پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس (۲۰۰۴)، پرسشنامه برانگیختگی هارمون جونز (۱۹۱۱)، پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای برنشتاین (۱۹۹۳)، پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه فوآ و همکاران (۱۹۹۳) در اختیار سه گروه به عنوان پیش آزمون گرفته می‌شود. در جلسات شناختی بک طبق برنامه‌ی درمانی ارائه شده توسط بک و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) استفاده شد که مشتمل بر ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یک بار برگزار شد. جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت طبق پروتکل ارائه شده توسط دوانلو<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) عملیاتی گردید. در طول هر جلسه، روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در ۱۲ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد و به گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی داده نشد. بعد از اتمام جلسات درمانی از بیماران خواسته شد مجدداً به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند (پس آزمون). حدود ۳ ماه بعد از اجرای آزمون، آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیگیری نیز مورد بررسی قرار گرفتند. در جهت رعایت اصول اخلاقی، در ابتدای پروسه درمان، ضمن توضیح تمام فرایندها و شرایط و ضوابط آن، ابتدا رضایت آگاهانه از بیمار بصورت مکتوب اخذ شد و به کلیه‌ی افراد شرکت کننده بابت حفظ اسرار و پایبندی به اصل رازداری اطمینان داده شد و اینکه نمرات آزمون تنها در اختیار خودشان قرار خواهد گرفت. به گروه گواه هم اطمینان داده شده که پس از پایان پژوهش به آن‌ها نیز ۸ جلسه‌ی درمان ارائه خواهد شد.

<sup>1</sup> FOA, E. B, Riggs, D.S. Dancu, C, V, & Rothbaum, B.O

<sup>2</sup> Beck, A.T. Clark, D.A

<sup>3</sup> Davanloo H



## پروتکل درمانی شناختی-رفتاری (CBT)

جلسه ۱: معرفی CBT و هدف‌های درمان

در این جلسه، هدف درمانی معرفی روان‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) و ایجاد ارتباط اولیه با مراجع است. در ابتدای جلسه، درمانگر توضیح می‌دهد که CBT بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری متمرکز است و نحوه تأثیر این تغییرات بر احساسات و رفتارها. مراجعان با نحوه همکاری با درمانگر و اهمیت تمرینات خانگی آشنا می‌شوند.

جلسه ۲: شناسایی الگوهای فکری منفی

در این جلسه، مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه الگوهای فکری منفی خود را شناسایی کنند. تمرکز این جلسه بر روی افکار تحریف‌شده‌ای است که ممکن است باعث احساس ناکامی و ضعف شوند. مراجعان با استفاده از جداول تفکیک فکر، این افکار را شناسایی و تحلیل می‌کنند.

جلسه ۳: ارزیابی تأثیر افکار بر احساسات و رفتارها

در این جلسه، مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه افکار منفی بر احساسات و رفتارهایشان تأثیر می‌گذارد. درمانگر با استفاده از نمودارهای فکری، به مراجعان نشان می‌دهد که چگونه تغییر افکار می‌تواند احساسات و رفتارهای مثبت ایجاد کند.

جلسه ۴: معرفی تکنیک‌های تغییر افکار

این جلسه به معرفی تکنیک‌هایی برای تغییر افکار منفی اختصاص دارد. مراجعان یاد می‌گیرند که افکار منفی خود را با افکار واقع‌بینانه و سازنده‌تر جایگزین کنند. تمرین‌های عملی برای این منظور ارائه می‌شود تا مراجعان بتوانند این تکنیک‌ها را در زندگی روزمره پیاده‌سازی کنند.

جلسه ۵: مدیریت اضطراب و استرس

در این جلسه، مراجعان با روش‌های مختلفی برای مدیریت اضطراب و استرس آشنا می‌شوند. تکنیک‌های تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی و روش‌های مقابله با استرس آموزش داده می‌شود. مراجعان تمرین‌های مختلف را انجام می‌دهند تا این تکنیک‌ها را در موقعیت‌های واقعی به کار برند.

جلسه ۶: حل مسئله و تصمیم‌گیری

در این جلسه، تکنیک‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری به مراجعان آموزش داده می‌شود. مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه به‌طور مؤثر مشکلات را شناسایی کرده و راه‌حل‌های عملی برای آن‌ها پیدا کنند. تمرین‌های گروهی و انفرادی برای تقویت این مهارت‌ها ارائه می‌شود.

جلسه ۷: ارتقاء مهارت‌های اجتماعی

در این جلسه، مراجعان بر تقویت مهارت‌های اجتماعی خود تمرکز می‌کنند. تکنیک‌هایی برای بهبود ارتباطات میان‌فردی، حل تعارضات و ابراز نیازهای شخصی به‌طور مؤثر آموزش داده می‌شود. تمرین‌های عملی شامل نقش‌آفرینی و تحلیل موقعیت‌های اجتماعی خواهد بود.

جلسه ۸: مقابله با انتقادات و احساسات منفی

مراجعان در این جلسه یاد می‌گیرند که چگونه با انتقادات و احساسات منفی مقابله کنند. تکنیک‌هایی برای تقویت اعتماد به نفس و تغییر نگاه منفی به خود آموزش داده می‌شود. مراجعان تمرین‌هایی را انجام می‌دهند که به آن‌ها کمک می‌کند تا خود را در برابر انتقادات مقاوم‌تر کنند.



