

بررسی اثربخشی درمان شناختی بک بر اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۴/۱۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۶

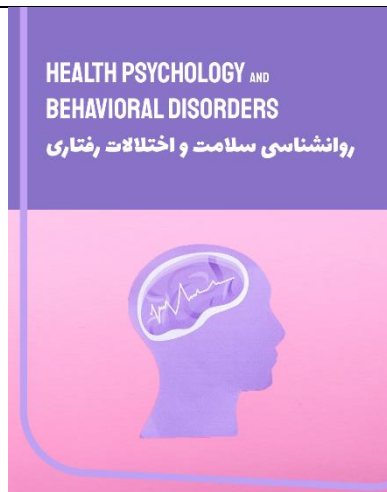
تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی بک بر کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی غرب تهران در سال ۱۴۰۳ بود. ۳۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی بک قرار گرفت. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ)، پرسشنامه برانگیختگی (DARQ) و مقیاس تجارب تجزیه‌ای (II-DES) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان شناختی بک کاهش معناداری در اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای ایجاد کرد ($p < 0.01$). این بهبودها در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار ماندند. اندازه اثر محاسبه شده برای هر سه متغیر بالا بود و نشان‌دهنده نقش قابل توجه درمان در کاهش شدت نشانه‌های PTSD است. درمان شناختی بک رویکردی مؤثر برای کاهش علائم اصلی PTSD از جمله اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای است و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای کارآمد در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به کار رود.

کلیدواژگان: درمان شناختی بک، اجتناب شناختی، برانگیختگی، تجارب تجزیه‌ای، اختلال استرس

پس از سانحه



مریم جعفری سنجانی^۱، طاهر تیزدست^{۲*}، طهمورت آقاجانی هشتجین^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی،

تنکابن، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Tahertizdast@yahoo.com

شیوه استناددهی: جعفری سنجانی، مریم، تیزدست، طاهر، و آقاجانی هشتجین، طهمورت. (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی بک بر اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۳)، ۱-۱۵.

Effectiveness of Beck's Cognitive Therapy on Cognitive Avoidance, Arousal, and Dissociative Experiences in Individuals with Post-Traumatic Stress Disorder

Submit Date: 2025-07-03

Revise Date: 2025-10-01

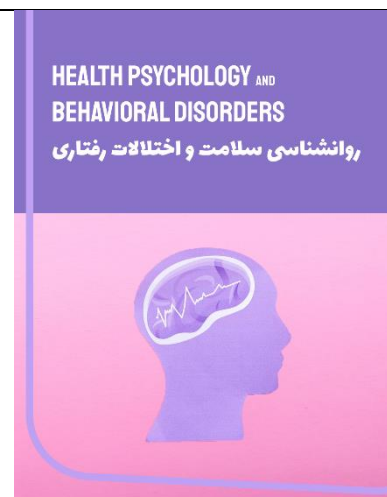
Accept Date: 2025-10-08

Publish Date: 2025-10-23

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of Beck's cognitive therapy in reducing cognitive avoidance, arousal, and dissociative experiences among individuals with post-traumatic stress disorder (PTSD). A semi-experimental design with pretest–posttest control group and three-month follow-up was employed. The study population consisted of patients with PTSD attending psychotherapy clinics in western Tehran in 2024. Thirty eligible participants were selected via purposive sampling and randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group underwent 12 weekly 90-minute sessions of Beck's cognitive therapy. Measurement tools included the Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ), the Distress and Arousal Questionnaire (DARQ), and the Dissociative Experiences Scale (II-DES). Data were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS-22. Beck's cognitive therapy significantly reduced cognitive avoidance, arousal, and dissociative experiences compared to the control group ($p<0.01$). These improvements were maintained at the three-month follow-up. Effect size estimates indicated substantial and clinically meaningful changes across all target symptoms. Beck's cognitive therapy is an effective intervention for alleviating key PTSD symptoms, including cognitive avoidance, hyperarousal, and dissociative experiences. Its structured approach and sustained effects support its clinical utility for PTSD treatment and long-term psychological recovery.

Keywords: *Beck's cognitive therapy, cognitive avoidance, arousal, dissociative experiences, post-traumatic stress disorder*



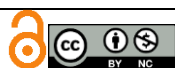
Maryam Jafari senejani¹, Taher Tizdast^{1*},
Tahmoures Aghajani Heshejin²

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2. Department of Psychology, ShQ.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's Email:
Tahertizdast@yahoo.com

How to cite: Jafari senejani, M., Tizdast, T., & Aghajani Heshejin, T. (2025). Effectiveness of Beck's Cognitive Therapy on Cognitive Avoidance, Arousal, and Dissociative Experiences in Individuals with Post-Traumatic Stress Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(3), 1-15.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) یکی از پیچیده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که در پی تجربه رویدادهای آسیب‌زا بروز می‌کند و با نشانه‌هایی همچون بازتجربه رویداد، اجتناب شناختی، برانگیختگی شدید، و تجارب تجزیه‌ای همراه است. این اختلال می‌تواند کیفیت زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی مبتلایان را به شدت کاهش دهد و عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی آنان را مختل کند (Hamer et al., 2024). در سال‌های اخیر، با توجه به افزایش حوادث طبیعی، سانحه‌های جاده‌ای، خشونت‌های اجتماعی و فجایع انسانی، میزان ابتلا به PTSD در بسیاری از جوامع رو به افزایش است (Asadollahi et al., 2025). در ایران نیز شواهد همه‌گیرشناسی از شیوع چشمگیر این اختلال در گروه‌های مختلف از جمله قربانیان جنگ، حوادث صنعتی و بلایای طبیعی حکایت دارد (A. Atadokht et al., 2019; Akbar Atadokht et al., 2019).

از منظر بالینی، PTSD تنها به بازتجربه مداوم حادثه محدود نمی‌شود بلکه ابعاد پیچیده‌تری دارد؛ یکی از این ابعاد، اجتناب شناختی است. اجتناب شناختی به مجموعه‌ای از راهبردهای ذهنی اشاره دارد که فرد برای فرار از افکار و احساسات تهدیدکننده و اجتناب از پردازش واقعی حادثه به کار می‌گیرد. این راهبردها شامل سرکوب افکار، تغییر مسیر توجه و جایگزینی تصاویر ذهنی با افکار کلامی می‌شود و هرچند در کوتاه‌مدت به کاهش اضطراب کمک می‌کنند، اما در بلندمدت سبب تداوم علائم و مانع از پردازش ترومای اصلی می‌شوند (Hooper et al., 2018; Sajede et al., 2023).

از سوی دیگر، برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانی در PTSD بسیار بارز است. مبتلایان معمولاً با تحریک‌پذیری، گوش‌به‌زنگی مداوم، بی‌خوابی و واکنش‌های فیزیولوژیک شدید مواجه‌اند که توانایی سازگاری آنان را محدود می‌سازد (Thew et al., 2023). همچنین، تجارب تجزیه‌ای شامل گسست از خود (depersonalization) و غیرواقعی‌انگاری محیط (derealization) از دیگر نشانه‌های پیچیده PTSD محسوب می‌شود. این تجارب اغلب در پاسخ به استرس شدید یا یادآورهای تروماتیک فعال می‌شوند و احساس تداوم هویت و کنترل هیجانی فرد را مختل می‌کنند (Hamer et al., 2024; Jowett et al., 2021; Kratzer et al., 2021).