### جلسه ۹: تقویت خودآگاهی و خودباوری

در این جلسه، مراجعان تکنیک‌هایی برای تقویت خودآگاهی و افزایش خودباوری می‌آموزند. اهداف درمانی این جلسه تقویت احساس توانمندی فردی و کاهش احساس ضعف است. تمرین‌های عملی شامل شناخت ارزش‌ها و توانمندی‌های شخصی خواهند بود.

### جلسه ۱۰: مدیریت هیجانات و واکنش‌های احساسی

مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه هیجانات خود را شناسایی کرده و به‌طور مؤثر مدیریت کنند. تکنیک‌های مقابله‌ای برای مدیریت خشم، غم و دیگر هیجانات منفی به مراجعان آموزش داده می‌شود.

### جلسه ۱۱: تثبیت تغییرات و پیشگیری از انتکاس

در این جلسه، مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه تغییرات حاصل‌شده را در زندگی خود تثبیت کنند. تکنیک‌های پیشگیری از انتکاس به مراجعان آموزش داده می‌شود تا در صورت مواجهه با مشکلات، از تکنیک‌های درمانی یادشده استفاده کنند.

### جلسه ۱۲: ارزیابی درمان و برنامه‌ریزی برای آینده

در آخرین جلسه، درمانگر و مراجع ارزیابی کلی از فرایند درمان انجام می‌دهند و پیشرفت‌های مراجع را مرور می‌کنند. مراجعان برنامه‌ریزی برای ادامه زندگی با استفاده از مهارت‌هایی که در طول درمان آموخته‌اند، انجام می‌دهند.

## پروتکل درمانی ISTDP

### جلسه ۱: ارزیابی و آشنایی با درمان

در این جلسه، درمانگر و مراجع به‌طور عمومی با یکدیگر آشنا می‌شوند و درمانگر اطلاعات اولیه‌ای در مورد تاریخچه روانی و مشکلات مراجع دریافت می‌کند. هدف این جلسه ارزیابی دقیق علائم، مشکلات، و منبع تعارضات درونی است. درمانگر همچنین به مراجع معرفی می‌کند که در این رویکرد بر پردازش احساسات سرکوب‌شده و تعارضات ناخودآگاه تمرکز خواهد شد.

### جلسه ۲: شناسایی الگوهای دفاعی و مکانیسم‌های مقابله‌ای

در این جلسه، درمانگر الگوهای دفاعی و مکانیسم‌های مقابله‌ای مراجع را شناسایی می‌کند. این مکانیسم‌ها ممکن است شامل انکار، سرکوب، فرافکنی و ... باشند که فرد برای محافظت از خود در برابر دردهای روانی به‌طور ناخودآگاه از آن‌ها استفاده می‌کند. مراجع یاد می‌گیرد که چگونه این دفاع‌ها مانع از بروز احساسات واقعی می‌شوند و درمانگر برای کاهش آن‌ها تکنیک‌های خاصی را به کار می‌برد.

### جلسه ۳: ورود به عمق احساسات سرکوب‌شده

در این جلسه، درمانگر تلاش می‌کند که مراجع را به احساسات سرکوب‌شده و به‌طور کلی به موضوعات عاطفی که در ناخودآگاه مراجع دفن شده‌اند، نزدیک کند. درمانگر با استفاده از تکنیک‌های خاص، فرد را از حالت‌های دفاعی خارج کرده و او را قادر می‌سازد که به‌طور واقعی و آزادانه با احساسات خود روبه‌رو شود.

### جلسه ۴: پردازش احساسات در موقعیت‌های خاص

در این جلسه، درمانگر مراجع را به یادآوری و پردازش یک موقعیت خاص که احساسات منفی در آن تجربه شده‌اند، هدایت می‌کند. هدف این است که فرد بتواند احساسات خود را شناسایی کرده، تجربه کند و در نهایت آن‌ها را بپذیرد و ابراز کند. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا از طریق تسهیل تجربیات هیجانی و ارتباط با آن‌ها، به تغییرات مطلوب دست یابد.

### جلسه ۵: تجزیه و تحلیل تعارضات درونی



در این جلسه، مراجع به بررسی تعارضات درونی خود پرداخته و درمانگر به‌طور خاص بر شناسایی و تجزیه و تحلیل این تعارضات متمرکز می‌شود. مراجع ممکن است بین خواسته‌های متفاوت درونی خود احساس کشمکش کند (مانند کشمکش بین عشق و خشم، یا تمایل به تعلق داشتن و ترس از آسیب دیدن). هدف این جلسه این است که مراجع این تعارضات را شناسایی کرده و آن‌ها را درک کند.

جلسه ۶: پرداختن به تعارضات در روابط

در این جلسه، درمانگر مراجع را به شناسایی و پردازش تعارضات در روابط بین‌فردی، از جمله روابط خانوادگی، دوستانه و حرفه‌ای، هدایت می‌کند. درمانگر به‌طور فعال به مراجع کمک می‌کند تا تعارضات درونی و الگوهای رفتاری غیرکاربردی که ممکن است در روابط بیرونی خود منعکس کرده باشد، شناسایی شود.