در مواجهه با چنین پیچیدگی‌هایی، توسعه و ارزیابی درمان‌های مؤثر اهمیت بالایی یافته است. در این میان، درمان شناختی رفتاری (CBT) و به‌ویژه درمان شناختی بک جایگاه ویژه‌ای در درمان PTSD دارد. درمان شناختی بک با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، به بیماران کمک می‌کند تا برداشت‌های تحریف‌شده از رویداد آسیب‌زا را بازسازی کرده و سبک تفکر منطقی‌تری اتخاذ کنند (Akhtar, 2024; Mohajerin et al., 2023). در این رویکرد، فنونی چون بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی با افکار و احساسات دردناک، شناسایی باورهای بنیادی و ثبت خودکار افکار منفی به کار می‌رود و هدف آن کاهش واکنش‌های اجتنابی و هیجانی و بازیابی احساس کنترل روانی است (Sajede et al., 2023; Sanati, 2024).

شواهد پژوهشی گسترده‌ای از اثربخشی CBT در درمان PTSD حمایت کرده‌اند. برای مثال، در بررسی‌های اخیر نشان داده شده است که مداخلات شناختی می‌توانند اجتناب شناختی و همبستگی آن با اضطراب و افسردگی را کاهش دهند و پردازش ترومای حل‌نشده را تسهیل کنند (Sajede et al., 2023; Sanati, 2024). همچنین، CBT با بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان، در کاهش برانگیختگی و تحریک‌پذیری مؤثر است (Shojaeian et al., 2023; Tavakoli et al., 2024). مداخلات اینترنتی شناختی، که رویکردی نوین و دسترسی‌پذیر محسوب می‌شوند، نیز توانسته‌اند در مراحل اولیه مداخله از شدت علائم PTSD بکاهند و از تعمیق آسیب جلوگیری کنند (Thew et al., 2023).

در رابطه با تجارب تجزیه‌ای، شواهد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به PTSD غالباً از فرایندهای شناختی گسسته و تفکر فاجعه‌انگارانه رنج می‌برند و درمان شناختی با هدف قرار دادن این باورها و آموزش تکنیک‌هایی مانند بازگشت به لحظه حال (grounding) می‌تواند به کاهش تجربه گسست و بازسازی حس تداوم خود کمک کند (Hamer et al., 2024; Jowett et al., 2021; Kratzer et al., 2021).

مطالعات داخلی نیز بر اهمیت این رویکرد تأکید کرده‌اند. پژوهش‌های انجام‌شده در میان جانبازان و قربانیان حوادث صنعتی در ایران نشان می‌دهد که درمان شناختی-هیجانی می‌تواند اجتناب شناختی و ناسازگاری اجتماعی را به‌طور معناداری کاهش دهد و به افزایش سازگاری روانی کمک کند (Alfoone et al., 2020; Alfouneh et al., 2020; Akbar Atadokht et al., 2019; Atadokht, 2019). افزون بر این، استفاده از تکنیک‌های شناختی در کنار رویکردهای پذیرش و تعهد (ACT) در برخی مطالعات توانسته است کارایی مداخلات شناختی را برای اختلالات پیچیده، از جمله PTSD و سردردهای مزمن همراه با اجتناب شناختی، افزایش دهد (Alfoone et al., 2020; Alfouneh et al., 2020).

در سطح بین‌المللی، نیز مقایسه درمان شناختی با سایر رویکردها از جمله درمان مبتنی بر مواجهه واقعیت مجازی (VRET) نشان داده است که CBT در کاهش علائم PTSD از جمله اجتناب شناختی و برانگیختگی مؤثرتر عمل می‌کند (Akhtar, 2024). علاوه بر این، مداخلات نوآورانه مانند پروتکل‌های بازی درمانی شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرانه و مشکلات انعطاف شناختی، نشان می‌دهد که CBT قابلیت تطبیق بالا و کاربرد در گروه‌های سنی و فرهنگی مختلف دارد (Tavakoli et al., 2024).

با این حال، با وجود شواهد مثبت، چندین چالش وجود دارد. نخست، بسیاری از مطالعات بر نمونه‌های خاص یا گروه‌های فرهنگی محدود متمرکز شده‌اند و نیاز به تحقیقات بیشتری در بستر فرهنگی ایران احساس می‌شود (Sanati, 2024). دوم، اگرچه اثرات CBT بر اجتناب شناختی و برانگیختگی به خوبی اثبات شده، اما پژوهش‌های نظام‌مند درباره تأثیر آن بر تجارب تجزیه‌ای و پایداری اثرات در پیگیری‌های طولانی‌مدت هنوز کافی نیست (Hamer et al., 2024). سوم، نوآوری‌های درمانی مانند ادغام CBT با تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و هیجان‌محور می‌تواند اثربخشی درمان را ارتقا دهد، اما نیازمند شواهد تجربی بیشتر در زمینه PTSD است (Shojaeian et al., 2023; Shokrolahi et al., 2022).

پژوهش حاضر در پاسخ به این نیازها طراحی شده است. این مطالعه با استفاده از درمان شناختی بک و تمرکز بر سه بعد کلیدی اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای تلاش می‌کند اثربخشی این رویکرد را در میان بیماران ایرانی مبتلا به PTSD ارزیابی کند.

روش‌شناسی

در این مطالعه، از طرح نیمه‌آزمایشی با ساختار پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه استفاده شد. هدف از انتخاب این طرح، ارزیابی اثربخشی درمان شناختی بک در شرایطی کنترل‌شده و بررسی پایداری تغییرات پس از اتمام جلسات درمانی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بود که در بازه زمانی آبان تا دی سال ۱۴۰۳ به کلینیک‌های روان‌درمانی در غرب تهران مراجعه کرده بودند. پس از بررسی اولیه سوابق پزشکی و انجام مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه DSM-5-TR توسط روان‌پزشک، تعداد ۸۵ نفر واجد شرایط اولیه شناسایی شدند. از میان آنان ۳۰ نفر که تمام ملاک‌های ورود را داشتند به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و سپس با روش تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. شرکت‌کنندگان دارای شرایطی از جمله گذشت حداقل دو ماه از وقوع حادثه آسیب‌زا، نبود اختلالات روانی دیگر، عدم دریافت درمان دارویی روان‌پزشکی، سن بین ۳۵ تا ۵۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن و کسب نمره حداقلی در ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از سانحه و اجتناب شناختی بودند. تمامی افراد قبل از ورود به مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را امضا کردند. در طول پژوهش، اگر شرکت‌کننده‌ای بیش از دو جلسه در جلسات درمانی غیبت می‌کرد، یا در طی فرایند مداخله از مواد مخدر، الکل یا داروهای روان‌تأثیر استفاده می‌نمود، از مطالعه خارج می‌شد.

برای سنجش سطح اجتناب شناختی از پرسشنامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire: CAQ) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۵ گویه است و پنج بُعد اصلی اجتناب شناختی شامل واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، جانشینی افکار مثبت، حواس‌پرتی، اجتناب از

موقعیت‌های برانگیزاننده نگرانی و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هر گویه در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») مشخص می‌کنند. این پرسشنامه به دلیل ساختار چندبعدی، امکان ارزیابی دقیق راهبردهای ذهنی اجتناب از افکار آسیب‌زا را فراهم می‌سازد. پایایی کلی ابزار در مطالعات پیشین بالا گزارش شده و در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد که نشان‌دهنده انسجام درونی مطلوب است.

برای ارزیابی برانگیختگی هیجانی و فیزیولوژیک از پرسشنامه برانگیختگی و کاهش ناهماهنگی (Distress and Arousal Questionnaire: DARQ) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در دو خرده‌مقیاس اصلی برانگیختگی و کاهش ناهماهنگی عمل می‌کند. نمره‌گذاری در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود؛ به‌طوری که عدد ۱ نشان‌دهنده تجربه «هرگز» و عدد ۵ بیانگر «همیشه» است. DARQ به دلیل قابلیت شناسایی دامنه وسیعی از واکنش‌های هیجانی و برانگیختگی‌های مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا انتخاب شد و در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ به دست آمد که بیانگر اعتبار مناسب ابزار در سنجش سازه برانگیختگی بود.

برای ارزیابی شدت و گستره اختلال استرس پس از سانحه از مقیاس اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5: PCL-5) استفاده گردید. این مقیاس شامل ۱۷ گویه است و ابعاد تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی را می‌سنجد. پاسخ‌ها در مقیاس چهارگزینه‌ای از «اصلاً» تا «بسیار زیاد» ثبت می‌شود. PCL-5 از پرکاربردترین ابزارهای غربالگری و پایش شدت PTSD است و حساسیت بالایی در شناسایی تغییرات ناشی از مداخلات درمانی دارد. ضریب پایایی کلی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب است.

مداخله درمانی در این پژوهش بر اساس درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) طراحی شد. در جلسه نخست، درمانگر با معرفی ساختار درمان، انجام پیش‌آزمون، تعیین اهداف فردی و آموزش مفاهیم پایه‌ای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، زمینه برقراری رابطه درمانی و افزایش انگیزه برای تغییر را فراهم کرد. در جلسه دوم، مراجعان با هیجانات خود و موقعیت‌های اضطراب‌زا آشنا شدند و تکالیف خانگی اولیه برای ثبت احساسات و افکار روزانه دریافت کردند. در جلسه سوم مدل C-B-A (رویداد، باور، پیامد) آموزش داده شد تا بیماران بتوانند ارتباط بین افکار و هیجانات را شناسایی کنند. جلسه چهارم بر تحلیل افکار خودکار منفی و باورهای ناکارآمد و تفکیک آن‌ها از واقعیت تمرکز داشت. در جلسه پنجم، بیماران تمرین‌های رفتاری برای مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا و اصلاح خودگویی‌های منفی را انجام دادند. جلسه ششم به مرور افکار شناسایی‌شده، کشف باورهای بنیادی و آغاز تغییر رفتار اختصاص یافت. در جلسه هفتم، کار بر روی باورهای عمیق‌تر و تقویت مهارت‌های مواجهه با محرک‌های تروماتیک ادامه یافت. جلسه هشتم به آموزش حل مسئله و روش‌های کنترل اضطراب اختصاص داشت و بیماران با راهبردهای مقابله‌ای جایگزین آشنا شدند. در جلسه نهم، تمرکز بر شناسایی و اصلاح انواع خطاهای شناختی از جمله فاجعه‌انگاری و تعمیم افراطی بود. جلسه دهم مهارت‌های تنظیم هیجان، آرام‌سازی و حل تعارض آموزش داده شد تا بیماران بتوانند واکنش‌های هیجانی خود را مدیریت کنند. در جلسه یازدهم پیشرفت درمان مرور شد و تکنیک‌های انتقال یادگیری به موقعیت‌های واقعی زندگی روزمره آموزش داده شد. سرانجام در جلسه دوازدهم، جمع‌بندی فرآیند درمان، ارزیابی تغییرات، اجرای پس‌آزمون و بحث درباره راهبردهای حفظ دستاوردهای درمانی در بلندمدت انجام گرفت.

داده‌های گردآوری‌شده ابتدا از نظر آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های توزیع برای بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی تحلیل شدند. سپس جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش و مقایسه تغییرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA) استفاده شد. در صورت معنادار بودن اثرات اصلی یا اثر تعامل زمان و گروه، آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی مراحل مختلف انجام گرفت. پیش‌فرض‌های آماری از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک و بررسی همگنی واریانس‌ها و ماتریس کوواریانس‌ها کنترل شد. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شرکت کردند که از نظر جنسیت ۲۰ نفر (۶۷ درصد) مرد و ۱۰ نفر (۳۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در دامنه‌ای متنوع قرار داشت؛ به‌طوری‌که ۷ نفر (۲۳ درصد) در بازه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۶ نفر (۲۰ درصد) در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۸ نفر (۲۷ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۵ نفر (۱۷ درصد) در محدوده ۳۶ تا ۴۰ سال و ۴ نفر (۱۳ درصد) در بازه ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۳ نفر (۱۰ درصد) ابتدایی، ۴ نفر (۱۳ درصد) سیکل، ۷ نفر (۲۳ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۷ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۰ نفر (۳۳ درصد) لیسانس و ۴ نفر (۱۴ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. از نظر مدت زمان گذشته از تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، ۴ نفر (۱۳ درصد) بین ۲ تا ۵ ماه، ۶ نفر (۲۰ درصد) بین ۶ تا ۱۲ ماه، ۹ نفر (۳۰ درصد) بین یک تا دو سال، ۷ نفر (۲۳ درصد) بین دو تا چهار سال و ۴ نفر (۱۴ درصد) بیش از چهار سال از زمان تشخیصشان گذشته بود. این ترکیب جمعیت‌شناختی تنوع مناسبی از نظر سن، تحصیلات و مدت ابتلا به PTSD در میان شرکت‌کنندگان ایجاد کرد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر / گروه	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پیگیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
اجتناب شناختی - کنترل	۹۵.۰۰ $\pm$ ۱۳.۶۷	۹۵.۲۷ $\pm$ ۱۳.۵۵	۹۵.۹۳ $\pm$ ۱۴.۳۴
اجتناب شناختی - آزمایش	۹۴.۲۶ $\pm$ ۱۳.۶۰	۷۷.۰۰ $\pm$ ۱۳.۴۰	۷۸.۴۰ $\pm$ ۱۰.۹۰
برانگیختگی - کنترل	۶۰.۸۷ $\pm$ ۵.۲۹	۶۰.۴۷ $\pm$ ۵.۴۰	۶۰.۴۰ $\pm$ ۵.۴۲
برانگیختگی - آزمایش	۶۱.۱۳ $\pm$ ۶.۳۳	۷۸.۶۰ $\pm$ ۶.۴۷	۷۷.۹۳ $\pm$ ۸.۶۰
تجارب تجزیه‌ای - کنترل	۱۱۹.۶۷ $\pm$ ۶.۶۴	۱۱۹.۵۳ $\pm$ ۶.۳۶	۱۱۹.۸۰ $\pm$ ۶.۵۱
تجارب تجزیه‌ای - آزمایش	۱۱۹.۵۳ $\pm$ ۶.۳۷	۶۹.۶۰ $\pm$ ۴.۸۷	۶۹.۸۷ $\pm$ ۴.۳۴