جلسه ۷: ایجاد آمادگی برای تغییر

در این جلسه، درمانگر بر تقویت تمایل مراجع به تغییر و ایجاد آمادگی برای پذیرش تغییرات عاطفی تمرکز دارد. این جلسه به مراجع کمک می‌کند تا احساس کند که قادر به ایجاد تغییرات عمده در زندگی خود است و انگیزه بیشتری برای ادامه درمان پیدا کند. در این مرحله، مراجع می‌تواند احساس کند که تغییرات درمانی ممکن است سخت و چالش‌برانگیز باشند، ولی در عین حال به ارزش آن‌ها پی می‌برد.

جلسه ۸: پردازش احساسات مربوط به آسیب‌ها و شکست‌ها

در این جلسه، درمانگر به مراجع کمک می‌کند که احساسات خود را نسبت به تجربیات آسیب‌زا یا شکست‌هایی که در گذشته تجربه کرده است، پردازش کند. این جلسه بیشتر بر پردازش دردهای عاطفی ناشی از شکست‌ها، ترک‌ها یا آسیب‌های گذشته متمرکز است و به مراجع این امکان را می‌دهد که با آسیب‌های عاطفی خود مواجه شده و آن‌ها را التیام بخشد.

جلسه ۹: تحلیل عواطف و تصمیم‌گیری‌های مهم

در این جلسه، مراجع بررسی می‌کند که چگونه عواطف و تصمیم‌گیری‌های مهم در زندگی‌اش تحت تأثیر تعارضات درونی و احساسات سرکوب‌شده قرار می‌گیرند. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا بین احساسات و تصمیمات خود رابطه برقرار کند و الگوهای قدیمی که باعث تصمیمات منفی یا آسیب‌زننده می‌شوند، شناسایی شوند.

جلسه ۱۰: بازسازی روابط درونی

در این جلسه، درمانگر به مراجع کمک می‌کند که روابط درونی خود را بازسازی کند. مراجع می‌آموزد که چگونه می‌تواند روابط سالم‌تری با خود و دیگران ایجاد کند و از الگوهای ناکارآمد گذشته رهایی یابد. این جلسه مراجع را به سوی پذیرش خود و ایجاد روابط بهتر و سالم‌تر هدایت می‌کند.

جلسه ۱۱: تثبیت تغییرات و شناسایی مسیر آینده

در این جلسه، مراجع بر تثبیت تغییرات مثبت و مهارت‌هایی که در طول درمان آموخته است، تمرکز می‌کند. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا چشم‌انداز آینده‌ای روشن و پر از هدف برای خود ترسیم کند و انگیزه‌ای برای ادامه روند بهبودی پیدا کند. در این جلسه، مراجع می‌تواند احساس کند که قادر است به‌طور مؤثرتر با مشکلات زندگی روبه‌رو شود.

جلسه ۱۲: ارزیابی نهایی و نتیجه‌گیری درمان

در این جلسه، درمانگر و مراجع ارزیابی نهایی از فرایند درمان انجام می‌دهند. پیشرفت‌ها، دستاوردها و چالش‌های باقی‌مانده مرور می‌شوند و مراجع برنامه‌ای برای ادامه مسیر بهبودی پس از پایان درمان دریافت می‌کند. این جلسه به‌طور ویژه به تثبیت تغییرات و کمک به مراجع برای ادامه حرکت در مسیر بهبودی متمرکز است.



در این تحقیق از تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها، به منظور توصیف داده‌های جمع‌آوری شده، استفاده شد و نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف استاندارد) برای توصیف اطلاعات استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، از آزمون شاپیرو-ویلک، جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با در نظر گرفتن عامل درون گروهی (آزمون) و بین گروهی (عضویت گروهی) استفاده شد. از آزمون توکی نیز برای مقایسه گروه‌های آزمایشی با یکدیگر و با گروه کنترل استفاده شد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه گروه

متغیر	گروه‌ها/شاخص‌ها	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پیگیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
اجتناب شناختی	کنترل	۰۰.۹۵ $\pm$ ۶۷.۱۳	۲۷.۹۵ $\pm$ ۵۵.۱۳	۹۳.۹۵ $\pm$ ۳۴.۱۴
	درمان شناختی بک	۲۶.۹۴ $\pm$ ۶۰.۱۳	۰۰.۷۷ $\pm$ ۴۰.۱۳	۴۰.۷۸ $\pm$ ۹۰.۱۰
	درمان روان پویایی کوتاه مدت	۰۷.۹۵ $\pm$ ۳۹.۱۲	۸۰.۷۹ $\pm$ ۲۲.۱۳	۰۰.۸۰ $\pm$ ۸۷.۱۲
برانگیختگی	کنترل	۸۷.۶۰ $\pm$ ۲۹.۵	۴۷.۶۰ $\pm$ ۴۰.۵	۴۰.۶۰ $\pm$ ۴۲.۵
	درمان شناختی بک	۱۳.۶۱ $\pm$ ۳۳.۶	۶۰.۷۸ $\pm$ ۴۷.۶	۹۳.۷۷ $\pm$ ۶۰.۸
	درمان روان پویایی کوتاه مدت	۴۰.۶۰ $\pm$ ۳۷.۶	۱۳.۷۰ $\pm$ ۱۶.۸	۸۰.۶۹ $\pm$ ۸۲.۹
تجارب تجزیه‌ای	کنترل	۶۷.۱۱۹ $\pm$ ۶۴.۶	۵۳.۱۱۹ $\pm$ ۳۶.۶	۸۰.۱۱۹ $\pm$ ۵۱.۶
	درمان شناختی بک	۵۳.۱۱۹ $\pm$ ۳۷.۶	۶۰.۶۹ $\pm$ ۸۷.۴	۸۷.۶۹ $\pm$ ۳۴.۴
	درمان روان پویایی کوتاه مدت	۳۳.۱۲۱ $\pm$ ۳۵.۶	۸۷.۸۵ $\pm$ ۲۵.۵	۹۷.۸۵ $\pm$ ۲۸.۵