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در متغیر اجتناب شناختی میانگین گروه کنترل در طول سه مرحله تغییر محسوسی نداشته است، در حالی که در گروه آزمایش کاهش چشمگیری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مشاهده شد و این تغییر در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. در متغیر برانگیختگی نیز تفاوت معناداری دیده شد، به‌گونه‌ای که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود قابل توجهی را نشان داد و نمرات آن در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافتند. همچنین در متغیر تجارب تجزیه‌ای، نتایج نشان داد که گروه آزمایش کاهش بسیار معناداری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون داشته و این روند کاهشی در مرحله پیگیری حفظ شده است، در حالی که گروه کنترل تقریباً بدون تغییر باقی مانده است. این یافته‌ها بیانگر تأثیر مثبت و پایدار درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به PTSD است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مورد نیاز بررسی شد. در گام نخست، آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع داده‌ها اجرا گردید؛ نتایج برای اجتناب شناختی در مراحل پیش‌آزمون ($p=0.41$, $W=0.96$)، پس‌آزمون ($p=0.32$, $W=0.95$) و پیگیری ($p=0.48$, $W=0.97$)، برای برانگیختگی در پیش‌آزمون ($p=0.28$, $W=0.95$)، پس‌آزمون ($p=0.26$, $W=0.94$) و پیگیری ($p=0.39$, $W=0.96$)، و برای تجارب تجزیه‌ای در پیش‌آزمون ($p=0.44$, $W=0.97$)، پس‌آزمون ($p=0.35$, $W=0.96$) و پیگیری ($p=0.30$, $W=0.95$) همگی غیرمعنادار بودند؛ بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. سپس آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها انجام شد که برای اجتناب شناختی در پیش‌آزمون ($p=0.28$, $F=1.21$)، پس‌آزمون ($p=0.31$, $F=1.05$) و پیگیری ($p=0.26$, $F=1.34$)، برای برانگیختگی در پیش‌آزمون ($p=0.36$, $F=0.88$)، پس‌آزمون ($p=0.29$, $F=1.14$) و پیگیری ($p=0.30$, $F=1.09$)، و برای تجارب تجزیه‌ای در پیش‌آزمون ($p=0.32$, $F=1.02$)، پس‌آزمون ($p=0.94$, $F=0.94$) و پیگیری ($p=0.30$, $F=1.11$) غیرمعنادار بود و برقراری همگنی واریانس‌ها را نشان داد. همچنین آزمون کرویت ماچلی برای سنجش همگنی ماتریس کوواریانس‌ها اجرا شد که برای اجتناب شناختی ($p=0.20$, $\chi^2=3.22$, $Mauchly's W=0.91$)، برانگیختگی ($p=0.89$, $\chi^2=3.65$, $W=0.89$) و تجارب تجزیه‌ای ($p=0.91$, $\chi^2=3.65$, $W=0.89$) همگی غیرمعنادار بودند.

$p=0.16$) و تجارب تجزیه‌ای ($\chi^2=2.97, W=0.92, p=0.23$) غیرمعنادار بود؛ بنابراین فرض کروییت برقرار است. علاوه بر این، داده‌ها از نظر وجود مقادیر پرت شدید بررسی شد و مقادیر Z هیچ‌یک از متغیرها بیش از ± 3 نبود. بر اساس این نتایج، می‌توان اطمینان یافت که داده‌ها مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر را برآورده کرده و شرایط برای اجرای تحلیل استنباطی مناسب است.

جدول ۲. نتایج آزمون واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیرهای اجتناب‌شناختی، برانگیختگی و

تجارب تجزیه‌ای

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	مجدور سهمی اتا
اجتناب شناختی	زمان	۱۶۷۲.۶۲	۱.۱۷	۱۶۷۲.۶۲	۱۷۵.۳۹	۰.۰۰۱	۰.۸۶۲
	زمان × گروه	۱۸۹۵.۰۲	۱.۱۷	۱۶۱۶.۳۲	۱۹۸.۷۱	۰.۰۰۱	۰.۸۷۶
	خطای درون‌گروهی	۱۶۷.۰۲	۳۲.۸۳	۸.۱۳	—	—	—
	گروه	۴۲۲۹.۸۸	۱	۴۲۲۹.۸۸	۸.۳۷	۰.۰۰۷	۰.۲۳۰
	خطای بین‌گروهی	۱۴۱۴۱.۷۸	۲۸	۵۰۵۰.۶	—	—	—
	زمان	۱۳۲۹.۸۰	۱	۶۶۴.۹۰	۱۹۷.۸۷	۰.۰۰۱	۰.۸۷۶
برانگیختگی	زمان × گروه	۱۶۱۶.۰۲	۱	۸۰۸۰.۱	۲۴۰.۴۶	۰.۰۰۱	۰.۸۹۶
	خطای درون‌گروهی	۱۸۸.۱۸	۵۶	۳.۳۶	—	—	—
	گروه	۱۱۲۴.۴۵	۱	۱۱۲۴.۴۵	۳۳.۵۳	۰.۰۰۱	۰.۵۴۵
	خطای بین‌گروهی	۹۳۸.۹۲	۲۸	۳۳.۵۳	—	—	—
	زمان	۱۱۹۸۲.۰۷	۱.۰۳	۱۱۹۸۲.۰۷	۵۱۱.۷۴	۰.۰۰۱	۰.۹۴۸
	زمان × گروه	۱۲۴۰۰.۲۰	۱.۰۳	۱۱۹۸۱.۰۴	۵۱۱.۷۰	۰.۰۰۱	۰.۹۴۸
تجارب تجزیه‌ای	خطای درون‌گروهی	۶۷۸.۵۳	۲۸.۹۸	۲۳.۴۱	—	—	—
	گروه	۸۳۳۳.۳۳	۱	۸۳۳۳.۳۳	۳۰۹.۲۰	۰.۰۰۱	۰.۹۱۷
	خطای بین‌گروهی	۷۵۴.۶۷	۲۸	۲۶.۹۵	—	—	—