در این پژوهش، داده‌های به دست آمده از شاخص‌های توصیفی اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر یک از گروه‌ها نشان‌دهنده تفاوت‌های قابل توجهی است. در مورد اجتناب شناختی، گروه درمان شناختی بک به طور چشمگیری در کاهش میانگین نمرات نسبت به سایر گروه‌ها پیشرفت داشت. در حالی که گروه کنترل و گروه درمان روان پویایی کوتاه مدت تغییرات کمتری در این زمینه نشان دادند. در زمینه برانگیختگی، گروه درمان شناختی بک نیز نسبت به گروه‌های دیگر در کاهش برانگیختگی موفق‌تر بود. در نهایت، در تجارب تجزیه‌ای، هر سه گروه بهبودهایی را مشاهده کردند، اما گروه درمان شناختی بک و درمان روان پویایی کوتاه مدت به طور مشابه نسبت به گروه کنترل در کاهش این تجارب پیشرفت داشتند. به طور کلی، نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان‌های شناختی بک و روان پویایی کوتاه مدت در بهبود اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است.

جدول ۲

اثرات درون گروهی و بین گروهی برای اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای



مداخله	متغیر	مجذور سهمی اتا	سطح معنی‌داری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
درمان شناختی بک	اجتناب شناختی	۰.۸۶۲	۰.۰۰۱	۳۹.۱۷۵	۶۲.۱۶۷۲	۱	۶۲.۱۶۷۲	زمان	
		۰.۸۷۶	۰.۰۰۱	۷۱.۱۹۸	۳۲.۱۶۱۶	۱	۰۲.۱۸۹۵	زمان گروه *	
	برانگیختگی	۰.۱۳۰	۰.۰۰۱	۱۳.۰۸۳	۰۲.۱۶۷	۲۸	۷۸.۱۴۱۴	خطا	
		۰.۸۷۶	۰.۰۰۱	۸۷.۱۹۷	۹۰.۶۶۴	۱	۰۲.۱۳۲۹	زمان	
		۰.۸۹۶	۰.۰۰۱	۴۶.۲۴۰	۰۱.۸۰۸	۱	۰۲.۱۶۱۶	زمان گروه *	
		۰.۳۳۶	۰.۰۰۱	۵۶.۱۸۸	۸۰.۱۳۲۹	۲۸	۵۳.۳۳	خطا	
	تجارب تجزیه‌ای	۰.۹۴۸	۰.۰۰۱	۷۴.۵۱۱	۰۷.۱۱۹۸۲	۱	۲۷.۱۲۴۰	زمان	
		۰.۹۴۸	۰.۰۰۱	۷۰.۵۱۱	۰۴.۱۱۹۸۱	۱	۲۰.۱۲۴۰۰	زمان گروه *	
		۰.۰۴۱	۰.۰۰۱	۲۳.۹۸۰	۵۳.۱۷۸	۲۸	۴۱.۲۶۷۸	خطا	
		۰.۹۱۶	۰.۰۰۱	۵۷.۳۰۶	۵۵.۷۵۲	۱	۷۶.۱۰۶۳	زمان	
	درمان روان پویشی کوتاه مدت	اجتناب شناختی	۰.۹۲۸	۰.۰۰۱	۴۵.۳۵۸	۹۰.۸۷۹	۱	۷۶.۱۲۴۳	زمان گروه *
			۰.۰۴۵	۰.۰۴۰	۱۶.۰۹۷	۵۷۹.۳۹	۲۸	۴۵.۹۷	خطا
برانگیختگی		۰.۵۴۹	۰.۰۰۱	۱۴.۳۴	۰۶.۲۵۰	۱	۶۲.۳۸۱	زمان	
		۰.۶۳۴	۰.۰۰۱	۴۳.۴۸	۷۶.۳۵۴	۱	۴۰.۵۴۱	زمان گروه *	
		۰.۳۲۷	۰.۰۰۱	۹۸.۳۱۲	۷۳.۴۲	۲۸	۳۲.۷۱	خطا	
		۰.۹۳۵	۰.۰۰۱	۳۰.۴۰۱	۶۱.۵۹۰۳	۱	۳۶.۶۲۰۷	زمان	
تجارب تجزیه‌ای		۰.۹۳۶	۰.۰۰۱	۹۹.۴۱۱	۰۲.۶۰۶۱	۱	۸۷.۶۳۷۲	زمان گروه *	
		۰.۰۷۱	۰.۰۰۱	۱۴.۴۳۳	۴۴.۲۹	۲۸	۷۱.۴۳۳	خطا	

در این بخش، نتایج تحلیل‌های اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی برای سه متغیر اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای بررسی شده است. برای مداخلات درمان شناختی بک و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، هر دو روش نشان‌دهنده تأثیرات معناداری در کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای بودند. به ویژه در زمینه اجتناب شناختی، هر دو مداخله اثرات قوی‌تری نسبت به گروه کنترل نشان دادند، و در زمینه برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای نیز مشابه همین روند مشاهده شد. از سوی دیگر، اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در این دو روش درمانی نشان داد که تغییرات در هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است. در مجموع، نتایج حاکی از آن است که درمان شناختی بک و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت هر دو می‌توانند در کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثر باشند.