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای اجتناب شناختی اثر اصلی زمان معنادار بود ($F=175.39, p=0.001, \eta^2=0.862$) که نشان می‌دهد میانگین نمرات در طول پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده است. همچنین اثر متقابل زمان و گروه معنادار شد ($F=198.71, p=0.001, \eta^2=0.876$) که نشان‌دهنده تفاوت الگوی تغییرات دو گروه آزمایش و کنترل در طول زمان است. اثر اصلی گروه نیز معنادار بود ($F=8.37, p=0.007, \eta^2=0.230$) و بیان می‌کند که به‌طور کلی گروه دریافت‌کننده درمان شناختی بک نسبت به گروه کنترل در نمرات اجتناب شناختی کاهش قابل‌توجهی داشته است. در متغیر برانگیختگی نیز نتایج نشان داد اثر زمان ($F=197.87, p=0.001, \eta^2=0.876$) و اثر متقابل زمان و گروه ($F=240.46, p=0.001, \eta^2=0.896$) بسیار معنادار است، به‌طوری که تغییرات معناداری در طول زمان به سود گروه آزمایش مشاهده شد. همچنین اثر اصلی گروه با اندازه اثر متوسط تا زیاد ($F=33.53, p=0.001, \eta^2=0.545$) تأیید می‌کند که سطح برانگیختگی پس از مداخله در گروه آزمایش نسبت به کنترل به‌طور معناداری کمتر شد. در نهایت، نتایج مربوط به تجارب تجزیه‌ای نشان دادند اثر زمان ($F=511.74, p=0.001, \eta^2=0.948$) و اثر متقابل زمان و گروه ($F=511.70, p=0.001, \eta^2=0.948$) بسیار قوی و معنادار هستند و نشان می‌دهند تغییرات این متغیر در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل چشمگیرتر بوده است. همچنین اثر اصلی گروه در این متغیر بسیار بالا و معنادار گزارش شد ($F=309.20, p=0.001, \eta^2=0.917$) که نشان‌دهنده کاهش چشمگیر تجارب تجزیه‌ای پس از اجرای درمان شناختی بک است. این نتایج حاکی از اثربخشی بالا و پایدار مداخله در کاهش اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به PTSD است.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

متغیر	مقایسه‌ها	اختلاف میانگین‌ها (MD)	خطای استاندارد	سطح معناداری
اجتناب شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۹.۴۰	۰.۶۶۴	۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۸.۸۷	۰.۶۸۰	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۵۳۳	۰.۲۲۶	۰.۰۷۷
برانگیختگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۸.۳۰	۰.۴۰۷	۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۸.۰۰	۰.۵۶۰	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۳۰۰	۰.۴۲۹	۰.۱۰۰
تجارب تجزیه‌ای	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۵.۰۳	۱.۱۱	۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۴.۷۷	۱.۰۷	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۲۶۷	۰.۱۶۹	۰.۳۷۵

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در متغیر اجتناب شناختی، کاهش میانگین از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($MD=9.40, p=0.001$) و از پیش‌آزمون به پیگیری ($MD=8.87, p=0.001$) معنادار است، در حالی که تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری ($MD=0.53, p=0.077$) معنادار نیست؛ بنابراین کاهش اجتناب شناختی پس از مداخله پایدار مانده و تغییر قابل توجهی در دوره پیگیری رخ نداده است. در متغیر برانگیختگی نیز تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($MD=8.30, p=0.001$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($MD=8.00, p=0.001$) معنادار است، اما تغییر بین پس‌آزمون و پیگیری ($MD=0.30, p=0.100$) به حد معناداری نرسیده است، که نشان‌دهنده تداوم اثر درمان در کنترل تحریک‌پذیری و نشانه‌های برانگیختگی است. در متغیر تجارب تجزیه‌ای کاهش میانگین از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($MD=25.03, p=0.001$) و از پیش‌آزمون به پیگیری ($MD=24.77, p=0.001$) بسیار معنادار و قوی بوده است، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری ($MD=0.26, p=0.375$) معنادار نیست؛ این یافته نشان می‌دهد درمان شناختی یک توانسته است شدت تجارب تجزیه‌ای را به شکل پایدار کاهش دهد و تغییرات مثبت تا سه ماه پس از پایان جلسات درمانی حفظ شده است. در مجموع، نتایج مقایسه‌های زوجی بیانگر آن است که بیشترین تغییرات در دوره پس از مداخله رخ داده و اثرات درمان در دوره پیگیری نیز حفظ شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی یک توانست به‌طور معناداری میزان اجتناب شناختی، برانگیختگی و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را کاهش دهد و این تغییرات تا سه ماه پس از پایان درمان نیز پایدار بمانند. این یافته‌ها اهمیت بالینی مداخلات شناختی ساختاریافته را در مدیریت ابعاد پیچیده PTSD در جامعه ایرانی تأیید می‌کند و با طیف وسیعی از پژوهش‌های پیشین در این حوزه همخوان است.

در زمینه اجتناب شناختی، کاهش چشمگیر نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و پایداری این کاهش در پیگیری سه‌ماهه، بیانگر آن است که درمان شناختی یک با شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، توانسته الگوهای ذهنی اجتنابی بیماران را تغییر دهد. تکنیک‌های این درمان، مانند بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی با افکار تروماتیک، نقش محوری در کاهش راهبردهای ذهنی گریز از افکار تهدیدکننده ایفا کرده‌اند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های متعدد همسو است. برای مثال، سانتی (Sanati, 2024) نشان داد که درمان شناختی رفتاری با افزایش خودشفقتی و کاهش اجتناب شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است. همچنین، پژوهش ساجده و همکاران (Sajede et al., 2023) تأیید می‌کند که CBT با آموزش پردازش هیجانی و مواجهه شناختی، اجتناب تجربی و شناختی را در زنان درگیر طلاق عاطفی

کاهش می‌دهد. یافته حاضر با نتایج هوپر و همکاران (Hooper et al., 2018) نیز همخوان است که نشان دادند کاهش اجتناب تجربی و تقویت انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند به ترک الگوهای ناسازگار کمک کند.

در رابطه با برانگیختگی هیجانی و فیزیولوژیک، یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که CBT موجب کاهش پایدار تحریک‌پذیری، گوش‌به‌زنگی و بی‌خوابی در بیماران PTSD شد. این کاهش با تغییر ارزیابی‌های شناختی تهدید و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان قابل تبیین است. پژوهش آک (Akhtar, 2024) گزارش می‌دهد که CBT در مقایسه با مواجهه واقعیت مجازی، کاهش معنادار برانگیختگی و نشانه‌های اضطرابی بیماران PTSD را ایجاد کرده است. همچنین، شجاعیان و همکاران (Shojaeian et al., 2023) در نوجوانان دچار اعتیاد اینترنتی نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با ارتقای انعطاف شناختی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، نشانه‌های برانگیختگی را کاهش دهد. هم‌راستا با این نتایج، پژوهش تواکلی و همکاران (Tavakoli et al., 2024) نشان داد که مداخلات شناختی-رفتاری حتی در کودکان با رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی می‌تواند بر کنترل هیجانات و کاهش برانگیختگی مؤثر باشد.