### جدول ۳

مقایسه‌های زوجی برای اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای



مداخله	متغیر	مقایسه‌ها	اختلاف میانگین‌ها (MD)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
درمان شناختی بک	اجتناب شناختی	پیش از آزمون- پس آزمون	۴۰.۹	۰.۶۶۴	۰.۰۰۱
		پیش از آزمون- پیگیری	۸۷.۸	۰.۶۸۰	۰.۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۵.۳۳	۰.۲۲۶	۰.۰۷۷
برانگیختگی	پیش از آزمون- پس آزمون	پیش از آزمون- پیگیری	۴۳.۴	۰.۶۳۱	۰.۰۰۱
		پیش از آزمون- پیگیری	۳۰.۴	۰.۷۳۴	۰.۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۱.۳۳	۰.۴۲۶	۰.۱۰۰
تجارب تجزیه‌ای	پیش از آزمون- پس آزمون	پیش از آزمون- پیگیری	۲۵.۰۳	۱.۱۱	۰.۰۰۱
		پیش از آزمون- پیگیری	۲۴.۷۷	۱.۰۷	۰.۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۰.۲۶۷	۰.۱۶۹	۰.۳۷۵
درمان روان پویشی کوتاه مدت	اجتناب شناختی	پیش از آزمون- پس آزمون	۵۰.۷	۰.۳۶۲	۰.۰۰۱
		پیش از آزمون- پیگیری	۷.۰۷	۰.۴۱۴	۰.۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۰.۳۳	۰.۲۱۲	۰.۱۵۱
برانگیختگی	پیش از آزمون- پس آزمون	پیش از آزمون- پیگیری	۴۳.۴	۰.۶۳۱	۰.۰۰۱
		پیش از آزمون- پیگیری	۳۰.۴	۰.۷۳۴	۰.۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۱.۳۳	۰.۴۲۶	۰.۱۰۰
تجارب تجزیه‌ای	پیش از آزمون- پس آزمون	پیش از آزمون- پیگیری	۲۵.۰۳	۱.۱۱	۰.۰۰۱
		پیش از آزمون- پیگیری	۲۴.۷۷	۱.۰۷	۰.۰۰۱
		پس آزمون- پیگیری	۰.۲۶۷	۰.۱۶۹	۰.۳۷۵

در این بخش، مقایسه‌های زوجی برای سه متغیر اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در هر دو مداخله درمان شناختی بک و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت انجام شد. نتایج نشان داد که در هر دو مداخله درمان شناختی بک و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، تفاوت‌های معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری وجود دارد ( $p < 0.001$ )، که نشان‌دهنده تأثیر مثبت این درمان‌ها در کاهش اجتناب شناختی است. تنها تفاوت معنادار بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان شناختی بک مشاهده شد ( $p = 0.077$ )، اما در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری دیده نشد. همچنین، در هر دو مداخله، تفاوت‌های معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p < 0.001$ ) و پیش‌آزمون و پیگیری ( $p < 0.001$ ) مشاهده شد، نشان‌دهنده اثرات معنادار درمان‌ها در کاهش برانگیختگی. تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری نیز در گروه درمان شناختی بک ( $p = 0.100$ ) معنادار نبود، اما در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت مشابه همین نتیجه به دست آمد. در نهایت، در هر دو مداخله، تغییرات معناداری در مقایسه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ( $p < 0.001$ )، که نشان می‌دهد هر دو درمان بر تجارب تجزیه‌ای تأثیرگذار هستند. تنها تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه درمانی معنادار نبود ( $p > 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت (ISTDP) را در کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) نشان داد. تحلیل‌های آماری انجام‌شده در این تحقیق برای هر دو رویکرد درمانی نشان‌دهنده کاهش معنادار در اجتناب شناختی و برانگیختگی بود، به طوری که این تغییرات در پیگیری‌ها نیز پایدار باقی ماندند. این یافته‌ها از پایداری اثرات درمان در بلندمدت پشتیبانی می‌کنند و بر اهمیت استفاده از این درمان‌ها در کاهش علائم PTSD تأکید دارند.





در خصوص اجتناب شناختی، نتایج مطالعه نشان داد که هر دو درمان CBT و ISTDP در کاهش اجتناب شناختی تأثیرگذار بوده‌اند، اما درمان CBT در مقایسه با ISTDP تأثیر بیشتری داشته است. این امر ممکن است به دلیل رویکرد مستقیم‌تر درمان شناختی در تغییر باورهای تحریف‌شده و شناخت‌های ناکارآمد باشد. درمان شناختی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار منفی و ناکارآمد، به افراد کمک می‌کند تا با افکار و احساسات ناخوشایند خود مقابله کنند و اجتناب شناختی را کاهش دهند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد که نشان داده‌اند درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش اجتناب شناختی و برانگیختگی افراد مبتلا به PTSD مؤثر هستند (Abbas et al., 2018; Abbas et al., 2014; Guilin et al., 2022).

در مقابل، درمان ISTDP بیشتر بر پردازش احساسات ناخودآگاه و اصلاح تعارضات درونی تمرکز دارد که ممکن است در کوتاه‌مدت اثرات کمتری نسبت به تغییرات شناختی داشته باشد، اما این روش نیز در کاهش اجتناب شناختی مؤثر بوده و در پیگیری‌ها نیز پایدار باقی مانده است. این یافته‌ها مشابه با تحقیقات پیشین هستند که به تأثیر مثبت درمان ISTDP در کاهش اجتناب شناختی در افراد مبتلا به PTSD اشاره کرده‌اند (Jorjani, 2023; Ranjbar Sudejani et al., 2017; Remmerswaal et al., 2021; Suszek et al., 2015).

در زمینه برانگیختگی، هر دو درمان تأثیرات مثبتی در کاهش برانگیختگی و واکنش‌های هیجانی افراد مبتلا به PTSD داشتند، اما درمان CBT تأثیر بیشتری در بهبود وضعیت برانگیختگی نشان داد. این امر به دلیل تمرکز درمان شناختی بر تغییر افکار منفی و غیرمنطقی است که به‌طور مستقیم بر تنظیم هیجان‌ها و کاهش برانگیختگی تأثیر می‌گذارد. در حالی که درمان ISTDP با پردازش احساسات و کاهش اضطراب، تأثیرات خود را در کاهش برانگیختگی نشان داده است. مورد دیگر تجارب تجزیه‌ای بود که در این تحقیق نشان داد هر دو درمان قادر به کاهش تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به PTSD بودند، با این حال، درمان CBT تأثیر بیشتری در این زمینه داشته است. تجارب تجزیه‌ای به احساساتی چون جدایی از واقعیت، بی‌حسی یا عدم توانایی در تجربه احساسات و واکنش‌های عاطفی اشاره دارند و درمان شناختی با تمرکز بر اصلاح الگوهای شناختی آسیب‌زا می‌تواند این تجارب را کاهش دهد. همچنین، نتایج مطالعه نشان می‌دهند که اثرات درمان CBT در کاهش تجارب تجزیه‌ای پایدار بوده و تغییرات مشاهده‌شده در این حوزه در طول زمان ادامه داشته است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین همسو است که تأثیر مثبت درمان شناختی در کاهش تجارب تجزیه‌ای را گزارش کرده‌اند (Castillo et al., 2022; Nohi & Hasani, 2017; Tarakçioğlu, 2024).

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان‌دهنده اثرات مثبت و پایدار هر دو درمان، به ویژه درمان شناختی-رفتاری، در کاهش علائم PTSD است. این یافته‌ها به‌ویژه در مدیریت و درمان اختلالات برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به PTSD حائز اهمیت هستند و می‌توانند در طراحی مداخلات درمانی مؤثرتر در این زمینه کمک کنند. همچنین، این تحقیق از اهمیت استفاده از درمان‌های فردی یا ترکیبی در درمان اختلال استرس پس از سانحه پشتیبانی می‌کند.

این مطالعه به‌رغم نتایج قابل‌توجه خود، محدودیت‌هایی نیز دارد. نخستین محدودیت مربوط به نمونه‌گیری است. شرکت‌کنندگان این تحقیق از یک گروه خاص (افراد مبتلا به PTSD) انتخاب شدند و بنابراین ممکن است نتایج به‌طور کامل قابل‌تعمیم به سایر جمعیت‌ها نباشد. برای نمونه، این تحقیق تنها روی افراد بزرگسال متمرکز بود و اثرات این درمان‌ها در کودکان یا نوجوانان بررسی نشده است. علاوه بر این، تأثیرات جنسیتی و تفاوت‌های فردی در اثر بخشی درمان‌ها نیز در این تحقیق به‌طور خاص مدنظر قرار نگرفته است.

دومین محدودیت این تحقیق، مدت زمان پیگیری محدود است. اگرچه نتایج پیگیری نشان‌دهنده پایداری اثرات درمان بودند، اما مدت زمان پیگیری تنها به چند ماه محدود بود. برای ارزیابی اثرات بلندمدت این درمان‌ها، لازم است که مدت زمان پیگیری طولانی‌تری در



نظر گرفته شود. همچنین، ممکن است عوامل متغیری مانند پیشرفت‌های اجتماعی، محیطی و خانوادگی بر نتایج درمان‌ها تأثیرگذار باشند که در این تحقیق کنترل نشده است.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نمونه‌گیری از گروه‌های متنوع‌تری از افراد مبتلا به PTSD صورت گیرد تا اثرات درمان‌های مختلف بر گروه‌های مختلف جمعیتی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، بررسی اثرات درمان‌های ترکیبی در افراد مبتلا به PTSD می‌تواند به یک رویکرد جامع‌تر در درمان این اختلال منجر شود.

در این راستا، پژوهشگران می‌توانند بر اساس ویژگی‌های فردی بیماران، مانند سن، جنسیت و نوع آسیب، ترکیب درمان‌های شناختی و روان‌پویشی را امتحان کنند تا بهترین رویکرد درمانی را برای هر گروه شناسایی کنند. پژوهش‌هایی با پیگیری‌های طولانی‌مدت‌تر نیز می‌توانند به درک عمیق‌تری از تأثیرات بلندمدت درمان‌های مختلف بر PTSD کمک کنند. همچنین، بررسی اثرات درمان‌های جدید یا ترکیب روش‌های درمانی نوین می‌تواند در کاهش علائم PTSD و تجارب تجزیه‌ای کمک‌کننده باشد.