یافته‌های ما درباره تجارب تجزیه‌ای نیز قابل توجه است. درمان شناختی یک توانست به شکل معناداری تجربه‌های گسست از خود و غیرواقعی‌انگاری را کاهش دهد و این اثر تا مرحله پیگیری حفظ شود. این نتیجه نشان می‌دهد که بازسازی شناختی باورهای تحریف‌شده مرتبط با ترس و شرم و همچنین آموزش تکنیک‌های بازگشت به لحظه حال (grounding) می‌تواند نظام شناختی بیماران را تثبیت و احساس انسجام خود را تقویت کند. همسویی این یافته با مرور نظام‌مند هامر و همکاران (Hamer et al., 2024) مشهود است که کاهش نشانه‌های تجزیه‌ای را یکی از پیامدهای پایدار CBT در PTSD می‌دانند. همچنین، پژوهش جووت و همکاران (Jowett et al., 2021) تأکید می‌کند که پردازش شناختی منسجم می‌تواند نقش کلیدی در کاهش گسست و ارتقای یکپارچگی روانی ایفا کند. کراتزر و همکاران (Kratzer et al., 2021) نیز در تحلیل شبکه‌ای بیماران با سابقه تروما نشان دادند که مداخله بر محور شناخت‌های تحریف‌شده می‌تواند شدت هم‌زمان PTSD، علائم جسمانی و تجزیه‌ای را کاهش دهد.

علاوه بر شواهد بین‌المللی، نتایج این مطالعه با تحقیقات داخلی نیز همسو است. پژوهش عطادخت و همکاران (A. Atadokht et al., 2019; Akbar Atadokht et al., 2019; Atadokht, 2019) در جمعیت جانبازان و افراد دچار ناتوانی نشان داد که CBT هیجانی-شناختی با کاهش اجتناب و افزایش سازگاری اجتماعی همراه است. همچنین، مطالعات الفونه و الفونه (Alfoone et al., 2020; Alfouneh et al., 2020) اثربخشی درمان‌های شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی را در بیماران مبتلا به درد مزمن و اختلالات روان‌شناختی مشابه گزارش کرده‌اند که مشابه کاهش تجربه‌های گریز ذهنی در مطالعه حاضر است.

یکی از نکات برجسته در نتایج حاضر، پایداری اثرات درمان شناختی یک در پیگیری سه‌ماهه است. این یافته نشان می‌دهد که آموزش مداوم راهبردهای شناختی و خودپایشگری افکار می‌تواند به ماندگاری تغییرات کمک کند. مطالعه موهاجرین و همکاران (Mohajerin et al., 2023) نیز بیان می‌کند که استفاده از پروتکل‌های یکپارچه شناختی-رفتاری نه تنها علائم اصلی PTSD را کاهش می‌دهد بلکه آثار آن در پیگیری‌های میان‌مدت حفظ می‌شود. همچنین پژوهش آسادللهی و همکاران (Asadollahi et al., 2025) اثربخشی CBT بر خودکارآمدی مقابله‌ای و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان انفجارها را گزارش کرده و بر پایداری این تغییرات تأکید دارد.

در عین حال، یافته‌های کنونی بر انعطاف‌پذیری بالای CBT نیز دلالت دارند. این درمان توانسته است در طیف‌های مختلف اختلالات مرتبط با تروما و هیجان، از جمله نوجوانان، کودکان و بزرگسالان با مشکلات شدید هیجانی، پاسخ مثبت ایجاد کند (Tarakçioğlu, 2024; Tavakoli et al., 2024). نوآوری‌هایی نظیر ادغام تکنیک‌های هیجان‌محور و ذهن‌آگاهی با CBT (Shojaeian et al., 2023) و توسعه روش‌های اینترنتی (Thew et al., 2023) می‌تواند گستره کارایی این رویکرد را در گروه‌های گوناگون تقویت کند و یافته‌های ما ضرورت چنین تلفیق‌هایی را تأیید می‌کند.

به طور کلی، این مطالعه شواهد تازه‌ای به ادبیات موجود می‌افزاید و نشان می‌دهد که درمان شناختی بک می‌تواند نه تنها علائم اصلی PTSD بلکه ابعاد پیچیده‌تری مانند تجارب تجزیه‌ای را نیز بهبود بخشد. چنین نتایجی در فضای درمانی ایران اهمیت ویژه‌ای دارند، زیرا داده‌های بومی می‌توانند منجر به تدوین پروتکل‌های کارآمدتر و متناسب با فرهنگ محلی شوند (Mohajerin et al., 2023; Sanati, 2024).

با وجود نتایج ارزشمند، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. نخست، حجم نمونه نسبتاً کوچک و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند باعث می‌شود قابلیت تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های گسترده‌تر محدود باشد. دوم، پیگیری صرفاً سه‌ماهه انجام شد و نمی‌توان درباره پایداری اثرات در بلندمدت اطمینان کامل داشت. سوم، متغیرهای زمینه‌ای مانند شدت و نوع تروما، حمایت اجتماعی و مصرف داروهای روان‌پزشکی کنترل نشده‌اند و ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال سوگیری پاسخ را افزایش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از حجم نمونه بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی‌تر استفاده شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، پیگیری‌های طولانی‌مدت (شش ماهه تا یک‌ساله) ضروری است تا میزان ماندگاری اثرات درمان شناختی بک در گذر زمان مشخص شود. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری شناختی، خودشفقتی، و تنظیم هیجان می‌تواند فهم عمیق‌تری از مکانیزم تغییرات ایجاد شده فراهم کند. مطالعات آینده می‌توانند تأثیر ترکیب درمان شناختی با رویکردهای نوین مانند ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌محور را نیز در جمعیت‌های آسیب‌پذیر ارزیابی کنند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند مستقیماً در عمل بالینی مورد استفاده قرار گیرد. درمانگران می‌توانند پروتکل شناختی بک را برای بیماران PTSD با تمرکز ویژه بر شناسایی و اصلاح افکار اجتنابی و باورهای فاجعه‌انگارانه به کار گیرند. اجرای تمرین‌های ثبت افکار و تکنیک‌های بازگشت به لحظه حال به بیماران کمک می‌کند احساس کنترل و انسجام روانی خود را بازیابند. همچنین، به دلیل اثربخشی و ساختارمند بودن این رویکرد، می‌توان از آن در مراکز درمانی عمومی، مراکز بحران، و خدمات حمایتی برای قربانیان حوادث و خشونت بهره برد و از طریق آموزش گروهی یا کارگاه‌های کوتاه‌مدت، دسترسی افراد بیشتری را به این درمان فراهم کرد.