با توجه به نتایج این تحقیق، پیشنهاد می‌شود که درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت (ISTDP) به‌طور گسترده‌تری در درمان افراد مبتلا به PTSD استفاده شوند. هر دو درمان می‌توانند به‌طور مؤثر به کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای کمک کنند. با توجه به پایداری اثرات درمان‌ها در پیگیری‌ها، متخصصان روان‌شناسی باید از این رویکردها برای طراحی مداخلات فردی و گروهی برای افراد مبتلا به PTSD استفاده کنند.

همچنین، برگزاری دوره‌های آموزشی برای درمانگران در زمینه استفاده از این روش‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت درمان‌ها کمک کند. علاوه بر این، ترکیب درمان‌های شناختی و روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد تکمیلی برای افرادی که به درمان‌های منفرد پاسخ نمی‌دهند، در نظر گرفته شود. این ترکیب می‌تواند به افراد کمک کند تا به‌طور جامع‌تری با علائم PTSD خود مقابله کنند و بهبود یابند.

در نهایت، متخصصان حوزه درمان باید در مداخلات خود به تفاوت‌های فردی و نیازهای خاص هر بیمار توجه داشته باشند. به‌عنوان مثال، برای افرادی که ترجیح می‌دهند از دارو استفاده نکنند، درمان‌های روان‌شناختی مانند CBT و ISTDP می‌توانند به‌عنوان درمان‌های جایگزین مؤثر عمل کنند و علائم PTSD را به‌طور مؤثری کاهش دهند.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## شفافیت داده‌ها



داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Abbas, A., Kisley, S., & Town, J. (2018). Cost-Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 255-257. <https://doi.org/10.1159/000487600>
- Abbas, A. A., Kisley, S. R., Town, J. M., Lichsenring, F., Driessen, E., & De Maat, S. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapy for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Alice, C., Enrico, C., Irene, R., Stefania, R., Massimo, C., Cyrus, R., Allan, A., & Massimiliano, B. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of affective disorders*, 273, 375-379. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.002>
- Arjmand Nia, N., Hassanzadeh, R., & Abbasi, G. (2022). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Use of Adaptive and Maladaptive Strategies in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Due to COVID-19. *Ravanshenasi-e Ruyesh*, 11(12), 131-141. <https://frooyesh.ir/article-1-3917-fa.html>
- Atarod, N., Borjali, A., Sohrabi, F., & Basharpour, S. (2016). The Effectiveness of Holographic Reprocessing Therapy on Arousal and Re-Experiencing Symptoms in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Urmia Medical Journal*, 27(5), 427-437. <https://umj.umsu.ac.ir/article-1-3556-fa.html>
- Castillo, J. M., Beton, E., Coman, C., Howell, B., Burness, C., Martlew, J., Russell, L., Town, J. M., Abbass, A., Algorta, G. P., & Valavanis, S. (2022). Three Sessions of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) for Patients With Dissociative Seizures: A Pilot Study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 36(2), 81-104. <https://doi.org/10.1080/02668734.2021.2018623>
- Clapp, J. D., & Beck, J. G. (2020). Treatment of PTSD in Older Adults: Do Cognitive-Behavioral Interventions Remain Viable? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.10.002>
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley. [https://www.researchgate.net/publication/265140734\\_Davanloo's\\_Intensive\\_Short-Term\\_Dynamic\\_Psychotherapy\\_in\\_a\\_tertiary\\_psychotherapy\\_service\\_overall\\_effectiveness\\_and\\_association\\_between\\_unlocking\\_the\\_unconscious\\_and\\_outcome](https://www.researchgate.net/publication/265140734_Davanloo's_Intensive_Short-Term_Dynamic_Psychotherapy_in_a_tertiary_psychotherapy_service_overall_effectiveness_and_association_between_unlocking_the_unconscious_and_outcome)
- Dubé, V., Tremblay-Perreault, A., Allard-Cobetto, P., & Hébert, M. (2024). Alexithymia as a Mediator between Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers of Children Disclosing Sexual Abuse. *Journal of family violence*, 39(3), 359-367. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00512-y>
- Dutheil, F., Mondillon, L., & Navel, V. (2021). PTSD as the second tsunami of the SARS-CoV-2 pandemic. *Psychological medicine*, 51(10), 1773-1774. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001336>
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*, 21(2), 218-219. <https://doi.org/10.1002/wps.20989>
- Ghasemi, N., & Rezaei, S. M. (2022). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Function and Marital Relationship Quality in Women with Sexual Desire/Arousal Disorder. *Journal of psychiatric nursing*, 10(3), 78-87. [https://ijpn.ir/browse.php?a\\_id=2038&sid=1&slc\\_lang=fa&ftxt=0](https://ijpn.ir/browse.php?a_id=2038&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0)
- Ghezselflo, M., Navabinezhad, S., Rostami, M., & Parsakia, K. (2023). The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques on Reducing Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Among Women Affected by Marital Infidelity. *Psychology of Woman Journal*, 4(4), 92-101. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.4.11>
- Guilin, Y., Hongfeng, L., & Lenny, C. (2022). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Is Applied in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) of Chinese Shidu Parents Who Lost Their Only Child. *Security and Communication Networks*, 2(4), 1-6. <https://doi.org/10.1155/2022/8001358>
- Haagen, J. F., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A meta-regression analysis. *Clinical psychology review*, 40, 184-194. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008>
- Hilton, N. Z., Ham, E., Rodrigues, N. C., Kirsh, B., Chapovalov, O., & Seto, M. C. (2020). Contribution of critical events and chronic stressors to PTSD symptoms among psychiatric workers. *Psychiatric Services*, 71(3), 221-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900226>
- Holman, E. A., & Zimbardo, P. G. (2019). The Social Language of Time: The Time Perspective-Social Network Connection. *Basic and Applied Social Psychology*, 31(2), 136-147. <https://doi.org/10.1080/01973530902880415>



- Jorjani, K. (2023). The Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Rumination in Depressed Patients at the Psychology Clinic in Gorgan. *New Strategies in Psychology and Educational Sciences*, 17(15), 72-82. <https://ensani.ir/fa/article/559983/%D8%A7%D8%AB%D8%B1%D8%A8%D8%AE%D8%B4%DB%8C-%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86%D9%BE%D9%88%DB%8C%D8%B4%DB%8C-%DA%A9%D9%88%D8%AA%D8%A7%D9%87-%D9%85%D8%AF%D8%AA-%D8%A8%D8%B1-%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%86%D8%A7%D8%A8-%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%AE%D8%AA%DB%8C-%D8%B1%D9%81%D8%AA%D8%A7%D8%B1%DB%8C-%D9%88%D9%86%D8%B4%D8%AE%D9%88%D8%A7%D8%B1-%D8%B0%D9%87%D9%86%DB%8C-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D8%A7%D9%81%D8%B3%D8%B1%D8%AF%D9%87-%DA%A9%D9%84%DB%8C%D9%86%DB%8C%DA%A9-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%B3%DB%8C-%D8%B4%D9%87%D8%B1-%DA%AF%D8%B1%DA%AF%D8%A7%D9%86>
- Kratzer, L., Heinz, P., Pfitzer, F., Padberg, F., Jobst, A., & Schennach, R. (2018). Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.004>
- Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Marsh, D. M., Moeller, F. G., & Hicks, L. R. (2020). Laboratory measures of impulsivity: a comparison of women with or without childhood aggression. *Psychological Record*, 52, 289-303. [https://www.researchgate.net/publication/7663830\\_Laboratory\\_behavioral\\_measures\\_of\\_impulsivity\\_Behavioral\\_Research\\_methods\\_37\\_82-90](https://www.researchgate.net/publication/7663830_Laboratory_behavioral_measures_of_impulsivity_Behavioral_Research_methods_37_82-90)
- Nohi, S., & Hasani, J. (2017). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Defense Mechanisms with Borderline Personality Disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 12(43), 57-66. [https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article\\_1044.html](https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1044.html)  
[https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article\\_1044\\_978fe7f372d556179921b21e47835165.pdf](https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1044_978fe7f372d556179921b21e47835165.pdf)
- Ostacher, M. J., & Cifu, A. S. (2018). Management of posttraumatic stress disorder. *JAMA*, 321(2), 200-201. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19290>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Ponce de León, B., Andersen, S., Karstoft, K. I., & Elklit, A. (2018). Predeployment dissociation and personality as risk factors for postdeployment posttraumatic stress disorder in Danish soldiers deployed to Afghanistan. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 89-121. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1443672>
- Ranjbar Sudejani, Y., Sharifi, K., Sayyah, S. S., & Malek Mohamadi Galeh, Z. (2017). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Correcting Irrational Beliefs and Reducing Cognitive Avoidance of People with Obsessive Compulsive Disorder. *counseling\_journal*, 16(62), 140-169. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-364-en.html>
- Remmerswaal, K. C. P., Lans, L., Seldenrijk, A., Hoogendoorn, A. W., van Balkom, A. J. L. M., & Batelaan, N. M. (2021). Effectiveness and feasibility of intensive versus regular cognitive behaviour therapy in patients with anxiety and obsessive-compulsive disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100267. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100267>
- Rezaiti Zadeh, H., & Gholipour, S. (2021). The Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy on Acute Stress Disorder Symptoms and Dissociative Experiences in Road Accident Victims. *Journal of Counseling and Psychotherapy Excellence*, 10(39), 59-70. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/DownloadFile/931995>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer. <https://www.amazon.de/-/en/Kaplan-Sadocks-Synopsis-Psychiatry-Behavioral/dp/1609139712>
- Suszek, H., Holas, P., Wyrzykowski, T., Lorentzen, S., & Kokoszka, A. (2015). Short-Term Intensive Psychodynamic Group Therapy Versus Cognitive-Behavioral Group Therapy in Day Treatment of Anxiety Disorders and Comorbid Depressive or Personality Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0827-6>
- Tajeryan, Z., Afrooz, G. A., & Nouryghasemabadi, R. (2022). Social Problem Solving in Women with PTSD and Addiction. *Psychology of Woman Journal*, 3(4), 84-91. <https://doi.org/10.61838/>
- Tajeryan, Z., Afrooz, G. A., & Nouryghasemabadi, R. (2023). Emotion Regulation in Women with PTSD and Addiction. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 160-168. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.2.19>
- Tarackoğlu, M. C. (2024). Can Cognitive Behavioral Therapy Be Effective for Social Anxiety Disorder With Dissociative and Self-Harm Behaviors in a 15-Year-Old Adolescent? *Medical Research Reports*, 7(2), 114-119. <https://doi.org/10.55517/mrr.1419278>



Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment-resistant depression: 18-month follow-up of The Halifax Depression Trial. *Journal of affective disorders*, 273, 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035>