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. تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی ارائه کردند و از محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. پژوهش مطابق اصول APA و کنوانسیون هلسینکی انجام شد و مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با کد IR.IAU.TON.REC.1403.15 قرار گرفت.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

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

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a complex and highly debilitating condition that emerges following exposure to traumatic events and is characterized by intrusive re-experiencing, persistent avoidance, hyperarousal, and dissociative symptoms (Hamer et al., 2024). PTSD severely disrupts individuals' psychological well-being, interpersonal functioning, and social adjustment, and it is increasingly recognized as a major public health concern in both war-affected and disaster-exposed populations (Asadollahi et al., 2025). One of the most pervasive and treatment-resistant aspects of PTSD is cognitive avoidance, a maladaptive mental strategy in which individuals attempt to evade trauma-related memories and emotions through thought suppression, distraction, or substitution of distressing images with verbal reasoning (Hooper et al., 2018; Sajede et al., 2023). While such strategies may momentarily reduce anxiety, they reinforce long-term maintenance of PTSD and prevent emotional processing of traumatic memories (Sanati, 2024).

Another central dimension of PTSD is hyperarousal, which manifests as irritability, exaggerated startle response, hypervigilance, and severe sleep disturbance. These symptoms are linked to heightened threat perception and poor cognitive-emotional regulation (Thew et al., 2023). In addition, dissociative experiences, such as depersonalization (a sense of detachment from self) and derealization (a sense of unreality regarding the environment), further complicate the clinical picture and are associated with more chronic and treatment-resistant forms of PTSD (Hamer et al., 2024; Jowett et al., 2021; Kratzer et al., 2021). Dissociation undermines emotional integration, disrupts memory processing, and contributes to fragmented self-concept, thereby limiting the effectiveness of conventional therapeutic approaches.

Among psychological interventions, cognitive-behavioral therapy (CBT) and particularly Beck's cognitive therapy have demonstrated strong evidence in treating trauma-related disorders. This approach targets maladaptive cognitions, including catastrophic interpretations and avoidance-related thought patterns, by teaching patients to identify, challenge, and restructure dysfunctional beliefs (Akhtar, 2024; Mohajerin et al., 2023). CBT also employs techniques such as cognitive restructuring, gradual exposure to trauma-related content, and development of coping skills to reduce avoidance and restore a sense of psychological safety (Sajede et al., 2023; Sanati, 2024). Studies show that CBT effectively diminishes experiential and cognitive avoidance in distressed populations, including women recovering from marital betrayal (Sanati, 2024), individuals undergoing emotional divorce (Sajede et al., 2023), and clinical samples with anxiety and pain disorders (Hooper et al., 2018; Shokrolahi et al., 2022).

Recent evidence also highlights the adaptability of CBT across populations and modalities. For instance, Akhtar (Akhtar, 2024) reported that CBT outperformed virtual reality exposure therapy in alleviating core PTSD symptoms, including hyperarousal. Additionally, integrating mindfulness-based strategies into CBT has been shown to enhance flexibility and reduce impulsive reactivity among adolescents (Shojaeian et al., 2023). Innovations such as internet-delivered cognitive therapy enable early intervention for trauma survivors and may reduce the progression to chronic PTSD (Thew et al., 2023). Other adaptations, like cognitive-behavioral

play therapy for children with aggressive and impulsive behaviors, suggest that CBT techniques can be effectively tailored to developmental and cultural contexts (Tavakoli et al., 2024).

Despite this robust evidence base, gaps remain, particularly in culturally contextualized research on CBT for PTSD in Middle Eastern populations. Many prior studies have focused on specific symptom domains or lacked follow-up data to assess the sustainability of therapeutic gains (Hamer et al., 2024; Sanati, 2024). Furthermore, dissociative experiences—a critical yet underexplored dimension of PTSD—have been less frequently assessed as a treatment outcome, especially in Iranian clinical contexts. Addressing these limitations, the present study investigates the effectiveness of Beck's cognitive therapy in reducing cognitive avoidance, hyperarousal, and dissociative experiences in Iranian adults diagnosed with PTSD, while also examining the stability of therapeutic outcomes over a three-month follow-up period.

Methods and Materials

This applied quantitative study employed a semi-experimental pretest–posttest control group design with a three-month follow-up. The study population included adults diagnosed with PTSD who attended outpatient psychotherapy clinics in western Tehran in 2024. Participants were selected through purposive sampling based on DSM-5-TR criteria and eligibility standards, such as at least two months post-trauma, literacy, and absence of comorbid psychiatric disorders or recent psychological interventions. Thirty individuals meeting the criteria were randomly assigned to an experimental group ($n = 15$) receiving Beck's cognitive therapy and a control group ($n = 15$) receiving no intervention.

The experimental group participated in 12 weekly sessions of 90 minutes following Beck's standard cognitive therapy protocol, which included psychoeducation about PTSD, identification and monitoring of automatic thoughts, challenging cognitive distortions, restructuring core maladaptive beliefs, and emotional regulation training. The control group continued with routine daily functioning without therapeutic input during the study period.

Data were collected using validated instruments: the Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ), the Distress and Arousal Questionnaire (DARQ), and the Dissociative Experiences Scale (II-DES). Assessments were conducted at baseline, post-intervention, and three-month follow-up. Data were analyzed using repeated measures ANOVA with Bonferroni post-hoc comparisons to evaluate within-group and between-group changes over time.

Findings

Analysis revealed that Beck's cognitive therapy produced significant reductions in all three targeted outcomes compared to the control group.

For cognitive avoidance, mean scores in the experimental group dropped sharply from pretest to posttest and remained significantly lower at follow-up, while control group scores remained essentially unchanged. ANOVA results indicated a large effect size ($\eta^2 = 0.86$) for time and a significant time $\times$ group interaction, confirming the strong influence of the intervention on avoidance reduction. Pairwise comparisons showed that posttest and follow-up scores were significantly lower than baseline, with no significant change between posttest and follow-up, indicating maintenance of therapeutic gains.

Regarding hyperarousal, participants in the experimental group showed meaningful decreases in physiological and emotional arousal symptoms, including irritability, hypervigilance, and sleep disturbances. A large time effect ($\eta^2 = 0.87$) and significant time $\times$ group interaction were found, demonstrating that arousal decreased steadily after therapy and remained stable over the follow-up period.

Similarly, dissociative experiences significantly declined in the treatment group, with marked reductions in depersonalization and derealization symptoms. ANOVA revealed a very large effect size ($\eta^2 = 0.94$) and a significant time $\times$ group interaction. Pairwise comparisons indicated substantial improvement from pretest to posttest, sustained at the three-month follow-up.

Overall, results confirmed that Beck's cognitive therapy not only produced statistically and clinically meaningful improvements across all key PTSD dimensions but also maintained these benefits beyond the immediate treatment phase.

Discussion and Conclusion

The findings of this study reinforce the efficacy of Beck's cognitive therapy in treating PTSD, particularly by addressing three critical and interrelated symptom clusters: cognitive avoidance, hyperarousal, and dissociative experiences. Reducing cognitive avoidance is a central mechanism of change in PTSD treatment because avoidance perpetuates unprocessed trauma and emotional numbing (Sajede et al., 2023; Sanati, 2024). The current results align with prior studies showing that CBT empowers patients to confront and reframe maladaptive thoughts, decreasing experiential avoidance and fostering adaptive coping (Hooper et al., 2018). The significant decrease in hyperarousal supports the notion that restructuring catastrophic appraisals of threat and enhancing emotion regulation skills can attenuate chronic physiological activation. Our findings echo previous research demonstrating CBT's superiority to alternative modalities, such as virtual reality exposure, in alleviating arousal and improving psychological safety (Akhtar, 2024). They also complement evidence that mindfulness-based adaptations of CBT enhance cognitive flexibility and reduce impulsive hyperarousal responses (Shojaeian et al., 2023).

Another important contribution is the documented improvement in dissociative experiences, a domain often overlooked in PTSD intervention studies. By promoting coherent narrative reconstruction of trauma and challenging fragmented self-beliefs, CBT helped restore patients' sense of identity continuity and present-moment awareness. This outcome corroborates systematic reviews reporting dissociative symptom improvement after cognitive interventions (Hamer et al., 2024) and extends findings from network analyses linking cognitive restructuring to reduced trauma-related dissociation (Jowett et al., 2021; Kratzer et al., 2021).

Moreover, the persistence of treatment effects at three-month follow-up underscores the potential durability of Beck's approach. Long-term maintenance may result from skill acquisition, self-monitoring tools such as thought records, and reinforcement of adaptive beliefs. Comparable sustained outcomes have been reported in integrated CBT protocols among adolescent and adult trauma survivors (Asadollahi et al., 2025; Mohajerin et al., 2023). The adaptability of CBT across contexts—evident in its application to veterans (A. Atadokht et al., 2019; Akbar Atadokht et al., 2019), chronic pain patients (Shokrolahi et al., 2022), and culturally diverse groups (Alfoone et al., 2020; Alfouneh et al., 2020)—suggests that these findings are clinically meaningful beyond the studied population.

In conclusion, this study provides strong empirical support for the clinical use of Beck's cognitive therapy with PTSD patients, emphasizing its capacity to reduce cognitive avoidance, hyperarousal, and dissociation effectively and sustainably. By integrating targeted cognitive restructuring with emotional regulation and self-monitoring, the intervention not only alleviates immediate distress but also strengthens long-term resilience and psychological integration. These findings contribute valuable culturally grounded evidence to the growing literature on CBT for PTSD and underscore its relevance as a first-line, adaptable treatment option for diverse trauma-affected populations.

فهرست منابع

References

Akhtar, S. (2024). Comparative Study of Cognitive Behavior Therapy and Virtual Reality Exposure Therapy for PTSD. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3897225/v1>

- Alfoone, A., Imani, M., & Sarafraz, M. R. (2020). A Comparison of the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Experiential Avoidance and Cognitive Fusion in Patients with Migraine Headache. *yums-armaghan*, 25(1), 69-83. <https://doi.org/10.52547/armaghanj.25.1.69>
- Alfouneh, A., Imani, M., & Sarafraz, M. R. (2020). Comparing the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment and Cognitive Behavioral Therapy on Experiential Avoidance and Cognitive Fusion in Patients with Migraine Headaches. *Armaghane Danesh*, 25(1), 69-83. <https://doi.org/10.52547/armaghanj.25.1.69>
- Asadollahi, F., Mousavi, S. V., Rezaei, S., & Naseh, A. (2025). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on coping self-efficacy and emotional reactivity in victims with PTSD symptoms caused by explosive incidents in Kabul. *Clinical Psychology and Personality*. https://cpap.shahed.ac.ir/article_4789.html?lang=en
- Atadokht, A., Faribolook, M., Makayeli, N., & Samadfar, H. R. (2019). The effectiveness of emotion-focused cognitive-behavioral therapy on social adaptation and experiential avoidance in veterans with disabilities. *Journal of Military Care Sciences*, 6(3), 176-186. http://mcs.ajaums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-273-1&slc_lang=fa&sid=1
- Atadokht, A., Masoumeh, G. B., Mikaeli, N., & Samadifard, H. R. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *ajaums-mcs*, 6(3), 176-186. <https://doi.org/10.29252/mcs.6.3.3>
- Atadokht, A., Masoumeh, Gharib Bolouk, Mikaeli, Nilofar, Samadifard, Hamid Reza. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *Military Caring Sciences*, 6(3), 176-186. <https://doi.org/10.29252/mcs.6.3.3>
- Hamer, R., Bestel, N., & Mackelprang, J. L. (2024). Dissociative symptoms in complex posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(2), 232-247. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2293785>
- Hooper, N., Dack, C., Karekla, M., Niyazi, A., & McHugh, L. (2018). Cognitive defusion versus experiential avoidance in the reduction of smoking behaviour: an experimental and preliminary investigation. *Addiction Research & Theory*, 26(5), 414-420. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1434156>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Psychological Trauma at Different Developmental Stages and ICD-11 CPTSD: The Role of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(1), 52-67. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934936>
- Kratzer, L., Knefel, M., Haselgruber, A., Heinz, P., Schennach, R., & Karatzias, T. (2021). Co-Occurrence of Severe PTSD, Somatic Symptoms and Dissociation in a Large Sample of Childhood Trauma Inpatients: A Network Analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(5), 897-908. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01342-z>
- Mohajerin, B., Lynn, S. J., & Cassiello-Robbins, C. (2023). Unified Protocol vs Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Adolescents With PTSD. *Behavior therapy*, 54(5), 823-838. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.03.003>
- Sajede, theoretical, Golestan, Brati, & Mohammad, A. (2023). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on experiential avoidance and emotional expression of women involved in emotional divorce. *Adolescent and young psychological studies*, 4(2), 1-11. http://jayps.iranmehr.ac.ir/files/site1/user_files_400674/golestannazarie-A-10-680-1-c668ea3.pdf
- Sanati, Y. (2024). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-compassion and experiential avoidance in women who have experienced marital infidelity. *Aftj*, 5(2), 112-120. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.13>
- Shojaeian, S., Khajavand Khoshli, A., Asadi, J., & Azizi, L. S. (2023). Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive behavioral therapy with emotion-focused therapy on cognitive flexibility and impulsivity in adolescents with internet addiction. *Journal of Nurse and Physician in Combat*, 11(40), 26-33. https://www.researchgate.net/publication/380140314_Comparison_of_the_Effectiveness_of_Mindfulness-Based_Cognitive-Behavioral_Therapy_with_Emotion-Focused_Therapy_on_Sensation_Seeking_in_Adolescents_with_Internet_Addiction
- Shokrolahi, M., Hashemi, S. E., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., & Naaimi, A. (2022). Comparison of the effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 19(4), 739-752. <https://doi.org/10.52547/rbs.19.4.739>
- Tarakçioğlu, 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>

- Tavakoli, S., Abbasi, F., Heydari, B., & Akhondzadeh, M. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Gestalt Play Therapy on Vandalistic Behaviors, Impulsivity, and Cognitive Flexibility in Aggressive Male Elementary Students. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(3), 28-36. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.3.4>
- Thew, G. R., Wild, J., & Ehlers, A. (2023). Early Intervention in Post-traumatic Stress Disorder Without Exposure to Trauma Memories Using Internet-delivered Cognitive Therapy: A Pilot Case Series. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12419>